

自拟运肠通腑煎剂联合马来酸曲美布汀治疗便秘型肠易激综合征患者 46 例

姜岩

【摘要】 目的 探讨自拟运肠通腑煎剂联合马来酸曲美布汀治疗便秘型肠易激综合征临床效果。**方法** 选取 2013 年 10 月至 2015 年 2 月于临沂市兰山区人民医院诊治的便秘型肠易激综合征患者共 91 例进行研究,选取随机数字表格法将患者分为研究组(46 例)与对照组(45 例)。对照组行常规西药马来酸曲美布汀治疗,研究组加用自拟运肠通腑煎剂治疗。比较两组患者临床症状单项积分、总积分、治疗有效率。**结果** 两组治疗后的 6 个单项症状积分、总症状积分均较治疗前有所改善,差异具有统计学意义($P<0.05$);研究组在治疗后的排便不尽感、排便困难、Bristol 粪便、心烦失眠症状评分以及总症状积分较对照组下降更明显,差异具有统计学意义($P<0.05$);研究组与对照组治疗总有效率分别为 93.48% 和 80.00%,研究组高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$);两组不良反应发生情况相近,差异没有统计学意义($P>0.05$)。**结论** 自拟运肠通腑煎剂与马来酸曲美布汀联合用药,可明显改善便秘型肠易激综合征患者各种临床症状,患者生活质量明显提高,有推广价值。

【关键词】 运肠通腑煎剂; 马来酸曲美布汀; 肠易激综合征; 疗效

【中图分类号】 R256.3 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.09.032

肠易激综合征是临床消化内科较为常见肠道功能性疾病。相关调查研究^[1]指出,该病在中国发病率高达 20% 左右,便秘型肠易激综合征(irritable bowel syndrome-

constipation, IBS-C)是一种常见亚型。目前关于 IBS-C 的发病机制尚不十分明确,包括肠黏膜屏障功能损伤、肠道动力异常、急性感染、菌群失调等,且临床针对 IBS-C 的治疗方式较多,疗效各不相同。近年来,中医治疗 IBS-C 因满意的疗效受到越来越广泛关注^[2]。本研究采用临沂市兰山区人民医院自拟运肠通腑煎剂联合马来酸曲美布汀治疗 IBS-C,取得满意效果,现报告如下。

作者单位: 276001 临沂市兰山区人民医院内二科

作者简介: 姜岩(1963-),本科,主治医师。研究方向:消化内科疾病。E-mail:2803469458@qq.com

1 对象与方法

1.1 对象

选择临沂市兰山区人民医院于 2013 年 10 月至 2015 年 2 月间收治的 IBS-C 患者共 91 例作为研究对象,所有患者均符合入选标准。91 例患者依据随机数字表格法分成研究组(46 例)与对照组(45 例)。研究组:18 例男性,28 例女性,年龄 20~77 岁,平均年龄(53.16±6.27)岁;病程 0.5~10 年,平均病程(4.39±0.93)年;对照组:19 例男性,26 例女性,年龄 20~78 岁,平均年龄(55.04±6.52)岁;病程 0.6~11 年,平均病程(2.53±0.89)年。对两组患者的年龄、性别等基础资料进行比较无统计学差异($P>0.05$),有可比性。

1.2 入选标准

1.2.1 纳入标准 (1)临床症状均与西医 IBS-C 的诊断标准(罗马Ⅲ分类标准)^[3]相符;(2)临床症状与 IBS-C 中医辨证标准相符^[4];(3)治疗前 2 周内停用抗生素或其他消化系统疾病治疗药物;(4)所有患者均知情同意。经临沂市兰山区人民医院医学伦理委员会批准。

1.2.2 排除标准 (1)经腹部 B 型超声或结肠镜检查无形态学改变;(2)妊娠或者哺乳期患者;(3)存在心、肾等重要脏器功能障碍;(4)非便秘型肠易激综合征;(5)肠道寄生虫、炎症等其他可能造成消化系统器质性病变疾病;(6)精神或神经系统疾病。

1.3 治疗方法

治疗期间嘱患者多食用蔬菜、水果,忌油腻、酸辣,避免过度劳累。对照组给予马来酸曲美布汀治疗:患者均于餐前口服马来酸曲美布汀(香港澳美制药,批准文号:HC20100009),0.1 g/次,3 次/天,4 周为 1 疗程。研究组予患者自拟运肠通腑煎剂联合马来酸曲美布汀治疗:马来酸曲美布汀用药方式、用量与对照组相同;自拟运肠通腑煎剂:基本方:熟地黄 20 g、黄连 20 g、菟丝子 20 g、蝉蜕 15 g、麻子仁 10 g、防风 10 g、金荞麦 10 g、白芍 10 g。随患者辨证分型加减药物:兼肠道热结加厚朴 20 g、生地黄 15 g、陈皮 15 g;脾肾阳虚加怀牛膝 15 g、肉苁蓉 15 g、灵芝 15 g;津亏血少加熟地黄 15 g、当归 15 g。文火煎至 400 mL,早晚各服用 200 mL,4 周为 1 疗程。由临沂市兰山区人民医院煎

