

芩为佐药,取其苦燥之性味,清热解毒燥湿,防止方中滋阴之品滋腻碍脾;同时配以鬼针草、路路通清热解毒、利水祛瘀通络,并辅助津液敷布。全方合用,共奏健脾养阴、化瘀通络之功效。

本研究结果显示,治疗组的中医证候疗效、疾病疗效均优于对照组;同时,治疗组在降低两目干涩、纳差、腹胀、腹泻等证候评分及口腔烧灼感、眼干、眼异物感等主观症状评分方面均明显优于对照组,在改善ESR等免疫炎性指标方面也明显优于对照组,并且在研究过程中患者均未出现明显的不良反应,具有较高的安全性。研究表明健脾通络方治疗PSS脾虚络阻证患者疗效确切,能有效降低患者的中医证候评分和EULAR主观症状评分,改善患者的免疫相关炎性指标,值得广泛地应用于临床治疗,但其有效成分、作用靶点和作用途径等仍有待深入研究。

参考文献:

[1] 中华医学会风湿病学分会. 干燥综合征诊断及治疗指南[J]. 中华风湿病学杂志, 2010, 14(11): 766-68.

- [2] 王小琪, 刘冬舟, 刘翠莲, 等. 原发性干燥综合征发病机制的研究进展[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(3): 189-191.
- [3] 马银玲, 赵锋, 董占军, 等. 白芍总苷胶囊治疗干燥综合征的有效性与安全性Meta分析[J]. 医药导报, 2017, 36(6): 636-645.
- [4] 路志正, 焦树德. 实用中医风湿病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998.
- [5] 王忆勤. 中医诊断学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2004: 164.
- [6] SERORR, RAVAUD P, MARIETTE X, et al. EULAR Sjogren's Syndrome Patient Reported Index (ESSPRI): development of a consensus patient index for primary Sjogren's syndrome [J]. Ann Rheum Dis, 2011, 70(6): 968-972.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 118-119.
- [8] 邵勤, 吴斌. 原发性干燥综合征的治疗进展[J]. 中国免疫学杂志, 2018, 34(1): 144-148, 157.
- [9] 邵培培, 马丛, 王北, 等. 养阴益气合剂联合硫酸羟氯喹治疗气阴两虚型干燥综合征36例临床观察[J]. 世界中医药, 2018, 13(3): 616-619.

【责任编辑: 陈建宏】

痛泻要方合五苓散加减治疗肝郁脾虚型腹泻型肠易激综合征疗效观察

徐思思¹, 郭绍举²

(1. 广州中医药大学第四临床医学院, 广东深圳 518033; 2. 深圳市中医院, 广东深圳 518033)

摘要:【目的】观察痛泻要方合五苓散加减治疗肝郁脾虚型腹泻型肠易激综合征(IBS-D)患者的临床疗效。【方法】采用回顾性研究方法, 收集2019年6月至2020年6月期间在深圳市中医院门诊就诊的肝郁脾虚型IBS-D患者63例, 按治疗方法不同分为治疗组33例和对照组30例。治疗组给予痛泻要方合五苓散加减治疗, 对照组给予参苓白术散加减治疗, 疗程为4周。观察2组患者治疗前后中医证候积分的变化情况, 评价2组患者的临床疗效。【结果】(1)治疗4周后, 治疗组的总有效率为72.7%(24/33), 对照组为46.7%(14/30); 组间比较, 治疗组的疗效明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(2)治疗后, 2组患者的中医证候积分均较治疗前明显降低($P < 0.05$), 且治疗组对中医证候积分的降低作用明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。【结论】痛泻要方合五苓散加减治疗肝郁脾虚型IBS-D具有较好疗效, 其疗效优于参苓白术散加减。

关键词: 腹泻型肠易激综合征(IBS-D); 肝郁脾虚型; 痛泻要方; 五苓散; 参苓白术散

中图分类号: R259.744

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)07-1346-05

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.07.009

收稿日期: 2020-10-09

作者简介: 徐思思(1991-), 女, 在读硕士研究生; E-mail: 379380694@qq.com

通讯作者: 郭绍举, 男, 主任中医师, 硕士研究生导师; E-mail: gsj1080@163.com

Clinical Observation of *Tongxie Yaofang* Combined with *Wuling Powder* in Treating Diarrhea-predominant Irritable Bowel Syndrome of Liver Stagnation and Spleen Deficiency Type

