

引用:李琳,江登丰,张鹏飞,王黎明.五音疗法联合痛泻要方加味治疗肝郁脾虚腹泻型肠易激综合征28例临床观察[J].湖南中医杂志,2020,36(8):48-50.

五音疗法联合痛泻要方加味 治疗肝郁脾虚腹泻型肠易激综合征28例临床观察

李琳,江登丰,张鹏飞,王黎明

(绵阳市中医医院,四川 绵阳,621000)

[摘要] 目的:观察五音疗法联合痛泻要方加味对肝郁脾虚腹泻型肠易激综合征(IBS-D)患者的临床疗效。方法:将84例肝郁脾虚型IBS-D患者随机分为3组,每组各28例。西药组给予匹维溴铵片口服治疗,中药组给予痛泻要方加味汤剂口服治疗,五音疗法联合中药组在中药组基础上配合五音疗法治疗,3组疗程均为4周,评价患者临床疗效、治疗前后中医证候积分、治疗后生活质量评分及治疗前后的焦虑、抑郁评分。结果:总有效率五音疗法联合中药组为92.86%(26/28),明显高于西药组的78.57%(22/28)和中药组的75.00%(21/28),差异有统计学意义($P < 0.05$)。3组治疗后中医证候积分较治疗前均有下降,五音疗法联合中药组改善情况显著优于中、西药组($P < 0.01$);五音疗法联合中药组IBS生活质量量表(IBM-QOL)各维度评分和总分均高于中、西药组($P < 0.05$),且在Zung氏焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评分方面均显著低于中、西药组($P < 0.05$)。结论:五音疗法联合痛泻要方加味治疗肝郁脾虚型IBS-D具有良好的临床疗效,能减轻临床症状、提高生活质量、改善患者焦虑和抑郁情绪,值得临床推广。

[关键词] 腹泻型肠易激综合征;肝郁脾虚证;中医药疗法;五音疗法;痛泻要方

[中图分类号] R259.744 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.08.019

肠易激综合征是(irritable bowel syndrome, IBS)是一种常见的肠道功能性疾病,主要症状包括腹痛或腹部不适,伴排便习惯和(或)大便性状改变,持续或间断发作,临床上无明显形态学和生化异常^[1]。IBS的病因和发病机制目前尚不明确,治疗效果不佳,复发率高。IBS临床分为腹泻型(IBS-D)、便秘型、混合型和不定型4类,其中以腹泻型最常见。早在《黄帝内经》中就有对中医音律调治疾病的介绍,本研究主要观察五音疗法对IBS-D的临床疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2017年9月至2019年3月于我院消化科门诊或住院的肝郁脾虚型IBS-D患者84例,采用中央随机分组法将其分为西药组、中药组和五音疗法联合中药组,每组各28例。西药组中,男15例,女13例;平均年龄(39.83 ± 14.76)岁;平均病程(9.37 ± 3.21)个月。中药组中,男16例,女12例;平均年龄(38.32 ± 12.35)岁;平均病

程(10.20 ± 2.32)个月。五音疗法联合中药组中,男14例,女14例;平均年龄(40.47 ± 12.18)岁;平均病程(11.12 ± 2.53)个月。3组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合国际罗马委员会2006年发布的罗马Ⅲ标准^[2]。反复发作的腹痛或不适,病程超过6个月,最近3个月内每个月至少有3d出现症状,且合并以下症状2条或以上:1)排便后症状改善;2)发作时伴有排便频率改变;3)发作时伴有粪便性状(外观)改变。IBS-D:稀便(糊状便)或水样便占大便量 $\geq 25\%$,硬便或块状便占大便量 $< 25\%$ 。

1.2.2 中医辨证标准 参照2010年《肠易激综合征中医诊疗共识意见》^[3]制定肝郁脾虚型辨证标准。1)主症:①腹痛即泻,泻后痛减,发作常与情绪相关;②急躁易怒,善叹息。2)次症:①两胁胀满;②纳少泛恶;③舌淡胖、有齿痕,脉弦细。符合以上

第一作者:李琳,女,医学硕士,主治医师,研究方向:中西医结合诊治消化系统疾病及消化内镜、超声内镜检查诊治

通讯作者:王黎明,男,主任医师,研究方向:中西医结合诊治消化系统疾病、消化内镜检查及镜下微创治疗, E-mail:

122713525@qq.com

主症+次症中任意2项即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1)年龄在18~70岁;2)符合西医诊断标准及中医辨证标准;3)自愿参加本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)感染性腹泻;2)有胃肠道器质性病变及手术史者;3)合并心脑血管、肝、肾、内分泌、结缔组织和造血系统等疾病;4)患有精神疾病或不能配合者;5)正在服用影响疗效的药物或接受其他相关治疗;6)过敏体质;7)妊娠或哺乳期妇女。

