

# 八神汤治疗腹泻型肠易激综合征 的临床观察※

● 梁惠卿<sup>1\*</sup> 陈少东<sup>2</sup> 吴耀南<sup>1^</sup> 陈一斌<sup>1</sup> 黄敦煌<sup>1</sup>

**摘要** 目的:观察八神汤治疗腹泻型肠易激综合征的疗效及对生活质量的影 响。方法:将105例 腹泻型肠易激综合征患者按照随机数字表法分为治疗组(53例)和对照组(52例)。治疗组采用八神汤 治疗;对照组口服匹维溴铵片,50mg tid。两组疗程均为4周。观察两组治疗前后症状积分、生活质量评 分、中医症状疗效及安全性评价。结果:治疗组主要症状积分改善程度优于对照组;治疗组中医症状疗 效总有效率为86.54%,对照组中医症状疗效总有效率为66.0%,治疗组中医症状疗效优于对照组( $P < 0.05$ );治疗组治疗后CLDQ各项积分改善程度优于对照组( $P < 0.01$ )。结论:八神汤是治疗腹泻型 肠易激综合征行之有效的方法,值得进一步推广。

**关键词** 肠易激综合征 腹泻型 八神汤 疗效 生活质量

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是一种生物—心理—社会病症,其主要表现为腹痛或腹部不适,伴慢性间歇性排便习惯和大便性状的变化,形态学和生化学未见异常改变。临床可分为:腹泻型、便秘型、混合型及未定型,以腹泻型多见,占全部患病人群的74.1%<sup>[1]</sup>。随着社会压力增加,IBS人群患病率逐年增加,IBS虽不威胁生命,但其反复发作给患者的身心、经济带来严重影响。西药疗效不满意,且治疗效果随着时间的推移而降低,中医药从整体出发,综合考虑生物—心理—社会因素辨证论治,能够明显改善症状,提高生活质量,受到人们的青睐。名老中医吴耀南在多年的临床实践中发现,IBS发生的根本原因是患者先天不足,后天损伤,致脾肾阳虚;他结合名方四神丸、四神汤创制八神汤治疗脾肾阳虚型腹泻型肠易激综合征,屡获良效,明显改善患者生活

质量。因此,本研究观察八神汤治疗脾肾阳虚型腹泻型肠易激综合征疗效及对患者生活质量的影响。现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 诊断标准

1.1.1 腹泻型肠易激综合征的西医诊断标准 参照国际公认的罗马ⅢIBS诊断标准(2006年)<sup>[1]</sup>:(1)病程超过半年;(2)反复发作的腹痛或腹部不适;(3)最近3个月每月发作至少3天,伴有以下3项或3项以上:①排便后症状改善;②每天排便>3次;③发作时粪便性状为松散便/稀水便;④大便常规+潜血检查均为阴性,肝、肾功能及腹部彩超未见明显异常,结肠镜检查无明显黏膜异常。

1.1.2 脾肾阳虚型中医证型诊断标准 参照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<sup>[2]</sup>:主症:①晨起腹痛即泻;②腹部冷痛,得温痛减;③形寒肢冷。次症:①腰膝酸软;②不思饮食;③舌淡胖,苔白滑;④脉沉细。辨证要求:具备主证①、②者,或具备主证①及次证②、③两项者,或具备主证②及次证①者,即属本证。

1.2 纳入标准及排除标准 纳入标准:(1)符合腹泻型肠易激综合征的西医诊断标准及中医证型诊断标

※基金项目 福建省卫生厅青年科研课题(No. 2012-2-105)

\* 作者简介 梁惠卿,女,副主任医师。主要从事中医内科肝病的临床与科研工作。

▲ 通讯作者 吴耀南,男,主任医师,医学博士。E-mail: wuyandrum@sina.com

• 作者单位 1. 福建中医药大学附属厦门市中医院(361009); 2. 厦门大学医学院中医系(361005)

