

循经取穴治疗 PDS 型功能性消化不良 34 例临床疗效观察

王佳佳, 荣晓凤[△], 丁 燕

(重庆医科大学附属第一医院中西医结合科 400016)

[摘要] **目的** 观察循经取穴与非经非穴治疗餐后不适综合征(PDS)型功能性消化不良的临床疗效。**方法** 68 例 PDS 型患者随机分为循经取穴(A 组)与非经非穴(B 组)两组, 每组 34 例。A 组针刺足三里及内关穴, 同时根据中医虚实辨证, 实证加用太冲、内庭, 予针刺补法; 虚证加用公孙、阴陵泉, 予针刺泻法; B 组在上述经穴旁 2 cm 处针刺, 并根据辨证虚实分别采用相应补泻手法。分别对两组治疗前后的临床疗效进行评价并随访 6 个月。**结果** A 组与 B 组治疗前后的总疗效及尼平消化不良指数(NDI)评分比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 循经取穴治疗 PDS 型功能性消化不良疗效确切, 优于非经非穴治疗。

[关键词] 功能性消化不良; 循经取穴; 非经非穴; 临床疗效

[中图分类号] R246

[文献标识码] A

[文章编号] 1671-8348(2015)14-1918-03

Observation on clinical effect of selecting acupoint along channel for treating functional dyspepsia postprandial distress syndrome in 34 cases

Wang Jiajia, Rong Xiaofeng[△], Ding Yan

(Department of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China)

[Abstract] **Objective** To investigate the clinical effect of selecting acupoints along channel and the non-channel and non-acupoint for treating functional dyspepsia postprandial distress syndrome (PDS). **Methods** A total of 68 cases of PDS were randomly divided into the selecting acupoint along channel group (group A) and the non-channel and non-acupoint group (group B), 34 cases in each group. The group A was acupunctured at the Zusanli point and Neiguan point. At the same time according to the Deficiency and Excess pattern discrimination, the Taichong and Neiting points were added by the acupuncture tonifying method for the Excess pattern, while the Gongsun and Yinlingquan points were added by the acupuncture reducing method for the Deficiency pattern; in group the B, the area at 2 cm besides the above points were acupunctured and the tonifying and reducing methods were adopted based on the Deficiency and Excess pattern discrimination. The clinical effects before and after treatment were evaluated in the two groups and the 6-month follow-up was conducted. **Results** The total effect and the NDI scores before and after treatment had statistical difference between the group A and B ($P < 0.05$). **Conclusion** Selecting acupoint along channel is definitely effective for treating functional dyspepsia PDS, and is better than the non-channel and non-acupoint treatment.

[Key words] functional dyspepsia; selecting acupoint along channel; non-channel and non-acupoint; clinical efficacy

功能性消化不良(functional dyspepsia)是一组持续性或反复发作性的餐后饱胀不适、早饱、上腹痛、上腹烧灼感、恶心、呕吐、嗝气等, 并排除上消化道内镜、影像学、生化等检查下除外器质性疾病的临床综合征^[1]。据统计^[2], 我国功能性消化不良的患病率为 23.5%, 约占消化道疾病的 20%~40%。目前西医治疗功能性消化不良主要有多潘立酮、莫沙必利等胃肠动力药, 该类药物有腹泻、便秘、过敏等相关不良反应^[3]。而针灸在功能性消化不良的治疗中效果显著且不良反应少^[4], 功能性消化不良属中医学“痞满”范畴, 病因病机多为外邪致病、脾胃气虚、气滞不通等^[5]。本研究用针灸循经取穴治疗以餐后饱胀不适、早饱为主要临床表现的餐后不适综合征(PDS)型功能性消化不良, 以针刺非经非穴为对照, 以探讨循经取穴治疗 PDS 型功能性消化不良的有效性及其特异性。

