

肠吉泰治疗腹泻型肠易激综合征 60 例疗效观察

★ 蔡淦 雷云霞 (上海中医药大学附属曙光医院 2003 级博士研究生 上海 200021)

★ 郑顺华 李熠萌 (上海中医药大学附属曙光医院消化科 上海 200021)

摘要:目的:观察肠吉泰治疗腹泻型肠易激综合征的疗效。方法:91 例患者按 2:1 随机分为治疗组和对照组。治疗组 60 例,对照组 31 例。治疗组给予中药肠吉泰治疗,对照组给予得舒特治疗,疗程均为 8 周。观察两组症状改善情况。结果:治疗组与对照组治疗后总体疗效相似,差异无显著性意义($P>0.05$),但对改善患者大便性状、腹痛程度等单项症状方面肠吉泰组疗效优于得舒特组。结论:肠吉泰治疗腹泻型肠易激综合征疗效肯定。

关键词:腹泻型肠易激综合征;肠吉泰;中医药疗法;得舒特

中图分类号:R 574.4 **文献标识码:**A

肠易激综合征(Irritable bowel syndrome, IBS)是一种常见的胃肠功能紊乱性疾病。由于症状反复发作,长期存在,对患者生活及工作带来的不便相当明显,各种检查和治疗的花费更为可观。到目前为止现代医学尚无一种药物对 IBS 有确切疗效,中医药由于对 IBS 从整体观着眼治疗,疗效肯定,副作用少,其药物开发正受到国内外重视^[1],我们于 2003 年~2005 年,运用自拟方肠吉泰治疗腹泻型肠易激综合征 60 例,现分析报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例共 91 例,均来自上海中医药大学附属曙光医院专家门诊和消化科。全部符合西医诊断标准,且符合中医辨证分型肝郁脾虚型标准。采用区组随机化方法,按 2:1 比例将观察病例随机分为中药治疗组和西药对照组。治疗组 60 例,其中男性 31 例,女性 29 例;平均年龄(47.32 ± 12.81)岁。对照组 31 例,男性 20 例,女性 11 例;平均年龄(47.48 ± 11.60)岁。两组性别、年龄、病程比较,差别无显著性意义,具有可比性。

1.2 诊断标准 (1)年龄:16~60 岁。(2)最近 1 年内有结肠镜/钡剂灌肠检查史。(3)符合罗马 II 诊断标准:就诊之前 12 个月内至少 12 周(可以是不连续的)有腹部不适或疼痛。并包括以下 3 个特点中的 2 个:①发病时有排便次数改变;②排便后缓解;③发病时有大便性状(外形)改变。腹泻型累加以下症状中至少一项:排便每日多于 3 次,松散(糊状或水样便),急迫感(急迫欲排便)。

中医辨证分型标准:参照《中药新药临床研究指导原则》制定,具体诊断标准为,具备下列 3 项:情绪紧张或抑郁恼怒后泄泻加重;舌质淡红、苔薄白;脉弦。同时具备以下各项中的 2 项:腹痛即泻,泻后痛

减;胸胁胀闷,肠鸣矢气;暖气;食少。

2 研究方法

2.1 治疗方法 中药组予中药协定处方肠吉泰(由白术、防风、白芍、陈皮、乌梅、元胡等组成)治疗,由曙光医院中药房提供。每方含原生药材 48 g,提取至 300 mL,每日 1 剂,分 2 次饭前口服。对照组予法国 Solvay Pharma 产得舒特(匹维溴铵)治疗,50 mg/片,1 片/次,3 片/日。疗程均为 8 周。

2.2 观察项目及疗效评定标准 运用 IBS 症状尺度表^[2](BSS),记录治疗前后患者主要症状变化。BSS 包括腹痛程度、腹痛天数、腹胀情况、排便满意度、生活干扰程度 5 个项目,总积分为 4 级。如治疗后患者积分降低 2 个级别以上,为显效;治疗后患者积分降低 1 个级别以上,为有效;治疗后患者积分仍在同一级别或高于原级别水平为无效。

