

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2014.08.20

肠益清治疗肠易激综合征脾虚湿盛证的疗效观察

李小兰, 苏振政, 顾向东

(南京中医药大学附属张家港市中医院 消化科, 江苏 张家港 215600)

摘要:[目的]观察肠益清配方颗粒治疗腹泻型肠易激综合征脾虚湿盛证的临床疗效。[方法]将106例患者随机分为治疗组和对照组,每组各53例。治疗组予以肠益清配方颗粒加减治疗,对照组用匹维溴胺和复方嗜酸乳杆菌口服治疗,4周为1个疗程。采用症状尺度表、大便性状表及生活质量量表记录2组患者的症状变化。[结果]治疗组总有效率为88.7%,对照组为67.9%,治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。[结论]肠益清配方颗粒治疗肠易激综合征脾虚湿盛证的临床疗效满意,值得推广。

关键词:肠易激综合征;肠益清;中医药

中图分类号:R57

文献标志码:B

文章编号:1671-038X(2014)08-0475-03

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是一组以腹痛、腹部不适、大便习惯改变为特征的胃肠道功能紊乱性疾病,可分为腹泻型、便秘型、混合型 and 未定型^[1]。在我国腹泻型肠易激综合征(D-IBS)最为常见,在已确诊为IBS的患者中,D-IBS约占74.1%^[2]。因其缺乏可解释症状的形态学改变和生化异常,且发病率逐年增高,耗费了大量的医疗资源,现有治疗IBS的安全有效的药物非常有限。近年来笔者用肠益清配方颗粒加减治疗IBS,疗效满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2011年8月~2014年1月就诊于我院门诊或住院的患者106例,采用中央随机系统申请随机分为治疗组和对照组,每组各53例。治疗组中男28例,女25例;年龄22~65岁,平均(41.56±9.21)岁;病程14个月~10年,平均(4.61±4.67)年。对照组中男30例,女23例;年龄24~68岁,平均(40.31±8.43)岁;病程12个月~10年,平均(4.23±4.37)年。2组患者一般资料比较,差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准

IBS西医诊断标准参照2006年罗马Ⅲ的D-IBS诊断标准^[3];中医辨证标准参照“肠易激综合征中西医结合诊疗共识意见”^[4],属脾虚湿盛证的辨证标准,包括腹痛隐隐、腹痛即泻、泻后痛缓、食少纳呆、大便溏而不爽、舌质红、舌苔黄腻。

1.3 纳入和排除标准

纳入标准:①符合西医D-IBS诊断标准及中医

辨证属脾虚湿盛证;②年龄15~75岁;③签署知情同意书。排除标准:①便秘型IBS;②有对食物添加剂过敏的当前迹象和历史;③有器质性肠病当前诊断和病史;④妊娠或哺乳者;⑤中医辨证为其他证型者。

1.4 方法

2组患者在治疗期间忌食辛辣、冰冷食物。治疗组予以肠益清配方颗粒加减治疗。基本方:太子参10g、白芍15g、炒白术15g、防风10g、陈皮10g、黄芩10g、黄连5g、煨葛根15g、炒苡仁30g、炒山药15g。纳差、大便有不消化食物者加焦山楂15g、神曲15g;久泻不止,怕冷者加吴茱萸6g、补骨脂15g,上述药物均为颗粒剂,1剂/d,分2次冲服。对照组口服匹维溴胺50mg/次,3次/d;复方嗜酸乳杆菌1.0g/次,3次/d;2组疗程均为4周。

1.5 疗效评判指标

运用IBS症状尺度表(IBM-BSS)、大便性状表(IBM-DSQ)、生活质量问卷(IBM-QOL)记录治疗前后患者主要症状变化及生活质量改善程度。IBM-BSS^[5]包括腹痛程度、腹痛天数、腹胀情况、排便满意度、生活干扰程度5个项目,主要用于评价药物的总体疗效及对主要症状的影响。DSQ为自拟表,主要观察患者大便性状、10d中大便急迫的天数、每天排便次数,主要用于观察药物对腹泻型IBS患者大便改善情况。IBM-QOL^[6]包括情绪状况、精神状态、睡眠状况、精力改变、日常运动、饮食影响、日常社交和工作影响,用于评价IBS患者生活质量及其与治疗的相关性。

1.6 疗效评定

药物治疗的总体疗效依据BSS总积分评定,显效:治疗后患者积分降低2个级别以上;有效:治疗后患者积分降低1个级别以上;无效:治疗后患者积分仍在同一级别或高于原级别水平。

收稿日期:2014-05-11

基金项目:2012年苏州科技局课题(No:SYSD2012148)

通讯作者:李小兰, E-mail: lilanlan580@163.com

次要疗效评定,显效:大便治疗后向硬的方向好转两个级别者;有效:治疗后好转一个级别者;无效:治疗后停留在原水平或向水样方面发展者。IBS-QOL 疗效评定为用药后积分数值较用药前增加 $\geq 70\%$ 为显效;用药后积分数值较用药前增加 $\geq 30\%$ 且 $<70\%$ 为有效;用药后积分数值较用药前增加 $<30\%$ 为无效。总有效率=显效率+有效率。

