脐灸疗法联合枳朴六君子汤治疗脾虚湿滞型泄泻的临床效果

陈红霞，阚仁惠，张露，卞冬雪，汪志伟，张阳*
（南京中医药大学附属盐城中医院，盐城市中医院，江苏 盐城 224004）

摘要　目的：探讨脐灸疗法联合枳朴六君子汤治疗脾虚湿滞型泄泻的临床效果。方法：选择 2021 年 2 月—2023 年 7 月于盐城市中医院门诊就诊的脾虚湿滞型泄泻患者 92 例，采用随机数字表法分成常规组与联合组，每组 46 例。常规组采用双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊治疗，联合组采用脐灸疗法联合枳朴六君子汤治疗。观察两组患者的中医证候积分、主要症状评分、贝克抑郁量表评分、临床疗效、不良反应发生情况。结果：治疗后，联合组患者中医证候积分、主要症状评分与贝克抑郁量表评分均低于常规组（$P<0.05$）；联合组患者治疗总有效率高于常规组（$P<0.05$）；两组不良反应总发生率差异无统计学意义（$P>0.05$）。结论：脐灸疗法联合枳朴六君子汤能够改善患者血清学指标及肠黏膜屏障功能，降低中医证候积分，提高患者免疫功能及临床疗效，安全性较高。

关键词　脐灸疗法；枳朴六君子汤；脾虚湿滞型泄泻；中医证候积分；临床疗效
中图分类号：R256.34　　**文献标识码**：A　　**文章编号**：1002－2392(2025)02－0092－05
DOI：10.19664/j.cnki.1002－2392.250039

泄泻，通常称为腹泻，是指排便次数增多，粪便量增加，粪质稀薄，甚至呈水样，常伴有腹部不适、腹痛、恶心、呕吐等症状，与腹泻型肠易激综合征（Diarrhea－predominant irritable bowel syndrome，IBS－D）的症状较为相似[1－2]。西医治疗手段包括止泻药物、肠道平滑肌体松弛剂、益生菌等药物治疗与饮食调整等，但部分药物不良反应较大，且疗效有限[3－4]。IBS－D 在中医学理论中归属于“泄泻”等范畴，脾虚湿滞证是其常见证型之一，脾气虚衰，水谷精微运化失司，积谷成滞，湿浊内蕴，混杂而下是其主要病机，因此，治疗当以健脾化湿为主要原则[5－6]。枳朴六君子汤出自西安市中医院谢远明教授方，目前关于枳朴六君子汤联合脐灸治疗脾虚湿滞型泄泻鲜有研究报道[7]。为此盐城市中医院依据本病病机，将枳朴六君子联合脐灸治疗应用于脾虚湿滞型泄泻中，取得较好的临床治疗效果，现报道如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料

选择盐城市中医院 2021 年 2 月—2023 年 7 月收治的脾虚湿滞型泄泻患者 92 例，采用随机数字表法分成常规组与联合组，每组 46 例。常规组女 22 例，男 24 例；年龄 18～70 岁，平均年龄（48.62±7.35）岁；体质量指数 18～26 kg/m^2，平均体质量指数（22.07±1.31）kg/m^2；病程 1～7 年，平均病程（3.15±1.54）年。联合组女 21 例，男 25 例；年龄 20～69 岁，平均年龄（48.91±7.28）岁；体质量指数 18～26 kg/m^2，平均体质量指数（22.13±1.28）kg/m^2；病程 1～7 年，平均病程（3.07±1.68）年。两组基线资料比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。盐城市中医院医学伦理委员会批准本研究（KY240601）。

1.2　诊断标准

1.2.1　西医诊断标准

符合消化系统常见病肠易激综合征中医诊疗指南[8]中 IBS－D 西医相关的诊断标准。患者表现为腹痛、腹泻、便秘等，可合并上消化道症状如烧心、早饱、恶心呕吐等。

1.2.2　中医辨证标准

符合《中药新药临床研究指导原则》[9]中的脾虚湿滞证辨证标准。主症：大便时泻时溏、腹痛隐隐、肢倦神疲、食少纳呆；次症：劳累或受凉后发作或加重、面色少华、脘腹痞满、四肢困重，舌淡、边有齿痕，苔白腻，脉虚弱。