准; (2) 年龄 18~70 岁。(3) 签署知情同意书。

排除标准: (1) 妊娠或哺乳期妇女; (2) 患有其他消化系统器质性病变; (3) 合并有心血管、脑血管、肝肾或造血系统等严重原发性疾病、精神病患者。

1.3 一般资料 105 例患者来源于厦门市中医院门诊及住院、厦门大学医院门诊患者, 均为脾肾阳虚型腹泻型 IBS。采用随机数字表法将患者随机分为治疗组和对照组, 治疗组 53 例, 其中男 27 例, 女 26 例, 年龄 16~68 岁, 平均 41 岁, 病程最短 1 年, 最长 25 年, 平均 5.4 年。对照组 52 例, 其中男 24 例, 女 26 例, 年龄 18~66 岁, 平均 39 岁, 病程最短 1 年, 最长 23 年, 平均 5.1 年。两组病例的性别、年龄、病程经统计学处理, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.4 治疗方法 对照组: 匹维溴铵片(北京万生药业有限责任公司生产, 产品批号: 14202155620), 每次 50mg, 每日 3 次, 口服。治疗组: 八神汤健脾补肾法(药物由厦门市中医院药剂科制备, 每剂煎 200mL), 药物组成: 补骨脂 10g, 吴茱萸 10g, 肉豆蔻 10g, 五味子 10g, 茯苓 15g, 淮山药 20g, 芡实 10g, 莲子 15g, 口服, 每日 1 剂, 每日 2 次, 100mL/次; 两组疗程均为 4 周。治疗期间停用其他影响疗效评价的药物。

### 1.5 观察方法

1.5.1 主要症状的记录与评价 参考《肠易激综合征中医诊疗共识意见》<sup>[2]</sup> 制定的主要症状的记录与评价进行评分。①腹痛和(或)腹胀程度: 无症状计 0 分; 经提示后方觉有症状计 1 分; 不经提示即有症状计 2 分; 主诉为主要症状计 3 分; ②腹泻的频率: 无症状计 0 分; 每天 <3 次计 1 分, 每天 3~5 次计 2 分, 每天 >5 次计 3 分; ③大便性状: 大便正常, 呈香肠样或蛇样, 平滑柔软计 0 分; 有清楚边缘的柔软一团计 1 分; 软便, 蓬松, 边缘粗糙计 2 分; 水样, 无固体成分, 完全液体计 3 分; ④排便急迫感: 无急迫感计 0 分; 轻

度急迫感计 1 分; 中度急迫感计 2 分; 重度急迫感计 3 分。⑤黏液: 无, 计 0 分; 有, 计 1 分。

1.5.2 生活质量评价 采用慢性肝病问卷(CLDQ)进行, CIDQ 量表由 6 项领域共 29 个条款组成, 即腹部症状 3 条, 困乏 5 条, 系统症状 5 条, 活动能力 3 条, 情感 8 条, 焦虑 5 条, 共有 6 个维度。分别于治疗开始前和治疗结束时评价两组患者的生活质量得分<sup>[3]</sup>。

1.6 疗效评定标准 中医症状疗效判定 参照文献<sup>[2]</sup> 的疗效判断标准: 按症状改善百分率(%) = (治疗前总症状积分 - 治疗后总症状积分) / 治疗前总症状积分 × 100%, 计算症状改善百分率。症状消失为痊愈, 症状改善百分率 ≥ 80% 为显效, 50% ≤ 症状改善百分率 < 80% 为进步, 症状改善百分率 < 50% 为无效。总有效率 = (痊愈 + 显效 + 进步) 例数 / 总例数 × 100%。

1.7 安全性评价 包括血、尿、粪常规, 肝、肾功能, 血糖, 血沉, 心电图等。

1.8 统计学方法 数据分析采用统计软件 SPSS 15.0。计量资料用  $\bar{x}$  表示, 不符合正态分布则描述其中位数和范围, 资料组间比较采用  $\chi^2$  检验(方差不齐采用 Wilcoxon 秩和检验或 Kruskal - Wallis 检验)。有序分类变量比较采用秩和检验。全部资料采用意向治疗分析(intention-to-treat analysis, ITT 分析)。

