

· 临床报道 ·

加味当归芍药散治疗腹泻型肠易激综合征 60 例

张艳霞

【摘要】 目的 观察加味当归芍药散治疗腹泻型肠易激综合征肝郁脾虚证的临床疗效及对生活质量的影响。**方法** 将 120 例患者按随机数字表法分为治疗组与对照组。治疗组口服加味当归芍药散,对照组口服得舒特,观察治疗前后及停药 4 周后临床症状指标,生活质量改善情况。**结果** 治疗组总有效率优于对照组,差异有显著性($P<0.01$);治疗组在改善大便泄泻、腹痛腹胀、胸胁胀闷方面优于对照组,两者差异具有显著性意义($P<0.05$),停药 4 周后随访治疗组患者大便泄泻、腹痛腹胀及胸胁胀闷的积分与治疗前相比差异有统计学意义($P<0.01$),对照组只腹痛腹胀积分与治疗前相比,差异有统计学意义($P<0.01$);治疗组在改善焦虑不安(dysphoria, DP)、健康忧虑(health worry, HW)、社会反应(social reaction, SR)方面疗效优于对照组($P<0.05$),停药 4 周后随访,治疗组在 DP、身体角色(body image, BI)、HW、社会反应(social reaction, SR)、人际关系(relationships, RS)方面较治疗前均得到改善($P<0.01$ 或 $P<0.05$),对照组在 DP、BI 及 HW 方面较治疗前均得到改善($P<0.01$);两组治疗后焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)评分均显著低于治疗前($P<0.01$),抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)评分治疗组显著低于治疗前($P<0.01$),对照组与治疗前相比,差异无统计学意义。**结论** 加味当归芍药散治疗腹泻型肠易激综合征具有较好的临床疗效,可改善临床症状,提高患者的生活质量,且疗效持久稳定。

【关键词】 肠易激综合征; 腹泻型; 加味当归芍药散

【中图分类号】 R969.4 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.01.032

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是一种胃肠功能性疾病,临床分为腹泻型、便秘型、腹泻便秘交替型,以腹泻型发病率最高。因其病情迁延、反复,导致大多数患者产生焦虑和抑郁倾向,严重影响人们心身、工作和生活质量。许多研究均表明与器质性疾病及其他功能性疾病相比,IBS 患者的生活质量更差,几乎影响到生活的各个方面^[1]。目前,对腹泻型 IBS 的治疗尚缺乏有效药物,中医药治疗本病具有明显的特色和优势。本科室运用加味当归芍药散治疗腹泻型 IBS 肝郁脾虚证,疗效颇佳,现报道如下。

1 对象

1.1 一般资料

选取 2014 年 1 月至 2015 年 1 月石家庄市中医院脾胃病科门诊患者,年龄在 18~60 岁之间,经中医辨证为肝郁脾虚证的腹泻型 IBS 病人 120 例,按随机数字表法分为 2 组,每组 60 例,分别作为治疗组和对照组。其中治疗组男 29 例,女 31 例;年龄 22~60 岁,平均 39.2 岁;病程最长 17 年,最短 1 年,平均病程 4.5 年。对照组男 26 例,女 34 例;年龄

23~59 岁,平均 38.6 岁;病程最长 15 年,最短 2 年,平均病程 4.0 年。两组患者的性别、年龄及病程比较无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

现代医学诊断标准:参照罗马Ⅲ诊断标准,符合罗马Ⅲ诊断标准和 IBS 亚型的分型标准^[2]。

中医诊断标准:参考中华中医药学会脾胃病分会制定的《肠易激综合征中医诊疗共识意见》^[3],肝郁脾虚证主症:(1)腹痛即泻,泻后痛减,发作常和情绪有关;(2)急躁易怒,善叹息。次症:(1)两胁胀满;(2)纳少泛恶;(3)脉弦细;舌淡胖,有齿痕。

