

“健脾柔肝止泻方”治疗慢性腹泻 30 例临床研究

姚 飞

(嘉兴市中医医院脾胃病科,浙江嘉兴 314000)

摘 要 目的:探讨健脾柔肝止泻方治疗慢性腹泻的临床疗效。方法:按就诊先后顺序选择 60 例慢性腹泻患者,采用单盲、阳性药随机法分为治疗组与对照组各 30 例。治疗组予健脾柔肝止泻方,对照组服用思密达,治疗 4 周后对比疗效。结果:治疗组愈显率、总有效率均明显高于对照组($P<0.05$);治疗组治疗后症状总评分和腹痛而泻、食后腹胀、食欲不振、倦怠乏力、神疲懒言、口渴等症愈显率均明显高于对照组($P<0.05$)。结论:采用健脾柔肝止泻方能显著改善慢性腹泻患者的临床症状。

关键词 慢性腹泻 健脾柔肝止泻方 清热祛湿 健脾柔肝

中图分类号 R574.05 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2016)08-0029-03

慢性腹泻是指病程超过 6 周,粪便稀薄(含水量 $>85\%$),且次数增加(>3 次/d)、排粪量增加($>200\text{g/d}$)的疾病^[1]。患者长期腹泻,蛋白质、脂肪、碳水化合物等物质的吸收会受到影响,可导致不同程度的营养不良、免疫功能低下和继发感染等恶性循环状态,严重影响健康。目前西医治疗慢性腹泻以对症处理、止泻药、抗胆碱药等为主,尚缺乏满意疗效,且费用高、疗效单一、复发率高^[2-3]。近年来,笔者临床中运用中药健脾柔肝止泻方治疗慢性腹泻取得了较好的疗效,现将相关临床研究结果报道如下。

英为君,现代药理研究发现茵陈、蒲公英具有利胆、抗炎、清热、利湿、控制纤维化等功效,能有效降低 ALT、AST、TBiL、GGT 等;臣药配以桃仁、红花活血化瘀,现代药理显示其能有效调节肝胶原酶活性、血清 MAO 活性及 PCⅢ、 α_2 巨球蛋白含量等,促进肝纤维化的逆转,改善门静脉高压,调节机体异常免疫状态;丹参有效成分丹参素可抑制胶原合成或促进肝胶原纤维消散和吸收作用,佐以白术、绞股蓝健脾强中,以达“见肝之病,当先实脾”之效。

肝脏活检目前仍是判定肝纤维化程度的金指标,但为有创操作,临床应用受到一定限制,血清学指标虽有较大发展,但在临床上仍需结合肝功能和肝脏 CT、MRI 及超声综合判断病变程度,而多普勒彩超具有经济、方便、安全无创、分辨率较高等优势,具有一定的临床价值和意义。本研究结果显示,化瘀软坚汤能有效缩小患者肝门静脉和脾静脉内径,进一步佐证了中医药改善和延缓慢性乙肝肝纤维化的作用。

1 临床资料

1.1 一般资料 60 例均为 2013 年 10 月至 2015 年 10 月我院脾胃病科门诊及住院的慢性腹泻患者,按就诊先后顺序采用单盲、阳性药随机对照研究方法分为治疗组与对照组。治疗组 30 例:男 12 例,女 18 例;年龄 18~62 岁,平均年龄 38.4 岁;病程 1~12 年,平均病程 3.88 年。对照组 30 例:男 14 例,女 16 例;年龄 19~64 岁,平均年龄 39.3 岁;病程 1~10 年,平均病程 4.04 年。2 组患者性别、年龄、病程等一般情况经统计学比较,均无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

参考文献

- [1] ROMBOUTS K, MARRA F. Molecular mechanisms of hepatic fibrosis in non-alcoholic steato-hepatitis[J]. Dig Dis, 2010; 28, 229.
- [2] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会. 病毒性肝炎的诊断标准[J]. 中西医结合肝病杂志, 2001, 11(1): 56.
- [3] 中国中西医结合学会肝病专业委员会. 肝纤维化中西医结合诊疗指南[J]. 中西医结合肝病杂志, 2006, 16(5): 316.
- [4] 刘平. 现代中医肝脏病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 540.
- [5] 王宝恩. 肝纤维化时细胞外基质的合成与降解[J]. 中华肝病杂志, 1997, 5(2): 65.

