

痛泻要方联合针刺治疗腹泻型肠易激综合征 肝郁脾虚证临床观察

丁新华

湖州市南浔区中西医结合医院, 浙江 湖州 313009

[摘要] 目的: 观察痛泻要方联合针刺治疗腹泻型肠易激综合征肝郁脾虚证患者的临床疗效。方法: 将 100 例患者随机分为对照组和观察组各 50 例, 对照组服用匹维溴铵片、双歧杆菌三联活菌散和蒙脱石散治疗, 观察组采用痛泻要方加味联合针刺治疗, 2 组疗程均为 4 周。记录治疗前后消化系统主要症状评分; 于治疗前、治疗后及治疗结束后 3 月评定生活质量量表 (IBS-QOL) 评分。结果: 观察组总有效率为 92.0%, 对照组为 78.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组腹痛、腹胀、排便次数、大便性状和排便不尽感评分均较治疗前下降 ($P < 0.01$), 观察组以上症状评分均低于对照组 ($P < 0.01$)。2 组 IBS-QOL 评分均较治疗前升高 ($P < 0.01$), 观察组升高更为显著 ($P < 0.01$); 治疗结束后 3 月, 2 组 IBS-QOL 评分均较治疗后下降 ($P < 0.01$), 观察组 IBS-QOL 评分仍高于对照组 ($P < 0.01$)。结论: 痛泻要方加味联合针刺治疗腹泻型肠易激综合征肝郁脾虚证, 能有效改善患者的腹痛、腹胀等症状, 提高患者生活质量, 其疗效优于西医常规治疗。

[关键词] 肠易激综合征 (IBS); 腹泻型; 痛泻要方; 针刺疗法; 生活质量

[中图分类号] R574.4

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2015) 05-0100-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.048

肠易激综合征 (IBS) 是一种胃肠道功能性疾病, 分为腹泻型、便秘型、腹泻便秘交替型 3 种, 其中以腹泻型最为常见, 约占 2/3。IBS 的发病机制复杂, 涉及神经-免疫-内分泌系统、肠道感染、菌群失调、食物、精神心理及脑肠肽等方面^[1], 但确切的病因和发病机制尚未完全阐明, 现代医学以对症治疗为主, 尚没有一种药物能完全有效地治疗该病, 并且各种药物存在不同程度的副作用, 停药后易复发^[2]。IBS 是中医药治疗的优势病种之一, 其治疗手段包括药物 (辨证治疗、专病专方、验方等) 和非药物 (如针灸、推拿、按摩、耳穴压豆、调整饮食、心理护理干预等), 形式多样, 各具特色, 在缓解腹痛、腹泻及便秘等主要临床症状与提高患者生存质量等方面具有较好的疗效^[2-3]。笔者以痛泻要方加味联合针刺治疗腹泻型 IBS (IBS-D) 肝郁脾虚证取得了显著疗效, 报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取本院消化科门诊 2013 年 3 月—2014 年 6 月收治的 100 例符合要求的患者作为研究对象, 采用随机数字表法分为观察组和对照组各 50 例。观察组男 27 例, 女 23 例; 年龄 25~65 岁, 平均 (40.1±10.5) 岁; 病程 1~13 年, 平均 (3.1±2.5) 年。对照组男 24 例, 女 26 例; 年龄 23~62 岁, 平均 (39.5±9.7) 岁; 病程 1~15 年, 平均 (3.2±2.7) 年。2

组性别、年龄、病程等比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 有可比性。

1.2 西医诊断标准 参照罗马 II 中的 IBS 诊断标准^[4], 反复发作腹痛或腹部不适, 最近 3 月至少 3 天伴有以下 2 项或 2 项以上: ①排便后症状改善; ②发作时伴有排便频率的改变; ③发作时伴有粪便性状 (外观) 的改变。诊断前症状出现至少 6 月, 近 3 月符合以上诊断标准。IBS-D: 至少 25% 的排便是松散 (糊状) 或水样便, 硬便或干球便比例 $< 25\%$ 。

