

保和丸治疗食滞胃肠型急性腹泻临床研究

姜丹, 莫恩君, 卢文国

台州市中西医结合医院, 浙江 台州 317523

【摘要】目的: 观察保和丸治疗食滞胃肠型急性腹泻患者的疗效。**方法:** 将符合纳入标准的 375 例食滞胃肠型急性腹泻患者采用随机数字表法分成西药组、保和丸组、联合用药组, 各 125 例。西药组予对症支持为主, 口服补液盐散 (II) 纠正腹泻所致的水、电解质与酸碱平衡紊乱, 蒙脱石散保护胃肠黏膜及止泻, 间苯三酚针解痉止痛, 布洛芬缓释胶囊退热。保和丸组通过辨证予保和丸加减。联合用药组予西药组用联合保和丸加减。记录 3 组第 1 个小时、第 2 个小时、第 3 个小时、第 4~6 个小时、第 7~12 个小时腹痛、腹泻、恶心呕吐、发热缓解情况, 分析有无统计学差异。**结果:** 治疗前, 3 组患者平均腹痛分数比较无统计学差异 ($P > 0.05$); 前 2 小时, 3 组平均腹痛分数比较无统计学差异 ($P > 0.05$); 第 3 个小时开始, 保和丸组平均腹痛分数高于其他 2 组 ($P < 0.05$); 第 7 小时开始, 保和丸组平均腹痛分数与西药组、联合用药组无差异 ($P > 0.05$)。治疗前, 3 组平均腹泻次数、平均恶心呕吐次数、平均发热计数并无统计学差异 ($P > 0.05$)。治疗后第 1 个小时、第 2 个小时、第 3 个小时、第 4~6 个小时、第 7~12 个小时, 3 组平均腹泻次数、平均恶心呕吐次数、平均发热计数均逐渐减少 ($P < 0.05$), 且组间比较无明显差异 ($P > 0.05$)。**结论:** 保和丸治疗食滞胃肠型急性腹泻, 与西药及中西医结合联合用药效果相当, 且治疗安全, 无不良反应, 值得临床推广。

【关键词】 保和丸; 食滞胃肠; 急性腹泻; 疗效

【中图分类号】 R57 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 0256-7415 (2019) 05-0086-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.05.025

Clinical Study on Baohe Pills for Acute Diarrhea of Food Stagnation in the Stomach and Intestines Type

JIANG Dan, MO Enjun, LU Wenguo

Abstract: Objective: To observe the curative effect of Baohe pills for acute diarrhea of food stagnation in the stomach and intestines type. **Methods:** A total of 375 cases of patients with acute diarrhea of food stagnation in the stomach and intestines type and in accordance with the inclusion criteria were divided into the western medicine group, the Baohe pills group and the combination group (Baohe pills combined with western medicine) according to the random number table method, 125 cases in each group. The western medicine group mainly received symptomatic and supportive treatments: oral rehydration salts powder II for the repair of the balance disorders of water, electrolyte and acid-base caused by diarrhea; the montmorillonite powder for the protection of the gastrointestinal mucosa and antidiarrheal effect; the injection with phloroglucinol for the relief of spasm and pain; the ibuprofen sustained release capsules for fever subsidence. The Baohe pills group was treated with the modified Baohe pills according to syndrome differentiation. The combination group was treated with the medication in the western medicine group and the modified Baohe pills. The remission of abdominal pain, diarrhea, nausea and vomiting, and fever in the three groups were recorded at the 1st hour, the 2nd hour, the 3rd hour, the 4th-to-6th hour and the 7th-to-12th hour, and differences were statistically analyzed. **Results:** There was no significant difference being found in the comparison of the average score of abdominal pain in the three groups before treatment ($P > 0.05$); no significant difference was found in the same comparison at the first two hours either ($P > 0.05$). Since the 3rd hour, the average score of abdominal pain in the Baohe pills group was higher than that in the other two groups respectively ($P < 0.05$); since the 7th hour, there was no significant difference being found in the comparison of the average score of abdominal pain in the three groups ($P > 0.05$). Compared with the average times of diarrhea, the average times of nausea and vomiting and the average times of fever in the three groups before treatment, there was no significance in the difference ($P > 0.05$). The average times of diarrhea, the