收稿日期：2024－01－10　　**修回日期**：2024－10－25
基金项目：江苏省卫生健康委员会科研项目（H2021011）
作者简介：陈红霞（1984－），女，副主任医师，从事中医脾胃病相关研究。
*通信作者：张阳（1985－），男，硕士，副主任医师，从事中西医结合诊治相关疾病研究。

1.3 纳入标准

①符合上述中西医诊断及辨证标准;②年龄 18 ~ 70 岁;③入组前 1 个月未接受其他治疗者;④大便常规与生化指标检查无明显异常者;⑤近 1 年内进行结肠镜检查未发现器质性病变者;⑥具有较高依从性者;⑦患者及家属均知情同意。

1.4 排除标准

①痢疾、霍乱、寄生虫感染及其他全身性疾病原因导致泄泻者;②合并肠梗阻、肠坏死、肠扭转、结肠癌等其他消化系统疾病者;③合并大便脓血或黏液等其他消化系统器质性病变者;④无法耐受脐灸疗法或对本研究中药物过敏者;⑤合并恶性肿瘤、凝血障碍、免疫缺陷或其他系统功能严重障碍者;⑥患有精神疾病、意识不清或沟通障碍者;⑦妊娠及哺乳期妇女。

1.5 治疗方法

常规组给予双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊(国药准字 S19993065)口服,每天 2 次,每次 3 粒;2 周为 1 个疗程。

联合组给予脐灸疗法联合枳朴六君子汤治疗,枳朴六君子汤加减口服,方药组成:党参 15 g,茯苓 15 g,陈皮 12 g,枳壳 10 g,炒白术 12 g,厚朴 10 g,姜半夏 9 g,甘草 6 g 等随症加减,如患者伴有明显寒湿症状,则可加入干姜、肉桂等药材,如患者湿热过重,则可加入黄连、黄芩等药材。每份药物浸泡 15 ~ 30 min 后,每次加水 300 ~ 500 mL 煎煮 2 次,每次取汁 100 mL 混合为 1 剂,每剂 200 mL,每日 1 剂,分早、晚两次服用,连续治疗 2 周。脐灸疗法:将党参 2 g,白术 2 g,山药 5 g,茯苓 5 g,白扁豆 5 g,莲子 2 g 等混合后超微粉碎,将 260 g 荞麦面粉加温水制成面团,直径约 10 cm、高约 5 cm 的面碗,并在面碗中央掏出直径大约 2.5 cm 的中空部分。使用专门的模具将 9 g 艾绒制成直径约 3 cm、高约 3 cm 的椎体艾塔。在具体操作时,脐部填满药粉,覆盖一层纱布,将制作好的面碗的中空部分对准肚脐,向中空孔中再加入大约 5 g 的药粉,填满中空部位。然后将艾塔放置在面碗内,并点燃。注意艾塔与药粉之间要保持一定间隙,艾塔的直径也要大于面碗中的孔径,以防止艾灰掉落并燃烧药粉。在整个治疗过程中,需时刻关注患者的感受,避免烫伤。治疗时,距离面碗上方约 15 cm 处放置红外线治疗灯进行照射。整个施灸过程分为 3 壮,每次治疗时间大约为 60 min。使用医用敷贴贴敷神阙穴 24 h。脐灸治疗隔天 1 次。2 周为 1 个疗程。

1.6 观察指标及疗效判定标准

1.6.1 中医证候积分

参照《中药新药临床研究指导原则》[9] 制定相关标准。按照等级症状积分法分别记录两组患者治疗前、治疗后主症与次症情况,与无、轻、中、重 4 个等级分别计0 分、2 分、4 分、6 分。