1.3 纳入标准

符合以上中、西医诊断标准,最近 1 年内经结肠镜检查未发现器质性病变。

1.4 排除标准

排除合并心脑血管、肝肾、内分泌和造血系统严重原发性疾病,妊娠或哺乳妇女、精神疾患以及过敏体质者。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组:口服加味当归芍药散汤剂(组方:当归 10 g、白芍 15 g、茯苓 12 g、白术 12 g、泽泻 10 g、川芎 6 g、炙甘草 6 g、芡实 6 g、木瓜 10 g),由本院煎药室用煎药机煎取 300 mL,

基金项目:河北省中医药管理局科研计划(2014073)

作者单位:050051 石家庄市中医院脾胃病科

作者简介:张艳霞(1980-),女,硕士,主治医师。研究方向:脾胃肠病的基础及临床研究。E-mail: zingyar@sohu.com

分为 2 袋,每袋为 150 mL),每次 1 袋,每天 2 次温服(9:00、21:00)。

对照组:予匹维溴铵片(商品名:得舒特,法国苏威制药生产,批准文号:H20120127)口服,50 mg/次,3 次/天,饭后 30 分钟服用。

以上均以 4 周为 1 个疗程。治疗期间停用影响疗效评价的其他药物,治疗结束 4 周后再次进行随访。

2.2 观察指标

2.2.1 症状 采用症状计分评分法,根据大便泄泻、腹胀腹痛、郁怒或紧张、胸胁胀闷、食欲不振的不同程度分等级计分,分无、轻、中、重四个级别,分别记 0、3、6、9 分。

2.2.2 生活质量疗效评定指标^[4] 采用 IBS 特异性生活质量量表(information sheet on the irritable bowel syndrome-quality of life measure, IBS-QOL)问卷表。IBS-QOL 量表由 34 个条目组成,分别反映焦虑不安(dysphoria, DP)、行为障碍(interference with activity, IA)、身体角色(body image, BI)、挑食(food avoidance, FA)、健康忧虑(health worry, HW)、社会反应(social reaction, SR)、性行为(sexual, SX)和人际关系(relationships, RS)8 个方面的内容。影响程度分为 1~5 级。1 级:没有;2 级:偶尔;3 级:有时;4 级:相当多时候;5 级:大多数时间。1~5 级各级积分分别为 100、75、50、25、0。

2.2.3 焦虑与抑郁评分 采用焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)、抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)对 2 组患者在治疗前后进行测评, SAS 标准分>50 分为焦虑状态, SDS 标准分>53 分为抑郁状态。

2.2.4 安全性指标 肝肾功能、血常规等治疗前后各做 1 次。

2.3 疗效判定标准

参照卫生部 2002《中药新药临床研究指导原则》^[5]有关泄泻的证候疗效评定标准。采用尼莫地平法进行评定,计算公式为:[(治疗前积分-治疗后积分)÷治疗前积分]×100%。临床痊愈:症状、体征消失或基本消失,证候积分减少≥95%。显效:症状、体征明显改善,证候积分减少≥70%。有效:症状、体征均有好转,证候积分减少≥30%。无效:症状、体征均无明显改善,甚或加重,证候积分减少不足 30%。

2.4 统计学处理

数据应用 SPSS 16.0 统计软件进行统计分析,各组患者临床症状积分、生活质量积分、SAS 积分、SDS 积分经正态检验, P 值均>0.05,即服从正态分布,计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组内比较采用配对样本 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验,计数资料用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

3 结果

3.1 临床疗效比较

治疗组总有效率 90.00%,对照组总有效率 71.67%,两者差异有显著性($P<0.01$),治疗组疗效明显优于对照组。见表 1。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	60	13	23	18	6	90.00 ^a
对照组	60	9	15	19	17	71.67

注:与对照组比较, ^a $P<0.01$ 。

3.2 临床症状积分比较

治疗组治疗后,5 组症状均比治疗前显著改善,差异具有统计学意义($P<0.01$);治疗组在大便泄泻、腹胀腹痛、胸胁胀闷症状上疗效明显优于对照组,两者差异具有统计学意义($P<0.05$)。停药 4 周后治疗组患者大便泄泻、腹胀腹痛及胸胁胀闷的积分与治疗前相比,差异有统计学意义,对照组只有腹胀腹痛积分与治疗前相比有统计学意义。见表 2。

