- 脂及肾保护作用的实验研究[J]. 中国中医药科技, 2019, 26(4): 518-523.
- [17] 吴倩, 陈文明, 陈柱梁, 等. 黄精干预糖尿病及其并发症的研究进展[J]. 中医药导报, 2022, 28(4): 180-185.
- [18] 王宏杨, 迟继铭, 姜雪, 等. 何首乌提取物二苯乙炔苷药理及临床研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2019, 37(10): 2464-2469.
- [19] 郝洁, 梁艳, 张瑞, 等. 大黄素改善糖脂代谢异常、糖尿病周围神经病变及糖尿病肾病的作用机制研究进展[J]. 中药药理与临床, 2020, 36(3): 265-272.
- [20] 贾云泷. 黄芩-葛根配伍对高脂大鼠胰岛素抵抗(STAT3)影响的研究[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2022.
- [21] 张坤. 脂肪因子分泌和炎症微环境交互作用驱动肥胖脂肪组织胰岛素抵抗的机制研究[D]. 北京: 北京协和医学院, 2021.
- [22] MIR M M, MIR R, ALGHAMDI M A A, et al. Differential association of selected adipocytokines, adiponectin, leptin, resistin, visfatin and chemerin, with the pathogenesis and progression of type 2 diabetes mellitus (T2DM) in the Asir Region of Saudi Arabia: a case control study [J]. J Pers Med, 2022, 12(5): 735.
- [23] 徐丽英, 钟萍, 曹焯民. 脂联素与糖尿病及其并发症的关系研究[J]. 中国医药导报, 2018, 15(28): 29-32.
- [24] TUPPAD S, MEDALA K, UMESH M, et al. Serum adiponectin and nitric oxide levels in type II diabetes and its correlation with lipid profile[J]. Cureus, 2022, 14(4): e24613-e24613.
- [25] 王光亚. 脂联素与代谢性疾病的相关性及其改善胰岛素抵抗的机制研究[D]. 石家庄: 河北医科大学, 2021.

【责任编辑: 陈建宏】

理脾祛湿方治疗脾虚湿盛型腹泻型肠易激综合征的临床观察

陈钰凤¹, 范明^{1,2}, 马玉婷¹

(1. 广州中医药大学第五临床医学院, 广东广州 510405; 2. 广东省第二中医院, 广东广州 510095)

摘要:【目的】观察理脾祛湿方治疗脾虚湿盛型腹泻型肠易激综合征(IBS-D)的临床疗效。【方法】将70例脾虚湿盛型 IBS-D患者随机分为观察组和对照组, 每组各35例。对照组给予马来酸曲美布汀片口服治疗, 观察组给予理脾祛湿方治疗, 连续治疗4周。观察2组患者治疗前后中医证候积分、肠易激综合征严重程度量表(IBS-SSS)评分、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分、肠易激综合征生活质量量表(IBS-QOL)评分及血清白细胞介素6(IL-6)水平变化情况, 并评价2组患者的中医证候疗效和安全性。【结果】(1)脱落情况方面: 治疗过程中, 观察组自行退出1例, 脱落(因故未按疗程治疗)3例, 失访1例; 对照组自行退出3例, 失访2例。最终2组各有30例患者完成全部疗程的治疗。(2)中医证候疗效方面: 治疗4周后, 观察组的总有效率为93.93%(28/30), 对照组为80.00%(24/30), 组间比较, 观察组的中医证候疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。(3)量表评分方面: 治疗后, 2组患者的中医证候积分、 IBS-SSS评分、 HAMA评分、 HAMD评分和 IBS-QOL评分均较治疗前明显下降($P < 0.05$), 且观察组的下降幅度均明显优于对照组($P < 0.05$)。(4)血清炎症因子水平方面: 治疗后, 2组患者血清 IL-6水平均较治疗前下降($P < 0.05$), 且观察组的下降幅度明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(5)安全性方面: 治疗过程中, 2组患者均无明显不良反应发生, 具有较高的安全性。【结论】理脾祛湿方治疗脾虚湿盛型 IBS-D患者临床疗效确切, 可显著缓解患者肠道症状, 降低患者肠道炎症反应, 改善患者焦虑、抑郁情绪, 提高患者生活质量。