XU Si-Si¹, GUO Shao-Ju²

(1. The Fourth Clinical Medical School of Guangzhou University of Chinese Medicine, Shenzhen 518033 Guangdong, China;

2. Shenzhen Traditional Chinese Medicine Hospital, Shenzhen 518033 Guangdong, China)

Abstract: Objective To observe the clinical efficacy of *Tongxie Yaofang* (Important Formula for Relieving Diarrhea with Pain) combined with *Wuling Powder* for the treatment of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome (IBS-D) with liver stagnation and spleen deficiency type. **Methods** A retrospective study was conducted in 63 IBS-D patients with liver stagnation and spleen deficiency type admitted in the outpatient department of Shenzhen Traditional Chinese Medicine Hospital from June 2019 to June 2020. According to the treatment methods, the patients were divided into treatment group (33 patients) and control group (30 patients). The treatment group was treated with *Tongxie Yaofang* combined with *Wuling Powder*, and the control group was treated with *Shenling Baizhu Powder*, the course of treatment lasting 4 weeks. Before and after treatment, the changes of TCM syndrome scores in 2 groups were observed. And after treatment, the clinical efficacy of the two groups was evaluated. **Results** (1) After 4 weeks of treatment, the overall effective rate in the treatment group was 72.7% (24/33) and that in the control group was 46.7% (14/30). The intergroup comparison showed that the therapeutic effect of the treatment group was superior to that of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). (2) After treatment, TCM syndrome scores in the 2 groups were significantly lower than those before treatment ($P < 0.05$), the decrease of TCM syndrome scores in the treatment group was superior to that of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The modified treatment with *Tongxie Yaofang* and *Wuling Powder* exerts certain efficacy for the treatment of IBS-D with liver stagnation and spleen deficiency type, and its efficacy is stronger than that of the modified treatment of *Shenling Baizhu Powder*.

Keywords: diarrhea-predominant irritable bowel syndrome (IBS-D); liver stagnation and spleen deficiency type; *Tongxie Yaofang*; *Wuling Powder*; *Shenling Baizhu Powder*

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是一种反复腹痛,并伴排便异常或排便习惯改变的功能性肠病,在我国发病率为6.5%左右^[1],为消化科的常见病和多发病。IBS的发病机制尚未完全明确,西医主要采用胃肠动力药、解痉药、抗焦虑抑郁药、调节肠道菌群药等治疗,虽取得一定的效果,但存在治疗复发率高、副作用大等缺点^[2];而中医药治疗IBS具有治疗方式多样、针对性强、临床疗效好、症状不易反复、治疗及随访费用低等优势^[3-4]。郭绍举主任中医师临床使用痛泻要方合五苓散加减治疗肝郁脾虚型腹泻型肠易激综合征(IBS-D),效果良好。本研究采用回顾性分析方法,通过收集2019年6月至2020年6月期间在深圳市中医院门诊就诊的肝郁脾虚型IBS-D

患者的临床资料,观察痛泻要方合五苓散加减治疗肝郁脾虚型IBS-D患者的临床疗效,现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组 收集2019年6月至2020年6月期间在深圳市中医院门诊就诊的肝郁脾虚型IBS-D患者,共63例。按不同治疗方案将患者分为治疗组33例和对照组30例。本研究符合医学伦理学要求并通过深圳市中医院伦理委员会的审核批准。

1.2 诊断标准 西医诊断标准:IBS-D的诊断参考2016年修订的功能性胃肠疾病罗马IV标准^[5]。中医证候诊断标准:参照《肠易激综合征中医诊疗

专家共识意见(2017)》^[6], 中医证型为肝郁脾虚型。主症: ①腹痛即泻, 泻后痛减; ②急躁易怒。次症: ①两胁胀满; ②纳呆; ③身倦乏力。舌脉: 舌淡胖, 也可有齿痕, 苔薄白; 脉弦细。符合主症2项, 加次症2项, 参考舌脉, 即可诊断。

