

· 论著-研究报告 ·

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2017.11.10

甘爱萍治疗腹泻型肠易激综合征(肝郁脾虚证)的临床疗效观察

张 萌¹, 朱光建²

(¹ 湖北省中医院,湖北 武汉 430061;

² 湖北中医药大学 中医临床学院,湖北 武汉 430061)

摘要:[目的]探讨甘爱萍教授用自拟方“肠泻宁”医治腹泻型肠易激综合征(肝郁脾虚证)患者的临床疗效,从中归纳可推广的宝贵经验。[方法]依照中西医诊断标准,规避影响因素,挑选出 60 例试验者,随机分成治疗组和对照组,每组 30 例,治疗组予以“肠泻宁”辨证化裁,对照组予以匹维溴铵片口服,疗程各为 1 个月。继而从综合疗效、中医证候积分、治疗后三个月的复发率、安全性 4 个方面评价 2 组疗效。[结果]经数据精准分析,相比于医治前,2 组医治后的综合疗效、中医证候积分均有明显变化,差异有统计学意义($P<0.05$),医治后 2 组间对比,“肠泻宁”组较之“匹维溴铵”组疗效更为突出,差异有统计学意义($P<0.05$),2 组治疗后 3 个月复发情况比较,“肠泻宁”组明显低于“匹维溴铵”组($P<0.01$)。[结论]“肠泻宁”功可疏肝健脾、渗湿止泻,方药组成精确合理,对于肠易激综合征治疗效果显著。

关键词:肠易激综合征;肝郁脾虚;腹泻;肠泻宁

中图分类号:R442.2

文献标志码:A

文章编号:1671-038X(2017)11-0842-04

Clinical observation of Gan Aiping's experiences in treatment of liver stagnation and spleen deficiency syndrome and diarrhea-predominant irritable bowel syndrome

ZHANG Meng¹, ZHU Guang-jian²

(¹ Hubei Hospital of Traditional Chinese Medicine, Wuhan 430061, China; ² Hubei University of Traditional Chinese Medicine, Wuhan 430061, China)

Corresponding author: ZHANG Meng, E-mail: 7866059@qq.com

Abstract:[Objective] To investigate the clinical efficacy of Gan Aiping's experiential Changxiening decoction in treatment of liver stagnation and spleen deficiency syndrome of IBS-D, and sum up valued experiences. [Methods] According to the diagnostic criteria of Chinese and western medicine, 60 patients were selected and divided into two 2 groups equally and randomly. The treatment group was given Changxiening decoction, and the control group was given pinaverium bromide tablets. The course of treatment was one month. Then to evaluate the efficacy based on comprehensive efficacy, score of TCM syndrome, recurrence rate of three months after treatment and safety. [Results] Two groups after treatment both had significant differences in comprehensive efficacy and score of TCM syndrome, and differences were statistical significance ($P<0.05$). The comparison of two groups showed that treatment group had better efficacy than control group, and differences were statistical significance ($P<0.05$). The treatment group had lower recurrence rate than the control group, and differences were statistical significance ($P<0.001$). [Conclusion] Changxiening decoction, which is precisely formed of certain herbs, can smooth liver and strengthen spleen, and has prominent effect on IBS-D.

Key words: irritable bowel syndrome; liver stagnation and spleen deficiency syndrome; diarrhea; Changxiening decoction

肠易激综合征(IBS)作为消化内科的常见病种,已经成为目前研究的热点,是以腹痛或不适,并伴有排便性状、频度或量等改变的非器质性疾病。因其于国内外发病率^[1]有逐年上升趋势,而病因和机制目前未完全清楚,辅助检查难以检测,故转用祖国医学辨证施治有良好的前景。甘爱萍教授致力于消化病研究 40 余年,处方用药精准平和,疑难病症多有疗效。笔者有幸侍诊,在临床上观察到医师以“肠泻宁”治疗腹泻型肠易激综合征(肝郁脾虚证)疗效确切,现分析归纳如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

挑选从 2016 年 6 月~12 月于湖北省中医院消化科门诊就诊符合诊断的患者 60 例,男性与女性各 30 例;年龄 18~60 岁;病程 1~10 年。西医诊断^[2]采取罗马Ⅲ诊断标准;中医诊断^[3]须遵循《中药新药临床研究指导原则》试行的肝郁脾虚证诊断指标,即主症:①腹痛、胀或不适;②便溏不爽或次数增多;③不欲食、纳呆、纳少或餐后难化;④胁肋不适。次症:肠鸣或矢气频;腹痛即欲泻,排便后痛感减弱;情志易抑郁或激动;喜叹息;舌质淡苔白或白腻,脉象弦或弦细。只要有主症三种或主症两种加次症两种,就可辨证为肝郁脾虚型。如有特殊原因导致的慢性腹泻,如甲亢、糖尿病、SLE 等疾病所致或患有心脑血管、肝、肾等基础疾病或其并发症可影响疗效观察者,均不在选取范围之内。