关键词: 腹泻型肠易激综合征(IBS-D); 脾虚湿盛; 理脾祛湿方; 生活质量; 焦虑; 抑郁; 炎症因子

中图分类号: R259.744

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2024)01-0061-07

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2024.01.010

收稿日期: 2023-04-19

作者简介: 陈钰凤(1996-), 女, 硕士研究生; E-mail: 306100738@qq.com

通信作者: 范明, 男, 教授、主任中医师, 硕士研究生导师; E-mail: 50525645@qq.com

Clinical Observation on *Lipi Qushi* Recipe in the Treatment of Diarrhea-Predominant Irritable Bowel Syndrome of Spleen Deficiency and Dampness Superabundance Type

CHEN Yu-Feng¹, FANG Ming^{1,2}, MA Yu-Ting¹

(1. The Fifth Clinical Medical School of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405 Guangdong, China;

2. Guangdong Second Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou 510095 Guangdong, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical efficacy of *Lipi Qushi* Recipe in the treatment of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome (IBS-D) of spleen deficiency and dampness superabundance type. **Methods** Seventy IBS-D patients with spleen deficiency and dampness superabundance type were randomly divided into an observation group and a control group, with 35 patients in each group. The control group was given oral use of Trimebutine Maleate Tablets, and the observation group was given *Lipi Qushi* Recipe. The two groups were treated for 4 consecutive weeks. The changes of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, irritable bowel syndrome severity scoring system (IBS-SSS) scores, Hamilton anxiety scale (HAMA) scores, Hamilton depression scale (HAMD) scores, irritable bowel syndrome quality of life scale (IBS-QOL) scores, and serum interleukin 6 (IL-6) level of the two groups were observed before and after the treatment. After treatment, the TCM syndrome efficacy and safety of the two groups were evaluated. **Results** (1) During the treatment process, one case quitted spontaneously, 3 cases fell off (failing in following the treatment schedule for some reasons), and one case lost to follow-up in the observation group; in the control group, 3 cases quitted spontaneously and 2 cases lost to follow-up. Eventually, there were 30 patients in each of the two groups completing the full course of treatment. (2) After 4 weeks of treatment, the total effective rate for TCM syndrome efficacy in the observation group was 93.93% (28/30), and that in the control group was 80.00% (24/30). The intergroup comparison showed that the efficacy of TCM of the observation group was significantly superior to that of the control group ($P < 0.05$). (3) After treatment, the TCM syndrome scores, IBS-SSS scores, HAMA scores, HAMD scores and IBS-QOL scores of the two groups were significantly decreased compared with the pre-treatment scores ($P < 0.05$), and the degree of the decrease in the observation group was significantly superior to that in the control group ($P < 0.05$). (4) After treatment, the serum IL-6 level of patients in the two groups was decreased compared with that before treatment ($P < 0.05$), and the degree of the decrease in the observation group was significantly superior to that in the control group, with a statistically significant difference ($P < 0.05$). (5) In the course of treatment, no obvious adverse reactions occurred in the two groups of patients, with a high safety. **Conclusion** *Lipi Qushi* Recipe exerts certain effect for the treatment of IBS-D patients with spleen deficiency and dampness superabundance type, which can significantly alleviate the intestinal symptoms of the patients, reduce the intestinal inflammatory reaction of the patients, improve the anxiety and depression emotions, and improve the quality of life of the patients.

Keywords: diarrhea-predominant irritable bowel syndrome (IBS-D); spleen deficiency and dampness superabundance type; *Lipi Qushi* Recipe; quality of life; anxiety; depression; inflammatory factors

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是一种以反复腹痛为主要症状,伴排便习惯紊乱(包括粪便形态改变和排便频率改变等)的胃肠病,根据IBS患者排便情况不同,可分为腹泻型

IBS(IBS-D)、不定型IBS(IBS-U)、混合型IBS(IBS-M)和便秘型IBS(IBS-C)。因IBS症状持续时间长、容易复发、难以根治的特点,对患者的身体健康、心理健康、生活质量以及工作效率等造

