

“运脾柔肝方”治疗便秘型肠易激综合征 63 例临床研究

李 慧 田耀洲 夏军权

(南京中医药大学附属中西医结合医院, 江苏南京 210028)

摘 要 目的:观察运脾柔肝方治疗便秘型肠易激综合征(IBS-C)的临床疗效。方法:将123例IBS-C患者随机分为治疗组63例和对照组60例,治疗组采用运脾柔肝方中药汤剂口服治疗,对照组服用枸橼酸莫沙必利片。2组均治疗4周后比较临床疗效及单项症状积分、症状总积分、Zung焦虑自评量表(SAS)评分和抑郁自评量表(SDS)评分治疗前后改善情况。结果:治疗组总有效率90.5%,明显高于对照组的76.6%($P<0.05$)。2组治疗后便秘、胸胁胀满、烦躁易怒等症状和SAS、SDS评分均较治疗前显著改善($P<0.05$),治疗组在改善烦躁易怒、嗝气呃逆症状和SAS、SDS评分方面明显优于对照组($P<0.05$)。结论:运脾柔肝方治疗IBS-C具有良好的临床疗效。

关键词 便秘型肠易激综合征 运脾柔肝方 肝郁气滞 心理状态评分

中图分类号 R574.405 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2017)10-0030-03

肠易激综合征(Irritable bowel syndrome, IBS)是一种常见的功能性肠病。根据罗马Ⅲ标准, IBS可分为四种亚型:腹泻型、便秘型、混合型和未分类型^[1]。便秘型肠易激综合征(constipation-predominant irritable bowel syndrome, IBS-C)主要表现为与腹痛相关的便秘,排便后腹痛可缓解,约占IBS人群的34%^[2]。本研究采用田耀洲教授自拟之运脾柔肝方治疗IBS-C,并与枸橼酸莫沙必利片进行疗效比较,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择2014年1月至2016年12月在消化内科门诊就诊的IBS-C患者123名,随机分为治疗组和对照组。治疗组63例:男33例,女30例;平均年龄(49.33 ± 12.65)岁;平均病程(16.50 ± 6.65)个月。对照组60例:男32例,女28例;平均年龄(48.64 ± 12.50)岁;平均病程(15.90 ± 6.73)个月。2组患者性别、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

1.2.1 西医诊断标准 参照功能性胃肠病罗马Ⅲ标准中关于IBS-C的诊断标准^[2]。在最近的3个月内,每个月至少有3天出现反复发作的腹痛或不适症状,并具有下列中的2项或2项以上:(1)排便后症状改善;(2)伴随排便频率的改变;(3)伴随粪便性状的变化。粪便性状改变符合:硬便或块状便排便比例 $\geq 25\%$,稀便(糊状便)或水样便排便比例 $<25\%$ 。诊断标准建立于患者至少在诊断前的6个月内出现

症状,并在最近的3个月持续存在,在观察期间疼痛不适症状的频率至少2d/周。

1.2.2 中医诊断标准 参照2010年中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会通过的《肠易激综合征中西医结合诊疗共识意见》^[3]制定。主症:(1)便秘,欲便不畅,便下艰难;(2)胸胁或少腹胀满窜痛;(3)烦躁易怒。次症:(1)肠鸣矢气;(2)嗝气呃逆,食少纳差;(3)后重窘迫;(4)失眠多梦;(5)口苦咽干或咽部如有物梗阻感。具备主症2项加次症2项,或主症第1项加次症3项,即可诊为肝郁气滞型IBS-C。

1.3 纳入标准 符合IBS-C的西医诊断标准;符合肝郁气滞证的辨证标准;年龄18~80岁;性别不限;知情同意,志愿受试。

1.4 排除标准 有胃肠道器质性病变者;有严重心、肝、肾、呼吸、血液和内分泌等疾病者;精神病患者及严重神经官能症患者;妊娠或哺乳期妇女;医嘱依从性差,对本药过敏者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 给予中药运脾柔肝方,药物组成:生白术30g,白茯苓10g,党参10g,黄芪10g,当归10g,白芍10g,决明子15g,莱菔子15g,枳实10g,厚朴10g,生甘草6g。每日1剂,水煎300mL,分早晚2次口服,连续服用4周。

2.2 对照组 给予枸橼酸莫沙必利片(每片5mg,国药准字J20110022,苏州住友制药有限公司),每次5mg,每日3次,餐前服用,连续服用4周。

基金项目:国家自然科学基金资助项目(81603586);江苏省自然科学基金项目(BK20151046);江苏省中医药局项目(ZD201507)

3 疗效观察

3.1 中医证候学指标 主、次症状分为无、轻、中、重4级,主症分别记0、2、4、6分,次症分别记0、1、2、3分^[4]。各中医单项症状积分之和为症状总积分,分别于治疗前后各观察记录1次。