1.2 治疗方法

将契合中西医疾病诊断条件的患者随机分配至治疗组与对照组,治疗组 30 例,对照组 30 例。对照组给予匹维溴铵片,3 次/d,每次用量 50 mg,用餐时以水整片吞服。治疗组给予自拟方“肠泻宁”辨证化裁:炒白术 12 g,防风 9 g,陈皮 9 g,炒白芍 12 g,茯苓 12 g,玫瑰花 9 g,木槿花 12 g,五倍子 12 g,芡实 12 g。湿重泻不止者加椿根皮 9 g,苡仁 30 g;大便秽臭带黏液或里急后重者加黄芩 9 g,白头翁 9 g,黄连 6 g;情志默默者加郁金 12 g;食欲寡然、食谷难化者加炒山楂、麦芽各 9 g;脾土中败、羸弱少言者加黄芪 20 g,山药 12 g;夜卧难安、忧思烦躁者加合欢花 9 g。中药均用汤剂形式,一致由湖北省中医院煎药房煎制包装成袋,每袋含量 200 ml,每日分 3 次,每次 1 袋,于早、中、晚饭后 30 min 服用。用药 1 个月后即停药,每位患者在治疗结束后 3 个月须进行复查。并于观测期间嘱患者注意情绪舒畅,不食生冷、辛辣、油腻等刺激性食物。

1.3 观察指标

指标观察:依照《中药新药临床研究指导原则》相应章节,规范观测量化指标如下。

中医证候疗效评定标准:①临床治愈:大便频度日 1~2 次,量及性状恢复正常,腹痛或不适等其他症状消失。证候积分削减>95%;②显效:大便频度日 2~3 次而较成形(或日 1 次而便溏),腹痛或不适等其他症状明显减轻,证候积分削减>70%;③有效:大便频度及性状好转,腹痛或不适等其他症状缓解,证候积分削减 30%~70%;④无效:大便频度、性状、量及腹痛或不适等症状无明显差异或转而严重,证候积分削减不足 30%。参考相关章节症状等级划分,制成中医证候积分法:①主症:轻 2 分,中 4 分,重 6 分;②次症:轻 1 分,中 2 分,重 3 分。证候积分疗效指数算法可遵循尼莫地平法。安全性观察:治疗前后询问药物过敏情况,进行常规查体,常规辅助检查如心电图、血、尿、粪常规及肝、肾功能全套等。复发率观察:治疗结束后三个月复诊,并复查上述项目,观测各项指标转变,并逐一记录复发情况。复发标准:相比医治一个月的情况,复查时临床主症加重一级或以上即为复发。

1.4 统计学处理

用 SPSS 19.0 将契合以上标准的指标输入,并予以统计分析处理。复发情况用 χ^2 检验,综合疗效、中医证候积分组间计量指标分析及医治前后配对资料用 t 检验。

2 结果

2.1 2 组疗效比较

如表 1、表 2 所示,与医治前比较,2 组医治后的临床综合疗和医治前后中医证候积分均有改善,差异有统计学意义($P<0.05$),表示“肠泻宁”和匹维溴铵均能对此病症产生作用。医治后 2 组间比较,“肠泻宁”组较匹维溴铵组疗效更为突出,差异有统计学意义($P<0.05$),故“肠泻宁”对证治疗比匹维溴铵效果更佳。

2.2 2 组复发率比较

如表 3 所示,2 组医治后 3 个月复发情况用卡方检验, $P<0.01$,表示 2 组复发情况对比存在显著差异,并且匹维溴铵组复发率明显高于“肠泻宁”组,所以经“肠泻宁”医治的患者症状不容易反复。

2.3 2 组安全性比较

60 例患者在进行治疗期间均未发生药物过敏反应及毒副作用的状况,治疗前后心电图、血、尿、粪常规及肝肾功能全套等检查均无明显异常,经治疗后也无明显不良反应,故而“肠泻宁”组和“匹维溴铵”组均在安全可控范围之内。

表 1 2 组患者综合疗效之比较

例(%)

组别	例数	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	30	1(3.33)	8(26.67)	15(50.00)	6(20.00)	24(80.00)
治疗组	30	3(10.00)	12(40.00)	13(43.33)	2(6.67)	28(93.33)