1.3 纳入标准 ①符合上述IBS-D的诊断标准; ②中医证型为肝郁脾虚型; ③临床资料完整; ④依从性好, 能坚持4周以上治疗的患者。

1.4 排除标准 ①便秘型和腹泻便秘交替型IBS患者; ②慢性结肠炎、克罗恩病等其他可引起腹泻的消化系统疾病患者; ③临床资料不完整的患者; ④中医证型不属于肝郁脾虚型的患者; ⑤未能坚持4周以上治疗, 或自行加用其他治疗措施, 从而影响疗效评估的患者。

1.5 治疗方法 治疗组患者给予痛泻要方合五苓散加减(主要组成: 陈皮、炒白术、炒白芍、防风、茯苓、猪苓、泽泻、桂枝)治疗。对照组患者给予参苓白术散加减(主要组成: 白扁豆、白术、茯苓、甘草、桔梗、莲子、党参、砂仁、山药、薏苡仁等)治疗。上述中药均由深圳市中医院中药房提供。2组患者均每日1剂, 具体药物剂量根据患者情况而定, 煎煮后分2次服用, 共治疗4周。

1.6 观察指标及疗效评价标准

1.6.1 中医证候评分 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7], 采用中医证候评分表, 将大便稀溏、烦躁易急、腹部疼痛或不适、腹胀、暖气、食欲减退、口苦或黏、精神疲乏、四肢无力、口干舌燥、咽部梗阻感、口渴不欲饮等各证候按无、轻、中、重4级分别计为0、3、5、7分(具体评分标准见表1), 计算中医证候积分。观察2组患者治疗前后中医证候积分的变化情况。

1.6.2 疗效评价标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7], 用尼莫地平方法计算证候积分减少率, 计算公式为: 证候积分减少率=(治疗前证候积分-治疗后证候积分)/治疗前证候积分×100%。痊愈: 症状、体征基本消失, 证候积分减少率≥95%; 显效: 症状、体征较治疗前明显改善, 75%≤证候积分减少率<95%; 有效: 症状、体征较治疗前有所改善, 55%≤证候积分减少率<75%; 无效: 症状、体征较治疗前无明显改善, 证候积分减少率<55%。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总病例数×100%。

1.7 统计方法 采用SPSS 20.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 治疗前后比较采用配对t检验, 组间比较采用

表1 肝郁脾虚型腹泻型肠易激综合征(IBS-D)中医证候评分表

Table 1 Scoring criteria of TCM syndrome of IBS-D patients with liver stagnation and spleen deficiency type

证候	无 (0分)	轻度 (3分)	中度 (5分)	重度 (7分)
大便稀溏	无	大便稀软或稍溏, 每天≤3次	便溏, 每天4~5次	黏液便, 每天>6次
烦躁易急	无	偶有烦躁易急	经常烦躁易急	严重烦躁易急
腹部疼痛 或不适	无	每天偶有腹胀满或疼痛, 1h内可自行缓解	每天经常腹胀满或疼痛, 程度可忍受, 持续1~3h才缓解	明显感腹胀满或疼痛, 每次持续>3h, 程度多不能忍受, 服药后才能缓解
腹胀	无	腹胀轻微, 1h内可缓解, 不影响生活	腹胀, 持续1~3h, 部分影响生活	明显腹胀, 持续>3h不缓解, 服药后才能缓解
暖气	无	偶有暖气, 每日≤4次	经常暖气, 每日4~10次	频繁暖气, 每日>10次
食欲减退	无	每天进食乏味, 但基本保持原食量	无食欲, 食量较以前减少1/3左右	厌恶进食, 食量较以前减少1/2以上
口苦或黏	无	每天偶有口苦或黏, 不影响进食	经常口苦或黏, 稍影响进食	持续感到口苦或黏, 明显影响进食
精神疲乏	无	每天精神不振, 不喜多言, 但能坚持工作	精神疲惫, 困倦少言, 工作能力下降	精神极度疲乏, 欲倦卧不言, 工作能力明显下降
四肢无力	无	偶有四肢倦怠, 可坚持一般体力劳动	四肢疲软, 不耐体力活动, 勉强维持一般活动	四肢极无力, 不耐日常一般活动
口干舌燥	无	每天偶有口干舌燥, 欲饮, 饮水量稍增	经常口干舌燥欲饮, 饮水量增加	持续口干舌燥, 饮水量显增
咽部梗阻感	无	偶有咽部梗阻感, 不影响进食, 症状可自行缓解	明显有咽部梗阻感, 轻微影响进食, 服药后才缓解	持续咽部梗阻感, 影响进食, 短期服药难以缓解
口渴不欲饮	无	每日偶有口渴但不欲饮	每日经常口渴但不欲饮	每日持续口渴但不欲饮