3.2 心理状态评估 采用Zung焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)和抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)^[5],对患者的焦虑和抑郁情况进行评定。每个量表共20个项目,总得分乘以1.25后取其整数部分即得标准总分。

3.3 疗效判定标准 中医证候积分改善率=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。临床痊愈:临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少≥95%;显效:临床症状、体征明显改善,证候积分减少≥70%;有效:临床症状、体征均有好转,证候积分减少≥30%;无效:临床症状、体征无明显改善,甚或加重,证候积分减少不足30%。^[3]

3.4 不良反应 治疗期间监测患者不良反应。

3.5 统计学方法 数据采用SPSS 16.0统计分析软件。计量资料采用*t*检验或秩和检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.6 治疗结果

3.6.1 2组患者临床疗效比较 见表1。

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	63	2	31	24	6	90.5% [△]
对照组	60	0	15	31	14	76.7%

注:△与对照组比较, $P<0.05$ 。

3.6.2 2组患者中医证候学单项积分比较 见表2。

组别	时间	便秘	胸胁胀满	烦躁易怒	肠鸣矢气	暖气呃逆	后重窘迫	失眠多梦	口干口苦
治疗组	治疗前	3.28±1.56	3.18±1.57	3.23±1.69	1.59±0.75	1.62±0.71	1.54±0.68	1.67±0.70	1.69±0.57
	治疗后	1.13±1.10*	0.92±1.29*	0.97±1.20 [△]	0.54±0.55*	0.49±0.51 [△]	0.61±0.54*	0.56±0.60*	0.59±0.59*
对照组	治疗前	3.29±4.66	3.25±1.53	3.12±1.53	1.64±0.66	1.59±0.67	1.53±0.65	1.61±0.70	1.66±0.58
	治疗后	1.36±1.08*	1.05±1.31*	1.63±1.36*	0.59±0.56*	0.89±0.66*	0.81±0.57*	0.92±0.60*	0.98±0.67*

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

3.6.3 2组患者中医证候学总积分和心理状况评分比较 见表3。

组别	时间	总积分	SAS	SDS
治疗组	治疗前	17.68±3.43	45.17±5.87	49.70±5.64
	治疗后	8.20±3.36*	36.90±3.97 [△]	38.58±4.77 [△]
对照组	治疗前	17.36±2.97	45.51±4.77	50.15±6.01
	治疗后	5.24±3.02*	40.05±3.73*	42.88±6.01*

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

3.7 2组患者不良反应发生情况 所有患者在治疗过程中均未出现不良反应或不良事件。

4 讨论

IBS-C病理生理机制复杂,主要包括胃肠道动力异常、内脏高敏感性、脑-肠轴功能紊乱、肠道感染与炎症反应、精神心理异常等方面。西药治疗主要以促动力药、缓泻剂、抗焦虑抑郁类药物及对症支持治疗等,尚无特效药物。

IBS-C可归属于中医学“便秘”“腹痛”等范畴,病位在肠,涉及肝、脾、肾三脏,脾胃虚弱和肝气疏泄障碍存在于IBS-C整个发病过程。本病病机主要为肝脾不和,肝郁气滞,脾运失健,肝脏性喜条达而恶抑郁,其病理变化极易受情志因素影响,IBS-C患者常有焦虑、紧张、抑郁等心理障碍,主要为长期情志不畅,肝郁气滞,耗血伤津,肠道失润,肝气乘脾,脾运受损,导致肠道传导无力而成便秘,故调理肝脾功能乃治疗本病之关键所在。肝郁气滞,乘侮脾土,其治在柔肝健脾;脾失健运,肠失传导,其治在运脾通便。运脾柔肝方中生白术、白蒺藜为君,健脾益气,润肠通便,柔肝解郁,行气活血;党参、黄芪益气健脾而助运,使通便不伤正;当归可补血和血、止痛、润燥滑肠;白芍疏肝理气敛阴、养血柔肝止痛,使通便而不伤阴,与上三味共为臣药;决明子润肠通便,莱菔子行胃肠气而消食,枳实、厚朴破气消积、行气导滞,共为佐药,通便而不伤阴,作用缓和可靠;甘草为使,配芍药可酸甘化阴、调和肝脾,又可柔肝止痛,且调和诸药。本方配伍严谨,诸药相合共奏运脾柔肝之效。现代药理学研究表明,白术、黄芪、厚朴、决明子和莱菔子具有促进胃肠蠕动的作用,利于排便^[6-9],其中决明子和莱菔子具有泻下的作用;白蒺藜、白芍有显著的抗抑郁作用^[10-11]。

本研究结果表明,运脾柔肝方治疗IBS-C总有效率明显优于枸橼酸莫沙必利片。在中医证候学评分方面,2组药物均可有效改善患者便秘、胸胁胀满、烦躁易怒、肠鸣矢气、暖气呃逆、后重窘迫、失眠多梦、口干咽干等症状,但运脾柔肝方在改善烦躁易怒和暖气呃逆症状方面优于西药。在心理状况评分方面,运脾柔肝方和西药均可有效降低患者SAS和SDS评分,改善患者焦虑和抑郁情绪,且运脾柔肝方效果优于西药。关于运脾柔肝方的作用机制和靶点尚未明确,有待进一步深入研究。

参考文献

[1] LACY B E, MEARIN F, CHANG L, et al. Bowel Disorders [J]. Gastroenterology, 2016, 150 (6): 1393.

