

涩肠止泻法治疗慢性腹泻的疗效观察

曹 静¹, 佟海燕²

(¹北京市昌平区沙河医院 中医科, 北京 102206;

²北京丰台医院 中医科, 北京 100071)

摘要:[目的]为了观察涩肠止泻法治疗慢性腹泻的疗效。[方法]将我院收治符合诊断的 80 例慢性腹泻患者随机分为 2 组, 治疗组 40 例, 对照组 40 例, 分别采用涩肠止泻法治疗及西医治疗, 并进行比较。[结果]涩肠止泻法治疗慢性腹泻的方法明显优于西医治疗, 且复发率低于西医治疗组。[结论]涩肠止泻法治疗慢性腹泻在减少排便次数, 改善症状及预防复发方面明显优于西医治疗, 值得临床推广。

关键词:腹泻; 涩肠止泻法; 西医治疗; 疗效

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2019.11.17

中图分类号:R442.2

文献标志码:B

慢性腹泻病是消化系统疾病中的一种常见症状。指排便次数增多, 超过原有的习惯频率, 粪质稀薄, 容量和重量增多, 或排黏液脓血便, 持续或反复发作超过 2 个月者^[1]。能引起慢性腹泻的疾病很多, 其中最常见的是肠道易激综合征, 其次是炎症性肠炎、肠结核、肠道菌群失调、小肠吸收不良综合征及肠道肿瘤等。目前, 现代医学的治疗主要通过保护胃肠道黏膜及调节肠道菌群平衡来完成, 但从临床上看, 本病有时难于明确病因诊断, 且有些病因未完全阐明, 因此疗效不能令人满意。笔者自 2016 年 1 月~2018 年 12 月采用涩肠止泻法治疗慢性腹泻取得了良好的疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2016 年 1 月~2018 年 12 月在我院收治的 80 例慢性腹泻患者, 按 1:1 比例, 随机分为 2 组。其中治疗组 40 例, 女 23 例, 男 17 例, 完成 39 例, 脱落 1 例, 年龄 12~79 岁, 平均 57.8 岁, 病程 6 个月~8 年, 平均 3.7 年, 中医证候积分是 27.41; 对照组 40 例, 女 21 例, 男 19 例, 完成 36 例, 脱落 4 例, 年龄 10~80 岁, 平均 56.8 岁, 病程 6 个月~7 年, 平均 3.6 年, 中医证候积分是 27.36。2 组患者在性别、年龄、治疗前中医证候总分比较差异均无统计学意义(均 $P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

①所选患者均符合慢性腹泻的诊断标准, 大便秘质稀溏, 排便次数明显增多, 并伴有腹胀、腹痛等

临床表现, 病程 >2 个月; ②除外慢性细菌性痢疾、免疫缺损性腹泻、大肠癌、严重肝肾损害、妊娠及过敏体质患者; ③患者均自愿参与本研究, 且签署知情同意书。

1.3 疗效评定标准

1.3.1 临床症状分级 标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]有关标准制定分级量化。见表 1。

1.3.2 观察方法 2 组患者均治疗 14 d 为 1 个疗程, 连续治疗 2~4 个疗程, 记录患者治疗前、后的中医证候积分。1 年后对患者进行回访, 记录患者 1 年内是否复发及中医证候积分情况。

1.3.3 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》有关标准制定。①临床痊愈: 症状、体征消失或基本消失, 证候积分减少 $\geq 95\%$; ②显效: 症状、体征明显改善, 症状分级减少 2 级或证候积分减少 $\geq 70\%$; ③有效: 症状、体征均有好转, 症状分级减少 1 级或证候积分减少 $\geq 30\%$; ④无效: 症状、体征均无明显改善, 证候积分减少不足 30%。计算公式为: $[(\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) \div \text{治疗前积分}] \times 100\%$

