

解郁通秘汤对便秘型肠易激综合征肛肠动力学的影响

杜刚毅

(广东省中山市中医院 中山 528400)

摘要:目的:观察自拟解郁通秘汤对便秘型肠易激综合征肛肠动力学影响及临床疗效。方法:我院门诊及住院病人中符合便秘型肠易激综合征患者 60 例,随机分为治疗组、对照组。治疗组口服解郁通秘汤,每日 1 剂,分早晚 2 次服;对照组口服聚乙二醇 4000 散剂 10g,每日 2 次。分别治疗 2 周,两组病人治疗前后均以智能肛肠压力检测仪进行肛管直肠测压,观察两组治疗前后的肛肠动力学指标改变及主要症状的改善。结果:治疗组在改善肛管直肠动力学以及症状改善方面优于对照组。结论:解郁通秘汤治疗便秘型肠易激综合征在改善肛肠动力和临床症状方面有良好效果。

关键词:解郁通秘汤;便秘型肠易激综合征;肛肠动力学

中图分类号:R 574.4

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0035-02

肠易激综合征(IBS)是一种以腹痛或腹部不适伴大便性状、排便习惯改变为特征的功能性肠病,全球范围调查显示患病率为 10%~20%,女性患者远多于男性,临床上分为三型:便秘型、腹泻型、便秘腹泻交替型^[1]。IBS 的病理及发病机制还不完全清楚,目前认为与肠动力异常和内脏感觉异常有关。直肠肛管压力测定是了解肠运动功能的主要手段^[2]。本研究通过治疗前后肛肠动力学指标及症状改变的监测,探讨解郁通秘汤治疗肠易激综合征便秘型的作用机理。

1 临床资料

1.1 一般资料 60 例均为我院 2005~2008 年门诊及住院确诊为便秘型 IBS 的患者,随机分为两组。治疗组 30 例,男 13 例,女 17 例;年龄 26~62 岁,平均(37.3±11.5)岁;病程 1.5~12 年,平均(5.7±2.7)年。对照组 30 例,男 14 例,女 16 例;年龄 18~65 岁,平均(34.1±10.9)岁;病程 1~10 年,平均(6.0±2.2)年。两组病人性别、年龄及病程等统计学资料无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 (1)符合 1998 年 6 月罗马国际胃

肠病大会制定的 Rome II 标准及全国慢性腹泻学术讨论会制定的肠易激综合征科研病例选择标准,排除严重心、肺、肝、肾等疾病;(2)过去 1 年内行过肠镜或钡灌肠检查,并排除了肿瘤、炎症性肠病或其他肠道器质性疾病;(3)症状至少包括便秘型 IBS 症状中的一项(任何 1 周或 2 周内排便次数均少于 3 次,有 1 次粪便形状为 Bristol 粪便形状分型 I 型或 II 型,或有 1d 有排便费力感)。

2 治疗方法

2.1 治疗组 口服解郁通秘汤,每日 1 剂,分早晚 2 次服。组成:柴胡 10g、枳实 15g、白芍 10g、甘草 5g、郁金 10g、当归 10g、火麻仁 20g、郁李仁 10g、川楝子 10g。由我院制剂科自动煎药机煎制包装。

2.2 对照组 口服聚乙二醇 4000 散剂 10g(国药准字 H20050809),每日 2 次,餐后服,服后饮水 100mL。

3 疗效观察

3.1 肛肠动力学指标观察 治疗 2 周,两组病人治疗前后均以合肥微机所迈迪克电子公司的 ZGJ-D3 型智能双导肛肠压力检测仪进行肛管直肠测压。

3.2 症状评分标准 (1)大便次数:0 分=1 次

加,从而导致肾小球硬化,同时损害肾小管间质。正常肾小球滤过的少量小分子蛋白质被近端肾小管上皮细胞重吸收,在溶酶体内进行分解。病理状态下肾小球通透性增加使大量血浆蛋白漏出到肾小管腔内,肾小管上皮细胞过度重吸收白蛋白导致胞浆内溶酶体活性增高,可致细胞损伤。因此,降低患者蛋白尿的水平可延缓肾功能恶化进程^[3]。