药室代煎。1 疗程后观察患者临床症状、治疗效果。

1.4 观察指标

观察记录患者症状积分^[5]:治疗前后均以《胃肠疾病中医症状评分表》作为评价标准,分别对患者的总症状积分、单项积分(腹痛、腹胀、排便不尽感、排便困难、Bristol 粪便、心烦失眠)进行评价,由轻至重分为 4 级,记为 0、3、5、7 分。

1.5 疗效标准

(1)痊愈:患者无腹胀、腹痛等症状,每天大便形状正常且便次恢复正常;(2)显效:上述临床症状明显缓解,便次、便结症状明显好转;(3)有效:上述临床症状有所好转,便次、便结症状有所好转;(4)无效:上述临床症状、便次、便状无改善,病程甚至较治疗前加重。总有效率以痊愈+显效+有效计。

1.6 统计学处理

研究数据均用 SPSS 20.0 软件处理分析,症状积分均采用($\bar{x}\pm s$)格式表示,组内比较行配对 t 检验、组间比较行独立样本 t 检验;治疗总有效率、不良反应均采用百分率(%)格式表示,组间比较行卡方检验,设定 $\alpha=0.05$,进行双侧检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者单项症状积分对比

两组患者在治疗前的腹痛、腹胀、排便不尽感、排便困难、Bristol 粪便、心烦失眠等评分对比,均无明显差异($P>0.05$);治疗后,6 个单项症状评分均较治疗前明显下降,差异有统计学意义($P<0.05$);研究组在治疗后的排便不尽感、排便困难、Bristol 粪便、心烦失眠症状评分较对照组下降更明显,差异具有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

2.2 两组患者总症状积分对比

两组治疗后总症状积分均较治疗前明显降低,且研究组较对照组改善更明显,具有显著统计学差异($\chi^2=5.762$, $P<0.05$),见表 2。

2.3 两组患者疗效对比

两组总有效率对比,研究组 93.48%,对照组为 80.00%,研究组较对照组明显更高,具有显著统计学差异($\chi^2=4.0732$, $P<0.05$),见表 3。

表 1 两组患者单项症状积分对比(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	腹痛	腹胀	排便不尽感	排便困难	Bristol 粪便	心烦失眠
研究组	46						
治疗前		4.53±1.73	4.49±1.83	4.79±1.92	5.31±2.63	4.82±1.79	3.54±1.13
治疗后		1.94±0.68 ^a	2.35±0.53 ^a	1.31±0.32 ^{ab}	1.87±0.62 ^{ab}	1.93±0.94 ^{ab}	1.36±0.83 ^{ab}
对照组	45						
治疗前		4.44±1.65	4.37±1.53	4.69±1.89	5.26±2.26	4.73±1.83	3.65±1.32
治疗后		2.06±0.73	2.41±0.63	2.78±0.83	3.15±1.13	2.73±1.16	2.52±0.97

注:与治疗前对比,^a $P<0.05$;与对照组对比,^b $P<0.05$ 。

表 2 两组患者总症状积分对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
研究组	46	32.73 \pm 5.27	13.25 \pm 3.84 ^{ab}
对照组	45	33.25 \pm 5.04	18.62 \pm 3.74 ^a

注:与治疗前对比,^a $P < 0.05$;与对照组对比,^b $P < 0.05$ 。

表 3 两组疗效对比

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
研究组	46	10	24	9	3	43(93.48) ^a
对照组	45	6	15	15	9	36(80.00)

注:与对照组对比,^a $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者不良反应对比

对照组在治疗过程中出现不良反应为:4 例口干舌燥,2 例皮疹,发生率 13.33%;研究组仅有 2 例出现口干舌燥,2 例皮疹患者,发生率为 8.69%,两组不良反应发生率对比,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

IBS-C 是多种因素综合作用导致的复杂疾病,主要临床症状为局限性或弥漫性腹痛,持续性腹胀,排便不畅、排便困难,大便干结且便次多呈羊粪状。目前临床西医治疗多采用止痛通便、促进胃肠动力等药物,西药近期治疗有效率高,对患者症状控制较好,但总体疗效较为欠缺^[6]。有研究指出^[7],IBS-C 患者在常规西药治疗停药后易出现症状反复,且易引起顽固性便秘。IBS-C 属中医“气秘”“肠结”等范畴,肝、脾、肾等脏腑均与该病发病有密切联系。中医理论认为,IBS-C 的关键病机在于肝郁脾虚、脾失健运、心肾不交、肝郁气滞、脾肾虚弱存在于疾病进展整个过程中^[8]。治疗应以交通心肾、调和肝脾为根本。