1 资料与方法

1.1 资料

1.1.1 一般资料

患者来源于 2012 年 12 月至 2013 年 12 月

重庆医科大学第一附属医院中西医结合科就诊的 PDS 型的功能性消化不良患者, 应用随机数字表将其分为循经取穴组(A 组)和非经非穴组(B 组), 每组 34 例。A 组男 10 例, 女 24 例, 平均年龄 41.8 岁, 平均病程 5.48 年; B 组男 8 例, 女 26 例, 平均年龄 44.6 岁, 平均病程 8.29 年。两组之间性别、年龄、病程、病情等比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.1.2 诊断标准 参照 2006 年罗马 III 学术委员会制定的功能性消化不良诊断标准^[6]。(1)必须符合以下一项或一项以上: 餐后饱胀不适、早饱、上腹痛、上腹烧灼感。(2)无可以解释上述症状的器质性疾病(包括胃镜下)的证据。在诊断之前症状出现至少 6 个月, 近 3 个月症状符合以上标准。罗马 III 学术委员会根据不同的病理生理学异常为基础将功能性消化不良分为两种亚型, 即 PDS 和上腹痛综合征(EPS)^[6]。PDS 的诊断标准, 必须符合以下一项或两项: 按正常进食量进食后出现饱胀不适, 1 周至少数次; 早饱使进食量少于正常进食量, 1 周发生数次。在诊断之前症状出现至少 6 个月, 近 3 个月症状

表 1 两组总体疗效比较[n(%)]

时间	A 组				B 组				P 值
	显效(n)	有效(n)	无效(n)	总有效[n(%)]	显效(n)	有效(n)	无效(n)	总有效[n(%)]	
4 周	14	14	6	28(82.35)	0	18	16	18(52.94)	0.010
8 周	13	16	5	29(85.29)	4	16	14	20(58.82)	0.015
12 周	8	16	10	24(70.59)	6	9	19	15(44.12)	0.027
16 周	11	16	7	27(79.41)	4	12	18	16(47.06)	0.006
20 周	12	16	6	28(82.35)	6	13	15	19(55.88)	0.018
24 周	8	18	8	26(76.47)	2	14	18	16(47.06)	0.013

表 2 两组 NDI 评分比较($\bar{x} \pm s$)

NDI 评分	A 组				B 组			
	治疗前	4 周	12 周	24 周	治疗前	4 周	12 周	24 周
症状评分	52.35±17.35	23.45±15.35 ^{ab}	20.23±16.32 ^c	24.26±18.43 ^{ab}	50.25±15.36	49.52±16.32 ^c	47.74±12.68 ^c	46.34±13.26 ^c
生活质量评分	78.35±15.24	95.35±10.13 ^{ab}	95.34±8.46 ^{ab}	94.36±8.81 ^{ab}	79.56±9.24	78.35±8.62 ^c	77.89±6.35 ^c	76.86±9.03 ^c

a: P<0.05, 与 B 组比较; b: P<0.05, 与同组治疗前比较; c: P<0.05, 与同组治疗前比较。

符合以上标准。

1.1.3 纳入标准 (1)符合罗马Ⅲ学术委员会制定的 PDS 型功能性消化不良诊断标准者;(2)年龄 18~65 岁;(3)本次就诊前至少 15 d 内没有服用过任何胃肠动力药。

1.1.4 排除标准 (1)意识不清,不能表达主观不适症状,精神病患者;(2)合并心脑血管、进展性恶性肿瘤、严重感染、易出血等患者;(3)妊娠或哺乳期妇女

1.1.5 退出标准 (1)不能坚持配合完成试验的患者;(2)出现严重不良反应的患者;(3)过程中发现其他疾病,需要使用可能影响试验结果的患者。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 (1)A 组:针刺主穴为足三里(双)、内关(双)^[7]。用毫针直刺 1.0~1.5 寸,实证加用太冲、内庭,毫针直刺 0.5~1.0 寸,并使用重提轻插,大幅度捻转,频率在 100~150 次/min;虚证加用公孙、阴陵泉,毫针直刺 0.5~1.0 寸,并使用重插轻提,小幅度捻转,频率在 60 次/min。每次留针 30 min,每天 1 次,每周连续治疗 5 d,连续 4 周。以后每隔 4 周电话或门诊随访 1 次,共随访 5 次,24 周后结束。(2)B 组:针刺非穴 1(足三里旁开 2 cm)、非穴 2(内关旁开 2 cm)、非穴 3(内庭旁开 2 cm)、非穴 4(太冲旁开 2 cm)、非穴 5(公孙旁开 2 cm)、非穴 6(阴陵泉旁开 2 cm)^[8],实证采用与 A 组实证相同的针刺手法,虚证采用与 A 组虚证相同的补法。每次留针 30 min,每日 1 次,每周连续治疗 5 d,连续 4 周。随访方式同 A 组。