成极大的影响^[1],同时也给患者带来沉重的经济负担。目前我国IBS的患病率在1.4%~11.5%之间^[2],其中以IBS-D患者最为多见^[3]。IBS-D在中医学中归属于“泄泻”范畴,其中以脾虚湿盛证型在岭南地区IBS患者中的占比最大^[4]。本课题组的范明教授师从全国名中医邱健行教授,在治疗IBS-D上颇有心得,其根据多年临床经验,自拟理脾祛湿方,在治疗脾虚湿盛型IBS-D患者上取得显著的疗效。基于此,本研究采用随机对照试验,进一步探讨理脾祛湿方治疗脾虚湿盛型IBS-D患者的临床疗效和安全性,现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组 选取2022年2月~2023年2月期间在广东省第二中医院黄埔医院专家特诊门诊就诊的70例脾虚湿盛型IBS-D患者为研究对象。使用SPSS统计软件生成随机分组表,并将随机分组信息装入信封,根据患者就诊先后顺序,将信封依次分发给患者,根据信封内容进行分组,将70例患者随机分为观察组和对照组,每组各35例。

1.2 诊断标准 西医诊断标准:IBS-D的诊断标准参照罗马IV诊断标准^[5]。中医辨证标准:脾虚湿盛型的辨证标准参照《肠易激综合征中医诊疗专家共识意见(2017)》^[6]。主症:①大便溏泻;②腹痛隐隐。次症:①劳累或受凉后发作或加重;②神疲倦怠;③纳呆。舌脉:舌淡,边可有齿痕,苔白腻;脉虚弱。

1.3 纳入标准 ①符合上述IBS-D的诊断标准;②中医证型为脾虚湿盛型;③年龄在18~65岁之间;④电子结肠镜排除肠道器质性病变;⑤自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准 ①合并其他心、脑、肝、肾等重要器官严重疾病的患者;②患有精神类疾病,难以配合治疗的患者;③妊娠期或哺乳期妇女;④近1个月因IBS-D接受过相关药物(包括中药和西药)治疗的患者;⑤正在参加其他临床试验的患者。

1.5 脱落、剔除标准 ①依从性差,未按规定疗程进行治疗的患者;②受试期间突发严重疾病,研究者认为不适宜继续接受试验的患者;③自行要求退出研究的患者。

1.6 治疗方法

1.6.1 对照组 给予马来酸曲美布汀分散片口服治疗。用法:马来酸曲美布汀分散片(生产企业:浙江昂立康制药股份有限公司;批准文号:国药准字H20040882;规格:0.1g/片),口服,每日3次,每次1片。连续服用4周为1个疗程,于疗程结束后评价疗效。

1.6.2 观察组 给予理脾祛湿方治疗。方药组成如下:党参20g、茯苓10g、苍术10g、炒白术10g、柴胡10g、薏苡仁20g、白豆蔻10g、防风10g、白芍10g、陈皮10g、厚朴10g、延胡索10g、炙甘草6g。上述中药均来源于广东省第二中医院中药房。每日1剂,常规煎煮2次,每次煎取200mL,分2次于早晚饭后半小时温服。连续服用4周为1个疗程,于疗程结束后评价疗效。

1.7 观察指标和疗效评价标准

1.7.1 中医证候评分 参照《肠易激综合征中医诊疗专家共识意见(2017)》^[6]以及《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]中关于脾虚湿盛证的相关内容制定中医证候评分量表,按症状的严重程度分无、轻度、中度、重度4级,主症(大便溏泻、腹痛隐隐)分别赋值0、2、4、6分,次症(劳累或受凉后加重、神疲倦怠、纳呆)分别赋值0、1、2、3分,舌脉象不进行评分。分值越高,表示症状越严重。

1.7.2 血清白细胞介素6(IL-6)水平检测 分别采集2组患者治疗前、治疗4周后空腹静脉血5mL,使用酶联免疫吸附法(ELISA)检测血清IL-6水平。

1.7.3 病情严重程度评估 采用肠易激综合征严重程度量表(IBS-SSS)评估患者的病情严重程度。该量表共有5个选项,每个选项满分100分,总分为500分。评定标准:轻度:75~175分;中度:176~300分;重度:>300分。

1.7.4 生活质量评估 采用肠易激综合征生活质量量表(IBS-QOL)评估患者的生活质量。该量表包括8个维度、34项评分内容,每项内容根据严重程度分别赋值1~5分。分值越高,表示生活质量越差。

1.7.5 心理精神状态评估 采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)和汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评估患者抑郁焦虑状态。HAMD评分<7分时代表无抑郁症状,分数与抑郁症状呈正相关;HAMA评分<7分

时代表无焦虑症状,分数与焦虑症状呈正相关。

1.7.6 疗效判定标准 参照2002年《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6],根据治疗前后中医证候积分的变化情况评价疗效。参照尼莫地平法计算疗效指数(证候积分减少率):证候积分减少率=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。