1.7 统计学处理

采用 SPSS11.5 软件进行统计,用 $\bar{x} \pm s$ 表示计量资料,组内治疗前后比较采用自身配对 t 检验;组间治疗前后比较采用独立样本 t 检验;等级资料比较采用列联表 χ^2 检验和 Ridit 分析。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2 组患者总有效率比较,肠益清疗效明显优于

对照组($P < 0.05$),见表 1。2 组治疗前后 BSS 积分比较,治疗后各症状改善方面,肠益清组明显优于对照组($P < 0.01$),见表 2。2 组治疗前后大便性状临床疗效比较,治疗后各指标均明显改善;在各指标改善上肠益清组优于对照组,见表 3。2 组治疗前后 QOL 各项结果比较,2 组均能提高每个项目的积分;其中肠益清组在改善患者精神状态、日常社交、工作影响及生活质量总积分方面优于对照组,见表 4。

表 1 2 组患者总体疗效比较 例

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率/%
肠益清组	53	29	18	6	88.7 ¹⁾
对照组	53	15	21	17	67.9

与对照组比较,¹⁾ $P < 0.05$

表 2 2 组患者治疗前后 BSS 积分变化情况 分, $\bar{x} \pm s$

症状	肠益清组($n=53$)		对照组($n=53$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
腹痛程度	45.61 $\pm$ 20.12	11.43 $\pm$ 15.16 ¹⁾	41.56 $\pm$ 21.81	24.13 $\pm$ 15.71 ¹⁾
腹痛天数	59.43 $\pm$ 26.12	12.23 $\pm$ 21.87 ¹⁾	54.33 $\pm$ 34.25	29.00 $\pm$ 23.65 ¹⁾
腹胀情况	28.93 $\pm$ 25.58	10.33 $\pm$ 12.68 ¹⁾	28.00 $\pm$ 26.05	21.58 $\pm$ 20.57
排便满意度	79.64 $\pm$ 12.41	32.46 $\pm$ 19.98 ¹⁾	74.21 $\pm$ 9.96	51.79 $\pm$ 23.01 ¹⁾
生活干扰	70.80 $\pm$ 20.04	30.06 $\pm$ 20.29 ¹⁾	68.33 $\pm$ 19.76	51.62 $\pm$ 23.54 ¹⁾
症状总积分	284.21 $\pm$ 70.02	96.68 $\pm$ 63.85 ¹⁾	266.12 $\pm$ 51.89	178.23 $\pm$ 74.65 ¹⁾

与同组治疗前比较,¹⁾ $P < 0.01$

表 3 2 组大便性状临床疗效比较 $\bar{x} \pm s$

组别	例数	时间	每天排便 次数/次	10 d 中排便急迫感 天数/d	大便性状/例			
					正常	分散团块样软硬	糊状便	水样便
肠益清组	53	治疗前	4.43 $\pm$ 1.65	5.08 $\pm$ 3.64	0	19	28	6
		治疗后	1.60 $\pm$ 1.05	1.53 $\pm$ 2.29	21	24	7	1
对照组	53	治疗前	4.05 $\pm$ 1.45	5.26 $\pm$ 3.80	0	21	27	5
		治疗后	2.34 $\pm$ 1.17	3.22 $\pm$ 2.89	16	19	16	2

表 4 2 组治疗前后 QOL 各项积分比较 分, $\bar{x} \pm s$

症状	肠益清组($n=53$)		对照组($n=53$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
情绪状况	191.67 $\pm$ 108.34	301.17 $\pm$ 71.16	202.50 $\pm$ 121.12	285.33 $\pm$ 94.67
精神状态	211.33 $\pm$ 92.73	350.67 $\pm$ 63.19	238.00 $\pm$ 102.97	274.33 $\pm$ 74.78
睡眠状况	203.33 $\pm$ 62.26	292.50 $\pm$ 45.65	212.67 $\pm$ 87.53	246.67 $\pm$ 55.29
精力改变	94.17 $\pm$ 60.42	195.83 $\pm$ 47.38	104.17 $\pm$ 69.20	139.17 $\pm$ 59.34
日常运动	215.33 $\pm$ 60.33	298.00 $\pm$ 40.80	219.33 $\pm$ 68.98	268.33 $\pm$ 48.40
饮食影响	203.33 $\pm$ 44.28	290.00 $\pm$ 46.98	196.33 $\pm$ 60.97	266.67 $\pm$ 52.8
日常社交	191.67 $\pm$ 140.56	324.17 $\pm$ 79.73	217.50 $\pm$ 133.22	276.67 $\pm$ 108.62
工作影响	155.00 $\pm$ 123.94	298.17 $\pm$ 103.53	189.67 $\pm$ 152.55	256.67 $\pm$ 139.88