两独立样本 t 检验; 计数资料用率或构成比表示, 组间比较采用 χ^2 检验; 等级资料组间比较采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者基线资料比较 治疗组33例患者中, 男14例, 女19例; 平均年龄(38.03 ± 11.54)岁。对照组30例患者中, 男14例, 女16例; 平均年龄(39.87 ± 12.16)岁。2组患者的性别、年龄等基线资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2.2 2组患者临床疗效比较 表2结果显示: 治疗4周后, 治疗组的总有效率为72.7%(24/33), 对照组为46.7%(14/30); 组间比较, 治疗组的疗效明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 表明痛泻要方合五苓散加减治疗肝郁脾虚型 IBS-D 的疗效优于参苓白术散加减。

表2 2组腹泻型肠易激综合征(IBS-D)患者临床疗效比较

组别	例数(例)	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	33	6(18.2)	8(24.2)	10(30.3)	9(27.3)	24(72.7) ^①
对照组	30	3(10.0)	4(13.3)	7(23.3)	16(53.3)	14(46.7)

① $P < 0.05$, 与对照组比较

2.3 2组患者治疗前后中医证候积分比较 表3结果显示: 治疗前, 2组患者的中医证候积分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组患者的中医证候积分均较治疗前明显降低($P < 0.05$), 且治疗组对中医证候积分的降低作用明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组腹泻型肠易激综合征(IBS-D)患者治疗前后中医证候积分比较

组别	例数(例)	治疗前积分	治疗后积分
治疗组	33	23.00 ± 7.87	6.76 ± 4.62 ^②
对照组	30	21.50 ± 6.12	9.83 ± 5.13 ^①

① $P < 0.05$, 与治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

3 讨论

中医虽无腹泻型肠易激综合征(IBS-D)之病名, 但根据临床表现可将其归属于“泄泻”范畴。其病因不外乎先天禀赋不足、后天失养、情志失调、饮食不节、感受外邪等, 其中饮食不节与情志失调在发病中起重要作用。正如《金匱要略》^[8]所言: “凡饮食滋味有养于生, 食之有妨, 反能有害……若得宜则益体, 害则成疾, 以此致危”。现代人们的饮食复杂, 或嗜食肥甘厚味、辛辣炙煇, 或嗜食生冷, 或饥饱失常, 或食入不洁之物, 如此种种, 损伤脾胃; 而泄泻之本, 无不由于脾胃。其次, 情志失调亦可致泻, 正如《医方集宜》^[9]所言: “忿怒伤肝, 木邪克土, 皆令泄泻”; 而《临证指南医案》^[10]则指出: “肝病必犯土……克脾则腹胀, 便或溏或不爽”。现今人们精神压力大, 生活节奏紧张, 易致肝失条达, 肝气郁滞, 横逆犯土, 而致泄泻。可见, 本病病机以脾虚肝郁为本, 水湿内停为标。或因脾胃素虚, 加之饮食不节, 损伤脾胃, 致升清无力, 则清气不升而反下降, 即“清气在下, 则生飧泄”; 或因情志失调, 致肝气郁滞, 肝失疏泄, 横逆犯脾, 而生泄泻。吴鹤皋在《医方考》^[11]中将其总结为: “泻责之脾, 痛责之肝, 肝责之实, 脾责之虚, 脾虚肝实, 故令痛泻。”又因“湿胜则濡泻”“无湿不成泻”, 或因水湿之邪从外而入, 或因脾胃虚弱, 运化无力, 致水湿之邪从内而生, 导致水湿内停, 下注大肠, 而发为泄泻。

