

0.05), 提示在西医治疗基础上联合中药方剂, 不仅可达到单纯西医治疗法根除 Hp 的效果, 且更能改善患者的胃镜及病理分级, 效果甚优。

综上所述, 在常规西药治疗的基础上联合使用中药方剂治疗 CAG 患者, 可有效提高治疗质量, 具有较高的应用价值。

[参考文献]

- [1] 陈佳, 李守英, 徐红, 等. 慢性萎缩性胃炎的研究进展[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(14): 3540-3542.
- [2] Vannella L, Lahner E, Annibale B, et al. Risk for gastric neoplasias in patients with chronic atrophic gastritis: A critical reappraisal [J]. World Journal of Gastroenterology, 2012, 18(12): 1279-1285.
- [3] 中华医学会消化内镜学分会. 慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见[J]. 中华消化内镜杂志, 2004, 21(2): 77-78.
- [4] 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: 124-129.
- [5] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [6] 林根友, 谢海萍. 慢性萎缩性胃炎胃镜下不同病理改变与幽门螺杆菌感染的关系[J]. 中华医院感染学杂志, 2013, 23(10): 2400-2402.
- [7] 高东五, 刘小卫, 陈万军, 等. 慢性萎缩性胃炎的诊断及中西医结合治疗[J]. 临床和实验医学杂志, 2012, 11(10): 748-749.
- [8] 隋志化. 中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎 44 例[J]. 河南中医, 2013, 33(12): 2188-2189.
- [9] 李琼, 刘晏, 吴坚炯, 等. 慢性萎缩性胃炎的治疗进展[J]. 中医学报, 2013, 28(1): 114-116.
- [10] 付强. 中西医结合治疗萎缩性胃炎的临床研究[J]. 中国药物经济学, 2012, 12(5): 65-66.

(责任编辑: 马力)

从归经理论观察加味痛泻要方治疗腹泻型肠易激综合征肝郁脾虚证疗效观察

胡丽娟

广东省中医院, 广东 广州 510120

[摘要] 目的: 从归经理论角度观察加味痛泻要方治疗肝郁脾虚证腹泻型肠易激综合征(D-IBS)的疗效。方法: 将符合标准的患者随机分为治疗组、对照组各 50 例。治疗组给予加味痛泻要方治疗, 对照组给予西药治疗, 疗程 4 周。对各组治疗前后进行症状、体征记分比较及疗效评定。结果: 治疗组 50 例中, 临床痊愈 20 例, 显效 15 例, 有效 13 例, 无效 2 例, 总有效率 96%; 对照组 50 例中, 临床痊愈 6 例, 显效 10 例, 有效 15 例, 无效 19 例, 总有效率为 62%。2 组总有效率比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。结论: 基于归经理论加入春砂仁、广木香的加味痛泻要方治疗肝郁脾虚型 D-IBS 疗效确切。

[关键词] 肠易激综合征(IBS); 肝郁脾虚证; 加味痛泻要方; 归经理论

[中图分类号] R574.4 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 11-0094-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.11.036

肠易激综合征(IBS) 是常见的胃肠功能性疾病, 按照罗马 诊断标准, 分为腹泻型(D-IBS)、便秘型(C-IBS)、腹泻便秘交替型(A-IBS) 3 种, 以 D-IBS

为最常见, 约占 2/3^[1]。世界范围内发病率高达 9% ~ 23%, 占消化内科门诊病人的 30% 左右, 且每年新检出率为 10%; 我国北京发病率为 7.0%, 广州发

[收稿日期] 2014-06-22

[基金项目] 广州中医药大学科研创新资助项目 (编号: 11CX024)