1.2.2 临床疗效评定标准与方法 参照目前国际公认功能性消化不良疗效评价量表及根据患者自觉症状分为:(1)显效,症状完全或基本消失;(2)有效,症状有肯定进步或部分症状消失,或症状略有减轻;(3)无变化或恶化,症状毫无减轻或恶化。并进行尼平消化不良指数(NDI)评分。

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计学软件分别对治疗后的总体疗效进行统计学分析,计数资料采用 χ^2 检验;NDI 评分用 $\bar{x} \pm s$ 表示,首先进行正态性、方差齐性检验,满足条件者组

内治疗前后比较用配对 t 检验,两组比较用成组 t 检验,不满足条件者使用秩和检验。以 P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 总体疗效比较 循经取穴治疗 PDS 型功能性消化不良 4 周后的总有效率为 82.35%,随访 8、12、16、20、24 周有效率分别为 85.29%、70.59%、79.41%、82.35%、76.47%。见表 1。

2.2 NDI 评分比较 治疗前两组 NDI 评分比较差异无统计学意义(P>0.05),具有可比性;治疗后 A 组患者腹胀、纳差等症状明显改善,生活质量评分显著提高,优于 B 组,差异有统计学意义(均 P<0.05),见表 2。

3 讨论

现代研究表明功能性消化不良发病机制多与胃肠运动功能障碍、幽门螺旋杆菌感染、精神心理因素等多重因素有关^[9]。目前西医治疗 PDS 型功能性消化不良主要有莫沙必利等胃肠动力药,该类药物仅能解决胃肠运动功能障碍^[10],不能缓解其他因素引起的功能性消化不良。而针灸治疗功能性消化不良主要通过调控神经-内分泌-免疫网络途径实现对胃肠道功能的调节,主要表现为促进胃肠动力、调节植物神经功能紊乱、增加肠黏膜血液循环等^[11],故针灸在功能性消化不良的治疗中占有重要地位。

足三里为足阳明胃经下合穴,是中医学中常见的补穴,具有健脾益气,和胃通滞等功效^[12]。内关为手厥阴心包经络穴,又为八脉交会穴,通阴维脉,还通过络脉直接与三焦相通,具有畅情志、通三焦气机的功效^[13],与足三里相配具有和胃降逆,调理胃肠气机的作用。现代研究表明,针刺足三里具有通过神经、激素等调节胃酸分泌、促进胃肠动力等作用;针刺内关具有调节胃酸分泌、促进肠道蠕动等作用。《针灸甲乙经》描述内庭主治“脘痛,腹胀皮痛,不嗜食”。公孙穴为足太阴脾经的络穴,又为八脉交会穴,通于冲脉,具有健脾化湿、理气和中的功效,主治胃痛、呕吐、饮食不化等;阴陵泉为足太阴脾经的合穴,具有主治消化不良、胃痛、泄泻等作用。实证加用太冲、内庭,太冲为足厥阴肝经原穴,具有疏肝理气的功效;内庭穴为足阳明

胃经的荣穴。因此本研究主要通过针刺足三里、内关,根据虚实辨证分别加公孙、阴陵泉或太冲、内庭,以治疗 PDS 型功能性消化不良。结果显示针灸治疗 PDS 型功能性消化不良具有良好的效果,且 4 周疗程结束后随访 24 周,有效率仍然达 76.47%,明显优于非经非穴,说明循经取穴具有经穴特异性,鉴于针灸治疗较西药治疗具有经济实惠、不良反应少等优点^[14-16],值得在临床上推广。