## 2 结果

2.1 病例脱落情况 治疗组有 1 例症状无改善拒绝继续服药, 52 例完成治疗; 对照组有 1 例症状无改善拒绝继续服药, 1 例出现皮疹停药, 50 例完成治疗。

2.2 两组治疗前后主要症状评分比较 两组治疗前症状积分均较治疗前改善, 除排便急迫感外治疗组的其他主要症状改善程度优于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 治疗组与对照组治疗前后主要症状评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	腹痛和(或)腹胀	大便次数	大便性状	黏液	排便急迫感	总积分
治疗组	53	治疗前	2.34 ± 0.68	2.27 ± 0.61	2.3 ± 0.35	0.63 ± 0.22	2.34 ± 0.58	13.21 ± 2.63
	52	治疗后	0.53 ± 0.18 <sup>△△</sup>	0.45 ± 0.12 <sup>△△</sup>	0.51 ± 0.11 <sup>△△</sup>	0.24 ± 0.10 <sup>*△</sup>	0.66 ± 0.18 <sup>*</sup>	4.12 ± 1.56 <sup>△△</sup>
对照组	52	治疗前	2.45 ± 0.56	2.34 ± 0.67	2.41 ± 0.54	0.74 ± 0.33	2.28 ± 0.89	14.01 ± 2.73
	50	治疗后	0.67 ± 0.19 <sup>△</sup>	0.95 ± 0.37 <sup>△</sup>	0.93 ± 0.11 <sup>△</sup>	0.33 ± 0.09 <sup>*</sup>	0.71 ± 0.19 <sup>*</sup>	5.86 ± 0.79 <sup>△</sup>

注: 与本组治疗前比较, \* $P < 0.05$ , <sup>△</sup> $P < 0.01$ ; 与对照组治疗后比较, <sup>△</sup> $P < 0.05$ 。

2.3 两组治疗结束时中医症状的疗效比较 治疗组在痊愈率、有效率、总有效率方面优于对照组, 差异有

统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表2 两组治疗结束时中医症状的疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	进步	无效	总有效率
治疗组	52	8(15.38 <sup>▲</sup> )	28(50.85 <sup>▲</sup> )	9(17.31)	7(13.46)	45 <sup>▲</sup> (86.54)
对照组	50	5(10.00)	18(36.00)	10(20.00)	17(34.00)	33(66.00)

注:与对照组比较, <sup>▲</sup> $P < 0.05$ 。

2.4 两组治疗前后 CLDQ 积分比较 经不同方案治疗后,两组治疗前的 CLDQ 各项积分均较治疗后改善,差异有统计学差异( $P < 0.01$ ),治疗组治疗后 CLDQ 各项积分改善程度优于对照组,差异有统计学差异( $P < 0.01$ )。见表3。

表3 两组治疗前后 CLDQ 量表评分比较(分)

组别	例数	时间	腹部症状 (AS)	困乏 (FA)	系统症状 (SS)	活动能力 (AC)	情感 (EF)	焦虑 (WO)
治疗组	53	治疗前	3.84 (2.78-4.19)	3.23 (2.13-4.47)	4.14 (3.55-4.38)	3.28 (3.03-4.47)	3.75 (1.95-4.37)	3.25 (2.67-5.14)
	52	治疗后	6.14 (4.83-6.25) <sup>*△</sup>	5.87 (5.60-6.53) <sup>*△</sup>	6.27 (5.53-6.77) <sup>*△</sup>	5.93 (5.44-6.42) <sup>*△</sup>	6.07 (5.83-6.32) <sup>*△</sup>	5.82 (5.13-6.43) <sup>*△</sup>
对照组	52	治疗前	3.41 (2.33-4.28)	4.03 (3.48-5.35)	4.83 (4.36-6.13)	3.50 (2.82-4.38)	3.25 (2.04-4.27)	4.58 (3.47-5.43)
	50	治疗后	5.19 (4.96-6.212) <sup>*</sup>	5.23 (5.13-6.30) <sup>*</sup>	5.53 (5.07-6.17) <sup>*</sup>	5.43 (5.03-6.12) <sup>*</sup>	5.24 (4.96-5.69) <sup>*</sup>	5.40 (5.13-6.07) <sup>*</sup>