①临床痊愈:临床症状消失或基本消失,证候积分减少率≥90%;②显效:临床症状显著改善,70%≤证候积分减少率<90%;③有效:临床症状减轻,30%≤证候积分减少率<70%;④无效:临床症状无改善甚至加重,证候积分减少率<30%。总有效率=(临床痊愈例数+显效例数+有效例数)/总病例数×100%。

1.7.7 安全性评价 记录2组患者治疗过程中有无发生相关药物或治疗的不良反应,以评价2组用药的安全性。

1.8 统计方法 使用SPSS 26.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料(均符合正态分布和方差齐性要求)用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内治疗前后比较采用配对 t 检验,组间比较采用两独立样本 t 检验;计数资料用率或构成比表示,组间比较采用 χ^2 检验或Fisher精确检验。均采用双侧检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者脱落情况及基线资料比较 治疗过程中,观察组自行退出1例,脱落(因故未按疗程治疗)3例,失访1例;对照组自行退出3例,失访2例。最终2组各有30例患者完成全部疗程的治疗。观察组30例患者中,男14例,女16例;年龄18~58岁,平均(45.81±7.10)岁;病程1.2~5.3年,平均(3.20±1.56)年。对照组30例患者中,男11例,女19例;年龄19~60岁,平均(47.21±7.75)岁;病程1.1~4.9年,平均(3.53±1.21)年。2组患者的性别、年龄、病程等基线资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),表明2组患者的基线特征基本一致,具有可比性。

2.2 2组患者治疗前后中医证候积分比较 表1结果显示:治疗前,2组患者的中医证候积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。治疗后,2组患者的中医证候积分均较治疗前明显下降($P < 0.05$),且观察组的下降幅度明显优于对照

组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组腹泻型肠易激综合征(IBS-D)患者治疗前后中医证候积分比较

Table 1 Comparison of TCM syndrome scores between the two groups of patients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome(IBS-D)before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数/例	治疗前	治疗后
观察组	30	12.30 ± 1.442	4.10 ± 1.918 ^{①②}
对照组	30	12.33 ± 1.539	6.17 ± 1.802 ^①

注:① $P < 0.05$,与治疗前比较;② $P < 0.05$,与对照组治疗后比较

2.3 2组患者治疗前后血清IL-6水平比较 表2结果显示:治疗前,2组患者血清IL-6水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。治疗后,2组患者血清IL-6水平均较治疗前下降($P < 0.05$),且观察组的下降幅度明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组腹泻型肠易激综合征(IBS-D)患者治疗前后血清白细胞介素6(IL-6)水平比较

Table 2 Comparison of serum interleukin 6 level between the two groups of patients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome(IBS-D)before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, ng·L⁻¹)

组别	例数/例	治疗前	治疗后
观察组	30	113.36 ± 11.23	88.34 ± 10.31 ^{①②}
对照组	30	114.07 ± 10.83	107.41 ± 10.52 ^①

注:① $P < 0.05$,与治疗前比较;② $P < 0.05$,与对照组治疗后比较

2.4 2组患者治疗前后IBS-SSS评分比较 表3结果显示:治疗前,2组患者的IBS-SSS评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。治疗后,2组患者的IBS-SSS评分均较治疗前明显下降($P < 0.05$),且观察组的下降幅度明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.5 2组患者治疗前后IBS-QOL评分比较 表4结果显示:治疗前,2组患者的IBS-QOL评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。治疗后,2组患者的IBS-QOL评分均较治疗前明显下降($P < 0.05$),且观察组的下降幅度明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组腹泻型肠易激综合征(IBS-D)患者治疗前后肠易激综合征严重程度量表(IBS-SSS)评分比较

Table 3 Comparison of irritable bowel syndrome severity scoring system (IBS-SSS) scores between the two groups of patients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome (IBS-D) before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数/例	治疗前	治疗后
观察组	30	271.90 ± 74.839	148.93 ± 40.277 ^{①②}
对照组	30	275.67 ± 91.569	218.10 ± 53.387 ^①

注: ① $P < 0.05$, 与治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

表4 2组腹泻型肠易激综合征(IBS-D)患者治疗前后肠易激综合征生活质量量表(IBS-QOL)评分比较

Table 4 Comparison of irritable bowel syndrome-quality of life scale (IBS-QOL) scores between the two groups of patients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome (IBS-D) before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数/例	治疗前	治疗后
观察组	30	280.07 ± 74.263	152.77 ± 16.364 ^{①②}
对照组	30	273.17 ± 65.864	201.13 ± 65.793 ^①