3.3 生活质量状况评价

治疗前两组 IBS-QOL 各方面积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。治疗后,治疗组患者在 DP、BI、FA、HW、SR 及 RS 方面积分均有显著改善($P<0.01$ 或 $P<0.05$),对照组在 DP、BI、HW 及 RS 方面有显著改善($P<0.01$);治疗组在改善 DP、HW、SR 方面疗效优于对照组($P<0.05$)。停药 4 周后,治疗组在 DP、BI、HW、SR 及 RS 方面较治疗前均得到改善($P<0.01$ 或 $P<0.05$),对照组在 DP、BI 及 HW 方面较治疗前均得到改善($P<0.01$)。见表 3。

表 2 2 组患者治疗前后临床症状积分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	大便泄泻	腹胀腹痛	郁怒或紧张	胸胁胀闷	食欲不振
治疗组	60					
治疗前		5.06±2.23	4.42±1.87	4.00±2.3	3.81±2.21	2.31±2.06
治疗后		1.99±2.29 ^{ab}	1.51±1.92 ^{ab}	1.67±1.99 ^a	1.97±2.09 ^{ab}	1.23±1.89 ^a
停药 4 周后		2.61±2.12 ^a	2.23±2.01 ^a	2.98±2.09	2.09±2.00 ^a	1.69±1.96
对照组	60					
治疗前		5.01±2.10	4.51±1.98	3.91±2.49	3.71±2.24	2.28±2.19
治疗后		3.03±2.04 ^a	2.71±2.26 ^a	2.00±2.20 ^a	3.41±2.17	2.01±1.89
停药 4 周后		4.10±1.99	2.87±1.87 ^a	3.18±1.99	3.40±2.21	1.88±2.00

注:与本组治疗前比较, ^a $P<0.01$,与对照组比较, ^b $P<0.05$ 。

表 3 2 组患者治疗前后生活质量积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	DP	IA	BI	FA	HW	SR	SX	RS
治疗组	60								
治疗前		68.7±20.3	80.5±15.4	58.6±23.1	74.5±28.9	59.9±19.5	75.5±21.2	82.7±15.5	80.9±20.9
治疗后		88.7±14.5 ^{ab}	83.8±16.0	73.2±25.4 ^a	86.7±17.0 ^a	87.0±21.3 ^{ab}	87.3±19.6 ^{bc}	83.3±15.1	92.3±17.8 ^a
停药 4 周后		80.3±12.9 ^c	81.0±15.0	75.2±24.9 ^a	82.3±23.1	83.6±23.6 ^a	87.6±19.3 ^a	86.5±16.0	91.3±19.6 ^c
对照组	60								
治疗前		65.3±25.9	81.5±14.9	59.8±20.8	75.6±24.7	61.8±19.7	72.4±18.9	81.6±16.2	83.2±20.9
治疗后		77.0±22.3 ^a	84.6±15.3	73.5±21.5 ^a	76.8±20.0	74.1±20.8 ^a	74.9±20.2	85.1±15.9	94.0±24.3 ^a
停药 4 周后		79.0±25.3 ^a	82.6±17.6	74.9±21.0 ^a	78.2±22.2	77.8±18.5 ^a	77.9±19.6	86.0±17.3	90.0±22.3

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.01$,与对照组比较,^b $P<0.05$,与本组治疗前比较,^c $P<0.05$ 。

3.4 治疗前后焦虑与抑郁评分比较

2 组治疗前 SAS、SDS 评分无统计学差异;两组治疗后 SAS 评分均显著低于治疗前($P<0.01$);SDS 评分治疗组显著低于治疗前,对照组与治疗前相比,无统计学差异。治疗后,两组间 SAS、SDS 评分无统计学差异。见表 4。