1.3 中医辨证标准 参照《肠易激综合征中医诊疗共识意见》^[5] 拟定肝郁脾虚证辨证标准。主症: ①腹痛即泻, 泻后痛减, 发作常和情绪有关; ②急躁易怒, 善太息。次症: ①两胁胀满; ②纳少泛恶; ③脉弦细; 舌淡胖, 有齿痕。

1.4 纳入标准 ①符合 IBS-D 诊断标准; ②符合肝郁脾虚证辨证标准; ③年龄 18~65 岁; ④取得患者知情同意。

1.5 排除标准 ①肠道器质性病变患者; ②非腹泻型 IBS; ③伴有明显兼证者; ④妊娠或哺乳期妇女; ⑤合并严重心、肝、肾、造血系统严重损害者。

2 治疗方法

2.1 对照组 匹维溴铵片 (北京万生药业有限责任公司), 每次 50 mg, 每天 3 次; 双歧杆菌三联活菌散 (上海信谊药厂有限

[收稿日期] 2015-01-24

[作者简介] 丁新华 (1973-), 男, 主治医师, 研究方向: 中医内科。

公司), 每次 2 g, 每天 3 次; 蒙脱石散(山东鲁抗医药集团赛特有限责任公司), 每次 3 g, 每天 3 次。

2.2 观察组 ①痛泻要方加味, 药物组成: 扁豆、茯苓各 20 g, 党参、白术、炒白芍、莲子各 15 g, 防风、佛手、陈皮、升麻、郁金、补骨脂各 10 g, 甘草、炮姜各 6 g。每天 1 剂, 水煎取汁 300 mL, 分早、晚 2 次温服。②针刺: 取天枢、足三里、上巨虚、大肠俞、中脘、太冲等穴位, 选择苏州针灸用品有限公司环球牌一次性针灸针, 0.25 mm× 25 mm。常规消毒、进针, 提插捻转行平补平泻手法, 以得气为度。连续治疗 10 天为 1 疗程, 间隔 3~5 天后行下一疗程, 共治疗 2 疗程。

2 组疗程均为 4 周, 并进行 3 月的随访。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①主要症状、体征: 包括腹痛、腹胀、排便不尽感、排便次数(腹泻频率)、大便性状等, 评分分级标准参照《肠易激综合征中医诊疗共识意见》^[5], 治疗前后各评分 1 次。

②生活质量: 采用 IBS 患者专用生活质量量表(IBS- QOL)^[6]于治疗前、治疗后及治疗结束后 3 月各评价 1 次。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计软件分析数据。计量资料采用 *t* 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《肠易激综合征中医诊疗共识意见》^[5]拟定。痊愈: 症状消失; 显效: 症状改善率 $\geq 80\%$; 有效: $50\% \leq$ 症状改善率 $< 80\%$, 无效: 症状改善率 $< 50\%$ 。症状改善率 = (治疗前症状积分 - 治疗后症状积分) / 治疗前症状积分 $\times 100\%$ 。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。观察组总有效率为 92.0%, 对照组为 78.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	50	28	12	6	4	92.0 ^①
对照组	50	20	13	6	11	78.0

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组治疗前后主要症状、体征评分比较 见表 2。治疗后, 2 组腹痛、腹胀、排便次数、大便性状和排便不尽感评分均较治疗前下降($P < 0.01$), 观察组以上症状评分均低于对照组($P < 0.01$)。

表 2 2 组治疗前后主要症状、体征评分比较($\bar{x} \pm s, n=50$) 分

组别	时间	腹痛	腹胀	排便次数	大便性状	排便不尽感
观察组	治疗前	1.6± 0.5	2.1± 0.5	2.3± 0.6	2.1± 0.6	2.0± 0.6
	治疗后	0.5± 0.2 ^②	0.6± 0.3 ^②	0.6± 0.2 ^②	0.5± 0.2 ^②	0.5± 0.2 ^②
对照组	治疗前	1.7± 0.6	2.0± 0.5	2.2± 0.5	2.1± 0.7	1.9± 0.7
	治疗后	0.8± 0.3 ^①	0.9± 0.2 ^①	0.9± 0.4 ^①	1.0± 0.2 ^①	0.8± 0.2 ^①

