

- [4] 任乃刚, 陈伟, 彭勃, 等. 整肠生的作用机制及临床应用[J]. 中国临床药理学杂志, 2013, 29(9): 716-717.
- [5] 沈芸. 蔡淦教授从肝脾论治肠易激综合征临床经验拾

零[J]. 新中医, 2002, 34(4): 12-13.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)

参苓白术散加味治疗老年抗生素相关性腹泻 40 例疗效观察

胡协鸣

浙江萧山医院, 浙江 杭州 311202

[摘要] 目的: 观察参苓白术散加味治疗老年脾虚湿盛型抗生素相关性腹泻(AAD)的临床疗效。方法: 将 80 例老年脾虚湿盛型 AAD 患者随机分为对照组与治疗组各 40 例。对照组给予西药治疗, 治疗组给予参苓白术散加味治疗。2 组均治疗 5 天。治疗后观察 2 组临床疗效, 及 2 组治疗前后临床症状积分的变化。结果: 治疗组总有效率为 95.0%, 对照组总有效率为 77.5%。2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗前, 2 组临床症状积分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 2 组临床症状积分均较治疗前下降 ($P < 0.05$); 治疗组的临床症状积分低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 参苓白术散加味治疗老年脾虚湿盛型 AAD, 疗效优于西药治疗。

[关键词] 抗生素相关性腹泻(AAD); 老年; 脾虚湿盛型; 参苓白术散

[中图分类号] R442.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 12-0044-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.12.019

近年来, 随着广谱抗生素的广泛应用, 抗生素相关性腹泻(AAD)逐渐增多, 在老年人中更是屡有发生, 严重影响老年人的身体健康。近年来笔者采用参苓白术散加味治疗老年脾虚湿盛型 AAD, 取得满意疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2012 年 1 月—2016 年 3 月在本院接受治疗的 80 例老年脾虚湿盛型 AAD 患者为研究对象, 采用随机数字表法分为治疗组和对照组各 40 例。治疗组男 22 例, 女 18 例; 年龄 60~82 岁, 平均(66.5±7.8)岁。对照组男 21 例, 女 19 例; 年龄 60~80 岁, 平均(65.9±8.1)岁。2 组性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准 符合《医院感染诊断标准(试行)》^[1]中 AAD 诊断标准; 符合《中医病证诊断疗效标准》^[2]中脾虚湿盛型泄泻的辨证标准; 年龄≥60 岁; 签署知情同意书。

1.3 排除标准 合并有精神疾病者; 合并心、肝、肾等脏腑的严重疾病者; 中途退出者。

2 治疗方法

2 组患者均停用抗生素, 给予内科基础治疗, 均连续治疗 5 天。

2.1 对照组 予西药治疗。双歧杆菌三联活菌胶囊(上海信谊药厂有限公司), 每天 3 次, 每次 0.42 g; 甲硝唑片(浙江得恩德制药有限公司), 每天 3 次, 每次 0.4 g。

2.2 治疗组 予参苓白术散加味治疗。处方: 党参、薏苡仁各 15 g, 白术、茯苓、山药、扁豆各 10 g, 桔梗 6 g, 莲子肉 5 g, 砂仁(后下), 炙甘草各 3 g。随症加减: 腹胀明显者加厚朴 10 g, 木香 8 g; 腹痛明显者加白芍 12 g, 延胡索 6 g; 泄泻重者加苍术、滑石各 10 g; 脘腹痞满者加山楂 15 g, 鸡内金 10 g; 呕吐者加法半夏 10 g, 生姜 6 g; 发热者加板蓝根 15 g, 连翘 6 g。每天 1 剂, 水煎取汁 250 mL, 分早晚 2 次温服。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察 2 组临床症状的改善情况; 比较 2 组治疗前后的临床症状积分: 参照《中药新药临床研究指导原则

[收稿日期] 2016-08-18

[作者简介] 胡协鸣 (1981-), 女, 主治医师, 主要从事内科疾病诊治工作。

(试行)》^[3]中主要症状(腹泻、腹胀、腹痛、痞满、乏力)积分统计标准,按无、轻、中、重度4个等级,分别以0、2、4、6分进行统计。

3.2 统计学方法 采用SPSS21.0统计学软件进行统计分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3]拟定。治愈:大便性状、次数恢复正常,其他伴随症状消失;好转:大便性状、次数好转,其他伴随症状有所改善;无效:大便性状、次数及其他症状无改善或加重。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗组总有效率为95.0%,对照组总有效率为77.5%。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	n	治愈	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	40	21	17	2	95.0 ^①
对照组	40	10	21	9	77.5

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后临床症状积分比较 见表2。治疗前,2组临床症状积分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组临床症状积分均较治疗前下降,差异均有统计学意义($P < 0.05$);治疗组的临床症状积分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后临床症状积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	40	12.65 \pm 2.48	1.49 \pm 0.76 ^②
对照组	40	12.98 \pm 2.57	4.62 \pm 1.35 ^①

与本组治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

5 讨论

AAD是一种药物相关性腹泻,其发病机制与抗生素破坏肠道正常菌群,导致肠道菌群比例失调,以及抗生素的毒性作用引起肠黏膜损害和肠上皮纤毛萎缩,抑制细胞内酶(双糖酶)

活性,导致营养物质吸收障碍密切相关^[4]。中医学认为,AAD可归属于泄泻范畴。《景岳全书》记载:“泄泻之本,无不由于脾胃。”《素问》指出:“脾病者,……虚则腹满肠鸣,飧泄,食不化。”可见,泄泻多因脾胃虚弱兼夹湿邪而发病。抗生素为苦寒伤胃之品,同时老年人脾胃运化功能减弱,运化无权,津液糟粕壅滞肠中,混杂一并而下,则发泄泻,故治疗上应以益气健脾,渗湿止泻为主。

目前,现代医学对AAD的治疗主要以停用相关抗生素,内科营养支持治疗,使用双歧杆菌三联活菌胶囊微生态制剂来调节肠道菌群,但易发生恶心、呕吐、腹部绞痛、食欲不振等不良反应。参苓白术散出自《太平惠民和剂局方》,方中党参、茯苓、白术益气健脾;山药、莲子肉、薏苡仁、扁豆健脾益气,渗湿止泻;砂仁行气化湿,温中止泻;桔梗通调水道,宣利肺气;炙甘草补脾益气,调和诸药。笔者在参苓白术散基础上随症加减,可进一步加强益气健脾,渗湿止泻之功。实验研究表明,参苓白术散可抑制小鼠肠黏膜损伤,保护肠上皮免疫屏障,促进肠道益生菌的生长^[5]。

本研究结果显示,治疗后治疗组总有效率高高于对照组($P < 0.01$),临床症状积分低于对照组($P < 0.05$),提示参苓白术散加味治疗老年脾虚湿盛型AAD,疗效优于西药治疗,值得临床借鉴。

[参考文献]

- [1] 中华人民共和国卫生部. 医院感染诊断标准(试行)[J]. 中华医学杂志, 2001, 81(5): 316.
- [2] 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.
- [3] 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: 139-143.
- [4] 朱承睿, 马晓春. 抗生素相关腹泻识别与处理[J]. 中国实用外科杂志, 2016, 36(2): 168-171.
- [5] 李康, 秦晓华. 参苓白术散防治老年人抗生素相关性腹泻的临床观察[J]. 光明中医, 2014, 29(3): 517-518.

(责任编辑:吴凌,刘迪成)