

加味痛泻要方治疗腹泻型肠易激综合征 30 例

★ 刘向津 张燕霞 (天津中医药大学 2004 级硕士研究生 天津 300193)

摘要:目的:观察痛泻要方加味治疗腹泻型肠易激综合征疗效。方法:将 60 例腹泻型肠易激综合征患者随机分为两组。治疗组 30 例,对照组 30 例。治疗组采用痛泻要方加味治疗,对照组口服舒丽启能。比较两组治疗前后的症状变化。结果:治疗组总有效率为 93.3%,对照组总有效率为 73.3%,两组临床疗效比较有较显著性差异($P < 0.05$)。结论:运用加味痛泻要方治疗腹泻型肠易激综合征疗效优于口服舒丽启能。

关键词:加味痛泻要方;腹泻型肠易激综合征

中图分类号:R 289.2 **文献标识码:**B

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是一种以腹痛或腹部不适伴排便习惯改变和大便性状异常为特征的功能性肠病。腹泻型肠易激以腹痛、大便次数增多(每天 >3 次)、粘液便或水样便、排便急迫感为主要表现。自 2005 年 6 月~2005 年 12 月,笔者观察采用痛泻要方加味治疗腹泻型 IBS 疗效显著,并与口服舒丽启能治疗进行对照,现报道如下。

1 临床资料

入选患者均来自本院门诊,年龄 18~65 岁,病史 1.5~10 年,均符合罗马 II 诊断标准。经电子结肠镜、钡灌肠、B 超、实验室检查排除了器质性和代谢性疾病,无腹部手术史。采用随机分组法将患者分为治疗组和对照组。治疗组 30 例,男 12 例,女 18 例,年龄(33.25 ± 8.74)岁;对照组 30 例,男 13 例,女 17 例,年龄(34.21 ± 8.19)岁。两组性别、年龄经统计学处理无显著性差异($P > 0.05$)。

2 治疗方法

治疗组以痛泻要方加味:陈皮 12 g,炒白术 15 g,防风 12 g,炒白芍 20 g,甘草 9 g,山药 15 g,扁豆 12 g,柴胡 10 g,枳实 9 g,砂仁 9 g。腹痛甚者,加炒蒲黄 10 g、炙五灵脂 10 g;久泻兼有脱肛者,加黄芪 15 g、升麻 6 g、诃子 10 g。每日 1 剂,水煎 2 次分服。

对照组以舒丽启能 0.1 g/次,3 次/日,口服。两组均 2 个月为一疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 按全国慢性腹泻学术讨论会议上制定的疗效标准^[1]。痊愈:临床症状消失,每天大便 1~2 次,成形,无粘液,稳定半年以上;有效:临床症状基本消失或明显好转,大便基本正常或次数比治疗前明显减少或偶有粘液;无效:症状或大便次数无明显改善。

3.2 治疗结果 治疗组痊愈 18 例,有效 10 例,无效 2 例,总有效率 93.3%;对照组痊愈 10 例,有效 12 例,无效 8 例,总有效率 73.3%。两组临床疗效经 Ridit 分析检验,差异有

显著性($P < 0.05$)。

3 讨论

IBS 是最常见的功能性肠病,病因及发病机制尚未完全阐明,目前认为本病生理基础主要是胃肠动力学异常和内脏感觉异常,且与神经功能和精神心理因素相关。治疗主要是祛除促发因素及对症治疗。

腹泻型 IBS 应属中医泄泻范畴,症状迁延,常与精神因素及遭遇应激状态有关,症属久泻,病在肝脾两脏。脾主运化升清,与胃相表里,为后天之本,脾胃虚弱,运化无权,湿滞内生,清浊不分,混杂而下,即成泄泻;肝主疏泄,肝气不舒,横逆克脾,脾失健运,故腹痛泄泻。腹泻型 IBS 多表现为腹痛欲泻,泻后痛减,伴排便不尽感,乃肝失疏泄,肝脾不和,而致大肠通降功能失调。如《景岳全书·泄泻》曰:“泄泻之本,无不由于脾胃”“凡遇怒气便作泄泻者,必先以怒时夹食,致伤脾胃,故但有所犯,即随触而发,此肝脾二脏之病也。盖以肝木克土,脾气受伤而然。”治宜“泻木安土”或“培土制木”,以抑肝扶脾为大法。

治疗组以痛泻要方加味治疗,方中以白术健脾燥湿和中;陈皮理气醒脾,和中化湿;白芍养血柔肝,缓急止痛;防风舒肝理脾,升清止泻。笔者在此基础上加用山药、扁豆增强健脾化湿功效;以柴胡、枳实疏肝理气;砂仁理气和中,助消化。从而达到调理肝脾,固肠止泻的作用。对照组口服舒丽启能,舒丽启能(马来酸曲美汀)是一种胃肠道运动节律调节剂,对消化道运动具有兴奋和抑制的双向调节作用。但长期应用效果不确切,偶见皮疹等不良反应,且成本较高。

本研究表明,中药加味痛泻要方对腹泻型 IBS 的效果优于舒丽启能,能够整体调节,有效缓解情绪、精神心理等促发因素,且应用灵活,成本较低,长期应用效果肯定,值得临床推广。

参考文献

[1] 萧树东. 胃肠病学[M]. 上海:上海科学技术出版社,2001.560

(收稿日期:2006-06-27)