【收稿日期】 2018-10-23

【作者简介】 姜丹 (1990-), 女, 住院医师, 研究方向: 中西医结合临床医学。

average times of nausea and vomiting and the average times of fever in the three group were gradually decreased at the 1st hour, the 2nd hour, the 3rd hour, the 4th-to-6th hour and the 7th-to-12th hour after treatment ($P < 0.05$), there being no significance in the difference between the three groups ($P > 0.05$). **Conclusion:** Baohe pills has same effect for acute diarrhea of food stagnation in the stomach and intestines type as the western medicine and the combined medication of Chinese and western medicine, with safety and no adverse reaction, which is worthy of further clinical promotion.

Keywords: Baohe pills; Food stagnation in the stomach and intestines; Acute diarrhea; Curative effect

腹泻指排便习惯和粪便性状发生变化, 排便次数增多(每天3次以上), 粪质稀薄, 水分增加(水分超过85%), 粪量增加(每天超过200g, 便质不成形、稀溏或呈液状, 有时含有脓血或带有未消化食物及脂肪。急性腹泻起病急骤、病程较短, 在2~3周之内, 极少超过6~8周。急诊就诊的急性腹泻患者, 夏秋季为多, 一般起病急骤, 伴腹部阵发性绞痛、恶心呕吐、发热、里急后重, 常有暴饮暴食或摄入生冷腐馊、秽浊不洁饮食史。通过本次研究, 探讨保和丸治疗食滞胃肠型急性腹泻患者的临床疗效。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择2017年5月—2018年9月本院急诊就诊的375例符合纳入标准的食滞胃肠型急性腹泻患者, 按随机数字表法分成3组, 西药组、保和丸组和联合用药组, 每组125例。西药组, 男62例, 女63例; 平均年龄(40.2±20.12)岁; 消化道溃疡病史30例、肝胆疾病史18例、胰腺炎病史9例、阑尾炎病史13例。保和丸组, 男63例, 女62例; 平均年龄(38.6±22.34)岁; 消化道溃疡病史29例、肝胆疾病史21例、胰腺炎病史10例、阑尾炎病史13例。联合用药组, 男63例, 女62例; 平均年龄(39.5±19.67)岁; 消化道溃疡病史30例、肝胆疾病史18例、胰腺炎病史9例、阑尾炎病史13例。3组患者在性别、年龄、消化道溃疡病史例数、肝胆疾病史例数、胰腺炎病史例数、阑尾炎病史例数上无统计学差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 有腹泻症状, 急性起病, 无器质性病变相关起因, 有暴饮暴食或摄入秽浊不洁饮食史, 可伴腹部阵发性绞痛、恶心呕吐、发热、头痛、里急后重^[1]。

1.3 辨证标准 食滞胃肠证: 腹痛肠鸣, 泻下粪便臭如败卵, 泻后痛减, 脘腹胀满, 噎腐酸臭, 不思饮食, 舌苔垢浊或厚腻, 脉滑, 病机为宿食内停, 阻滞胃肠, 传化失司^[2]。

1.4 排除标准 有消化道疾病: 急性出血性坏死性肠炎、消化道出血、肠肿瘤、溃疡性结肠炎、克罗恩病、肠结核、药物性腹泻、变态反应性肠病等; 有其他系统疾病诱因存在: 全身感染、过敏性紫癜、系统性红斑狼疮、慢性肾上腺皮质功能减退性危象、甲状腺危象、神经功能紊乱、尿毒症等。

2 治疗方法

2.1 西药组 予对症支持为主, 口服补液盐散(II)1包(上海衡山药业有限公司, 国药准字H31021354)纠正腹泻所致的水、

电解质与酸碱平衡紊乱; 蒙脱石散(博福一益普生制药有限公司, 国药准字H20000690)1袋口服, 每天3次, 保护胃肠黏膜及止泻; 间苯三酚针(Laboratoires L, Lafon, 进口药注册证X20010290)80mg+生理盐水250mL, 静脉滴注1次, 解痉止痛。嘱易消化、易吸收流质或半流质饮食, 避免牛奶及乳制品。若腹胀明显, 加用枸橼酸莫沙必利片(江苏豪森药业股份有限公司, 国药准字H19990315)5mg口服, 每天3次, 促进胃肠动力。体温高于38.5℃时予布洛芬缓释胶囊(中美天津史克制药有限公司, 国药准字H10900089)0.3g口服, 临时退热。炎症严重者可予抗病原体治疗。治疗持续12个小时, 观察12个小时疗效。