[作者简介] 胡丽娟 (1978-), 女, 副主任中医师, 研究方向: 功能性胃肠病的治疗。

病率为5.6%，且D-IBS占62.3%。IBS归属于中医学肠郁、泄泻、腹痛、便秘范畴，中医学认为本病的发生与情志失调、思虑劳倦关系最为密切：精神抑郁为重要诱因，饮食不调为发病的重要环节。病机多为肝郁脾虚，运化失常，大肠传导失司。腹痛、腹泻是由肝气郁滞，气机不畅引起，腹泻、腹部不适主要由脾胃虚弱，运化无力引起，因此，肝郁脾虚是D-IBS的主要中医辨证分型^[2]。痛泻要方出自《丹溪心法》，由白术、白芍、陈皮、防风组成，其所治痛泻，是由脾虚肝旺、肝气乘脾、升降失常而致，与D-IBS症状相符，是治疗D-IBS肝郁脾虚的基本方。本研究在痛泻要方基础上加入归脾胃经中药春砂仁、广木香两味，从归经角度观察加味痛泻要方对D-IBS肝郁脾虚证患者的疗效，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 中医辨证为肝郁脾虚证的D-IBS患者100例，均来源于本院，按就诊顺序随机分为治疗组和对照组。治疗组50例，男22例，女28例；年龄20~64岁，平均(40.3±11.23)岁；病程6月~8年。对照组50例，男25例，女25例；年龄22~64岁，平均(45.4±13.29)岁；病程6月~7年。2组一般资料经统计学处理，差异无显著性意义($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照国际公认的罗马D-IBS标准制定^[3]。中医诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]肝郁脾虚证制定。

以腹痛、腹胀、腹泻为主症，伴有或不伴有全身性神经官能症状。一般情况良好，无消瘦及发热，体查仅发现腹部压痛。多次粪常规及培养(至少3次)均阴性，粪便潜血试验阴性。X线及钡剂灌肠检查无阳性发现，或结肠有激惹现象。电子结肠镜示大肠黏膜未见器质性病变。血、尿常规正常，血沉正常。无痢疾、血吸虫等寄生虫病史，实验性治疗无效。中医辨证分型为肝郁脾虚型。

2 治疗方法

2.1 治疗组 以加味痛泻要方治疗。基本方：陈皮、白术、防风、木香(后下)、砂仁(后下)各10g，白芍15g。每天1剂，水煎服。

2.2 对照组 培菲康每次0.42g，每天3次。过度

精神紧张者加用阿普唑仑片。

疗程均为4周。治疗期间停用其他相关药物。饮食宜清淡易消化，忌食油腻或辛辣、浓茶等刺激性食物，戒烟酒等。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]判定。对腹痛或腹部不适，大便次数、性状，肠鸣，黏液便，排便不净感进行评分，每项均按症状的无、轻、中、重评分。腹痛或腹部不适：0分为无腹痛；2分为腹部不适，排便后缓解；4分为腹痛，排便有急迫感，泻后痛缓；6分为腹痛难以忍受，需立即排便，泻后痛缓。大便次数：0分为每天1~2次；2分为每天3~4次；4分为每天5~6次；6分为每天7次以上。大便性状：0分为大便正常；2分为大便不成形；4分为大便糊状；6分为大便如水样。肠鸣：0分为无；1分为有。黏液便：0分为无；1分为有。排便不净感：0分为无；1分为有。

3.2 统计学方法 统计学处理数据处理采用SPSS11.5统计软件，单因素分析用 t 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 疗效指数 $(n)=(\text{治疗前积分}-\text{治疗后积分})/\text{治疗前积分}\times 100\%$ 。临床痊愈：大便次数、量及性状正常或基本恢复正常，腹痛或腹部不适等伴随症状及体征消失或基本消失， $n\geq 95\%$ 。显效：大便次数每天2~3次，近似成形，或便溏而每天仅1次；腹痛或腹部不适等伴随症状及体征明显改善， $n\geq 70\%$ 。有效：大便次数和质有好转，腹痛或腹部不适等伴随症状及体征均有好转， $n\geq 30\%$ 。无效：临床症状、体征均无明显改善，甚或加重， $n<30\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 治疗组50例中，临床痊愈20例，显效15例，有效13例，无效2例，总有效率96%；对照组50例中，临床痊愈6例，显效10例，有效15例，无效19例，总有效率为62%。2组总有效率比较，差异有显著性意义($P<0.05$)。

5 讨论

痛泻要方原方仅4味药，即白术、白芍、防风、陈皮，具有疏肝健脾、行气止痛、胜湿止泻之功效。方中白术苦而甘温、补脾燥湿以治土虚为君药；白芍酸寒柔肝缓急止痛，与白术相配于土中泻木为臣药；

陈皮辛苦而温，理气燥湿，醒脾和胃为佐药；配伍少量防风，具升散之性，与白术、白芍相伍，辛能散肝郁，芳香舒脾气，且能胜湿以助止泻，又为脾引经之药，故兼具佐使之用，可以健脾利湿而止泻，柔肝理气而止痛，使脾健肝和，痛泻而止。