注: ① $P < 0.05$, 与治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

2.6 2组患者治疗前后HAMA、HAMD评分比较 表5结果显示: 治疗前, 2组患者的HAMA、HAMD评分比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$),

表5 2组腹泻型肠易激综合征(IBS-D)患者治疗前后汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分比较

Table 5 Comparison of Hamilton anxiety scale (HAMA) scores and Hamilton depression scale (HAMD) scores between the two groups of patients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome (IBS-D) before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	例数/例	HAMD评分	HAMA评分
观察组	治疗前	30	16.80 ± 3.56	26.70 ± 7.57
	治疗后	30	9.77 ± 2.45 ^{①②}	14.10 ± 3.04 ^{①②}
对照组	治疗前	30	16.67 ± 3.09	27.03 ± 3.77
	治疗后	30	13.07 ± 2.74 ^①	19.87 ± 6.36 ^①

注: ① $P < 0.05$, 与治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

具有可比性。治疗后, 2组患者的HAMA、HAMD评分均较治疗前明显下降($P < 0.05$), 且观察组的下降幅度均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

2.7 2组患者中医证候疗效比较 表6结果显示: 治疗4周后, 观察组的总有效率为93.93%(28/30), 对照组为80.00%(24/30), 组间比较, 观察组的中医证候疗效明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.8 安全性评价 治疗过程中, 2组患者均无明显不良反应发生, 具有较高的安全性。

表6 2组腹泻型肠易激综合征(IBS-D)患者中医证候疗效比较

Table 6 Comparison of TCM syndrome efficacy between the two groups of patients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome (IBS-D) before and after treatment [例(%)]

组别	例数/例	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	30	3(10.00)	13(43.33)	12(40.00)	2(6.67)	28(93.93) ^①
对照组	30	0(0.00)	3(10.00)	21(70.00)	6(20.00)	24(80.00)

注: ① $P < 0.05$, 与对照组比较

3 讨论

肠易激综合征(IBS)是消化内科较为常见的功能性肠道疾病, IBS发病机制尚未明确, 目前西医认为其病因具有生物-心理-社会特征, 是一种由内脏高敏感、胃肠道炎症、寄生物、肠道微生物、胃肠动力等多种因素共同作用引起的大脑和肠道(通过大脑-肠道轴)双向信息交流异常的疾病^[7]。除了最常见的胃肠道症状如腹胀、腹痛、排便异常之外, 部分IBS患者还伴有焦虑、疲倦、睡

眠障碍等全身症状^[8], 且症状受患者的情绪影响明显。一直以来, IBS缺乏具有特异性的诊断标志物, 但近年来有研究发现炎症因子的表达在IBS发病过程中起重要作用。与健康人群比较, IBS患者的白细胞介素6(IL-6)水平显著升高^[9], 故可推测IL-6水平与IBS症状有一定的相关性。因此, 本研究不仅采用中医证候评分、肠易激综合征严重程度量表(IBS-SSS)评分、肠易激综合征生活质量量表(IBS-QOL)评分, 还以汉密尔顿抑郁量表

(HAMD)和汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分以及血清IL-6水平作为观察指标,以期从多个角度评价理脾祛湿方对脾虚湿盛证腹泻型IBS(IBS-D)患者的临床疗效。马来酸曲美布汀片对消化道运动具有双向调节作用^[10],有较好的缓解腹泻症状效果,是目前治疗IBS-D的一线药物之一;它还能通过与钙离子通道结合,抑制钙离子内流,降低胃肠道平滑肌兴奋性,缓解平滑肌痉挛,从而达到缓解腹痛的作用^[11]。

