

# 痛泻要方加味治疗腹泻型肠易激综合征临床观察

郭军雄<sup>1</sup>, 汪斌<sup>2</sup>

1. 河西学院中西医结合研究所, 甘肃 张掖 734000; 2. 河西学院医学院, 甘肃 张掖 734000

**[摘要]** 目的: 观察痛泻要方加味治疗腹泻型肠易激综合征( IBS-D) 的临床疗效。方法: 选取 71 例 IBS-D 肝旺脾虚证患者为研究对象, 采用随机数字表法分为中药组和西药组各 39 例。中药组给予痛泻要方加味治疗, 西药组给予整肠生治疗。2 组均连续治疗 4 周。治疗后比较 2 组临床疗效, 观察 2 组治疗前后腹痛或腹部不适、腹泻次数、粪便性状、便意窘迫、精神紧张症状的变化。结果: 治疗总有效率中药组 88.24%, 西药组 70.27%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。治疗前, 2 组腹痛或腹部不适、腹泻次数、粪便性状、便意窘迫、精神紧张积分比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后, 2 组上述各项症状积分均较治疗前下降 ( $P < 0.01$ ); 中药组腹痛或腹部不适、便意窘迫和精神紧张积分均低于西药组 ( $P < 0.05$ )。结论: 痛泻要方加味治疗 IBS-D 肝旺脾虚证, 临床疗效优于整肠生治疗, 能有效改善患者腹痛或腹部不适、便意、窘迫和精神紧张等症状。

**[关键词]** 肠易激综合征( IBS); 腹泻型; 肝旺脾虚证; 痛泻要方

**[中图分类号]** R574.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)12-0042-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.12.018

肠易激综合征( IBS) 是临床较为常见的一种胃肠道功能紊乱性疾病, 以腹痛、腹胀、排便习惯和(或)大便性状改变为临床表现。精神、饮食、寒冷等因素可诱使症状复发或加重。本病发病机理复杂, 是中医药治疗的优势病种。笔者运用痛泻要方加味治疗腹泻型肠易激综合征( IBS-D) 肝旺脾虚证患者, 获满意疗效, 现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 观察病例均为 2009 年 10 月—2014 年 4 月河西学院第二附属医院中医门诊确诊为 IBS-D 肝旺脾虚证的患者, 共 78 例, 采用随机数字表法分为中药组和西药组各 39 例。剔除病例共 7 例, 其中中药组 5 例(自行停药 2 例, 中药煎服不便而改服其他药物 3 例), 西药组 2 例(自行停药 1 例, 随访无果 1 例)。中药组男 16 例, 女 18 例; 年龄 19~58 岁; 病程 7 月~11 年。西药组男 18 例, 女 19 例; 年龄 21~57 岁; 病程 8 月~10 年。2 组性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 参考罗马 IBS-D 的诊断标准<sup>[1]</sup>。最近 3 月内每月至少有 3 天具有反复发作的腹痛或腹部不适, 并有下列症状中的 2 个或以上: ①排便后症状改善; ②排便频率改变; ③粪便性状改变, 在诊断前 6 月出现症状, 最近 3 月症状发作符合上述诊断标准。满足 IBS-D 的分类标准: 糊状便或水样便  $\geq 25\%$ , 硬便或块状便  $< 25\%$ 。

**1.3 辨证标准** 参照《肠易激综合征中医诊疗共识意见》<sup>[2]</sup>中

的辨证标准, 辨为肝旺脾虚证。主症: ①腹痛即泻, 泻后痛减, 发作常和情绪有关; ②急躁易怒, 善叹息。次症: ①两胁胀痛; ②纳少泛恶。舌脉: 舌淡胖、有齿痕, 脉弦细。