本研究在痛泻要方基础上加入归脾胃经春砂仁、广木香两味药，从归经角度观察加味痛泻要方对 D-IBS 肝郁脾虚患者疗效。加入引经药物能提高疗效，已有研究从实验方面证实，如张明发等^[5-6]发现在辛温(热)药物中加入木香、砂仁等归脾胃经中药，能提高镇痛、抗炎作用，如果辛温(热)药不与脾胃经组合，那么这类药物的镇痛、抗炎作用大都弱小。砂仁归脾胃经，性辛温，芳香，具有化湿行气，温脾止泻的功效。在中医治疗胃肠疾病中应用非常普遍，具有确切的医疗价值。《本草经疏》记载了有关的中医施治机理：“盖以风寒湿之邪，多由脾胃而入，脾主肌肉，为邪所侵，则腠理闭塞，而寒热诸痹所从来矣，辛温走散开发，故能使风寒湿之邪从腠理而出”，即该药具有温经止痛之功效。现代药理研究证明，砂仁具有以下功效：砂仁中挥发油具有促进胃肠机能，促进消化液的分泌，排除消化管内积气的作用^[7]；能减轻结肠炎症反应和黏膜损伤^[8]；具有止泻、镇痛作用，可能是通过抑制小肠平滑肌运动产生的；能调节免疫功能，纠正患者 T、B 细胞比例失常、将紊乱的免疫功能恢复到正常状态；抑菌、杀菌作用，对几种导致腹泻的不同肠道杆菌作了体外抑菌和杀菌实验，证明砂仁能抑制结肠类耶尔森菌和摩根变形杆菌的生长繁殖，对福氏痢疾杆菌和肠毒型大肠杆菌无抑制作用^[9]。木香主归脾胃经，具有行气止痛、和胃健脾的作用。现代药理研究证明木香具有以下功效：抗腹泻和抗炎作用，木香 75% 乙醇提取物能抑制二甲苯引起的小鼠耳肿、角叉菜胶引起的小鼠足跖肿胀，减少小鼠小肠性腹泻和大肠性腹泻次数，对小鼠墨汁胃肠推进运动也有弱的抑制作用，据此

推测抗炎是木香抗腹泻的主要机理^[10]。

目前对痛泻要方及加味痛泻要方的临床和实验研究颇多，但从中药归经角度探讨其临床疗效的研究尚不多见。本研究从中药药效(归经)角度观察加味痛泻要方对 D-IBS 肝郁脾虚患者的临床疗效，以期为中医药治疗 D-IBS 提供临床疗效依据及新的思路和方法，有利于加味痛泻要方的进一步开发推广。

[参考文献]

- [1] 刘亮, 杨树坤. 肠易激综合征的可能相关致病因素和机制[J]. 胃肠病学和肝病杂志, 2013, 22(10): 1055-1058.
- [2] 周福生, 程宏辉. 治疗肠易激综合征的中医理论研究和临床经验传承[J]. 世界华人消化杂志, 2010, 18(21): 2225-2229.
- [3] 姚欣, 杨云生, 赵卡冰. 罗马 标准研究肠易激综合征临床特点及亚型[J]. 世界华人消化杂志, 2008, 16(5): 563-566.
- [4] 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: 364-366.
- [5] 张明发, 沈雅琴, 朱自平. 辛温(热)合归脾胃经中药药性研究 镇痛作用[J]. 中药药理与临床, 1996, 12(4): 1-4.
- [6] 张明发, 沈雅琴, 朱自平. 辛温(热)合归脾胃经中药药性研究 抗炎作用[J]. 中药药理与临床, 1998, 14(6): 12-13.
- [7] 王红丽, 孙志海, 冯彦. 砂仁在方剂中的配伍意义[J]. 临床合理用药杂志, 2011, 4(4): 42.
- [8] 朱毅, 赵锦, 陈国彪. 海南砂仁挥发油对 2, 4- 二硝基氯苯与乙酸诱发的大鼠溃疡性结肠炎的治疗作用[J]. 中国药理学与毒理学杂志, 2009, 23(5): 388-394.
- [9] 胡玉兰, 张忠义, 林敬明. 中药砂仁的化学成分和药理活性研究进展[J]. 中药材, 2005, 28(1): 72-74.
- [10] 林明侠. 木香的药理及临床研究概况[J]. 中医药信息, 2005, 22(3): 18-19.

(责任编辑: 骆欢欢)