1.6.2 主要症状评分

记录治疗前后两组患者主要症状变化。参照《中药新药临床研究指导原则》[9] 制定相关标准。大便次数:每日排便次数 2 次及以下计 0 分、3 ~ 5 次计 2 分、6 ~ 8 次计 4 分、9 次及以上计 6 分;大便性状:大便成形计0 分、稀溏计 2 分、水粪夹杂计 4 分、水样便计 6 分;腹痛:无痛计 0 分,轻度隐痛计 2 分,中等隐痛或胀痛计 4 分,重度剧痛或绞痛计 6 分。总分越高症状越严重。

1.6.3 临床疗效

参照《中药新药临床研究指导原则》[9] 制定相关标准。临床症状、体征未改善或改善不明显,疗效指数 <30% 为无效;症状体征较治疗前减轻,30% ≤疗效指数 <70% 为有效;症状体征好转明显,70% ≤疗效指数 <95% 为显效;症状体征基本消失,疗效指数 95% 及以上为治愈;疗效指数(%) = (治疗前 - 治疗后)/治疗前中医证候积分 ×100%。

1.6.4 贝克抑郁量表

采用贝克抑郁量表[10] 第 2 版评定患者不良情绪,量表包括 21 个项目,每项分为 0 ~ 3 级,分值范围为 0 ~ 63 分,无抑郁:0 ~ 13 分,轻度:14 ~ 19 分,中度 20 ~ 28 分,重度 29 ~ 63 分。

1.6.5 不良反应发生情况

治疗过程中观察两组患者不良反应发生情况。

1.7 统计学方法

使用 SPSS 23.0 统计学软件。例(%)表示计数资料,应用 χ^2 检验;$\bar{x} \pm s$ 表示计量资料,应用 t 检验。$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 中医证候积分

与治疗前比较,两组中医证候积分治疗后均降低($P < 0.05$),且联合组更低($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组脾虚湿滞型泄泻患者中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	主症		次症	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	46	12.64 ± 1.27	9.38 ± 2.39*	21.62 ± 3.41	13.48 ± 2.56*
联合组	46	12.52 ± 1.21	6.25 ± 2.13*#	21.74 ± 3.37	7.35 ± 2.47*#

注:与本组治疗前比较,*$P < 0.05$;与常规组治疗后比较,#$P < 0.05$。

2.2 主要症状评分

治疗后,两组患者大便次数、大便性状、腹痛评分均降低($P < 0.05$),且联合组低于常规组($P < 0.05$),见表 2。

表2　两组脾虚湿滞型泄泻患者主要症状评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	大便次数		大便性状		腹痛	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	46	3.37±1.12	2.24±0.84*	3.48±1.31	2.76±0.93*	2.95±1.02	1.86±0.51*
联合组	46	3.32±1.13	1.28±0.53*#	3.42±1.29	1.43±0.62*#	2.94±1.01	1.34±0.35*#

注：与本组治疗前比较，*$P<0.05$，与常规组治疗后比较，#$P<0.05$。

2.3　临床疗效

治疗总有效率联合组更高($P<0.05$)，见表3。

表3　两组脾虚湿滞型泄泻患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
常规组	46	7(15.22)	14(30.43)	12(26.09)	13(28.26)	33(71.74)
联合组	46	11(23.91)	18(39.13)	13(28.26)	4(8.70)	42(91.30)
χ^2值						5.845
P值						0.016

2.4　两组治疗后贝克抑郁量表评分比较

与治疗前比较，两组贝克抑郁量表评分治疗后降低($P<0.05$)，联合组更低($P<0.01$)。见表4。

2.5　不良反应

不良反应总发生率两组差异不明显($P>0.05$)，见表5。

表4　两组脾虚湿滞型泄泻患者治疗后贝克抑郁量表评分比较(例)

组别	例数	0~13分		14~19分		20~28分		28~63分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	46	0	10	10	8	14	18	22	10
联合组	46	0	20	12	20	12	5	23	1
χ^2值		$\chi^2 1=0.347/\chi^2 2=12.306$							
P值		$P1=0.841/P2=0.006$							