表 2 2 组患者医治前后中医证候积分比较 分

组别	例数	医治前积分	医治后积分
对照组	30	13.53±2.13	9.71±3.34
治疗组	30	13.67±1.95	6.52±3.25

表 3 医治后 3 个月 2 组患者复发率比较

组别	例数	复发例数	复发率/%
对照组	30	13	43.33
治疗组	30	2	6.67

3 讨论

腹泻型肠易激综合征作为一种非器质性、无明显生化指标异常的病变,现代医学多认为与胃肠动力改变、内脏器官感觉异常、肠道感染治愈后、胃肠道激素、精神心理障碍等有关,医治此病多以解痉、止泻、抗抑郁、调节肠道菌群等为主,但治疗效果不确切。存在单一靶点药物不能同时缓解多个症状的普遍情况,复发率高^[4]。且患者多有心理压力,情绪不稳,心理治疗效果不佳,进而影响生活质量及加剧疾病发生频率。现多有临床研究表明^[5],转用中医药医治 IBS 疗效显著。肠易激综合征(腹泻型)虽是现代医学名词,但参阅文献典籍,当属祖国医学“泄泻”、“腹痛”、“伤寒太阴病”等范畴。究其中医病因,《伤寒论》273 条:“太阴之为病,腹满而吐,食不下,自利益甚,时腹自痛。”《素问·脏气法时论》:“脾病者……虚则腹满肠鸣,飧泄食不化。”太阴之上,湿气主之,脾虚不运则湿盛,湿浊盛于胃肠发满胀及濡泻,故足太阴脾土虚损导致腹满痛而下利为其直接原因。《诸病源候论·虚劳里急候》:“劳伤内损,故腹里拘急也。”《诸病源候论·虚劳诸病下》云:“凡肠胃虚,伤风冷则泄利。”《脾胃论》云:“饮食失节,寒温不适,脾胃乃伤;喜怒忧恐,损耗元气。”故饮食不慎、过度劳累或情志不畅使中焦脾胃运化不及,加之伤于风冷外邪,内忧外患,遂成此病。《医方考》云:“泻责之脾,痛责之肝……脾虚肝实故令痛泻。”谷气入脾胃,散精于肝,肝郁而实,反乘虚土,故而临床多见患者胁肋不适,情志闭闷,诊其脉多为弦,肝郁脾虚证现。脾胃为后天之本,虚则无以四灌,肝为将军之官,失其令则壅塞不快,法当解其郁而培其本,治以

疏肝健脾、渗湿止泻。

“肠泻宁”为甘爱萍教授经验方,在痛泻要方的基础上,加茯苓、芡实、五倍子、木槿花、玫瑰花所组成。《金匱要略》曰:“见肝之病,知肝传脾,当先实脾。”肝脾皆病,依五行相克之法,需先实脾,陈皮、白术入脾经,功可理气健脾、燥湿止泻,填补仓廩之要药也。水湿之患,流滞于中下焦,法当利小便而实大便,故加茯苓健脾渗湿,复之运化,利其水道。下利日久者,气必馁,芡实、五倍子酸敛收涩,急固中土之气。湿久胃肠必蕴热,用木槿花凉而轻提,为止利要药。黎俊民^[6]配以木槿花治疗下利,屡获佳效。而后以防风、白芍治肝,肝主疏泄,其性升发,肝郁则疏泄失职,气机不畅,内外相引,多招风冷。防风性味辛温,专入肝经,条达肝木,祛风胜湿,较之辛凉柴胡止泻效果更佳。白芍能缓肝之急,芍药甘草汤专治肝筋拘急,且又为阴柔之品,故能止痛,《本经》云:“芍药味苦平,主邪气腹痛。”此腹中痛症,最适用之。玫瑰花其气辛香,功可疏肝解郁、理气止痛,与防风相使为用。诸药合用,扶土疏木,止泻补虚,调达气机,复其权衡。现代研究表明,陈皮^[7]可针对消化系统,能抑制胃离体平滑肌条的收缩活动,进而减缓胃排空;小剂量白术^[8]有助于增多小鼠尿量,进而降低腹腔生理盐水负荷;防风^[9]能提升小鼠痛阈值,以达镇痛效果;白芍^[10]据相关报道有良好的镇痛镇静、抗炎、增强免疫等作用;茯苓^[11]中含茯苓素可以体外竞争醛固酮受体,体内逆转醛固酮效应,进而达到利小便作用,其对四氯化碳引起的肝损害也具保护作用;芡实^[12]可以抑制胃黏膜的有害自由基的作用,进而保护胃粘膜;对慢性肠炎^[13]也有一定效果;五倍子^[14]主要含鞣质,具有明显的止泻、抗炎、抗病毒、抗菌等作用;木槿花^[15]提取液能消炎抑菌,对金黄色葡萄球菌、伤寒杆菌等均有效用。玫瑰花^[16]可以选择性对抗肠道有害菌群,其乙醇提取物有中枢抑制活性,故对情绪紧张者有一定作用,另外还具有解毒、改善肠系膜微循环等作用。综上所述,从中药性味归经、方剂配伍、现代药理作用及 2 组临床疗效对比分析,“肠泻宁”对肠易激综合征具有良好疗效。在治疗肠易激综合征的同时,需消除患者顾虑,进行健康教育,嘱咐其平时多运动,调畅情致,饮食多以清淡,避免刺激性食物,必事半功倍。