2.2 保和丸组 予保和丸加减, 消食和胃, 清热利湿, 处方: 山楂15g, 神曲、莱菔子、茯苓、连翘、枳实、白术、谷芽、麦芽各10g, 半夏、陈皮、黄连各6g。3剂, 每次1剂, 每天3次, 水煎口服(急诊药房有备药, 用法用量较一般中药服法有加强)。若食积较重, 脘腹胀满, 可因势利导, 根据“通因通用”的原则, 用枳实导滞丸, 加大黄、枳实推荡积滞, 使邪去则正自安; 食积化热可加黄连清热燥湿止泻; 兼脾虚可加白术、白扁豆健脾祛湿。治疗持续12小时, 观察12小时疗效。

2.3 联合用药组 治疗方案结合西药组和保和丸组。治疗持续12小时, 观察12小时疗效。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 分别监测3组用药前、第1个小时、第2个小时、第3个小时、第4~6个小时、第7~12个小时的症状体征, 记录平均腹痛分数、平均腹泻次数、平均恶心呕吐次数、平均发热计数。腹痛评价方法: 采用国际常用的视觉模拟评分法(Visual analogue scale, VAS)用于疼痛的评估。VAS评分法在临床使用较为广泛, 基本的方法是使用一条长约10cm的游动标尺, 一面标有10个刻度, 两端分别为“0”分端和“10”分端, 0分表示无痛, 10分代表难以忍受的最剧烈的疼痛。临床使用时将有刻度的一面背向病人, 让病人在直尺上标出能代表自己疼痛程度的相应位置, 医师根据病人标出的位置为其评出分数。发热计数方法: 按照发热的高低, 分为低热: 37.4~38.0℃; 中度发热: 38.1~39.0℃; 高热: 39.1~41℃; 超高热或过高热: 41.0℃以上。将无发热计数为0, 低热计数为1, 中度发热计数为2, 高热计数为3, 超高热或过高热计

数为4, 统计平均发热计数。

3.2 统计学方法 应用SPSS23.0软件统计处理数据, 计量资料正态分布及方差齐性检验后, 采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 并采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 治疗结果

4.1 3组各时间段平均腹痛分数比较 见表1。治疗前, 3组患者平均腹痛分数比较无统计学差异($P > 0.05$); 前2小时, 3组平均腹痛分数比较无统计学差异($P > 0.05$); 第3个小时开始, 保和丸组平均腹痛分数高于其他2组($P < 0.05$); 第7小时开始, 保和丸组平均腹痛分数与西药组、联合用药组无差异($P > 0.05$)。

4.2 3组各时间段平均腹泻次数比较 见表2。治疗前, 3组平均腹泻次数并无统计学差异($P > 0.05$)。治疗后第1个小时、

第2个小时、第3个小时、第4~6个小时、第7~12个小时, 3组平均腹泻次数均逐渐减少($P < 0.05$), 且组间比较无明显差异($P > 0.05$)。

4.3 3组各时间段平均恶心呕吐次数比较 见表3。治疗前, 3组平均恶心呕吐次数并无统计学差异($P > 0.05$)。治疗后第1个小时、第2个小时、第3个小时、第4~6个小时、第7~12个小时, 3组平均恶心呕吐次数均逐渐减少($P < 0.05$), 且组间比较无明显差异($P > 0.05$)。

4.4 3组各时间段平均发热次数比较 见表4。治疗前, 3组平均发热次数并无统计学差异($P > 0.05$), 且以中度发热为主。治疗后第1个小时、第2个小时、第3个小时、第4~6个小时、第7~12个小时, 3组平均发热次数均逐渐减少($P < 0.05$), 且组间比较无明显差异($P > 0.05$)。