2 治疗方法

2.1 西药组 予以匹维溴铵片治疗。匹维溴铵片[雅培贸易(上海)有限公司,批准文号:国药准字H20160396,规格:50 mg/片]口服,2片/次,3次/d。

2.2 中药组 予以痛泻要方加味治疗。药物组成:党参15 g,炒白术12 g,炒白芍10 g,防风10 g,陈皮10 g,茯苓12 g,炙甘草3 g。水煎400 ml,每天1剂,分早晚2次饭后温服。

2.3 五音疗法联合中药组 在中药组治疗基础上联合五音疗法治疗。五音疗法:根据中医基础理论及五音疗法理论,肝郁选用“角”调式乐曲,如《汉宫秋月》《渔舟唱晚》等以疏肝理气、除忧解思;脾虚选用“徵”调式乐曲《喜相逢》和“宫”调式乐曲《秋湖月夜》以调节脾胃功能^[4]。嘱患者每天上午9:00和下午16:00在安静状态下聆听上述音乐,循环播放,每次30 min,音量适度。

3组均治疗4周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)中医证候积分。参照《中药新药临床研究指导原则》^[5],采用症状积分表法对腹痛腹胀程度与频度、腹泻频率、急躁易怒、两胁胀满、食欲不振、喜太息、脉弦细等症状按无、轻、中、重分别计0、1、2、3分,采用尼莫地平法计算疗效指数,疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。2)生活质量评价。采用Patrick等编制的IBS生活质量量表(IBS-QOL)进行评分。包括34个条目,8个维度,即焦虑不安、食物逃避、性行为、人际关系、社会功能、行为障碍、健康担忧及躯体意念,总积分为100分,积分越高反映生活质量越好^[6]。3)焦虑、抑郁评价。通过Zung氏焦虑自评量表(SAS)^[7]和抑郁自评量表(SDS)^[8]评估

患者治疗前后焦虑、抑郁状况。SAS和SDS量表均包含20个条目,采用4级评分法,以我国常规标准^[9]认为,SAS标准分>50、SDS标准分>53分则分别表明有抑郁、焦虑情绪。

3.2 疗效标准 中医证候疗效标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]制定。临床痊愈:疗效指数≥90%;显效:疗效指数≥70%、但<90%;有效:疗效指数≥30%、但<70%;无效:疗效指数<30%。

3.3 统计学方法 采用SPSS 23.0统计学软件进行统计分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,符合正态分布者采用 t 检验,不符合正态分布者采用秩和检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 3组中医证候疗效比较 总有效率西药组为78.57%,中药组为75.00%,五音疗法联合中药组为92.86%,五音疗法联合中药组总有效率显著高于西药组和中药组,差异有统计学意义;中、西药组组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。(见表1)

表1 3组中医证候疗效比较[例(%)]						
组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
西药组	28	4(14.29)	9(32.14)	9(32.14)	6(21.43)	22(78.57)
中药组	28	4(14.29)	9(32.14)	8(28.57)	7(25.00)	21(75.00)
五音疗法联合中药组	28	7(25.00)	13(46.43)	6(21.43)	2(7.14)	26(92.86) ^{ab}

注:与西药组比较,^a $P < 0.05$;与中药组比较,^b $P < 0.05$ 。

3.4.2 3组治疗前后中医证候积分比较 与本组治疗前比较,3组患者中医证候积分均降低($P < 0.05$);治疗后中、西药组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);五音疗法联合中药组治疗后中医证候积分改善情况显著优于中、西药组,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 3组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)			
组别	例数	时间节点	中医证候积分
西药组	28	治疗前	16.97 ± 2.17
		治疗后	8.00 ± 2.42 ^a
中药组	28	治疗前	19.17 ± 2.67
		治疗后	7.75 ± 2.02 ^a
五音疗法联合中药组	28	治疗前	17.82 ± 2.81
		治疗后	4.17 ± 2.33 ^{abc}

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与西药组治疗后比较,^b $P < 0.01$;与中药组治疗后比较,^c $P < 0.01$ 。

3.4.3 3 组治疗后 IBS-QOL 评分比较 治疗后五音疗法联合中药组患者 IBS-QOL 评分在 8 个维度及总分方面均高于中、西药组,差异有统计学意

义;而中、西药组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。(见表 3)

表 3 3 组治疗后 IBS-QOL 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	焦虑不安	食物逃避	性行为	人际关系	社会功能	行为障碍	健康担忧	躯体意念	总分
西药组	28	61.40±12.44	66.83±12.49	65.17±13.46	54.47±12.75	71.58±12.20	57.29±13.43	59.18±14.35	58.82±11.89	60.44±12.03
中药组	28	62.43±12.52	67.82±12.73	63.34±12.91	52.18±12.14	74.42±12.85	54.13±14.11	61.37±13.52	58.49±12.87	61.65±12.56
五音疗法联合中药组	28	70.53±12.82 ^{ab}	74.68±13.34 ^{ab}	69.57±13.52 ^{ab}	64.72±13.22 ^{ab}	80.84±13.63 ^{ab}	61.95±13.27 ^{ab}	68.71±12.16 ^{ab}	66.83±12.74 ^{ab}	68.53±13.78 ^{ab}