痛泻要方出自《丹溪心法》, 其药味虽少却能切中病机。白术补脾燥湿以培土; 白芍柔肝缓急以止痛; 陈皮理气燥湿, 醒脾和胃; 防风性升散, 一药而四用: 合白芍以助疏散肝郁, 伍白术以鼓舞脾之清阳, 并可祛湿以助止泻, 又为脾经引经药, 为佐使之用。汪昂在《医方集解》^[12]中言此方: “此足太阴、厥阴药也……数者皆以泻木而益土也。”脾性喜燥恶湿, 脾虚生湿, 湿易困脾, 水湿不除, 泄泻难止。故选用五苓散利水渗湿以止泻, 此即“利小便以实大便”。但治疗泄泻使用五苓散需防过度渗利而致“愈利愈虚”之弊, 如李东垣所云: “若从以上法度, 用淡渗之剂以除之, 病虽即已, 是降之又降, 是复益其阴, 而重竭其阳气矣, 是阳气愈削, 而精神愈短矣, 是阴重强而阳重衰矣, 反助其正之谓也”。针对这个问

题,郭绍举主任中医师一则加大方中炒白术、茯苓的用量,加强其补气健脾之功;二则在组方中含有防风,取其为风药,其性升散,入脾经,可升举清阳。正如《脾胃论》^[13]中云:“故必用升阳风药即瘥”,如此便可无过度渗利之虞。

现代药理也表明,痛泻要方可缓解IBS-D大鼠的内脏高敏现象^[14],改善其抑郁焦虑样行为,提高其抗氧化应激效应和调节炎症性因子的水平^[15]。五苓散则对腹泻模型大鼠有止泻作用^[16],对其肠黏膜的增殖和修复能力有明显促进作用^[17]。

本研究表明:治疗4周后,治疗组的疗效明显优于对照组,且其对中医证候积分的降低作用明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。表明痛泻要方合五苓散加减治疗肝郁脾虚型IBS-D的疗效明显优于参苓白术散加减。

参考文献:

- [1] 中华医学会消化病学分会胃肠功能性疾病协作组,中华医学会消化病学分会胃肠动力学组.中国肠易激综合征专家共识意见(2015年,上海)[J].中华消化杂志,2016,36(5):299-312.
- [2] 杨秋萍.肠易激综合征中西医诊治进展[A]/中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会第三十一届全国中西医结合消化系统疾病学术会议论文集[C].中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会,2019:221.
- [3] 苏国彬,刘文华,陈海滨,等.以痛泻要方为基本方治疗肠易激综合征随机对照试验的系统评价[J].广州中医药大学学报,2009,26(2):113-119.
- [4] 柯水芳,陆敏.腹泻型肠易激综合征中医药治疗研究进展[J].

光明中医,2017,32(4):612-614.

- [5] MEARIN F, CIRIZA C, MINGUEZ M, et al. Clinical practice guidelines: irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in the adults: concept, diagnosis, and healthcare continuity. Part 1 of 2[J]. Semergen, 2017, 43(1): 43-56.
- [6] 中华中医药学会脾胃病分会.肠易激综合征中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中医杂志,2017,58(18):1614-1620.
- [7] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[S].北京:中国医药科技出版社,2002.
- [8] 汉·张仲景.金匱要略[M].北京:人民卫生出版社,2005.
- [9] 明·丁凤.医方集宜[M].北京:中医古籍出版社,2018.
- [10] 清·叶天士.临证指南医案[M].北京:人民卫生出版社,2006.
- [11] 明·吴昆.医方考[M].北京:人民卫生出版社,2007.
- [12] 清·汪昂.医方集解[M].北京:人民卫生出版社,2006.
- [13] 金·李东垣.脾胃论[M].北京:人民卫生出版社,2005.
- [14] 陈敏,黄德铨,唐太春,等.痛泻要方调控BDNFmRNA表达缓解肠易激综合征腹泻大鼠内脏高敏的机制研究[J].中华中医药学刊,2017,35(12):3095-3097.
- [15] 郭军雄,马丽,康万荣,等.痛泻要方对肝郁脾虚型D-IBS大鼠结肠组织p38 MAPK信号通路相关蛋白及其靶基因表达的影响[J].中国实验方剂学杂志,2020,26(4):1-8.
- [16] 刘洋,向丽华,孙刚,等.五苓散对腹泻模型大鼠结肠AQP4及AQP4mRNA表达的影响[J].中国中医基础医学杂志,2012,18(5):547-549.
- [17] 向丽华,孙刚,王笑红,等.五苓散对腹泻模型大鼠小肠绒毛高度、宽度的影响[J].中国中医基础医学杂志,2012,18(4):376-377.

【责任编辑:陈建宏】