IBS 大便性状表(DSQ)主要观察患者大便形状、10 天中大便急迫的天数、每天排便次数。观察药物对腹泻型 IBS 患者大便改善情况。显效:大便成形或大便向“硬”的方向好转两个级别;有效:大便向“硬”的方向好转一个级别;无效:停留在原水平或向“水样便”方面发展。

2.3 统计方法 采用 SPSS11.0 统计处理软件分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 描述,组内治疗前后比较用配对 t 检验;组间比较用独立样本 t 检验;等级资料比较用 Ridit 分析。

3 结果

3.1 总体疗效

表 1 肠吉泰与得舒特治疗腹泻型 IBS 疗效比较 例

	显效	有效	无效	总有效率
肠吉泰	13	39	88	6.67%
得舒特	4	20	77	7.42%

注:两组药物治疗结束后疗效比较无显著性差异($P>0.05$)。

3.2 BSS 各项目积分比较

表 2 肠吉泰和得舒特对 BSS 积分的影响

		腹痛程度	腹痛天数	腹胀情况	排便满意度	生活干扰	症状总积分
中药组 (n=60)	治疗前	44.30±24.81	58.00±36.12	32.04±28.91	78.26±9.82	59.41±24.38	272.02±78.07
	治疗后	19.08±17.25 ^{※◆}	23.00±20.78 [※]	8.62±14.48 ^{※◆}	45.52±16.59 [※]	30.52±18.89 [※]	126.74±58.66 [◆]
对照组 (n=31)	治疗前	44.10±20.90	54.03±25.67	26.73±21.62	74.56±9.24	56.61±19.33	252.04±61.77
	治疗后	29.19±16.20 [※]	29.73±21.62 [※]	15.75±12.65 [※]	49.15±14.59 [※]	34.27±15.05 [※]	158.04±58.17

注:※与本组治疗前比较, $P<0.05$;◆与同期对照组比较 $P<0.05$ 。

3.3 大便性状及排便情况

表 3 肠吉泰和得舒特对 IBS 大便性状的影响

	n	显效	有效	无效
中药组	60	12	42	6
对照组	31	3	19	9

注:经 Ridit 分析检验,两组疗效比较有显著性差异, $P<0.05$ 。

表 4 肠吉泰和得舒特对 IBS 排便情况影响

		排便次数/次	10 天中急迫天数/d
中药组	治疗前	3.48±1.15	6.07±3.60
	治疗后	1.63±0.61 ^{△▲}	2.08±1.48 ^{△▲}
对照组	治疗前	3.58±1.04	5.81±2.85
	治疗后	1.97±0.76 [△]	3.19±2.04 [△]

注:△与本组治疗前比较, $P<0.05$;▲与同期对照组比较 $P<0.05$ 。

两组治疗前排便次数、急迫天数值比较均无显著性差异,具有可比性($P>0.05$);治疗前后自身配对比较,两组均有显著性差异($P<0.05$),治疗后两组比较,中药组在减少排便次数、降低排便天数两方面与对照组比较均有显著性差异($P<0.05$)。

4 讨论

IBS 是临床常见病,腹泻型 IBS 临床特征主要有:腹痛,易在进食后出现,多见于下腹部,于腹泻后多能缓解;腹泻粪便量少,夜间不出现;腹胀白天加重,夜间睡眠后减轻;症状出现或加重往往与精神因素或遭遇应激状态有关。根据这些临床表现与特征,认为腹泻型 IBS 可以归属到中医“泄泻”病证范畴,且与“痛泄”关系最为密切。