黄葵胶囊主要化学成分为五种黄酮类化合物单体,即梅斗皮素、杨梅黄素、槲皮素-3-洋槐双糖甙、槲皮素-3-葡萄糖甙、金丝桃甙,性味甘、寒,无毒,具有清利湿热、消炎和络作用。黄葵提取物不仅有调节细胞免疫功能,抑制体液免疫反应程度,从而减轻肾损伤作用,而且还有抗炎、抗血小板聚集、抗氧化、利尿消肿及消除氧自由基的作用^[4]。在本临

床实验中,选用 ACEI 类代表药物赖诺普利(该药经大量临床实验证实是治疗 IgA 肾病的有效药物)作为对照组,黄葵胶囊联合赖诺普利作为治疗组,结果显示治疗组完全缓解率、总有效率均优于对照组($P<0.01$),提示黄葵胶囊治疗 IgA 肾病确实有独特的临床疗效。两组治疗后,治疗组 24h 尿蛋白定量及血肌酐下降幅度显著大于对照组($P<0.01$),提示黄葵胶囊能显著地降低尿蛋白排泄量,明显改善肾功能,是一种治疗 IgA 肾病有效的创新新药。

参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].第 1 辑.1993.167
[2]王海燕.肾脏病学[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,1996.648-658
[3]叶任高,刘冠贤.临床肾脏病学[M].北京:人民卫生出版社,1997.128
[4]谢绍锋,余江毅.黄蜀葵花治疗肾病研究现状[J].山西中医,2003,19(6):45-46

(收稿日期:2009-02-04)

参苓白术散并痛泻要方配合针灸治疗肠易激综合征 57 例

孙丹丹

(神华新疆能源有限责任公司矿区医院 乌鲁木齐 830027)

关键词: 肠易激综合征; 中医药疗法; 参苓白术散; 针刺

中图分类号: R 574.4

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0036-02

肠易激综合征是以腹部不适或腹痛伴排便异常的一组肠功能障碍综合征,临床表现为反复发作的腹痛、腹胀,大便习惯和性状改变,实验室常规、细菌学及生化检查多无异常发现。发病可能与饮食、肠道感染及心理因素等有关,以心理因素和精神因素为主,是多种因素综合作用的结果,多伴有抑郁、焦虑症状。随着生物 - 社会 - 心理医学模式的转变,心理社会环境及情绪因素在发病过程中的作用越来越受到临床医师的重视。笔者在临床中以参苓白术散并痛泻要方配合针灸治疗肠易激综合征(IBS) 57 例,取得了较好的疗效。现报道如下:

1~2d; 1 分 = 1 次/3~4d; 2 分 = 1 次/5~6d; 3 分 = 1 次/7d 以上。(2)大便形状: 0 分 = 成形便; 1 分 = 成形便但需用劲排便; 2 分 = 硬便但用力可以排出; 3 分 = 羊粪样或硬便难以排出。(3)腹痛: 0 分 = 无症状; 1 分 = 轻度,对日常生活和睡眠无影响; 2 分 = 中度,日常活动有一定程度受限; 3 分 = 重度,不能从事日常活动。(4)腹胀: 0 分 = 无症状; 1 分 = 偶尔(<25%的时间内出现); 2 分 = 经常(25%~50%的时间内出现); 3 分 = 持续(>50%的时间内出现)。

3.3 统计方法 采用 t 检验。

4 结果

4.1 治疗前后肛肠动力学指标变化 结果见表 1。治疗组治疗前后肛门直肠屏障压、肛门括约肌最大缩榨压、模拟排便直肠收缩压、肛门括约肌剩余压均有显著差异($P<0.05$),与对照组相比, $P<0.05$ 。