根据IBS-D的临床表现,可将其归属于中医学中的“腹痛”“泄泻”等范畴。对于“泄泻”病,中医认为其病变主要在脾,病位在大肠。如《景岳全书》^[12]中所云:“夫泄泻之本,无不由于脾胃。”脾虚是泄泻的主要病机:脾胃为后天之本,饮食入于胃,经腐熟后需经脾运化,使水谷精微之气得以输布全身;而现代人多饮食失节,或喜食生冷油腻之品,或过饮过食,易使脾胃受伤而致脾虚,脾虚则水失输布而成湿,正如《黄帝内经》(以下简称《内经》)所云:“清气在下则生飧泻”,即水谷精微之气有失输布则合污下降而成泄泻。“湿”亦可贯穿于泄泻的整个过程,正如《内经》所言“湿盛则濡泄”,也如《难经》所言“湿多成五泻”以及《医宗必读》^[13]所言“无湿不成泻”。由此可见,水泻之疾亦源于湿也。同时,因受岭南气候及地理环境影响,使得久居此地之人易感湿邪,而湿为阴邪,易困脾阳,脾受湿困,则运化不健;脾虚与湿盛常互为因果,故脾虚湿盛型IBS-D患者在临床上最为多见。

基于脾虚与湿盛为泄泻的常见病机,在临床上常互为因果:一方面脾虚则难以运化水液,水液停聚成湿;另一方面湿盛则困脾,久则脾阳受损可致脾虚。故本研究采用具有健脾祛湿功效的中药理脾祛湿方进行治疗,可取得令人满意的疗效。理脾祛湿方包含党参、炙甘草、茯苓、炒白术、苍术、厚朴、延胡索、薏苡仁、白豆蔻、防风、柴胡、白芍、陈皮等中药,健脾与祛湿并重。《医方考》^[14]云:“脾为万物之母,泄泻能坏人之母气”;而脾属土,脾虚需补之以甘味,故以党参为君药,以其味甘性温入脾,取“补中益气,和脾胃”之效(《本草纲目拾遗》^[15]);炒白术、炙甘草为臣药,助党参加强健脾之功。丹溪云:“泻多因湿,惟分利小水最为上策”,故以茯苓、薏苡

仁、苍术为臣药,茯苓、薏苡仁可利小便,苍术可发汗除湿,健脾与祛湿并重;湿重困脾,需醒之以芳香,白豆蔻性温芳香,可行气化湿,亦为臣药;苍术、白术燥湿,茯苓、薏苡仁渗湿,白豆蔻芳香化湿,且上述诸药均能温中补脾,能使土旺湿衰而泄泻自止矣。脾主升清,泄泻亦因脾胃升清降浊失司,且久泻亦需升提之药,故以陈皮、厚朴理气,柴胡升举阳气,清气升则飧泻可止;陈皮、厚朴配合苍术、甘草为平胃散原方,可增强理脾运脾之效,使脾健而湿去。久泻伤脾,脾虚则肝木可乘虚克之,故以芍药为佐药,取其味酸可伐肝疏脾;防风亦为佐药,可泻湿土而达木郁,久泻中佐以防风,使风行湿去,可助脾阳得运,配合芍药、陈皮、白术,取“痛泻要方”之义而可健脾泻肝;延胡索有良好的止痛功效,可行气活血,使气血通而不痛。诸药合用,共奏健脾祛湿、疏肝理气之功效。同时,现代药理学研究表明,理脾祛湿方中的党参具有提高免疫力、抗溃疡、促进胃肠道黏膜修复的作用^[16]。苍术^[17]、茯苓^[18]、薏苡仁^[19]、白豆蔻^[20]可治疗胃肠炎症,调节免疫系统,改善炎症反应;同时茯苓还具有促进胃肠道黏膜修复的作用^[21]。何毓玺等^[22]研究发现,痛泻要方(白术、白芍、防风、甘草)可有效改善内脏高敏性及IBS症状。延胡索具有极佳的镇痛作用,能有效缓解急性炎症引起的疼痛以及神经性疼痛^[23]。

本研究结果显示,经治疗4周后,观察组的总有效率为93.93%(28/30),对照组为80.00%(24/30),组间比较,观察组的中医证候疗效明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。表明与马来酸曲美布汀片相比,理脾祛湿方对脾虚湿盛型IBS-D患者临床症状的改善有明显优势。同时,治疗后,2组患者血清白细胞介素6(IL-6)水平均较治疗前明显下降($P < 0.05$),且观察组的下降幅度明显优于对照组($P < 0.05$),说明理脾祛湿方能够有效降低患者体内炎症因子水平,缓解机体炎症反应。本研究结果还显示,2组患者治疗后的IBS-SSS、IBS-QOL、HAMA、HAMD评分均较治疗前明显下降($P < 0.05$),且观察组对IBS-SSS、HAMA、HAMD、IBS-QOL评分的下降幅度均明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),说明理脾祛湿方可以有效提高IBS-D患者的生活质量,