**1.4 纳入标准** ①符合以上诊断标准和辨证标准; ②年龄 18~65 岁; ③自愿参与本研究, 并签署知情同意书。

**1.5 排除标准** ①既往有胃肠道手术史或器质性胃肠道疾病史; ②合并有心、脑、肝、肾或造血系统等严重原发性疾病; ③妊娠或哺乳期女性; ④患精神疾病或不配合治疗。

## 2 治疗方法

治疗期间, 嘱患者避风寒、忌服生冷、刺激性饮食及肥甘厚腻之品。

**2.1 中药组** 予痛泻要方加味治疗。处方: 白术、白芍、白花蛇舌草各 15 g, 陈皮、防风各 10 g, 山药 12 g, 薏苡仁 20 g, 木香 6 g。随症加减: 久泻者, 加升麻 6 g, 肉豆蔻 10 g; 大便黏液多者加葛根、石菖蒲各 10 g; 腹痛甚者加延胡索 10 g; 忧郁寡欢加郁金 15 g, 合欢花 10 g; 睡眠欠佳者加酸枣仁 30 g; 舌苔黄腻者, 加黄连 6 g。每天 1 剂, 加水浸泡 30 min 后水煎 2 次, 分早晚 2 次温服。共服 4 周。

**2.2 西药组** 予整肠生(东北制药集团沈阳第一制药有限公司) 治疗, 每天口服 3 次, 每次 2 粒。服用 4 周。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** 观察 2 组临床疗效, 采用症状积分减分率进行评估, 症状积分减分率 = (治疗前症状总积分 - 治疗后症状

**[收稿日期]** 2016-08-22

**[作者简介]** 郭军雄 (1977-), 男, 医学硕士, 副教授, 主治医师, 主要从事中医药防治脾胃病的研究。

总分)/治疗前症状总分×100%;记录2组治疗前后腹痛或腹部不适、腹泻次数、粪便性状、便意窘迫、精神紧张症状的变化情况。每项症状均参照症状完善后的 stanghellini 评分标准<sup>[3]</sup>(见表1)进行评估。

表1 stanghellini 评分标准

症状	0分	1分	2分	3分
腹痛或腹部不适	无	轻度,不影响工作	明显,可坚持	剧烈,无法坚持
腹泻次数	1次	2~3次	4~5次	大于5次
粪便性状	成形	稠软	稀溏	水样
便意窘迫	无	轻微	明显	-
精神紧张	无	轻微	明显	-

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计学软件进行数据分析。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  $\chi^2$  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 临床治愈:症状积分减少 $\geq 95\%$ ;显效: $70\% \leq$  症状积分减少 $< 95\%$ ;有效: $30\% \leq$  症状积分减少 $< 70\%$ ;无效:症状积分减少 $< 30\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表2。治疗总有效率中药组88.24%,西药组70.27%。2组比较,差异有统计学意义( $\chi^2=4.32, P=0.038$ )。

表2 2组临床疗效比较 例(%)

组别	<i>n</i>	临床治愈	显效	有效	无效	总有效
中药组	34	3(8.82)	13(38.24)	14(41.18)	4(11.76)	30(88.24) <sup>①</sup>
西药组	37	2(5.40)	3(8.11)	21(56.76)	11(29.73)	26(70.27)

与西药组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后症状积分比较 见表3。治疗前,2组腹痛或腹部不适、腹泻次数、粪便性状、便意窘迫、精神紧张积分比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后,2组上述各项症状积分均较治疗前下降( $P < 0.01$ );中药组腹痛或腹部不适、便意窘迫和精神紧张积分均低于西药组( $P < 0.05$ )。

5 讨论

现代医学对 IBS 的发病机制至今尚不完全清楚,多数学者认为 IBS 是一种多因性疾病,发病与饮食、肠道感染及精神因素有关,特别是脑-肠交通异常对 IBS 发病的影响。目前治疗仍以经验性改善患者的症状为主,由于该病多具有反复发作,迁延难愈等特点,临床上常被误诊为“慢性结肠炎”而给予抗生素治疗,易导致 IBS 患者肠道菌群紊乱。整肠生能有效调节肠内菌群平衡状况,同时增强肠道的局部免疫力,缩短腹泻病程,降低腹泻严重程度<sup>[4]</sup>。中医学认为,IBS-D 可归属于腹痛、泄泻、郁证等范畴,其主要病机为肝旺脾虚。叶天士云:“肝病必犯土,是侮其所胜也,克脾则腹胀,便或溏或不爽。”陈无择言:“喜则散,怒则激,忧则聚,惊则动,脏