与治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

4.4 2 组不同时点 IBS-QOL 评分比较 见表 3。治疗后, 2 组 IBS- QOL 评分均较治疗前升高($P < 0.01$), 观察组升高更为显著($P < 0.01$); 治疗结束后 3 月, 2 组 IBS- QOL 评分均较治疗后下降($P < 0.01$), 观察组 IBS- QOL 评分仍高于对照组($P < 0.01$)。

表 3 2 组不同时点 IBS-QOL 评分比较($\bar{x} \pm s, n=50$) 分

组别	治疗前	治疗后	治疗结束后 3 月
观察组	447± 89	694± 71 ^{①②}	642± 68 ^{①②}
对照组	455± 92	621± 67 ^①	527± 74 ^①

与治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组同时点比较, ② $P < 0.01$

5 讨论

IBS- D 属中医学泄泻、腹痛范畴, 病变部位在大肠、小肠, 与脾、胃、肝、肾等多个脏腑功能失调有关。有学者认为脾虚湿盛是发病之根本, 肝失疏泄为其标实^[6]。患者多因水湿、痰、瘀、食积等阻滞中焦气机, 导致肠道功能紊乱; 肝失疏泄, 横逆犯脾, 脾气不升则腹胀、腹泻; 若腑气通降不利则腹痛^[7]。《医方考》曰: “泄责之于脾, 痛责之于肝, 肝责之实, 脾责之虚, 脾虚肝实, 故令痛泄。”

痛泻要方又名白术芍药散, 是治疗脾虚肝旺之“痛泻”的代表方, 临床广泛用于 IBS 的治疗, 其治疗机制主要是通过调节脑肠互动、镇痛、抑制平滑肌收缩、调节胃肠激素水平及抑制肠道高敏性等途径来实现^[7]。方中白术燥湿健脾, 白芍养血泻肝, 陈皮理气醒脾, 防风散肝舒脾, 加入党参健脾化湿, 茯苓、扁豆、莲子化湿止泻, 郁金、佛手解肝郁, 使气机条达舒畅, 升麻升阳止泻, 补骨脂、炮姜温健脾土, 化湿止泻, 甘草缓急止痛, 调和诸药。全方共奏健脾益气、化湿安中、疏肝和胃之功。

针灸疗法治疗 IBS 临床疗效较好, 得到广大患者的认可, Meta 分析显示, 针灸疗法治疗 IBS 的疗效优于常规西药治疗^[8]。中脘为胃经募穴, 具有健脾和胃、调畅气机、消滞化食之功。足三里为足阳明胃经之下合穴, 具有调理脾胃、补中益气、宽肠消滞之功。上巨虚为手阳明大肠经之下合穴, 大肠为传导之官, 该穴具有调理肠胃气机、泌别清浊的作用。太冲为足厥阴肝经原穴, 主泻, 治之以泻法, 以疏肝解郁。天枢为胃经穴、大肠经募穴, 如天地交合之际, 升降清浊之枢纽, 能疏调肠腑、行气消滞、健脾消食。大肠俞是膀胱经穴位, 与天枢俞募相配共同调理肠腑。诸穴合用, 起到健脾和胃、疏肝理气、消滞止痛之功。

本组资料显示, 观察组腹痛、腹胀、排便次数、大便性状和排便不尽感评分均低于对照组, 治疗后与治疗结束后 3 月 IBS- QOL 评分均高于对照组, 提示痛泻要方加减联合针刺治疗 IBS- D 肝郁脾虚证能有效改善患者的腹痛、腹泻等症状, 提高患者生活质量, 其疗效优于西医常规治疗。

[参考文献]