表1 3组各时间段平均腹痛分数比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	例数	治疗前	第1h	第2h	第3h	第4~6h	第7~12h
西药组	125	8.13±2.14	7.35±2.35	4.94±1.24 ^①	3.01±1.63 ^①	2.12±1.23 ^①	1.82±0.83 ^①
保和丸组	125	7.85±2.56	7.54±1.62	5.13±1.52 ^①	4.98±1.79 ^{①②③}	3.89±2.03 ^{①②③}	2.09±0.96 ^①
联合用药组	125	8.09±2.35	7.03±2.17	4.79±1.31 ^①	2.99±2.14 ^①	1.97±1.09 ^①	1.68±0.78 ^①

与同组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与西药组同期比较, ② $P < 0.05$; 与联合用药组同期比较, ③ $P < 0.05$

表2 3组各时间段平均腹泻次数比较 $(\bar{x} \pm s)$ 次

组别	例数	治疗前	第1h	第2h	第3h	第4~6h	第7~12h
西药组	125	5.89±2.34	4.29±1.57 ^①	2.94±1.31 ^①	2.01±1.24 ^①	1.24±1.17 ^①	0.42±0.23 ^①
保和丸组	125	5.02±2.13	4.63±1.62 ^①	2.81±1.26 ^①	2.12±1.31 ^①	1.33±1.13 ^①	0.39±0.36 ^①
联合用药组	125	5.23±2.25	4.23±1.47 ^①	2.79±1.42 ^①	1.99±1.43 ^①	1.21±1.09 ^①	0.38±0.28 ^①

与同组治疗前比较, ① $P < 0.05$

表3 3组各时间段平均恶心呕吐次数比较 $(\bar{x} \pm s)$ 次

组别	例数	治疗前	第1h	第2h	第3h	第4~6h	第7~12h
西药组	125	9.24±2.45	8.01±2.15 ^①	5.28±2.25 ^①	3.04±2.19 ^①	1.25±1.24 ^①	0.38±0.35 ^①
保和丸组	125	8.81±2.62	7.94±2.51 ^①	4.65±2.16 ^①	2.88±2.35 ^①	1.36±1.18 ^①	0.29±0.28 ^①
联合用药组	125	9.33±2.39	7.76±2.43 ^①	4.39±2.07 ^①	2.75±2.28 ^①	0.92±0.91 ^①	0.32±0.26 ^①

与同组治疗前比较, ① $P < 0.05$

表4 3组各时间段平均发热次数比较 $(\bar{x} \pm s)$ 次

组别	例数	治疗前	第1h	第2h	第3h	第4~6h	第7~12h
西药组	125	2.42±1.45	2.14±1.47 ^①	1.46±1.32 ^①	1.21±1.19 ^①	1.02±0.93 ^①	0.53±0.25 ^①
保和丸组	125	2.46±1.67	2.04±1.73 ^①	1.52±1.46 ^①	1.35±1.28 ^①	0.95±0.91 ^①	0.45±0.22 ^①
联合用药组	125	2.53±1.82	1.89±1.58 ^①	1.49±1.39 ^①	1.18±1.17 ^①	0.82±0.72 ^①	0.38±0.25 ^①

与同组治疗前比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

腹泻从病理生理角度分为分泌性腹泻、渗透性腹泻、肠动力紊乱、渗出性腹泻, 腹泻是症状, 需针对病因行根本性治疗。未明确病因前, 根据腹泻的病理生理特点, 对症和支持治疗很重要, 谨慎使用止泻止痛药物, 以免漏诊误诊。病因治疗有抗病原体治疗或针对发病机制治疗, 但经验性的抗生素治疗

并不适用于所有急性腹泻患者。对症支持治疗, 主要有饮食治疗、纠正腹泻所引起的水、电解质与酸碱平衡紊乱、纠正营养失衡、胃肠黏膜保护剂、微生态制剂、止泻药、止痛剂治疗等。此次研究选取的患者均为急性腹泻, 有暴饮暴食或摄入生冷腐馊、秽浊不洁饮食史, 伴腹部阵发性绞痛、恶心呕吐、发热、头痛、里急后重等, 治疗以对症支持治疗为主。