1.4 治疗方法

治疗组: 主方: 煅龙骨 30 g, 煅牡蛎 30 g, 炒芡实 30 g, 炒白术 15 g, 党参 10 g, 茯苓 15 g, 莲子肉 10 g, 五味子 10 g, 炙甘草 6 g。临床加减: 大便黏滞不爽, 肛门灼热者加葛根 30 g, 黄芩 10 g, 黄连 10 g。暖气泛酸者加浙贝 10 g, 海螵蛸 15 g。纳差者加木香 6 g, 砂仁 5 g。畏寒肢冷加桂枝 10 g, 炮姜 6 g。

对照组: 蒙脱石散 3 g, 3 次/d; 双歧杆菌四联活菌片 0.5 g, 3 次/d。

1.5 统计学处理

应用 SPSS 13.0 统计学软件, 计量资料采用 t

收稿日期: 2019-04-12

作者简介: 曹 静, 女, 副主任医师, 研究方向: 中医消化和呼吸

通讯作者: 曹 静, E-mail: 3197439484@qq.com

检验,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料用Ridit统计分析,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组治疗后临床疗效比较

经过2~4个疗程治疗,治疗组总有效率89.74%,对照组为63.89%,2组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

2.2 2组治疗前后中医症候积分比较

治疗后2组患者中医症候积分均明显减少($P<0.05$),而治疗组减少幅度明显大于对照组($P<0.05$)。见表3。

2.3 2组治疗后随访情况比较。

2组治疗1年后随访情况比较见表4。

表1 临床症状分级标准

	轻度(1分)	中度(3分)	重度(5分)
排便次数	排便增多 ≤ 3 次/d	4~5次/d	≥ 6 次以上
大便性状	大便呈稀软状	大便稀溏	大便如黏液样
腹部胀满	偶见	经常出现	持续出现
腹痛	偶见,可自行缓解	频发,持续时间长	疼痛明显,需服药才能缓解
暖气泛酸	偶发, <4 次/d	经常出现,4~10次/d	频发, >10 次/d
疲劳乏力	肢体倦怠,不影响工作、生活	四肢乏力,勉强坚持日常活动	全身无力,终日不愿活动
口苦口干	偶见口苦口干	经常感觉口苦口干	整日觉口苦口干
饮食减少	食量减少1/4	食量减少1/3	食量减少1/2
气短	活动后较少出现气短	活动后易出现气短	未活动也气短

表2 2组临床疗效比较

例(%)

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	愈显	总有效
治疗组	39	10	19	6	4	29(74.36) ¹⁾	35(89.74) ¹⁾
对照组	36	3	9	11	13	12(33.33)	23(63.89)

与对照组比较,¹⁾ $P<0.05$ 。

表3 2组治疗前后中医证候积分比较

分, $\bar{x}\pm s$

组别	例数	治疗前 证候积分	治疗后 证候积分	减少均值
治疗组	39	27.41 $\pm$ 0.53	5.62 $\pm$ 0.85 ¹⁾	22.09 $\pm$ 0.64 ¹⁾
对照组	36	27.36 $\pm$ 0.56	16.33 $\pm$ 0.94	11.14 $\pm$ 0.85

与对照组比较,¹⁾ $P<0.05$ 。

表4 2组治疗1年后随访情况比较

例(%), $\bar{x}\pm s$

组别	例数	发作1次	发作2次及以上	证候积分
治疗组	39	5(12.82)	3(7.69)	10.34 $\pm$ 0.67 ¹⁾
对照组	36	13(36.11)	19(52.78)	19.64 $\pm$ 0.98