- [1] 史瑞瑞, 王晶. 脑肠肽与肠易激综合征相关性研究进展[J]. 世界科学技术: 中医药现代化, 2013, 15(8): 1747.
- [2] 张声生, 周滔, 汪红兵. 肠易激综合征中医药诊疗现状与挑战[J]. 世界华人消化杂志, 2010, 18(21): 2216.
- [3] 田凤杰, 胡学军, 陈延, 等. 中医非药物治疗法治疗肠易激综合征的研究述评[J]. 中医学报, 2013, 28(1): 118-120.
- [4] 刘新光. 肠易激综合征与罗马 诊断标准[J]. 胃肠病学, 2006, 11(12): 736-737.
- [5] 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.
- [6] 寺崎真, 王垂杰. 王垂杰治疗腹泻型肠易激综合征临床经验[J]. 世界中西医结合杂志, 2008, 3(4): 193-194.
- [7] 赵双梅, 李慧臻. 痛泻要方治疗肠易激综合征作用机制实验研究进展[J]. 河北中医, 2012, 34(11): 1736-1737.
- [8] 裴丽霞, 张新昌, 孙建华, 等. 针灸治疗肠易激综合征 Meta 分析[J]. 中国针灸, 2012, 32(10): 957-960.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

扶正化瘀胶囊治疗血吸虫病肝硬化临床观察

严福建, 傅王云, 何青, 徐明丽

嘉善县第一人民医院, 浙江 嘉善 314100

[摘要] 目的: 观察扶正化瘀胶囊治疗血吸虫病肝硬化临床疗效。方法: 68 例患者随机分为 2 组。治疗组 36 例, 口服扶正化瘀胶囊; 对照组 32 例, 口服甘利欣胶囊、肌苷片治疗。2 组疗程均为 6 月。观察治疗前后患者临床疗效、总胆红素 (TBiL)、直接胆红素 (DBiL)、谷丙转氨酶 (ALT)、谷草转氨酶 (AST)、血清透明质酸 (HA)、Ⅲ型前胶原 (PC_Ⅲ)、层粘连蛋白 (LN)、IV 型胶原 (L-IV) 的变化。结果: 总有效率治疗组 86.1%, 对照组 81.3%, 2 组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗 6 月后, 治疗组和对照组 ALT、AST、GGT、TBiL 均明显好转, 治疗前后比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组治疗后比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗组治疗后血清肝纤维化指标 HA、LN、PC_Ⅲ、-C 均较治疗前显著降低 ($P < 0.05$)。治疗后 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 扶正化瘀胶囊不仅能改善血吸虫病肝硬化患者的临床症状、体征与恢复肝功能, 还能有效改善肝纤维化。

[关键词] 血吸虫病肝硬化; 扶正化瘀胶囊; 中西医结合疗法

[中图分类号] R575.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 05-0102-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.049

血吸虫病是我国危害最大的寄生虫病之一, 血吸虫卵可在肝脏形成肉芽肿, 最后常发展为血吸虫病肝硬化。目前多采用综合治疗方法治疗血吸虫病肝硬化, 笔者采用扶正化瘀胶囊治疗血吸虫病肝硬化病人, 取得了良好的效果, 现报道如下。

1 临床资料

选择 2009 年 1 月—2013 年 12 月本院住院或门诊就诊病人, 共 68 例。所有病例均符合《血吸虫病防治手册》诊断标准。均有感染血吸虫病史, 经生化检查、B 超检查明确诊断为血吸虫病肝硬化。随机分为 2 组, 治疗组 36 例, 男 23 例,

女 13 例; 年龄 49~82 岁; 肝功能 Child 分级: A 级 22 例, B 级 14 例。对照组 32 例, 男 18 例, 女 14 例; 年龄 48~85 岁; 肝功能 Child 分级 A 级 20 例, B 级 12 例。2 组在性别、年龄、病程、病情程度、肝功能、血清肝硬化指标、B 超等方面比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 治疗组 口服扶正化瘀胶囊(上海黄浦制药有限公司生产)治疗, 每次 1.5 g, 每天 3 次。

2.2 对照组 口服一般保肝药如甘利欣胶囊、肌苷片等。

[收稿日期] 2014-11-22

[作者简介] 严福建 (1974-), 男, 副主任医师, 研究方向: 病毒性肝炎、血吸虫肝病以及发热性疾病的诊治。