参考文献

- [1] 中国中西医结合学会消化系统专业委员会. 功能性消化不良的中西医诊疗方案(草案)[J]. 中国中西医结合杂志, 2005, 25(6): 539.
- [2] 吴柏瑶, 张法灿, 梁列新. 功能性消化不良的流行病学[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2013, 22(1): 85-90.
- [3] 金磊, 胡晔, 高志成, 等. 针刺辨证治疗功能性消化不良临床疗效评价[J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40(6): 1222-1225.
- [4] 黄仲海, 蒋华民. 针灸治疗功能性消化不良研究进展[J]. 广西中医药大学学报, 2013, 16(1): 70-72.
- [5] 秦化珍, 汤唯艳. 功能性消化不良的病因病机和辨证施治体会[J]. 现代中医, 2000, 28(2): 23-24.
- [6] Drossman DA. The Functional gastrointestinal disorders and the Rome III process[J]. Gastroenterology, 2006, 130(5): 1377-1390.
- [7] 罗永芬. 腧穴学[M]. 北京: 中国盲文出版社, 2006: 279.
- [8] 杨旭光, 李瑛, 田小平, 等. 国内外针灸研究中非经非穴选取方法评述[J]. 中医杂志, 2009, 50(8): 748-750.
- [9] 左文革, 李瑜元. 功能性消化不良发病机制的研究进展[J]. 中国乡村医药, 2007, 38(4): 9-10.
- [10] 胡静. 莫沙必利联合黛力新治疗功能性消化不良临床疗效观察[J]. 当代医学, 2013, 19(6): 127-128.
- [11] 严洁, 常小荣, 刘建华, 等. 电针足阳明经穴对家兔胃黏膜损伤防御性保护作用的研究[J]. 中国针灸, 2001, 21(6): 350-352.
- [12] 郭严. 针灸治疗功能性消化不良临床效果评价[J]. 光明中医, 2013, 28(4): 755-756.
- [13] 时会君, 张俊清, 国华. 针灸治疗功能性消化不良 90 例临床疗效观察[J]. 北京中医药, 2009, 28(9): 732-733.
- [14] 周圆, 郑嘉岗. 针刺治疗功能性消化不良 64 例临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2004, 23(7): 16-18.
- [15] 许佳年. 针灸治疗慢性胃炎研究进展[J]. 上海针灸杂志. 2003, 22(04): 45-38.
- [16] 程耀南, 崔延超. 功能性消化不良的针刺疗法综述[J]. 甘肃中医. 2007, 20(06): 13-15.

(收稿日期: 2014-12-15 修回日期: 2015-03-16)

《重庆医学》杂志对运用统计学方法的有关要求

1. 统计学符号: 按 GB 3358—1982《统计学名词及符号》的有关规定, 统计学符号一律采用斜体。
2. 研究设计: 应告知研究设计的名称和主要方法。如调查设计(分为前瞻性、回顾性或是横断面调查研究), 实验设计(应告知具体的设计类型, 如自身配对设计、成组设计、交叉设计、析因设计、正交设计等), 临床试验设计(应告知属于第几期临床试验, 采用了何种盲法措施等); 主要做法应围绕 4 个基本原则(重复、随机、对照、均衡)概要说明, 尤其要告知如何控制重要非试验因素的干扰和影响。
3. 资料的表达与描述: 用 $\bar{x} \pm s$ 表达近似服从正态分布的定量资料, 用 $M(QR)$ 表达呈偏态分布的定量资料; 用统计表时, 要合理安排纵横标目, 并将数据的含义表达清楚; 用统计图时, 所用统计图的类型应与资料性质相匹配, 并使数轴上刻度值的标法符合数学原则; 用相对数时, 分母不宜小于 20, 要清楚区分百分率和百分比。
4. 统计学分析方法的选择: 对于定量资料, 应根据所采用的设计类型、资料所具备的条件和分析目的, 选用合适的统计学分析方法, 不应盲目套用 t 检验和单因素方差分析; 对于定性资料, 应根据所采用的设计类型、定性变量的性质和频数所具备的条件及分析目的, 选用合适的统计学分析方法, 不应盲目套用 χ^2 检验。对于回归分析, 应结合专业知识和散点图, 选用合适的回归类型, 不应盲目套用简单直线回归分析; 对于具有重复实验数据检验回归分析资料, 不应简单化处理; 对于多因素、多指标资料, 要在一元分析的基础上, 尽可能运用多元统计分析方法, 以便对因素之间的交互作用和多指标之间的内在联系做出全面、合理的解释和评价。
5. 统计结果的解释和表达: 应写明采用统计学方法的具体名称(如: 成组设计资料的 t 检验、两因素析因设计资料的方差分析、多个均数之间两两比较的 q 检验等), 统计量的具体质(如: $t=3.45, \chi^2=4.68, F=6.79$ 等); 在用不等式表示 P 值的情况下, 一般情况下选用 $P>0.05, P<0.05$ 和 $P<0.01$ 三种表达方式, 无须再细分为 $P<0.001$ 或 $P<0.0001$ 。当涉及总体参数(如总体均数、总体率)时, 再给出显著性检验结果的同时, 应再给出 95% 可信区间(CI)。