注:与西药组比较,^a $P < 0.05$;与中药组比较,^b $P < 0.05$ 。

3.3.4 3 组治疗前后 SAS 及 SDS 评分比较 3 组治疗后 SAS 及 SDS 评分较治疗前均有所下降,差异有统计学意义;而五音联合中药组 SAS 及 SDS 评分均明显低于中、西药组,差异有统计学意义。(见表 4)

表 4 3 组治疗前后 SAS 及 SDS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	SAS 评分	SDS 评分
西药组	28	治疗前	47.39±9.73	50.24±10.79
		治疗后	42.56±10.38 ^a	46.17±10.32 ^a
中药组	28	治疗前	45.68±10.12	53.62±9.41
		治疗后	41.84±9.79 ^a	48.74±10.26 ^a
五音疗法联合中药组	28	治疗前	47.47±9.43	52.83±10.57
		治疗后	36.92±10.21 ^{abc}	38.35±10.35 ^{abc}

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与西药组治疗后比较,^b $P < 0.05$;与中药组治疗后比较,^c $P < 0.05$ 。

4 讨 论

IBS-D 属中医学“腹痛”“泄泻”范畴,肝郁脾虚是基本病机^[10],痛泻要方是治疗肝郁脾虚型泄泻的代表方。五音疗法最早见于《黄帝内经》,五音为宫、商、角、徵、羽,对应五脏,感应五志,并首创五音治疗五志的疗法,通过辨证论治,配合不同的音乐,可达到调节情志、影响脏腑功能,进而达到防病治病的目的。有研究表明,五音疗法在缓解焦虑、抑郁及心理疾病方面具有显著疗效^[11]。基于上述理论,本研究采用五音疗法对 IBS-D 患者的情绪进行调节,以痛泻要方加味针对 IBS-D 的基本病机进行治疗,研究其联合疗法的疗效及临床应用价值。

本研究结果显示,五音疗法联合中药组在改善中医证候积分及临床有效率方面均优于西药组和中药组。在生活质量方面,五音疗法联合中药组在评价的 8 个维度总分上均高于其余 2 组,可显著提高生活质量。在焦虑、抑郁方面,五音疗法联合中

药组可明显降低患者的焦虑、抑郁评分,纠正情绪障碍。表明五音疗法联合痛泻要方加味治疗肝郁脾虚 IBS-D 确切有效。临床上辨证选用五音疗法和中药方剂治疗不同证型的 IBS 患者,可以使患者临床症状得到改善、生活质量得到提高、情绪障碍得到纠正,且五音疗法简单易行,费用消耗小,值得推广应用。

参考文献

[1] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组. 肠易激综合征诊断和治疗的共识意见(2007,长沙)[J]. 中华消化杂志,2008,28(1):38-40.

[2] DROSSMAN DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process [J]. Gastroenterology, 2006, 130(5):1377-1390.

[3] 中华中医药学会脾胃病分会. 肠易激综合征中医诊疗共识意见[J]. 中华中医药杂志,2010,25(7):1062-1065.

[4] 王梁敏,胡海荣,季坤,等. 浅谈五音疗法在中医情志护理中的应用[J]. 环球中医药,2018,11(12):1987-1989.

[5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:139-143.

[6] PATRICK DL,DROSSMAN DA,FREDERICK IO,et al. Quality of life in persons with irritable bowel syndrome:development and validation of a new measure[J]. Dig Dis Sci,1998,43(2):400-411.

[7] SAMAKOURI M,BOUHOS G,KADOGLU M,et al. Standardization of the Greek version of Zung's Self-rating Anxiety Scale(SAS)[J]. Psychiatriki,2012,23(3):212-220.

[8] MAMMADOVA F,SULTANOV M,HAJIVEVA A,et al. Translation and adaptation of the Zung Self-Rating Depression Scale for application in the bilingual Azerbaijani population[J]. Eur Psychiatry,2012,27(Suppl2):S27-S31.

[9] 王长虹,丛申. 临床心理治疗学[M]. 北京:人民军医出版社,2001:575-578.

[10] 庄惠三. 肠易激综合征(腹泻型)(IBS)中医药治疗的文献分析研究[D]. 北京:北京中医药大学,2010:31-32.

[11] 胡松洁,马彦平. 基于知识图谱的“中医五行音乐疗法”可视化构建研究[J]. 长春中医药大学学报,2015,31(3):534-537.