注：$P1/\chi^2 1$. 两组治疗前相比；$P2/\chi^2 2$. 两组治疗后相比。

表5　两组患者不良反应发生率比较[例(%)]

组别	例数	恶心	呕吐	发热	皮炎	总发生率
常规组	46	1(2.56)	1(2.56)	2(5.13)	0	4(8.70)
联合组	46	2(5.13)	1(2.56)	3(5.13)	1(2.56)	7(15.22)
χ^2值						0.929
P值						0.335

3　讨论

泄泻的发病率较高，有数据统计显示，全球范围内发病率约为37.7%~73.8%[11]。目前西医治疗手段包括饮食调节、药物治疗和心理治疗等。常用的药物包括抗胆碱药物、抗腹泻药物、抗抑郁药物等。然而，西医治疗仍然存在疗效有限、易复发等局限性，且部分药物长期使用副作用较大[12]。因此，探究更为安全、有效的治疗手段具有重要意义。中医认为，泄泻病位在脾胃，患者由于饮食不节、过度劳累、情志不畅等因素，导致脾胃虚弱，脾为后天之本，主运化水谷精微与运化水液，脾虚则运化失司，水谷不能腐熟、积谷成滞，小肠不能分清泌浊、传导失常、湿浊内蕴，混杂而下，发为泄泻，因此，临床当以健脾祛湿为主要治则[13-15]。

本研究中，联合组患者治疗后中医证候积分与大便次数、贝克抑郁量表评分与大便性状及腹痛等主要症状评分显著降低，临床治疗有效率优于常规组，表明脐灸疗法联合枳朴六君子汤治疗脾虚湿滞型泄泻可有效缓解腹泻等临床症状，调节胃肠蠕动，改善患者肠功能，缓解不良情绪，提高治疗效果。枳朴六君子汤是由六君子汤加枳实、厚朴而得，方中党参补中益气、扶固脾胃为君药；白术健脾燥湿、补中益气为臣药；茯苓健脾渗湿、半夏燥湿化痰、枳壳行气宽中、厚朴行气消积，四药合用理气除满，共为佐药；甘草益气和中兼调和诸药，为佐使药。诸药合用，共奏健脾燥湿、理气和中之功效。脾胃功能恢复，水谷精微运化有常、气机调畅、湿浊得化，则便溏泄泻、腹胀痞满等症自然解除。有动物研究表明[16]，六君子汤可调节胃肠激素水平，改善胃肠动力紊乱，增强免疫进而促进肠黏膜修复，具有肠道保护功能，现代药理学研究证实，党参中所含党参多糖等有效成分可调节肠道菌群、改善肠道微生态，从而治疗多种肠道相关疾病[17-18]；茯苓可调节免疫，提高小鼠小肠推进率，调节胃肠功能[19-20]；炒白术可通过影响黏膜上皮离子转运调节结肠上皮水和电解质平衡，从而改善腹泻症状[21]；厚朴中所含活性成分可促进胃动素和胃泌素分泌，调节胃肠运动，改善腹泻症状，且可通过抗炎抗氧化作用发挥肠黏膜保护功

能[22]；甘草可显著降低小鼠腹泻次数，具有抗腹泻活性[23]。

脐灸作为中医特色外治法之一，具有安全无创、简便易行、价格低廉等优势。脐为神阙穴所在，中医理论认为，脐通五脏，为任脉气血会合之处，通过脐灸可以刺激脐部的经络与腹部脏腑相通，调和脏腑功能，改善消化系统的功能，从而缓解腹泻症状。有研究表明，脐灸可减轻炎症反应，改善氧化应激水平，提高免疫功能[24-25]，还可调节胃肠道激素水平与菌群结构，减轻肠道高敏感，从而改善腹泻症状[26-27]。本研究中，两组患者在治疗过程中均出现不良反应，但差异不明显，且均为轻症，可自行缓解，表明脐灸疗法与枳朴六君子汤联合应用并不会增加不良反应发生风险，安全性较高。