表3 2组治疗前后症状积分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

症状	组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
腹痛或腹部不适	中药组	34	2.56 $\pm$ 0.613	0.79 $\pm$ 0.729 <sup>①②</sup>
	西药组	37	2.43 $\pm$ 0.603	1.16 $\pm$ 0.727 <sup>①</sup>
腹泻次数	中药组	34	2.24 $\pm$ 0.496	0.71 $\pm$ 0.579 <sup>①</sup>
	西药组	37	2.30 $\pm$ 0.520	0.97 $\pm$ 0.726 <sup>①</sup>
粪便性状	中药组	34	2.18 $\pm$ 0.834	0.79 $\pm$ 0.770 <sup>①</sup>
	西药组	37	2.22 $\pm$ 0.787	1.05 $\pm$ 0.743 <sup>①</sup>
便意窘迫	中药组	34	1.53 $\pm$ 0.563	0.62 $\pm$ 0.604 <sup>①②</sup>
	西药组	37	1.46 $\pm$ 0.650	0.97 $\pm$ 0.645 <sup>①</sup>
精神紧张	中药组	34	1.06 $\pm$ 0.776	0.32 $\pm$ 0.475 <sup>①②</sup>
	西药组	37	1.05 $\pm$ 0.815	0.59 $\pm$ 0.551 <sup>①</sup>

与本组治疗前比较,① $P < 0.01$ ;与西药组治疗后比较,② $P < 0.05$

气隔绝,精神夺散,以致溏泄。”可见,本病多因土虚木乘,肝脾不和,脾失健运所致。

本研究所用痛泻要方最早见于《丹溪心法》,书中仅以“炒白术三两,炒芍药二两,炒陈皮两半,防风一两”列出,并无方名。明代吴崑指出:“泻责之脾,痛责之肝,肝责之实,脾责之虚,脾虚肝实,故令痛泻。”鉴于历代医家均以本方治疗肠鸣腹痛、泻后痛减的痛泻之证,故临床治疗肝旺脾虚型 IBS-D 多选本方<sup>[5]</sup>。方中白术苦、甘、微温,苦可燥湿,甘能补脾,善治脾虚湿困之泄泻;白芍酸寒,能够养血柔肝、和里缓急而止腹痛;陈皮辛苦而温,可理气燥湿、醒脾和胃;防风燥湿以助止泻,为脾经引经药。因脾虚多生湿、肝旺多化热,故笔者在原方基础上加入山药、薏苡仁、白花蛇舌草以清热利湿;木香行中焦脾胃及下焦大肠之气滞。诸药合用共奏补脾柔肝、清热祛湿止泻之效。

本次研究结果显示,痛泻要方加味治疗 IBS-D 肝旺脾虚证的临床疗效优于整肠生治疗( $P < 0.05$ );治疗后患者腹痛或腹部不适、便意窘迫和精神紧张的改善情况也优于整肠生治疗( $P < 0.05$ )。提示痛泻要方加味治疗 IBS-D 肝旺脾虚证,临床疗效显著,能有效缓解患者腹痛或腹部不适、便意窘迫和精神紧张的症状,值得临床借鉴。

[参考文献]

[1] Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders[J]. Gastroenterology, 2006, 130(5): 1480-1491.  
 [2] 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.  
 [3] Stanghellini V, Ghidini C, Maccarini MR, et al. Fasting and postprandial gastrointestinal motility in ulcer and non-ulcer dyspepsia[J]. Gut, 1992, 33(2): 184-190.

- [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)》<sup>[1]</sup>中 AAD 诊断标准; 符合《中医病证诊断疗效标准》<sup>[2]</sup>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。