与对照组比较,¹⁾ $P<0.05$ 。

3 讨论

慢性腹泻为临床多发及常见病,属中医学“久泄”范畴。具有病程长,易反复发作的特点。《景岳

全书·泄泻》曰“泄泻之本,无不由于脾胃。脾强者滞去即愈;脾虚者,因虚易泻,因泻愈虚”^[3]。又云“肾为胃之关,开窍于二阴,所以二便之开闭,皆肾脏之所主,今肾中阳气不足,则命门火衰,而阴寒急胜之时,则令人洞泄不止”^[4]。《素问·阴阳应象大论》云“湿胜则濡泻”。近代北京名医肖龙友先生认为脾虚日久,必损及肾阳而形成脾肾两虚。综上所述,本病的病机关键是:脾肾两虚失于固摄为本,湿邪偏胜为标,脾虚不运,水谷不能化为精微,水湿内生,清浊不分,混杂直下发为本病^[5]。故临床上以涩肠固本,兼以清利水湿为本病治疗原则。龙骨《医学衷中参西录》云“龙骨,质最粘涩,具有翕收之力,故能收敛元气,镇安精神,固涩滑脱”;徐大椿讨论极精微,所谓敛正气而不敛邪气,既能入气海以固元气,更能入肝经以防其疏泄元气。《本草经疏》记载牡蛎“其性收敛,故能涩大小肠,止大小便利也”。本人曾与著名的国医大师危北海学习,其在治疗顽固性腹泻中每用到龙骨、牡蛎总能见到奇效,故本法中应用二药以固肠止泻为君。党参、茯苓、炒白术、山药以健脾

益肾,利水祛湿为臣;佐以五味子收涩止泻,芡实和炙甘草补脾止泻。临床再根据患者的具体情况临证加减。本方主要根据中医学“标本兼治”“治未病”“先安未受邪之地”的理论,结合该病的病机特点,在组方上力求收敛固涩,补脾益肾与利水祛湿并重,体现了扶正祛邪的治疗思路。

现代药理研究:龙骨石油醚提取物对大肠杆菌、粪肠球菌等的增殖有明显抑制作用^[6]。龙骨、牡蛎其水煎液均具有增强免疫和促进组织修复的作用^[7]。党参具有调节肠道运动和抗黏膜损伤的作用;茯苓对肠管有直接松弛作用,使平滑肌收缩幅度降低,张力下降,并能降低胃酸,同时可抑制大肠杆菌;白术能扶植肠道正常菌群生长,促进肠黏膜损伤的修复;山药通过影响神经递质乙酰胆碱的作用及对小肠平滑肌的直接作用而缓解胃肠运动功能的亢进^[8];五味子中含具有解痉作用的有效成分,能抑制肠蠕动,加强止泻作用;芡实具有抑菌和防治胃黏膜损伤的药理活性;甘草具有明显的抗菌消炎作用,对胃肠道平滑肌有解痉作用。

总之,从临床疗效看来,涩肠止泻法治疗本病具有明显的优势。因为在临床治疗中,西医往往采取抗感染,肠道黏膜保护剂及保持肠道菌群平衡为主,在近期减轻症状上有一定的作用,但远期效果比较

有限。但本病具有反复发作迁延难愈的特点,而中医辨证抓住脏腑、阴阳、虚实等关键,注重整体观念,因人制宜,辨证论治,取得了较好的疗效。如果患者能够坚持系统中医治疗,就能在短时间内控制症状,并在愈后减少急性发作次数,提高生存质量具有明显的优势。

参考文献

- [1] 危北海,张万岱,陈治水.中西医结合消化病学[M].北京:人民卫生出版社,2003:481—486.
- [2] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医学科技出版社,2002:139—143.
- [3] 俞尚德,俞文武,叶蔚.俞氏中医消化病学[M].杭州:浙江大学出版社,2016:108—109.
- [4] 李乾构,王自立.中医胃肠病学[M].北京:中国医药科技出版社,1993:270—273.
- [5] 孙忠人,张晓峰,郭宏伟.龙江医派现代中医临床思路与方法丛书[M].北京:科学出版社,2018:96—97.
- [6] 祝巍源,苏圣智,冯锋.黑龙骨化学成分及药理活性研究进展[J].海峡药学,2018,30(9):38—42.
- [7] 冯丽,赵文静,常惟智.牡蛎的药理作用及临床应用研究进展[J].海峡药学,2011,28(1):114—116.
- [8] 沈映君.中药药理学[M].北京:人民卫生出版社,2012:383,816—817.