综上所述，脐灸疗法联合枳朴六君子汤在脾虚湿滞型泄泻的临床治疗中，可有效缓解腹泻等临床症状，调节胃肠蠕动，改善患者肠功能，缓解抑郁情绪，疗效明确且安全性较高，值得临床推广。然而，本研究时间较短，仅为两周，后续可增加研究时长，以探究脐灸疗法联合枳朴六君子汤在治疗脾虚湿滞型泄泻方面的更多疗效。

参考文献：

[1] 陈倩清，杨彬，周波，等. 明代医家缪希雍临床辨治泄泻经验探析[J]. 中国中西医结合急救杂志，2023，30(2)：213-215.

[2] SCIUMÈ G D，BERTI G，LAMBIASE C，et al. Misinterpreting diarrhea-predominant irritable bowel syndrome and functional diarrhea：pathophysiological highlights[J]. J Clin Med，2023，12(18)：5787.

[3] SINGH P，NEE J. Role of diet in diarrhea-predominant irritable bowel syndrome[J]. J Clin Gastroenterol，2021，55(1)：25-29.

[4] SKRZYDŁO-RADOMAŃSKA B，PROZOROW-KRÓL B，CICHOŃ-LACH H，et al. The effectiveness and safety of multi-strain probiotic preparation in patients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome：a randomized controlled study[J]. Nutrients，2021，13(3)：756.

[5] 杨通通，徐艺. 单兆伟教授治疗泄泻临证经验[J]. 浙江中医药大学学报，2022，46(5)：519-521，526.

[6] 谢燕华，陈捷. 枳朴六君子汤联合序贯疗法对中晚期胃癌患者 T 淋巴细胞亚群的影响[J]. 实用临床医药杂志，2020，24(8)：47-50.

[7] 李建强. 加味枳朴六君子汤合并“三升袋”治疗肿瘤恶液质 42 例疗效观察[J]. 内蒙古中医药，2014，33(32)：36-37.

[8] 中华中医药学会脾胃病分会，温艳东，李保双，等. 消化系统常见病肠易激综合征中医诊疗指南(基层医生版)[J]. 中华中医药杂志，2020，35(7)：3518-3523.

[9] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京：中国医药科技出版社，2002：140-143.

[10] 袁刚，赵晋，郑冬，等. 抑郁自评量表和贝克抑郁量表区分抑郁症严重程度的准确度[J]. 神经疾病与精神卫生，2021，21(12)：868-873.

[11] COLLABORATORS G2DD. Estimates of the global，regional，and national morbidity，mortality，and aetiologies of diarrhoea in 195 countries：a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016[J]. Lancet Infect Dis，2018，18(11)：1211-1228.

[12] SAYUK G S. Medical therapies for diarrhea-predominant irritable bowel syndrome[J]. Gastroenterol Clin North Am，2021，50(3)：611-637.

[13] 潘一，张凯钰，王资涵，等. 沈金鳌辨治泄泻思想探析[J]. 江苏中医药，2021，53(7)：15-17.

[14] 贾小萌，陈伟健，钟悦，等. 针刺调神方联合参苓白术散治疗脾虚湿盛腹泻型肠易激综合征的临床观察[J]. 广州中医药大学学报，2022，39(7)：1573-1577.

[15] 方昉，邱根祥，杜晓平，等. 通利州都法治疗小儿脾虚湿盛型腹泻的疗效观察[J]. 浙江临床医学，2022，24(7)：1015-1016，1019.

[16] 孙爽，尚尔雨，于新，等. 六君子汤中陈皮对脾虚模型大鼠胃肠道调节的药效学研究[J]. 世界中医药，2021，16(23)：3503-3510，3515.

[17] 肖瑞瑶，滕攀攀，綦世金，等. 党参多糖对肠道微生态及肠道疾病作用研究进展[J]. 微生物学通报，2023，50(2)：687-696.

[18] 曹恺欣，武俊瑞，李默，等. 巯基化党参多糖对鼠李糖乳杆菌肠道黏附定植作用的影响[J]. 食品科学技术学报，2022，40(4)：45-54.