参考文献

[1] 邓建春. 中医治疗腹泻型肠易激综合征研究进展[J]. 北方药学, 2016, 13(2):130—131.

[2] 葛均波, 徐永健主编. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013:400—400.

[3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002:364—366.

[4] 赵鑫鑫, 王文龙, 钱海, 等. 肠易激综合征治疗药物的研究进展[J]. 中国药科大学学报, 2011, 42(2):182—188.

[5] 戴晓兰, 徐进康. 肠易激综合征的中医研究进展[J]. 2014, 34(6):940—942.

[6] 黎俊民. 木槿花临证应用心得[J]. 辽宁中医药大学学报, 2006, 8(6):127—127.

[7] 李伟, 郑天珍, 瞿颂义, 等. 陈皮对大鼠胃平滑肌条收缩活动的作用及机制的探讨[J]. 中国中西医结合杂志, 2000, 20(特集):49—49.

[8] 施文荣, 刘艳, 陈玲, 等. 白术燥湿利水作用的研究[J]. 福建中医学院学报, 2007, 17(3):29—31.

[9] 李文, 李丽, 是元艳, 等. 防风有效部位的药理作用研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2006, 12(6):29—31.

[10] 张利. 白芍的药理作用及现代研究进展[J]. 中医临床研究, 2014, 6(29):25—26.

[11] 张钟媛. 茯苓药理作用研究进展[J]继续医学教育, 2015, 29(5):108—109.

[12] 於怀龙, 怀晴晴, 薛玲. 中药芡实预防急性胃粘膜损伤药理作用的研究[J]. 药学研究, 2013, 32(6):326—329.

[13] 孙以民, 刘秀英. 芡实内金饼治疗慢性肠炎 20 例[J]. 中国民间疗法, 1998, 6(3):42—42.

[14] 韩建军, 宁娜. 五倍子药理作用的研究进展[J]. 淮海医药, 2015, 33(4):415—415.

[15] 苏万楷, 李裕, 黄家灿, 等. 木槿植物资源的利用价值及开发潜力[J]. 四川林业科技, 2005, 26(2):80—83.

[16] 徐春生, 李明, 李光明. 中药玫瑰花的药理研究进展[J]. 中国医药指南, 2012, 10(15):82—84.

文内参考文献的标注规范

文内所列参考文献应限于作者直接阅读过的、最主要的、且为发表在正式出版物上的文章。私人通信和未发表(含待发表)的著作及论文, 一般不宜作为参考文献。参考文献还应注重权威性和时效性。文内标注参考文献时应按文献出现的先后顺序用阿拉伯数字连续编码, 并将序号置于方括号中。可根据具体情况分别按下述 3 种格式之一标注。

- ① 文中已标明原始文献作者姓名时, 序号标注于作者姓名右上角。
例如: Vairaktaris 等^[7]研究表明, MMP-9-1562C/T 基因多态性与口腔癌关系密切。
- ② 正文未标明作者或非原始文献作者时, 序号标注于引用内容的句末。
例如: ……在中枢神经系统中具有保护神经的作用, 减少缺氧、缺血对动物脑神经元的损害^[1]。
- ③ 正文直接述及文献序号时则将之作为语句的组成部分时不用角码标注。
例如: 肱动脉超声检查的方法见文献[2]。
- 文中多次引用同一参考文献, 只在第一次出现时编排序号(在参考文献表中也只出现一次), 其他处使用同一序号; 如果多次引用的是同一参考文献的不同页的内容, 则应参考文献表中按引用顺序一一列出页码。
- 若某一问题使用了多篇文献说明, 这时将各文献的序号在一个方括号内全部列出, 中间加逗号, 若遇连续序号, 则在起止序号中间加“—”表示。如: ……组织型 RAS 激活也成为心肌肥厚、心肌纤维化、心腔扩大、心力衰竭的主要因素^[1,3,9-10]。