本研究中采用的自拟运肠通腑煎剂是在王德明教授研制的“肠康方”制剂基础上研制的。方中熟地黄、菟丝子具有滋阴补肾之效,白芍具有柔肝止痛、平抑肝阳之效,黄连可泻火解毒、清热祛湿,蝉蜕可疏肝行气、祛风除湿,麻子仁可润肠通便,防风止泻通便、胜湿止痛,金荞麦可清热解郁,消积化痰。药理学研究表明,麻子仁可在肠道中产生脂肪酸,促进肠蠕动;黄连、金荞麦可抑制金葡菌、大肠杆菌,抑菌抗炎作用较好^[9];白芍可舒缓平滑肌;白芍可抑制毛细血管渗透性,达到舒缓平滑肌作用^[10];熟地黄也对机体免疫功能具有明显调节作用^[11]。此外针对患者中医辨证分型增加对症药物,调和脏腑、交通心肾疗效更显著。

本研究从患者单项临床症状改善情况对治疗效果进行探讨,结果显示,研究组患者治疗后各单项症状较对照组改善程度更明显,且总症状积分也明显优于对照组。表明自拟

运肠通腑煎剂与马来酸曲美布汀联合用药更有助于改善患者便秘症状,标本兼治,通便效果显著,且对于心烦失眠等非肠道症状也具有明显改善作用,突显中医药的综合控制疾病的良好效果。部分学者发现,中医药单独治疗肠易激综合征的疗效不甚理想。陆敏等^[12]对 43 例肠易激综合征单用肠康方制剂治疗后,其疗效与单用马来酸曲美布汀相当。本研究中,研究组患者采用两种药物综合治疗后,治疗有效率达 93.48%,明显高于单用西药治疗。提示中医辨证治疗联合西药治疗对 IBS-C 控制更好,可显著提高治疗有效率。分析认为,这与中医药可同时抑菌抗炎、提高免疫功能、舒缓平滑肌作用有关。

综上所述,自拟运肠通腑煎剂联合马来酸曲美布汀可有效缓解 IBS-C 患者各种症状,改善心理状态,提高患者生活质量,疗效显著,为今后临床治疗 IBS-C 提供了有价值的参考。

参 考 文 献

- [1] 何宛蓉. 肠易激综合征流行病学研究现状与进展[J]. 胃肠病学和肝病学杂志,2012,21(1):83-88.
- [2] 卞立群,陈婷,唐旭东,等. 肠易激综合征中医药治疗模式分析[J]. 环球中医药,2015,8(1):119-123.
- [3] Gibson P R. Food intolerance in functional bowel disorders[J]. Journal of gastroenterology and hepatology, 2011, 26 (S3): 128-131.
- [4] 李灿东,吴承玉. 中医诊断学[M]. 北京:中国中医药出版社,2012:726.
- [5] 危北海,陈治水,张万岱. 胃肠疾病中医症状评分表[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2011, 19(1): 66-68.
- [6] 初晨. 肠易激综合征治疗进展[J]. 安徽医学,2013,34(7):1053-1055.
- [7] 查景园,唐喜玉,盛红艳,等. 中药序贯疗法治疗腹泻型肠易激综合征 43 例[J]. 安徽中医药大学学报,2015,34(5):29-33.
- [8] 曹晓龙,陆敏. 肠康方治疗肠易激综合征临床研究[J]. 南京中医药大学学报,2014,30(3):232-234.
- [9] 时昭红,张晟,石拓,等. 穴位注射联合黄芪汤治疗便秘型肠易激综合征 45 例[J]. 环球中医药,2012,5(11):856-858.
- [10] 唐菲,於建鹏,张松,等. 白芍配伍桂枝抗炎的药理学作用及机制[J]. 湖南中医药大学学报,2012,32(2):5-6.
- [11] 苗根旺,姜玉铃,李朝阳,等. 配伍生地黄、熟地黄对制马钱子抗炎、镇痛影响的实验研究[J]. 风湿病与关节炎,2013,2(3):21-24.
- [12] 陆敏,谢慧,樊欣钰,等. “肠康方”治疗肠易激综合征 43 例临床研究[J]. 江苏中医药,2015,(11):27-29.

(收稿日期: 2016-01-14)
 (本文编辑: 韩虹娟)