表 4 2 组治疗前后 SAS、SDS 评分($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	SAS 评分	SDS 评分
治疗组	60		
治疗前		51.08±5.36	49.30±5.42
治疗后		35.36±6.13 ^a	36.59±6.85 ^a
对照组	60		
治疗前		49.92±5.71	47.77±4.96
治疗后		37.57±7.06 ^a	39.59±5.85

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.01$ 。

3.5 安全性指标

2 组治疗前后肝肾功能及血常规检查均在正常范围内。

4 讨论

随着现代生活节奏加快,人们工作生活压力增大,IBS 的发病率逐年增高,尤以中青年多见,因其伴有不同程度的焦虑和忧郁,严重影响了人们的生活质量。该病病机主要责之于肝郁脾虚,吴鹤皋云:“泻责之脾,痛责之肝,肝责之实,脾责之虚,脾虚肝实,故令痛泻。”情志失调导致气机拂郁,进而乘脾犯胃,脾运化受制,脾虚失运,升降失调,则排便异常。如肝木疏泄太过,肝气横逆造成肝郁乘脾,则腹痛腹泻发生。本病其标在肠,其本在脾,涉及肝,日久致血瘀,故治疗应以健脾疏肝为要,加以活血理肠疗效更佳。当归芍药散源于张仲景所著《金匮要略》,其原用于治妇人证,其所针对的病机是血虚肝郁、脾虚湿滞,即所谓肝脾不和者,具有养血疏肝、健脾利湿等功效,因此后世把它作为一首调和肝脾的代表方。方中当归、白芍养血柔肝,一养肝体,一助肝用,川芎活血行气,既能活血祛瘀,又能行气开郁而止痛,为血中之气药;茯苓、白术、泽泻、炙甘草健脾燥

湿化湿,益气安中,炙甘草助白芍缓急止痛,又能调和诸药;木瓜柔肝止痛,敛肝止泻,芡实健脾止泻。诸药合用共奏健脾疏肝,养血理肠之功。

现代药理研究证实:白术成分为苍术醇等,能够参与调节胃肠平滑肌运动和免疫活动^[6]。茯苓对肠管有直接松弛作用;川芎所含的川芎嗪、阿魏酸、川芎内酯等对胃肠平滑肌有解痉作用^[7]。本研究中加味当归芍药散治疗肠易激综合征有效率明显高于对照组,在改善患者大便泄泄、腹痛腹胀、胸胁胀闷等情况优于匹维溴铵片,同时在改善患者的 DP、HW、SR 生活质量方面较对照组有一定优势, SAS、SDS 积分显著下降,焦虑抑郁状态减轻,这与中药的多重调节作用关系密切。通过停药 4 周后随访,加味当归芍药散后期疗效稳定,复发率低。综合全方,肝脾同治,标本兼顾,对症状改善及降低复发率有明显疗效,能提高患者的生活质量,达到身心同治的目的,故治疗腹泻型 IBS 有确切疗效。

参 考 文 献

- [1] 何承志,胡珂,徐瑾,等. 自拟肠安饮治疗腹泻型肠易激综合征 46 例分析[J]. 实用中医内科杂志, 2006, 20(1): 42.
- [2] Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process [J]. Gastroenterology, 2006, 130(5): 1377-1390.
- [3] 中华中医药学会脾胃病分会. 肠易激综合征中医诊疗共识意见[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(7): 1062-1065.
- [4] Patrick DL, Drossman DA, Frederick IO, et al. Quality of Life in persons with irritable bowel syndrome: development and validation of a new measure[J]. Dig Dis Sci, 1998, 43(2): 400-411.
- [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: 139-143.
- [6] 黄文忠. 痛泻要方对 IBS 大鼠血浆和结肠组织中 VIP、NPY 影响的实验研究[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2009.
- [7] 刘启泉, 王志坤. 胃病临床证录[M]. 北京: 人民军医出版社, 2013: 115-116.

(收稿日期: 2015-07-05)

(本文编辑: 董历华)