

肠吉饮治疗腹泻型肠易激综合征 30 例

★ 许德坚¹ 林国麟² (1. 广东省江门市新会区皮肤病防治所 新会 529152; 2. 广东省江门市新会区中医院内科 新会 529152)

摘要:目的:观察肠吉饮治疗腹泻型肠易激综合征(D-IBS)的临床疗效。方法:符合罗马Ⅲ诊断标准的60例D-IBS患者按1:1随机分为治疗组、对照组各30例。治疗组予肠吉饮颗粒,每次1包,2次/日;对照组予得舒特50mg,3次/日,疗程4周。治疗前以及治疗4周后进行临床信息采集包括腹痛评分、腹胀评分、大便性状及生存质量,判定总体疗效及生存质量评价。结果:治疗组总有效率为96.6%,对照组总有效率为90.0%。两组总体疗效以及治疗后症状积分比较有统计学意义($P < 0.05$)。结论:肠吉饮能有效缓解腹痛、腹胀,改变大便性状、减少排便次数,改善精神紧张及抑郁的情绪,提高患者生存质量,值得临床推广应用。

关键词:肠吉饮;得舒特;腹泻型肠易激综合征;中医药疗法

中图分类号:R 574.4 **文献标识码:**B

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是一组以腹痛或腹部不适,伴排便习惯改变的症候群,缺乏生化学和形态学特征性改变,目前发病机制尚不明确,且仍缺乏特效的治疗手段。现代医学治疗该病临床多以对症处理为主^[1],比如选择性钙通道拮抗剂、5-HT₃受体拮抗剂、肠道益生菌等,上述药物长期使用费用较高,不良反应多,因而难以坚持。笔者临床发现,IBS以脾胃虚弱,肝脾失调多见,故运用中医药从肝脾论治,选用肠吉饮治疗该病,取得较好疗效,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用简单随机、非盲法、平行对照研究。所有病例均来自2005~2008年本院及新会区中医院门诊病人。参照随机数字表,依据就诊顺序,将60病例按1:1分为治疗组与对照组,每组30例。治疗组男性18例,女性12例,年龄(49.23±12.45)岁,病程(6.33±4.62)年;对照组男性13例,女性17例,年龄(47.46±14.65)岁,病程(6.47±4.53)年。经 t 检验,无统计学意义($P > 0.05$)。两组资料具有可比性。

1.2 诊断标准

参照中华医学会消化病学分会肠易激综合征诊治共识意见及ROMEⅢ型标准^[2,3],反复发作的腹痛或不适(不适意味着感觉不舒服而非疼痛),最近

3个月内每个月至少有3天出现症状,合并以下2条或多条:(1)排便后症状缓解;(2)发作时伴有排便频率改变;(3)发作时伴有大便性状(外观)改变。诊断前症状出现至少6个月,近3个月满足以上标准。同时予肠镜检查排除器质性疾病。

1.3 方法

1.3.1 治疗方法 治疗组予中药复方肠吉饮颗粒(白术15g、防风8g、陈皮6g、白芍12g、柴胡6g、炮姜6g、郁金12g。广东一方制药有限公司生产),每次1包,每日2次。对照组予得舒特(pinaverium,法国苏威特制药公司生产,批号:H20070059)口服,每次50mg,每日3次。疗程均为4周。

1.3.2 观察指标 (1)IBS总体症状表评分:每周复诊,观察治疗前、后IBS总体及单项症状(腹痛、腹胀、Bristol粪便评分^[4])评分。(2)有效排便次数和性状:记录每日有效排便次数和性状,对大便性状进行评分。(3)生存质量评价:参照国际公认的SF-36量表,采用调查问卷方式评价治疗前、后生存质量。

2 疗效标准

2.1 症状评分标准^[5]

(1)腹痛评分标准:轻度:每天偶有腹痛,可自行缓解,计2分;中度:每天经常腹痛,程度可忍受,计4分;重度:每天明显感腹痛,程度多不能忍受,需服药后能缓解,计6分。(2)腹胀评分标准:轻度:

偶有腹胀,半小时左右能缓解,计 2 分;中度:经常腹胀,1~2 小时不能缓解,计 4 分;重度:整日腹胀不能缓解,需服药后才能缓解,计 6 分。(3)大便性状:大便似腊肠或蛇,光滑柔软,计 0 分;软团,边缘清楚,计 2 分;绒状物,边缘不清,糊状便,计 4 分;水样便,无固体成分,完全是液体,计 6 分。(4)生存质量评分标准:不合格:生活质量总分 60 分以下;合格:60~70 分;良好:71~79 分;优秀:80 分以上。