[19] 段雨婷，张越，黄佳静，等. 茯苓不同部位水提物对脾虚模型小鼠健脾作用的研究[J]. 安徽中医药大学学报，2023，42(2)：68-73.

[20] 左军，祁天立，胡晓阳. 茯苓化学成分及现代药理研究进展[J]. 中医药学报，2023，51(1)：110-114.

[21] 张敏，王凤云，唐旭东，等. 麸炒白术水提液对实验性功能性腹泻脾虚证大鼠结肠上皮 Cl^-、K^+ 转运的影响[J]. 中华中医药杂志，2023，38(2)：593-597.

[22] 魏巍，张明发，沈雅琴. 厚朴酚及和厚朴酚的胃肠道药理作用及其机制的研究进展[J]. 药物评价研究，2022，45(9)：1914-1921.

[23] 邢晓旭，张宗山，赵莹莹，等. 异甘草素抗腹泻活性及其分子机制研究[J]. 东北农业大学学报，2021，52(11)：26-33.

[24] 武广军，张晓伟，巴莹，等. 隔药脐灸联合高压氧治疗急性或迟发性中重度放射性直肠炎的作用机制研究[J]. 中华航海医学与高气压医学杂志，2023，30(2)：191-196.

[25] 张霞，范涛，袁惠，等. 隔姜脐灸联合痛泻要方加减治疗腹泻型肠易激综合征疗效观察[J]. 西部中医药，2023，36(3)：131-134.

[26] 邱亿明，王泽宇，帅艳常. 浮针疗法结合隔药灸脐治疗腹泻型肠易激综合征及对患者胃肠激素水平和菌群结构的影响[J]. 陕西中医，2023，44(2)：250-254.

[27] 李邦正，李悦嘉. 基于 Npy 及 BDNF/TrkB 信号通路探讨隔药灸脐法治疗腹泻型肠易激综合征脑肠轴机制[J]. 辽宁中医药大学学报，2023，25(11)：113-117.

Clinical Effect of Umbilical Moxibustion Combined with Zhipu Liujunzi Decoction in Treating Diarrhea of Spleen Deficiency with Damp Stagnation Type

CHEN Hongxia, KAN Renhui, ZHANG Lu, BIAN Dongxue, WANG Zhiwei, ZHANG Yang

(*Yancheng TCM Hospital Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine*, *Yancheng TCM Hospital*, *Yancheng* 224004, *China*)

Abstract Objective: To explore the clinical effect of umbilical moxibustion combined with Zhipu Liujunzi Decoction in treating diarrhea of spleen deficiency with damp stagnation type. Methods: A total of 92 patients with diarrhea of spleen deficiency with damp stagnation type, who visited the outpatient department of Yancheng city Hospital of Traditional Chinese Medicine from February 2021 to July 2023, were selected and randomly divided into a conventional treatment group and a combined treatment group, with 46 patients in each group. The conventional group received Bifidobacterium triple viable enteric – coated capsules, while the combined group received umbilical moxibustion combined with Zhipu Liujunzi Decoction. The Traditional Chinese Medicine (TCM) syndrome score, main symptom scores, Beck Depression Inventory score, clinical efficacy, and incidence of adverse reactions were observed in both groups. Results: After treatment, the TCM syndrome scores, main symptom scores, and Beck Depression Inventory scores of the combined group were lower than those of the conventional group ($P < 0.05$); the total effective rate of treatment in the combined group was higher than that in the conventional group ($P < 0.05$); there was no statistically significant difference in the total incidence of adverse reactions between the two groups ($P > 0.05$). Conclusion: Umbilical moxibustion combined with Zhipu Liujunzi Decoction can improve patients' serological indicators and intestinal mucosal barrier function, reduce TCM syndrome scores, enhance immune function, and increase clinical efficacy, with a high safety profile.

Key words Umbilical moxibustion; Zhipu Liujunzi Decoction; Diarrhea of spleen deficiency with damp stagnation type; TCM syndrome score; Clinical efficacy