

痛泻要方加味治疗 混合痔术后肝木乘脾型腹泻43例临床观察

吴丽文¹, 陈祖清²

(1. 福建省宁德市中医院, 福建 宁德, 352100;

2. 福建中医药大学附属人民医院, 福建 福州, 350004)

[摘要] 目的: 观察痛泻要方加减治疗混合痔术后肝木乘脾型腹泻的临床疗效。方法: 选取混合痔术后肝木乘脾型腹泻患者86例, 随机分为2组各43例, 治疗组采用痛泻要方加味治疗, 对照组采用双歧杆菌乳杆菌三联活菌片治疗。观察2组症状积分及综合疗效。结果: 总有效率治疗为90.70%, 对照组为76.74%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 2组症状总积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 2组各项症状积分治疗后比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 痛泻要方加味治疗混合痔术后肝木乘脾型腹泻疗效优于双歧杆菌乳杆菌三联活菌片。

[关键词] 混合痔术后; 腹泻; 肝木乘脾型; 中医药疗法; 痛泻要方

[中图分类号] R256.34 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.07.034

痔是肛肠科的常见病、多发病, 尤其以混合痔多见。治疗上对于保守治疗无效的患者采用手术治疗, 但因术后伤口刺激、情志不畅、胃肠道功能失

调等因素, 部分患者术后出现腹泻症状, 且以肝木乘脾型为主。笔者采用痛泻要方加味治疗混合痔术后肝木乘脾型腹泻43例, 疗效满意, 现报告如下。

烦功效, 改善患者心悸胸闷症状。王建云^[11]经研究也认为柴胡加龙骨牡蛎汤能增加大脑皮层、海马区色氨酸含量, 改善神经传递质, 缩短自发性运动量, 进而达到治疗胆热痰扰证的目的。动物实验亦证实柴胡加龙骨、牡蛎对小鼠心肌缺血具有保护作用, 能改善室性心律失常^[12]。另外有报道柴胡加龙骨牡蛎汤能显著改善血脂和血糖水平, 阻断病理性蛋白合成过程, 发挥抗动脉硬化作用^[13], 逆转病理进展, 这可能是柴胡加龙骨牡蛎汤提高治疗效果, 改善远期预后的重要原因。本观察也显示治疗组出院1年内复发率较对照组显著降低, 复发时间得到显著延长, 与上述报道一致。

辨证论治是中医学的核心思想, 讲究“法随证立、方从法出, 方以药成”, 中医证型反映某一阶段病理变化的本质^[14], 除抓住病机选方外, 还应综合患者体质、临床症状、基础疾病等因素进行随症加减, 才能取得更加满意的疗效。本观察结果表明, 柴胡加龙骨牡蛎汤用于胆心综合征患者有助于降低复发率, 获得较好的近远期疗效。

参考文献

- [1] 马慧发, 顾俊平. 胆心综合征17例临床分析[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2012, 19(1): 56-57.
- [2] 宋新超, 郭栋. 胆心综合征的中医治疗现状[J]. 四川中医,

2017, 10(5): 214-217.