2.2 效应指标

腹痛、腹胀症状为主要效应指标;大便性状及生存质量评价为次要效应指标。

疗效指数(%)=(治疗前症状总积分-治疗后症状总积分)/治疗前症状总积分×100%(尼莫地平法)。

(1)临床痊愈:主要、次要症状消失,生存质量 80 分以上,疗效指数≥95%;(2)临床显效:主要症状消失,次要症状明显减轻,生存质量 71~79 分,疗效指数≥70%,<95%;(3)临床有效:主要、次要症状减轻,生存质量 60~70 分,疗效指数≥30%,<70%;(4)临床无效:无变化或症状轻度减轻,生存质量 60 分以下,疗效指数<30%。

2.3 统计学分析

所有数据用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,符合正态分布资料采用单因素方差分析(ANOVA)检验;若为非正态分布资料采用 Mann-Whitney U 秩和检验来比较两组间差异是否有统计学意义。统计软件为 SPSS11.5 for windows, $P < 0.05$ 认为有统计学意义。

3 结果

3.1 两组病例总体疗效比较

见表 1。

表 1 两组总体疗效评价 例

组别	例数	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	12	9	8	1	96.6
对照组	30	6	12	9	3	90.0

注:经 Ridit 分析,两组中医证候总体疗效评价,治疗组明显优于对照组,有统计学意义($P < 0.05$)。

3.2 两组治疗前、后症状积分比较 见表 2。

表 2 两组治疗前、后症状积分及生存质量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	腹痛	腹胀	腹泻	生存质量
治疗组	0 周	30	5.82±0.18	5.39±0.26	5.46±0.34	57.40±9.36
	4 周	30	1.72±0.38 Δ	1.46±0.28 Δ	1.65±0.29 Δ	74.50±9.22 Δ
对照组	0 周	30	5.70±0.30	5.42±0.16	5.51±0.24	58.41±10.45
	4 周	30	2.80±0.24*	2.88±0.36*	3.58±0.26*	64.89±12.13*

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.01$;治疗后,治疗组与对照组比较, $\Delta P < 0.05$,治疗组明显优于对照组。

4 讨论

中医学中虽无 IBS 之病名,但是根据本病的临床表现,可以归于“腹痛”、“泄泻”、“肠郁”等范畴。笔者长期的临床实践发现,IBS 病位虽在脾胃及大、小肠,但与肝之关系极为密切。病机为本虚标实。临床以土虚木乘,肝脾不和多见。“肝为起病之源,脾为传病之所”,肝脾两脏在生理上相互协调,相互为用,在病理上则相互影响。脾为阴土,主运化,其性阴滞,需依赖肝之疏泄始能运化有度,此为“土得木而达”;肝为刚脏,体阴用阳,其性疏泄条达,且有赖于脾生化气血以滋养,才能刚柔相济,即“脾土营木”。若肝气失和,脾主运化水湿之功能不能“得木而达”,则水湿并走肠道而下趋则腹泻;肝气郁滞,疏泄不及,则脾胃升降之气也因之而壅阻,中气阻塞不通则成腹痛。诚如《血证论》所云:“木之性主于疏泄,食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之,而水谷乃化,设肝之清阳不升,则不能疏泄水谷,渗泄中满之证,在所难免。”

笔者自拟肠吉饮,系在古方“痛泻要方”基础上精心筛制而成。该方以柴胡为君,辛行苦泄,条达肝气,疏肝解郁;白芍益脾为臣,符合“肝苦急,急食酸以缓之”,与柴胡合用,以敛阴和阳,条达肝气,且可使柴胡升散而无伤阴血之弊;佐以郁金行气解郁;炒白术苦能燥湿,甘补脾,温和中;炮姜守而不走,温里散寒;防风可散肝、舒脾,为理脾引经之要药;陈皮辛能利气,炒香尤能燥湿醒脾,使气行痛止。合用共奏疏肝理气,温中健脾,泻木益土之功效。本研究结果表明肠吉饮能有效改善腹痛及腹胀,改变大便性状、减少排便次数,缓解精神紧张及抑郁的情绪,提高患者生存质量,是临床治疗 D-IBS 的有效方剂,值得推广应用。

参考文献

- [1] Heading R, Bardhan K, Hollerbach S, et al. Systematic review: the safety and tolerability of pharmacological agents for treatment of irritable bowel syndrome-a European perspective[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2006, 24(2): 207-36.
- [2] 中华医学会消化病学分会 肠易激综合征诊治共识意见[J]. 中华消化杂志, 2003, 23(7): 427.
- [3] Drossman DA, Dumitrascu DL. Rome III: New standard for functional gastrointestinal disorders[J]. J Gastrointest Liver Dis, 2006, 15(3): 237-241.
- [4] Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders[J]. Gastroenterology, 2006, 130(5): 1480-1491.
- [5] 郑筱蓓. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 139-143.

(收稿日期:2009-04-10 责任编辑:周茂福)