食滞胃肠型急性腹泻,病机为宿食内停,阻滞肠胃,传化失司,治法消食导滞,和中止泻⁹。保和丸的药物组成有山楂、神曲、莱菔子、半夏、陈皮、茯苓、连翘,功用消食和胃,清热利湿,主治食滞胃脘证⁴,适用于食滞内停所致泻下大便臭如败卵,腹胀暖腐之症⁵⁻⁷。脘腹痞满胀痛,为食积内停,气机不畅;暖腐吞酸、恶食呕逆,为清气不升,浊邪不降;苔厚腻,脉滑为食积内停,病机为食积内停,气机不畅,脾胃升降失职⁸。方中君药山楂消一切饮食积滞,尤善消肉食油腻之积;臣药神曲消食健脾,长于消酒食陈腐之积,莱菔子下气消食,长于消谷面之积;佐药半夏、陈皮行气化滞,和胃止呕,茯苓健脾渗湿,和中止泻,连翘清热散结。可加用谷芽、麦芽增强消食功效。诸药配伍,消食化积、行气、化湿、清热,药性平稳,药力缓和。若食积较重,脘腹胀满,可因势利导,根据“通因通用”的原则,用枳实导滞丸,加大黄、枳实推荡积滞,使邪去则正自安;食积化热可加黄连清热燥湿止泻;气机壅塞,生湿蕴热,加用木香槟榔丸;兼脾虚可加白术、白扁豆健脾祛湿⁹;治疗中病即止。

本次研究表明,单用保和丸治疗食滞胃肠型急性腹泻患者,在缓解腹痛方面,起效迟于西药组,但后续腹痛缓解情况同于西药组和联合用药组。西药以间苯三酚止痛,缓解胃肠道平滑肌痉挛¹⁰⁻¹¹;而保和丸则是以消食化滞,因势利导,通因通用,适当配伍健脾,达到止痛效果。在缓解腹泻、恶心呕吐、发热等方面,保和丸均等同于西药组及联合用药组。西药治疗实则依靠患者自身的抵抗力有效清除病原,加以西药缓解患者不适症状,蒙脱石散保护胃肠黏膜及止泻,口服补液盐散(II)泡开水纠正腹泻所致的水、电解质与酸碱平衡紊乱,布洛芬缓释胶囊解热镇痛。保和丸则通过中医辨证论治,通过消食导滞,行气泄热利湿,因势利导,通因通用,达到了清热利湿、驱除食滞实邪的目的,标本兼治,治疗食滞胃肠型急性腹泻,且治疗安全,疗效显著,起效稳定,无不良反应,值得

临床推广。

[参考文献]

- [1] 黄子通,于学忠. 急诊医学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2014.
- [2] 吴勉华,王新月. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2012.
- [3] 叶青艳,陈建杰,周华,等. 急性感染性腹泻中医证型分布[J]. 中国中西医结合杂志, 2016, 36(6): 678-680.
- [4] 王熙国,王虹之. 小儿食滞泄泻病机探析[J]. 现代中医药, 2017, 37(2): 57-59.
- [5] 孔晓伟,李清. 保和丸对小鼠胃排空和小肠推进的影响[J]. 河北医科大学学报, 2005, 26(6): 700-701.
- [6] 王晶,洪纓,杨雅信,等. 越鞠保和丸对实验动物胃肠功能的影响[J]. 北京中医药大学学报, 2006, 29(8): 541-544.
- [7] 金翠英,周建平,王焕秀. 加味保和丸主要药理作用研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2006, 12(7): 53-56.
- [8] 裴烈娟. 中西医结合治疗小儿迁延性腹泻 97 例临床观察[J]. 儿科药学杂志, 2012, 18(8): 26-28.
- [9] 熊瑛,张毅. 中西医结合疗法对脾虚食滞型功能性消化不良患者临床症状及疗效的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(9): 277-279.
- [10] 向汉林. 间苯三酚联合硫酸镁治疗急性胃肠炎痉挛性腹痛的临床研究[J]. 中国医药指南, 2011, 9(17): 86-87.
- [11] 范泽潮,俞秋荔. 联合使用硫酸镁与间苯三酚治疗急性胃肠炎痉挛性腹痛[J]. 中国医药导报, 2012, 9(12): 49-50.

(责任编辑:冯天保,郑锋玲)