注:与本组治疗前比较,<sup>\*</sup> $P < 0.01$ ;与单药组治疗后比较,<sup>△</sup> $P < 0.01$ 。

2.5 安全性评估 治疗组与对照组治疗前后患者血、尿、大便常规及心电图、肝肾功能均无明显变化。

### 3 讨论

中医学将腹泻型 IBS 归属于“泄泻、腹痛”范畴,认为本病的发生与情志失调、思虑劳倦、饮食不调有密切关系。名老中医吴耀南主任在长期临床工作中总结出本病由脾、肝、肾三脏功能失调所致,而尤以脾肾功能失调为主。现代人生活节奏快、工作压力大,易出现精神紧张、劳倦过度、饮食不调。病初多为肝木克土,肝郁脾虚,加之劳倦过度、饮食不调,更伤脾胃,脾胃虚弱,运化失职,小肠失泌别清浊,大肠失传导变化,清浊不分,混杂而下,遂成泄泻。久泻不止常伤及肾阳,故脾肾阳虚是腹泻型 IBS 的重要病机所在。正如《素问·阴阳应象大论》云“清气在下,则生飧泄”;《素问·至真要大论》云“诸病水液,澄澈清冷,皆属于寒”。

名老中医吴耀南主任选用具有温肾暖脾、涩肠止泻功效的四神丸联合具有健脾利湿功效的四神汤组成八神汤治疗 IBS,方中补骨脂辛苦大温,温肾暖脾,火旺土强,《本草纲目》谓其可“治肾泄”;肉豆蔻温脾暖胃,涩肠止泻;五味子收敛固涩,温肾健脾,吴茱萸

温肾散寒,大补下焦元阳;茯苓、薏米益气健脾除湿;芡实、山药补脾益气,补肾固精;诸药合用共奏温肾健脾利湿止泻之功,故可使泻止而病愈。现代药理研究表明,四神丸能降低蓖麻油、大黄引起的腹泻小鼠的腹泻次数,通过抗胆碱作用和直接作用于胃肠道平滑肌而起到涩肠止泻作用<sup>[4]</sup>。莲子主要成分莲子多糖具有增强免疫<sup>[5]</sup>、抗氧化作用<sup>[6]</sup>,山药具有调节胃肠功能、增强免疫、抗氧化作用<sup>[7-9]</sup>,芡实提取物能降低小鼠胃粘膜中 MAD 的含量,增加 SOD 的活性,提高 PGE2 的含量,从而达到对胃粘膜的保护作用<sup>[10]</sup>;芡实提取物具有较强的抗氧化功能和清除氧自由基能力<sup>[11]</sup>;薏米提取物能够抑制氧化损伤,从而保护结肠黏膜、预防结肠炎的作用<sup>[12]</sup>。IBS 机体抗氧化能力低下,自由基代谢产物储积;此四种药物均可以提高 IBS 机体的抗氧化能力,减少自由基代谢产物储积和其对组织细胞的损伤。

### 参考文献

[1]刘新光. 肠激综合征与罗马 III 诊断标准[J]. 胃肠病学, 2006, 11(12): 736-738.  
 [2]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.