- [3] 李雅茜, 苏梦达, 关良劲. 胆心综合征的中医证素与病机初探[J]. 中医临床研究, 2013, 5(7): 14-16.
- [4] 彭小艳. 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗胆心综合征临床观察[J]. 中医药临床杂志, 2011, 23(11): 966-967.
- [5] 祝德军, 顾万里. 中西医结合胆病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 340.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 346.
- [7] 游艳华, 冉利, 张国军, 等. 张安富主任中医师辨治胆心综合征的经验[J]. 中国现代药物应用, 2015, 9(16): 236-237.
- [8] 陈明. 柴胡加龙骨牡蛎汤证解读及运用[J]. 中华中医药杂志, 2015, 17(10): 3420-3422.
- [9] 高鹏飞, 杜玉玲, 徐月妹, 等. 柴胡加龙骨牡蛎汤对创伤后应激障碍的疗效及机制研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(12): 219-222.
- [10] 文海花. 中医治疗胆心综合征研究进展[J]. 实用中医药杂志, 2017, 33(3): 326-329.
- [11] 王建云. 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗神经系统药理分析及运用研究简况[J]. 实用中医内科杂志, 2013, 27(19): 63.
- [12] 杜纳纳, 于爽, 黄莉莉. 柴胡加龙骨牡蛎汤改善围绝经期雌性小鼠睡眠的有效部位研究[J]. 中药新药与临床药理, 2014, 25(5): 556-559.
- [13] 梁云云, 祝维峰. 柴胡加龙骨牡蛎汤临床应用体会[J]. 山东中医杂志, 2017, 13(4): 333-334.
- [14] 吴宝军, 倪庆, 戴勇, 等. 胆心综合征114例[J]. 中国现代普

通外科进展, 2012, 15(11): 918-919.

(收稿日期: 2018-01-02)

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2016 年 8 月至 2017 年 8 月在福建中医药大学附属人民医院行混合痔手术后出现肝木乘脾型腹泻的患者 86 例,随机分为 2 组。治疗组 43 例中,男 23 例,女 20 例;年龄 25~73 岁,平均 44.5 岁。对照组 43 例中,男 21 例,女 22 例;年龄 28~71 岁,平均 46.2 岁。2 组性别、年龄等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照肠易激综合征罗马Ⅲ诊断标准^[1]拟定。(1)每天排便次数 ≥ 3 次;(2)粪质稀或不成形便;(3)可伴有腹痛、肠鸣矢气、暖气、食欲下降、情绪紧张症状;(4)病程 $\geq 2d$ 。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中医内科学》^[2]辨证为肝郁乘脾证。泄泻肠鸣,腹痛攻窜,矢气频作,伴有胸胁胀闷,暖气食少,每因抑郁恼怒或情绪紧张而发,舌淡红,脉弦。

1.3 纳入标准 (1)符合上述诊断标准;(2)观察期间保证随诊,不服用其他中西药;(3)签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)不符合纳入标准;(2)既往明确有慢性腹泻病史;(3)参加其他临床观察或中途退出。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用痛泻要方加味治疗。基本方:白术 20g,白芍 20g,防风 10g,陈皮 10g,白扁豆 10g,砂仁 10g,茯苓 15g,薏苡仁 15g,炒谷芽 10g,炒麦芽 10g,甘草 5g。每天 1 剂,每剂煎煮 2 次,每次取汁 150mL,两煎混匀,分两次口服。

2.2 对照组 采用双歧杆菌乳杆菌三联活菌片治疗。双歧杆菌乳杆菌三联活菌片(金双歧,内蒙古双奇药业股份有限公司生产,批准文号:国药准字 S1998004,规格:0.5g/片)口服,每次 4 片,每天 3 次,温开水冲服。