3 讨论

肠易激综合征(IBS)是临床最常见的消化道功能失调症,属中医“腹痛”、“泄泻”等范畴。其病位在肠,与肝、脾胃关系密切,肝郁脾虚湿盛是其病机关键。肝郁则气机不畅,失于疏泄故腹痛腹胀;脾虚则运化不利,大便失调,脾喜燥恶湿,湿盛则濡泄。治疗以疏肝健脾,兼以清热化湿为主要原则。肠益清为治疗泄泻的经典方——痛泻要方和葛根芩连汤的合方。葛根芩连汤出自《伤寒论》第34条:“太阳病,桂枝证,医反下之,利遂不止,脉促者,表未解也,喘而汗出,葛根黄芩黄连汤主之”。用于治疗太阳表邪内陷所致热下利证。痛泻要方为《景岳全书》所载经典名方,是治疗肝郁脾虚,腹痛泄泻的代表方剂。本方主要药物白术,补气健脾、燥湿利水,现代药理实验证明^[7]:在正常情况下,白术煎剂能轻度兴奋肠管,当肠管受乙酰胆碱和氯化钡刺激所致肠管痉挛时,白术有抑制作用,说明白术具有双向调节肠肌作用。白芍养血柔肝、缓中止痛,其有效成分主要是白芍总甙(TGP),药理实验证实,TGP及芍药的浸出液对豚鼠离体小肠有抑制自发收缩,降低紧张性的作用,此外TGP还有一定的镇静、镇痛作用^[8]。陈皮理气健脾,燥湿化痰。药理研究发现陈皮能提高小肠的消化吸收功能,且作用较缓和,以调理为主^[9]。防风祛风除湿止痛,药理研究表明有一定的镇痛、镇静及抗过敏作用。诸药合用,能解痉止痛、调理胃肠运动、抗过敏、镇静及提高免疫力。

由于IBS是一种肠道功能性疾病,缺乏生化学以及组织病理学改变,临床尚没有一个评价IBS的客观指标,目前国外判断临床疗效主要通过患者自己填写调查表。不单纯局限于对肠道方面的症状改变的调查,而且注重治疗对精神心理及整体生活质量方面的影响,从整体评定疗效。目前应用的调查

表有肠道症状尺度表(BSS)、抑郁自评量表(SDS)、心理症状积分(SCL-90)、生活质量问卷(IFS-QOL)及健康调查简表(SF36)等。而BSS及QOL量表是目前判定IBS临床疗效比较有特异性、有效性及可靠性的量表。该研究通过对2组患者治疗前后BSS、QOL量表及大便性状中各项目积分差异统计分析,发现肠益清在总体疗效上明显优于对照组,尤其在缓解腹痛程度及改善患者生活质量方面明显优于对照组。关于其作用机理有待进一步研究。

参考文献

- [1] 陈灏珠,林果为.实用内科学[M].13版.北京:人民卫生出版社,2009:2045—2048.
- [2] 胡品津,潘国宗.中华医学会第一届全国肠易激综合征学术会议纪要[J].中华消化杂志,2003,23(7):428—428.
- [3] Rome Committee. Rome III criteria[J]. Gastroenterology, 2006, 130(5):1459—1459.
- [4] 李乾构,周学文,单兆伟.中医消化病诊疗指南[M].北京:北京中国中医药出版社,2006:90—94.
- [5] FRANCIS C Y, MORRIS J, WHORWELL P J. The irritable bowel severity scoring system: a simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress[J]. Aliment Pharmacol Ther, 1997, 11: 395—402.
- [6] PATRICK D L, DROSSMAN D A, FREDERICK I O, et al. Quality of life in persons with irritable bowel syndrome, development and validation of a new measure[J]. Dig Dis Sci, 1998, 43:400—411.
- [7] 王本祥.现代中药药理与临床[M].天津:天津翻译科技出版公司,2004:485—485.
- [8] 王永祥,陈敏珠,徐叔云.白芍总甙的镇痛作用[J].中国药理学及毒理学杂志,1988,2(1):629—629.
- [9] 金志萃,胡荫,白莲花.桔皮注射对免疫功能的影响[J].中草药,1992,23(11):612—612.

作者署名的原则

作者署名的原则:研究工作的设计者、主要完成者和论文的撰写者。在科研中应当是谁设计了该项研究课题并进行或组织完成了该项研究工作,则由谁来撰写论文。谁写的论文就应署上谁的姓名,不能把只参加过部分具体工作而不了解该课题全部内容和意义的人都署上姓名。作者应能掌握论文的全部内容及意义,能对论文提出的质疑进行答辩,并能对论文中材料的真实性、方法的可靠性、结论的正确性、分析推理的逻辑性及对理论和实际意义评价的合理性承担责任。新英格兰医学杂志主编阿尔诺·雷尔曼博士把科学论文工作分成3个部分:学术论文的设计、数据的收集和对结果的分析和解释,他认为一位科学家署名至少应对该项学术研究的2个方面有所贡献。