第一作者: 吴永斌(1982—), 男, 本科学历, 主治医师, 研究方向为中西医结合治疗肝病。wyb19825116@126.com。

收稿日期: 2016-01-11

编辑: 傅如海 岐 轩

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照第7版《内科学》^[1]慢性腹泻诊断标准拟定。中医诊断标准参照国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》^[4]中泄泻的诊断标准拟定。主症:腹痛而泻,食欲不振,食后腹胀,胸胁满闷;次症:倦怠乏力,神疲懒言,口渴,暖气;舌脉:舌质淡、苔薄白,脉弦细。具备主症3项加次症2项以上,结合舌脉象即可诊断。

1.3 纳入标准 符合上述中、西医诊断标准,年龄在18~65岁,知情同意,自愿接受本研究者。

1.4 排除标准 经检查证实为痢疾、霍乱,以及由全身性疾病、中毒、寄生虫感染、恶性肿瘤、炎症性肠病等引起的腹泻患者;妊娠或哺乳期妇女;合并有心血管、脑血管、肝、肾、消化、造血系统等严重原发性疾病者,以及甲亢、糖尿病患者;已知对治疗药物成分过敏者;参加其他临床研究者或研究者认为不宜参加本研究者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 予健脾柔肝止泻方,药物组成:炒白芍15g、炒白术12g、防风9g、陈皮6g、五味子9g、补骨脂9g、吴茱萸9g、肉豆蔻9g、黄芩9g、黄连3g、葛根9g、炙甘草6g。腹痛甚者加延胡索9g,纳呆者加炒谷芽9g,久泻不止者加入石榴皮9g。每日1剂,水煎成400mL,200mL/次,2次/d,由嘉兴市中医医院中药房提供代煎剂。

2.2 对照组 予思密达[蒙脱石散,由博福-益普生(天津)制药集团生产,国药准字H20000690]3g,三餐前半小时50mL温水冲服,3次/d。

2组均以治疗4周为1个疗程,1个疗程后观察疗效。治疗期间停止服用其他药物,避免食用生冷油腻刺激性食物,调畅情志。

3 疗效观察

3.1 观察指标 治疗前后统计2组患者临床主要、次要症状积分。主要症状按正常、轻度、中度、重度分为4级,分别记0、3、6、9分;次要症状按正常、轻度、中度、重度分为4级,分别记0、2、4、6分^[5]。2组患者治疗前后均进行心电图、肝功能、肾功能及血、尿、粪等常规检查。

3.2 疗效评定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]制定。

3.2.1 综合疗效评定标准 治愈:腹痛腹泻、食后腹胀、食欲不振及其他症状全部消失;显

效:腹痛腹泻明显改善,偶有发生腹痛而泻,食后腹胀、食欲不振及其他症状大部消失;有效:腹痛而泻次数及便质改善,食后腹胀、食欲不振及其他症状均有好转;无效:腹痛而泻、食后腹胀、食欲不振及其他症状均无改善。

3.2.2 单项症状疗效评定标准 治愈:疗程结束后症状消失;显效:疗程结束后症状分级减少2级;有效:疗程结束后症状分级减少1级;无效:达不到上述标准。

3.3 统计学方法 所有数据由SPSS 20.0统计软件包进行管理和分析。根据临床观察指标特点采用卡方检验(χ^2 检验)、秩和检验、 t 检验。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者综合疗效比较 见表1。

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	愈显率(%)	总有效率(%)
治疗组	30	13	10	6	1	76.67*	96.67*
对照组	30	8	9	5	8	56.67	73.33

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3.4.2 2组患者治疗前后临床症状总评分比较 见表2。

组别	例数	治疗前症状总评分	治疗后症状总评分
治疗组	30	21.13 $\pm$ 10.18	10.87 $\pm$ 6.66**
对照组	30	20.69 $\pm$ 10.96	17.03 $\pm$ 6.59

注:与本组治疗前比较,# $P<0.05$;与对照组治疗后比较,* $P<0.05$ 。

3.4.3 2组患者治疗后主要、次要症状疗效比较 见表3、表4。治疗组腹痛而泻、食后腹胀、食欲不振、倦怠乏力、神疲懒言、口渴症状疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

表3 治疗组与对照组主要症状疗效比较 例

主要症状	治疗组					对照组				
	治愈	显效	有效	无效	愈显率(%)	治愈	显效	有效	无效	愈显率(%)
腹痛而泻	13	10	6	1	76.67*	8	9	5	8	56.67
食后腹胀	7	13	4	2	76.92*	4	5	9	6	37.50
胸胁满闷	6	8	3	3	70.00	3	7	6	2	55.56
食欲不振	7	4	3	2	68.75*	2	5	5	6	38.89

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

表4 治疗组与对照组次要症状疗效比较 例

次要症状	治疗组					对照组				
	治愈	显效	有效	无效	愈显率(%)	治愈	显效	有效	无效	愈显率(%)
倦怠乏力	6	4	4	2	62.50*	1	5	4	7	35.29
神疲懒言	8	7	4	3	68.18*	1	6	5	7	36.84
口渴	8	7	5	3	65.22*	3	3	8	7	28.57
暖气	2	4	4	4	42.86	2	3	7	5	29.41

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3.5 安全性评价 2组患者治疗后血、尿、粪常规,肝、肾功能及心电图检查均未见异常,表明治疗药物安全。