2 组均以 3d 为 1 个疗程,治疗期间嘱患者清淡饮食。

3 疗效观察

3.1 观察指标 参照 Stanghellini 评分标准^[3]对 2 组治疗前后排便频次、粪质性状、伴发症状(腹痛、肠鸣矢气、暖气、食欲下降、情绪紧张)进行评分。排便次数:1 次计 0 分,2~3 次计 1 分,4~5 次计 2 分, >5 次计 3 分;粪便性状:成形计 0 分,稠软计 1 分,稀溏计 2 分,水样计 3 分;腹痛:无计 0 分,轻度,不影响工作生活计 1 分,明显,可忍受计 2 分,剧烈,不能忍受计 3 分;肠鸣矢气:无计 0 分,轻微计 1 分,明显计 2 分;暖气:无计 0 分,轻微计 1 分,明显计 2 分;食欲下降:无计 0 分,进食量为平时的 80% 以上计 1 分,进食量为平时的 50%~80% 计 2 分,进食量 $<$ 平时的 50% 计 3 分;情绪紧张:无计 0 分,轻微计 1 分,明显计 2 分。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]拟定。显效:临床症状和体征明显改善,症状积分减少 $\geq 70\%$;有效:临床症状、体征均有改善,症状积分减少 $\geq 30\%$,但 $<70\%$;无效:临床症状、体征均无明显改善或加重,症状积分 $<30\%$ 。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 18.0 软件进行统计分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料以 $(\%)$ 表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 90.70%,对照组为 76.74%,2 组比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
治疗组	43	19(44.19)	20(46.51)	4(9.30)	39(90.70) ^a
对照组	43	15(34.88)	18(41.86)	10(23.26)	33(76.74)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后症状积分比较 2 组症状总积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义;2 组 7 项症状积分治疗后比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后症状积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	时间	排便次数	粪便性状	腹痛	肠鸣矢气	暖气	食欲下降	精神紧张	总积分
治疗组	43	治疗前	2.21 $\pm$ 0.52	2.17 $\pm$ 0.42	2.23 $\pm$ 0.37	2.16 $\pm$ 0.47	2.31 $\pm$ 0.38	2.22 $\pm$ 0.53	2.32 $\pm$ 0.26	15.62 $\pm$ 2.95
		治疗后	0.61 $\pm$ 0.42 ^a	0.58 $\pm$ 0.47 ^a	0.66 $\pm$ 0.52 ^a	0.73 $\pm$ 0.56 ^a	0.78 $\pm$ 0.48 ^a	0.72 $\pm$ 0.51 ^a	0.74 $\pm$ 0.44 ^a	4.82 $\pm$ 3.40 ^{ab}
对照组	43	治疗前	2.19 $\pm$ 0.53	2.21 $\pm$ 0.36	2.22 $\pm$ 0.41	2.17 $\pm$ 0.46	2.28 $\pm$ 0.42	2.23 $\pm$ 0.51	2.29 $\pm$ 0.32	13.30 $\pm$ 3.01
		治疗后	0.81 $\pm$ 0.62	0.87 $\pm$ 0.59	0.78 $\pm$ 0.58	0.85 $\pm$ 0.61	0.91 $\pm$ 0.66	0.77 $\pm$ 0.48	0.85 $\pm$ 0.68	5.84 $\pm$ 4.22

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

4 讨 论

混合痔术后保持正常大便对于痔术后切口创面的愈合具有重要意义,排便有扩肛作用,可避免肛门口粘连,保持肛门口径,防止术后肛门狭窄。但多次稀便会刺激创面,加剧疼痛,增加伤口感染率及术后出血概率。且稀便无扩肛作用,容易造成术后肛门狭窄。混合痔术后腹泻属中医学“泄泻”范畴。因痔术后伤口疼痛刺激,伴肛门坠胀不适,患者往往情绪低落,郁怒不舒,肝郁犯脾,脾失健运,故可见腹泻、腹痛、胸胁胀闷、暖气、肠鸣矢气、纳差等症。《医方考》载:“泻责之脾,痛责之肝;肝责之实,脾责之虚;脾虚肝实,故令痛泻。”