- [3] Younossi ZM, Guyatt G, Kiwi M et al. Development of a disease specific questionnaire to measure health related quality of life in patients with chronic liver disease. Gut, 1999, 45: 295.
- [4] 高长玉, 李冀, 柴剑波, 等. 四神丸止泻作用的实验研究[J]. 中医药学报, 2005, 33(2): 40-41.
- [5] 苗明三, 杨亚蕾, 方晓艳. 莲子多糖增强环磷酰胺致免疫抑制小鼠机体免疫功能[J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2008, 12(53): 10477-10480.
- [6] 丁利君, 周国栋. 莲子水溶性糖的提取及其对自由基清除能力的研究[J]. 食品科学, 2002, 23(8): 252-254.
- [7] 张季冬. 山药多糖的化学分析及其生物活性[J]. 安徽农业科学, 2009, 6(23): 11003-11004.
- [8] 杨晓芸, 张素娟, 沈磊, 等. 山药莲子饼对小鼠脾虚模型的影响[J]. 临床合理用药杂志, 2013, 6(3): 90-93.
- [9] 傅紫琴, 蔡宝昌, 卞长霞, 等. 山药及其麸炒品的多糖成分对脾虚小鼠胃肠功能的影响[J]. 药学与临床研究, 2008, 16(30): 181-183.
- [10] 於怀龙, 怀晴晴, 薛玲. 中药芡实预防急性胃粘膜损伤药理作用的研究[J]. 药学研究, 2013, 13(6): 326-327.
- [11] Samarjit D, Eter D, Utpal R. The effect of Euryale fer-ox( makhana ), a herb of aquatic origin on myocardial ischemic reperfusion injury[J]. Molec Cellul Biochem, 2006, 289: 55-63.
- [12] 郝亚楠, 李新平, 刘宁, 等. 薏米提取物对溃疡性结肠炎大鼠抗氧化作用的研究[J]. 中国预防医学杂志, 2012, 3(13): 177-180.

(上接第52页)

胃炎患者耐受性好,未发现明显不良反应,值得临床上进一步推广应用。

### 参考文献

- [1] 韩景星. 慢性胃炎与癌变. [J] 中级医刊, 1985, (10): 18.
- [2] 李益农. 慢性胃炎的诊治问题[J]. 中华内科杂志, 1983, 22(5): 257.
- [3] 韩贵清. 中医治疗慢性胃炎进展[J]. 河北中医, 1986, (5): 45.
- [4] 危北海. 慢性胃炎的临床研究进展[J]. 天津中医, 1984, (2): 22.
- [5] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 现代消化及介入诊疗, 2007, 12(1): 55.
- [6] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会(2003. 重庆). 慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案) [J]. 中国中西医结合杂志, 2005, 25(2): 172.
- [7] 田代华, 刘更生整理. 灵枢经[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 11-16.
- [8] 田代华整理. 素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 176-191.
- [9] 何智明. 针刺对胃肠运动功能的影响. 针灸研究[J], 1986, (4): 280.
- [10] 凌奇荷, 李菊英. 针刺足三里、内关穴在纤维胃镜检查中的应用. 湖南医学院学报[J], 1981, 6(1): 58.
- [11] 张纯亮等. 针灸疗法的一些临床观察和研究. 中华医学杂志[J], 1956, (6): 514.

## 医 论

### 论 嚏

《金匱》痰饮篇曰:水在肝,肋下支满,嚏而痛。徐注曰:肝与少阳胆为表里,所以主半表半里者,水气乘之,阴寒内束,故少阳气上出,冲击而嚏,如伤风然。喻注曰:火气冲鼻,故嚏也。按《内经》肾主嚏,故凡太阳伤寒,寒气深入,随督入脑,为热所击,则嚏矣。太阳与督,即少阴之部也,其脉皆与脑通。嚏者,寒热相激,逐于脉中,致脉内作痒,痒即突出。徐曰:寒束,喻曰火冲,其义一也,惟不言肝肾相通,而牵说少阳,殊属无稽。夫肝水见嚏者,肝寒感于肾也。且嚏之来路有二:因寒束肺窍,热气撩于肺中而上冲者,其气发于胸中,上过之内,而下出于鼻也;因寒束督脉,热气激于脊脊而上冲者,其气起于腰俞,循脊上出脑顶之颠,而下出于鼻也。一缕寒邪,孤行气脉,而不为正气所容,故冲击而出也。本属微邪,不足为病,然见有早起,必嚏数十次,无间寒暑,而寒天较甚,妇人妊娠尤为有碍,此不得为微邪矣。治法宜仿肝水例,宣达肝与膀胱之阳,与肺气相接,使水邪下伏,宿寒外攘,即止。

(摘自清·周学海《读医随笔·卷四·证治类》)