4 讨论

慢性腹泻病程常迁延不愈,发病机理尚未完全阐明,临床上常用肠道黏膜保护剂思密达治疗。思密达为双八面体蒙脱石散剂,口服后覆盖于肠道黏膜上,对肠道起到保护作用,还可以抑制、固定肠道内的病毒、细菌及其产生的毒素,以阻止各种细菌、病毒和毒素对肠道黏膜的侵害^[6]。一般情况下,人体肠道存在大量细菌,可不断产生内毒素,但是完整的肠黏膜能发挥有效屏障功能,抵御较强的毒素刺激和正常菌群的侵犯,所以尽管肠内有大量内毒素却很少能进入机体^[7]。存在于人体肠道中的一个高效的选择性屏障系统就是肠道屏障,它使肠道内大量的毒素和细菌等有害物质局限于肠腔内,让机体的内环境保持稳定^[8]。目前研究表明,思密达因为保护肠黏膜屏障,抑制了内毒素、病毒、细菌,从而减轻肠黏膜的损害,所以有治疗腹泻的作用。

慢性腹泻属中医“泄泻”范畴^[9],发病主要是由于饮食不节、湿邪内侵、情志失调等导致肠胃气机紊乱^[10-11]。脾病湿盛是发病的关键,肝气乘脾、肾阳虚衰可致脾病,脾主运化升清,脾气虚弱,清气不升,化生内湿,清浊不分,混杂而下,遂成泄泻,此即《内经》所记“清气在下,则生飧泄”之意。治疗应清热祛湿以祛邪、健脾柔肝以扶正,故自拟健脾柔肝止泻方。本方由痛泻要方联合四神丸、葛根芩连汤而成。痛泻要方中白术苦甘而温,补脾燥湿以治土虚;白芍酸寒,柔肝缓急止痛,与白术相配,于土中泻木;陈皮辛苦而温,理气燥湿,醒脾和胃;配伍少量防风,具升散之性,与白术、白芍相伍,辛能散肝郁,香能舒脾气,且有燥湿以助止泻之功,又为脾经引经之药。四药相合,可补脾胜湿而止泻,柔肝理气而止痛。四神丸中补骨脂善补命门之火,以温养脾土;肉豆蔻温脾暖胃,涩肠止泻;吴茱萸温中散

寒;五味子敛酸固涩。葛根芩连汤方中葛根升发脾胃清阳之气而止泻;黄芩、黄连清热燥湿,厚肠止泻;甘草调和诸药。

本研究结果表明,健脾柔肝止泻方治疗慢性腹泻临床疗效确切,优于蒙脱石散,且用药安全。下一步我们将继续扩大样本量,并拟通过实验研究探讨健脾柔肝止泻方治疗慢性腹泻的机理。

参考文献

- [1] 陆再英.内科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2011:429.
- [2] GUARINO A,LO VECCHIO A,CANANI R B.Chronic diarrhoea in children [J].Best Pract Res Clin Gastroenterol, 2012,26(5):649.
- [3] ZELLA G C,ISRAEL E J. Chronic diarrhea in children [J].Pediatr Rev,2012,33(5):207.
- [4] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:15.
- [5] 郑筱萸.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.
- [6] 崔旎,高洁.思密达的药理作用及临床应用[J].天津药学, 2000,12(4):37.
- [7] VAN DEVENTER S J,TENCATE J W,TYTGAT G N. Intestinal endotoxemia. Clinical significance[J]. Gastroenterology,1988,94(3):825.
- [8] 于勇,田惠民,盛志勇.大鼠烫伤后肠道细菌 IgA 包被率变化的动态观察[J].中华整形外科杂志,1998,14(2):91.
- [9] 周仲瑛.中医内科学[M].2版.北京:中国中医药出版社, 2007:234.
- [10] 王万卷,宗湘裕,杜长海.中西医结合治疗慢性腹泻 62 例[J].吉林中医药,2015,35(2):159.
- [11] 王新菲,蔡芳,范苗苗,等.牛学恩教授从肝论治功能性腹泻经验[J].中国民族民间医药,2014,23(19):128.

第一作者:姚飞(1983—),男,医学硕士,主治医师,研究方向为中西医结合治疗消化系统疾病。121042116@qq.com

收稿日期:2016-03-08

编辑:吴宁

文末参考文献著录规则之页码的标注

根据国家标准 GB/T 7714—2015《信息与文献 参考文献著录规则》的规定,本刊关于参考文献页码的著录做重要修订如下:(1)专著或期刊中析出文献的页码或引文页码,应采用阿拉伯数字著录,引自序言或扉页题词的页码,可按实际情况著录(例:钱学森.创建系统学[M].2版.太原:山西科学技术出版社,2001:序2.);(2)阅读型参考文献的页码著录文章的起始页,引文参考文献的页码著录引用信息所在页。阅读型参考文献指著者为撰写或编辑论著而阅读过的信息资源;引文参考文献指著者为撰写或编辑论著而引用的信息资源。例如:将谈勇等发表在本刊2015年第1期第1—4页的文章《夏桂成国医大师调治复发性流产经验探赜》作为阅读型参考文献引用时,页码著录为“1”;作为引文文献引用“夏老提出心-肾-子宫轴功能失常是流产病机关键”这一观点或原文时,著录这些引用信息的所在页“3”。更多有关本刊参考文献著录规则见本刊网站(www.jstcm.cn)首页下载专区。