情志失调导致肝木乘脾是本病发病的一个主要病因与病机。中医理论中肝与情绪变化关系最为密切,因肝为将军之官,主疏泄气机,易受遏郁,常为情志所伤。一旦肝木有病,则气机拂郁,脾运化受制,如叶桂所云:“肝病必犯土,是侮其所胜也,克脾则腹胀,便或溏或不爽”。脾气虚弱是导致 IBS 发生的另一主要病机。正气的强弱是决定机体是否发病的一个决定性因素。因此,尽管肝郁是发病的一个重要因素,但脾之强弱也是本病发病的重要因素,即脾强则不受木侮。如秦伯未所言:“‘怒’本来不是伤脾,而是伤肝,其所以引起泄泻,是由于脾气素虚,或本有食滞与湿,但未至发病,由于暴怒伤肝,肝气横逆,肝木乘脾犯胃,脾胃受制,运化失常,而发生泄泻。”

肠吉泰是蔡淦教授在继承传统名方“痛泻要方”的基础上,根据自己的临床实践经验所创制的临床效方。现代药理研究证实,痛泻要方的水煎剂可显著抑制家兔离体及在体肠

运动,对氯化乙酰胆碱、毛果云香碱、水杨酸毒扁豆碱及氯化钡所致肠痉挛有显著的解痉作用。进一步实验表明,该方有较强的抗组胺作用,能抑制小肠推动运动^[3,4]。延胡则具有中枢镇静镇痛作用,以延胡乙素作用最强,镇静作用迅速而持久^[5];乌梅对大肠杆菌等多种致病菌有抑制作用,并具有抗过敏和缓解平滑肌痉挛等作用^[6]。这些研究资料表明,肠吉泰方组成中的单味药物具有松弛平滑肌、抗过敏、中枢镇静镇痛及调节应激反应等作用。全方用药精当,配伍合理,具有疏肝健脾、缓急止痛之效。

本研究结果显示:肠吉泰组治疗腹泻型 IBS 总有效率为 86.67%,得舒特组为 77.42%,两者比较无显著性差异($P>0.05$)。但肠吉泰在单项症状方面有治疗优势,可明显改善腹泻型 IBS 患者大便性状、减少腹泻患者排便次数、减轻急迫症状;同时减少患者腹痛程度、腹胀程度,疗效优于得舒特。得舒特为钙离子拮抗剂,通过抑制胃肠道平滑肌收缩而缓解 IBS 症状。肠平滑肌收缩活动异常、肠高敏感性、肠动力、肠电异常所导致的肠功能紊乱是 IBS 腹部症状包括大便异常的基本原因,当这种反应发生障碍或紊乱时,可引起各因素间一系列反应,除了肠神经系统的自身调节,在一定条件下,可将信息上传至中枢神经系统,使脑生理机制发生改变,并进而对肠运动等进行调节,而情绪、精神等往往与中枢神经机制有关。中医学中的肝郁脾虚可以很好的阐释这一机制,即情志变化可以通过肝郁(高级神经胺及肽等)导致脾虚(胃肠动力及激素等)。因此,我们认为,肠吉泰从整体观着眼,能有效的改善患者腹痛、腹胀等腹部症状及排便情况,可能与同时参与调节外周和中枢病理生理机制有关,其作用机制尚需进一步研究。

参考文献

- [1] Bensoussan A, Talley NJ, Hing M, et al. Chinese herbal medicine Treatment of irritable bowel syndrome with: a randomized controlled trial[J]. 1998,280(18):1585-1589
- [2] Francis, C. Y, Morris J. The irritable bowel severity scoring system: a simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress[J]. Aliment Pharmacol Ther, 1997,11:395-402
- [3] 董桂兰. 痛泻要方药理研究[J]. 湖南医学院学报, 1987(增刊): 42
- [4] 韩北平. 痛泻要方抗实验性溃疡及其对胃酸抑制作用. 中药药理与临床, 1992(增刊):36
- [5] 金国章,等. 上海科技论文选集(医药卫生)[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1960. 282
- [6] 侯建平, 杨军英, 韩志宏. 乌梅对小鼠、家兔肠平滑肌运动的影响[J]. 中国中医药科技, 1995,2(6):24-25

(收稿日期:2005-11-21)