中西医结合治疗原发性肾病综合征 30 例临床研究

詹恬恬 周 圆 姚东升 兰天鹰 杨 婧 邵命海 吴 锋 王 琛

(上海中医药大学附属曙光医院肾病科, 上海 201203)

摘 要 目的:观察在西医一体化治疗方案基础上加用消白方中药汤剂口服治疗原发性肾病综合征的临床疗效。方法:60例原发性肾病综合征患者随机分为治疗组、对照组各30例,均采用西医一体化治疗方案治疗,治疗组加用消白方汤剂口服。2组均治疗3个月后观察并比较临床疗效、中医证候疗效以及治疗前后24h尿蛋白定量、血浆白蛋白、血肌酐、血尿素氮、总胆固醇水平改变情况。结果:治疗后治疗组临床总有效率和中医证候总有效率均明显高于对照组($P<0.05$)。2组患者治疗后24h尿蛋白定量、肌酐、尿素氮、血浆白蛋白和血总胆固醇均较治疗前明显改善($P<0.05$),且治疗组对上述指标的改善明显优于对照组($P<0.05$)。结论:在西医一体化治疗方案基础上加用消白方中药汤剂口服可以提高原发性肾病综合征患者总体疗效,改善临床症状,降低蛋白尿,保护肾功能,提高患者的生存质量。

关键词 消白方 原发性肾病综合征 泼尼松 尿蛋白 血肌酐 血尿素氮 血总胆固醇

中图分类号 R692.05 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2017)10-0032-03

肾病综合征(Primary Nephrotic Syndrome, PNS)是主要以大量蛋白尿、低蛋白血症、水肿以及高脂血症为特征的一组症候群,临床主要运用激素药物进行治疗,然而长期服用激素副作用较大,降低了患者的依从性,且在激素逐渐减量过程中容易导致疾病的复发。研究表明,在常规西医疗法基础上加用中药治疗肾病综合征可以明显提高疗效,减轻激素副作用,提高患者生存质量^[1-2]。本研究观察在西医一体化治疗方案基础上加用我科经验方消白方加减治疗

PNS的临床疗效,并与单用西医一体化治疗方案的对照组进行比较,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2015年1月至2016年12月于上海中医药大学附属曙光医院肾内科门诊和病房收治的原发性肾病综合征患者60例,按照随机数字表法分成治疗组和对照组,每组30例。治疗组男16例,女14例;年龄25~65岁,平均年龄(38.61±7.33)岁;病程1~6年,平均病程(3.58±1.31)年。对照组男

基金资助:上海市科委计划项目(16401931700);上海市卫计委科研基金项目(201540199);上海中医药事业发展三年行动计划资助项目(ZY3-CCCX-2-1003)

- [2] LONGSTRETH G F, THOMPSON W G, CHEY W D, et al. Functional bowel disorders[J]. Gastroenterology, 2006, 130(5): 1480.
- [3] 肠易激综合征中西医结合诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(5): 587.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第一辑[M]. 1993: 210.
- [5] 张作记. 行为医学量表手册[M/CD]. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2005: 54, 255.
- [6] 董凤彩. 白术不同化学成分的药理作用[J]. 中医临床研究, 2015, 7(14): 28.
- [7] 郭军鹏, 孟超, 刘宏岩. 补气中药对小鼠胃肠动力和激素水平的影响[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(11): 2920.
- [8] 张勇. 唐方. 厚朴酚药理作用的最新研究进展[J]. 中国中药杂志, 2012, 37(23): 3526.
- [9] 张加雄, 万丽, 胡轶娟, 等. 决明子提取物泻下作用研究[J]. 时珍国医国药, 2005, 16(6): 467.
- [10] 沈双宏, 沈晓东, 胡随遇, 等. 刺蒺藜对抑郁模型大鼠海马齿状回神经发生的影响[J]. 中医药学报, 2008, 36(3): 13.
- [11] 王景霞, 张建军, 李伟, 等. 白芍提取物治疗抑郁症的实验研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2010, 16(7): 183.

第一作者: 李慧(1981—), 女, 博士研究生, 副主任医师, 主要从事胃肠动力性疾病的中西医结合诊疗工作。

通讯作者: 田耀洲, 博士, 主任医师, 博士研究生导师。tianyaozhou1960@163.com

收稿日期: 2017-06-02

编辑: 吴 宁