目前,对于混合痔术后肝木乘脾型腹泻,西医多选用肠道益生菌制剂来改善症状。双歧杆菌乳杆菌三联活菌片(金双歧)含有长型双歧杆菌、保加利亚乳杆菌和嗜热链球菌,皆为健康人肠道正常菌群。本品可直接补充人体正常生理细菌,调整肠道菌群平衡,抑制并清除肠道中对人体具有潜在危害的细菌,从而用于治疗肠道菌群失调引起的急性腹泻、慢性腹泻、抗生素治疗无效的腹泻及便秘。本病中医治以抑木扶土、缓急止泻之痛泻要方内服,效果可靠。痛泻要方又名白术芍药散,该方出自《丹溪心法》。由白术、白芍、陈皮、防风组成,具有调和肝脾、健脾柔肝、祛湿止泻之功效,主治脾虚肝旺之泄泻。方中白术苦温,健脾燥湿,为君药。白芍酸寒,柔肝且缓急止痛,与白术配伍,为臣药。陈皮辛苦而温,理气和中,为佐药。防风辛温发散,可散肝醒脾,燥湿以助止泻,属脾经引经药,为佐使药。茯苓、白扁豆、炒谷麦芽等健脾止泻;薏苡仁淡渗止泻;砂仁化湿行气止泻。诸药合用,健脾抑肝,化湿行气,痛泻自止。现代药理研究提示,痛泻要方具有镇痛、止泻、抗感染、抗肿瘤等作用。可通过降低炎症时细胞因子及炎症介质水平、抑制多形核白细胞(PMN)活性、促进肠上皮内淋巴细胞(IELs)增殖而增强肠道免疫屏障从而达到抗感染作用^[5]。痛泻要方可抑制乙酰胆碱所致的家兔离体小肠平滑肌收缩,使收缩振幅变小,基线下降,频率减慢,起到止泻作用^[6]。痛泻要方能提高慢性内脏痛觉超敏大鼠模型及热板法疼痛小鼠模型的疼痛阈值,具有止痛作用^[7]。

本观察结果显示,治疗组总有效率明显高于

对照组($P < 0.05$)。治疗组排便频次、粪质性状、伴发症状(腹痛、肠鸣矢气、暖气、食欲下降、情绪紧张)积分优于对照组($P < 0.05$),说明治疗组在改善混合痔术后肝木乘脾型腹泻的临床症状方面优于对照组。在治疗中未发现不良反应,说明痛泻要方加味是安全有效的方剂,值得临床应用。

参考文献

- [1] 孙菁,袁耀宗. 肠易激综合征:罗马Ⅲ标准与我国共识意见解读[J]. 医学与哲学,2008,29(6):12-14.
- [2] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2007:234-241.
- [3] Stanghellini V, Ghidini C, Maccarini MR, et al. Fasting and postprandial gastrointestinal motility in ulcer and nonulcer dyspepsia [J]. Gut, 1992, 33(2):184-190.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:112-115.
- [5] 张竹,方步武,朱爱江,等. 痛泻要方的抗炎作用研究[J]. 中药药理与临床,2009,25(4):1-3.
- [6] 王蓓蓓,楚更五,郑梅. 痛泻要方与乙酰胆碱对家兔离体小肠平滑肌作用的研究[J]. 浙江中医杂志,2007,42(4):235.
- [7] 胡旭光,杨全,洪文,等. 慢性内脏痛觉超敏大鼠及热板法疼痛小鼠模型对痛泻要方的镇痛反应[J]. 中国组织工程研究与临床康复,2007,11(16):3086.

(收稿日期:2017-09-11)

当心痛风来“敲门”(一)

自我按摩不可少 自我按摩以下穴位有补肾降低尿酸、控制痛风发作的功效。(1)太溪穴。太溪穴位于足内踝后方与脚跟骨筋腱之间的凹陷处,是肾经之原穴,有鼓舞肾气的作用,而肾的气化功能则是尿酸代谢的关键。(2)气海穴。气海穴位于腹正中线脐下1.5寸,此穴被称为人体的“元气之海”,经常按摩有补气益肾之功。(3)涌泉穴。涌泉穴位于足前部凹陷处第2、3趾趾缝纹头端与脚跟连线的前1/3处,为肾经之首穴,经常按摩有激发肾气、疏通肾经、调和肾脏气血的作用。(4)命门穴。命门穴位于腰部,背部后正中线上第2腰椎棘突下凹陷处,经常按摩有固本培元的功效。这些按摩疗法作为辅助疗法,有助于改善人体的尿酸代谢。(http://www.cntcm.com.cn/yskp/2018-07/12/content_46903.htm)