表 1 两组患者肛门测压参数比较 mmHg

	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
直肠静息压	6.12± 3.4	6.03± 3.5	6.21± 3.2	6.19± 3.2
肛管静息压	81.7± 11.3	79.5± 10.1	81.3± 12.4	80.8± 10.6
肛门直肠屏障压	79.24± 12.1	66.43± 10.4	77.65± 12.8	73.73± 13.6
肛门括约肌最大缩榨压	135.7± 13.3	148.3± 15.1	138.4± 13.6	140.5± 14.2
模拟排便直肠收缩压	28.6± 7.6	37.7± 8.3	29.1± 6.8	32.6± 7.5
肛门括约肌剩余压	24.8± 3.7	19.8± 3.2	23.9± 4.2	21.3± 3.1

4.2 治疗前后症状改变情况 结果见表 2。治疗组对便秘、腹痛、腹胀的改善程度,明显优于对照组。

表 2 两组患者治疗前后症状评分 分

	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
大便次数	1.22± 0.35	0.91± 0.28	1.13± 0.38	1.09± 0.32
大便形状	2.35± 0.44	1.16± 0.41	2.37± 0.44	2.12± 0.39
腹痛	1.16± 0.36	0.81± 0.33	1.19± 0.39	0.98± 0.31
腹胀	1.67± 0.13	1.16± 0.17	1.63± 0.16	1.58± 0.12

5 讨论

肠易激综合征是与肠道动力学异常有关的功

1 临床资料

1.1 一般资料 共观察 87 例患者,治疗组 57 例,男性 30 例,女性 27 例,年龄 28~53 岁,病程 2~10 年;对照组 30 例,男性 21 例,女性 9 例,年龄 27~52 岁,病程 2.5~7 年。两组在年龄、性别、病程等方面经统计学处理,差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准 87 例均符合 1998 年罗马国际胃肠病大会标准^[1]。

1.3 中医辨证 本组病例选择根据中医辨证均属肝郁脾虚型。主证:平素常有胸胁胀闷、嗝气、少食,每因情志忧郁或劳累即腹痛,肠鸣而泻,泻后痛减,能性疾病。段建华等研究表明,肠易激综合征患者模拟排便时肛门括约肌剩余压明显增高,肛门括约肌最大缩榨压明显低于正常人,提示模拟排便时直肠收缩无力,肛门括约肌松弛不充分或出现矛盾性收缩造成便秘^[3]。目前西医尚未有一种药物或单一疗法对肠易激综合征完全有效,而中医中药治疗肠易激综合征有独特的优势。本研究中肛门直肠测压结果显示,服用解郁通秘汤后便秘型 IBS 肛门直肠屏障压、肛门括约肌剩余压均有降低,模拟排便直肠收缩压、肛门括约肌最大缩榨压升高,提示解郁通秘汤可改善排便时盆底肌肉的协调性,恢复和改善大肠传导功能,治疗后其肛肠动力学指标的改善明显优于对照组($P<0.05$)。

现代医学认为精神紧张、抑郁、焦虑、环境刺激、应激状态等是肠易激综合征的重要因素,与中医认为肝郁气逆犯脾,气机升降失调而致便秘的机理相一致。解郁通秘汤中柴胡、枳实、郁金、川楝子疏肝理气;白芍、炙甘草柔肝缓急止痛;当归、火麻仁、郁李仁活血润肠通便;诸药合用,共奏疏肝理气、润肠通便之功。临床研究表明,服药后各项临床症状明显改善,提示中医中药在治疗便秘型肠易激综合征方面具有良好的前景。

参考文献

[1]熊理守,陈旻湖,陈惠新.广东省社区人群肠易激综合征的流行病学研究[J].中华医学杂志,2004,84(4):278-290
[2]梁荣新,蔡联英,郑琴芳.便秘型肠易激综合征直肠压力测定的临床意义[J].中华消化杂志,2003,23(12):762
[3]段建华,赵洪川.便秘型肠易激综合征患者结、直肠肛门动力学的临床研究[J].胃肠病学和肝病学杂志,2006,15(2):191-192

(收稿日期: 2009-02-12)