改善患者焦虑、抑郁情绪以及肠道、肠外症状。

综上所述,理脾祛湿方治疗脾虚湿盛型IBS-D焦虑、抑郁患者临床疗效确切,能够显著缓解患者肠道症状,降低患者肠道炎症反应,改善患者焦虑、抑郁情绪,提高患者生活质量,且具有较高的安全性,值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] PACE F, MOLteni P, BOLLANI S, et al. Inflammatory bowel disease versus irritable bowel syndrome: a hospital-based, case-control study of disease impact on quality of life [J]. *Scand J Gastroentero*, 2003, 38(10): 1031-1038.
- [2] 陈利民,陶琦,牛聪慧等. 痛泻要方治疗腹泻型肠易激综合征基础与临床研究进展[J/OL]. *实用中医内科杂志*, 2023, 37(7): 108-111.
- [3] 张声生,魏玮,杨俭勤. 肠易激综合征中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. *中医杂志*, 2017, 58(18): 1614-1620.
- [4] 林欣蓉,郭绍举,李海文,等. 腹泻型肠易激综合征病例证素分布及用药规律研究[J]. *广州中医药大学学报*, 2022, 39(3): 485-490.
- [5] SCHMULSON M J, DROSSMAN D A. What is new in Rome IV [J]. *J Neurogastroenterol Motil*, 2017, 23(2): 151-163.
- [6] 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.
- [7] DROSSMAN D A, HASLER W L. Rome IV-functional GI disorders: disorders of gut-brain interaction [J]. *Gastroenterology*, 2016, 150(6): 1257-1261.
- [8] 王丹,李慧,田耀洲,等. 伴焦虑抑郁的腹泻型肠易激综合征的中医药治疗进展[J]. *云南中医中药杂志*, 2022, 43(7): 93-96.
- [9] 李海龙,任维,李彦敏,等. 肠易激综合征相关致病因素及发病机制研究进展[J]. *医学与哲学(B)*, 2017, 38(2): 73-76.
- [10] ALLESCHER H D, AHMAD S, CLASSEN M, et al. Interaction of trimebutine and Jo-1196 (fedotozine) with opioid receptors in the canine ileum [J]. *J Pharmacol Exp Ther*, 1991, 257(2): 836-842.
- [11] 聂莹莹. 马来酸曲美布汀片联合乳酸菌素片对腹泻型肠易激综合征患者肠道微生态功能的影响[J]. *黑龙江医药*, 2021, 34(4): 868-870.
- [12] 张介宾. 景岳全书[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007.
- [13] 李中梓. 医宗必读[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2020.
- [14] 吴琨. 医方考[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007.
- [15] 赵学敏. 本草纲目拾遗[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2020.
- [16] 兰晓燕,周利,李翔,等. 党参的研究进展及其质量标志物的预测分析[J]. *中国中药杂志*, 2023, 48(8): 2020-2040.
- [17] 薛东华,徐宁阳,李星宜,等. 苍术治疗脾胃疾病的研究进展[J/OL]. *辽宁中医药大学学报*, 2023, 25(7): 181-121.
- [18] 刘琦,耿晓桐,花娇娇,等. 茯苓化学成分及药理作用研究进展[J]. *品牌与标准化*, 2023(2): 106-109.
- [19] 付敬菊,董学,钟方晓,等. 薏苡仁的营养组成与现代药理研究进展[J]. *粮油食品科技*, 2023, 31(1): 93-99.
- [20] 代丹,吴浩然,胡春晨,等. 豆蔻的临床应用及其用量探究[J]. *吉林中医药*, 2021, 41(10): 1359-1362.
- [21] 段雨婷,张越,黄佳静,等. 茯苓不同部位水提物对脾虚模型小鼠健脾作用的研究[J]. *安徽中医药大学学报*, 2023, 42(2): 68-73.
- [22] 何毓玺,唐昭容,吴玥,等. 痛泻要方通过miR-199/TRPV1信号通路改善腹泻型肠易激综合征大鼠内脏高敏感[J]. *世界中西医结合杂志*, 2023, 18(4): 687-691, 718.
- [23] 李凯,杨靖,彭晶晶,等. 中药延胡索研究进展[J]. *陕西农业科学*, 2018, 64(6): 93-96.

【责任编辑: 陈建宏】