

以扶正化瘀胶囊作为肝硬化合并糖代谢异常的基础治疗药物,同时在中医常规辨证论治的方剂中加入肝糖异方(黄芪 50g,黄精 15g,虎杖 15g)一并煎服,结果中医证候好转率(85.3%)和糖代谢异常的总有效率(80.9%),均明显优于采用中医常规综合治疗方案的对照组(64.9%, 62.2%),治疗组治疗前后空腹血糖(FPG)差值及计算胰岛素抵抗指数(HOMA-IR)差值与对照组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。郝尧坤等^[17]用和解法治疗肝源性糖尿病,方药:柴胡 9g,黄芩 10g,法半夏 9g,党参 30g,甘草 6g,大枣 9g,虎杖 30g,巴戟天 6g,白花蛇舌草 30g,苍术 20g,玄参 30g,山药 30g。并与采用护肝、抗病毒、降糖治疗的对照组进行对照,结果两组治疗后 ALT、AST 水平和 TBIL 水平较治疗前明显降低($P<0.01$),空腹血糖、餐后 2h 血糖水平均较治疗前明显降低($P<0.01$),治疗组还能明显升高白蛋白与球蛋白比率($P<0.05$)。两组治疗后症状积分均较治疗前明显降低,但治疗组治疗前后 3 个月和 6 个月的积分差值要明显高于对照组($P<0.05$, $P<0.01$)。徐春军^[6]应用保肝愈消方(主要由生黄芪、白芍、生甘草、麦冬、北沙参、五味子等药物组成)治疗肝性糖尿病患者 116 例,结果在降低血糖的作用和在降低 ALT 方面以及在治疗糖化血红蛋白方面,与对照组相比,均有显著性差异($P<0.01$ 或 $P<0.05$);在治疗效果方面,总有效率为 92.24%,对照组总有效率为 81.73%,两组对比有显著性差异($P<0.01$)。郭宇^[5]用疏肝运脾消渴方:天花粉 30g、黄连 6g、生地黄 30g、生黄芪 30g、山药 15g、党参 15g、柴胡 6g、佛手 10g、石斛 10g、茵陈 15g、藕汁 15g。湿热重者,尿黄苔黄腻去党参加栀子、龙胆草、车前草;纳差苔白腻加藿香、苍术、白术;肝肾阴虚明显者加白芍、五味子、墨旱莲、鹿角霜;肢体震颤者加鳖甲、天麻。联合常规护肝药,不用任何降糖西药治疗 23 例患者,结果总效率为 78.3%。徐惠祥^[7]运用振源胶囊合六味地黄丸治疗肝源性糖尿病 30 例,结果总有效率为 83.3%。

2.3 中西医结合治疗

游源渊等^[18]在给一般保肝治疗(肝太乐、肝得健、VitC、肝氨等)及糖尿病饮食疗法基础上,不应用正规胰岛素,而口服六味地黄丸,加服维乐生 1 粒(内含 VitB1、B6 各 100mg, VitB12 0.2mg)治疗肝源性糖尿病 25 例,结果与对照组比较好转率分别为 92%和 89%,2 组相比无明显差异($P>0.05$);血糖恢复正常日数 2 组相比无明显差异($P>0.05$);ALT 恢复正常日数 2 组比较有显著性差异($P<0.05$),治疗组优于对照组。郭宇等^[19]根据肝源性糖尿病的病理性质,采用中医辨证,予以益气滋养肝肾、疏肝活血为主,佐以清热解毒,选用一贯煎加减:北沙参 15g,麦冬 24g,生地黄 20g,枸杞子 15g,川楝子 5g,山药 15g,赤芍、白芍各 15g,石斛 15g,茵陈 20g,丹参 10g,白术 10g,玄参 15g,五味子 9g,白花蛇舌草 15g,垂盆草 15g。证偏上消加天花粉、黄芩;偏中消加石膏、葛根、知母;偏下消加山茱萸、黄柏;食欲不振加麦芽、神曲;血瘀明显加桃仁、水蛭,配合

西医治疗 34 例患者。结果肝功能正常 15 例,肝功能基本正常 10 例,有效率 73.3%;空腹血糖、餐后 2h 血糖检查:总有效率 88.3%。

参考文献

- [1]王华宁,温伟波.肝源性糖尿病临床研究进展[J].实用肝脏病杂志,2003,6(1):59-60.
- [2]滕士超,丁明罡,程海波,等.清肝化瘀、调补肝肾法治疗肝源性糖尿病 22 例[J].中国中医药科技,2000,7(5):335-336.
- [3]孙钧.肝原性糖尿病的中医辨证思路[J].中医研究,2001,14(6):54-55.
- [4]魏素侠.从肝论治肝源性糖尿病 40 例[J].四川中医,1999,17(10):16-17.
- [5]郭宇.肝病合并糖尿病 23 例治疗观察[J].中华临床医学杂志,2004,5(9):85.
- [6]徐春军.保肝愈消方治疗 116 例肝性糖尿病临床研究[J].中国医药学报,1997,12(5):25-26.
- [7]徐惠祥.振源胶囊合六味地黄丸治疗肝源性糖尿病 30 例[J].实用中医药杂志,2000,16(10):34.
- [8]蒋明芹,赵晓丽,赵娟.益气温阳保肝降糖方治疗肝源性糖尿病 42 例[J].中国民间疗法,2007,15(12):22-24.
- [9]康良石.肝源性糖尿病诊治笔谈[J].中医药通报,2004,3(5):26-27.
- [10]赵长青,顾宏图,邢枫,等.肝硬化合并糖代谢异常的中医证候特点研究[J].上海中医药大学学报,2007,21(5):38-40.
- [11]赵长青,顾宏图,成扬,等.扶正化瘀肝糖综合治疗方案治疗乙型肝炎后肝硬化合并糖代谢异常的临床研究[J].中国中西医结合杂志,2008,28(1):24-27.
- [12]蔡惠标.病毒性肝炎合并糖尿病辨治体会[J].甘肃中医,2000,6(6):14-15.
- [13]张玲莉,付云霞,张楚华.肝源性糖尿病 26 例临床观察[J].中西医结合肝病杂志,1998,增刊(下):220-221.
- [14]胡坚文,吴文彪.肝硬变患者糖代谢异常与中医辨证的临床观察[J].辽宁中医杂志,2002,29(12):713-714.
- [15]麦静楠,徐列明,成扬,等.肝硬化合并糖代谢异常患者中医证候研究[J].上海中医药大学学报,2006,20(1):29-32.
- [16]滕士超,金妙文,丁明罡,等.清肝糖胶囊治疗肝源性糖尿病 22 例临床观察[J].中国中西医结合杂志,2000,20(6):465.
- [17]郝尧坤,程永华,张诗军.和解法治疗乙型肝炎相关性肝源性糖尿病的临床观察[J].北京中医药,2008,27(8):593-596.
- [18]游源渊,康淑华.六味地黄丸治疗肝源性糖尿病 25 例[J].福建中医药,1997,28(6):46.
- [19]郭宇,谭兰华.中药方加减治疗肝源性糖尿病的探讨[J].中国现代医药杂志,2007,9(5):117-118.

* 广西壮族自治区来宾市中医医院(546100)

中医药治疗腹泻型肠易激综合征概况

王忠有*

肠易激综合征(IBS)是临床最常见的一种胃肠道功能紊乱

性疾患,是一组包括腹痛、腹胀、大便习惯改变为主要特征,

并伴有大便性状异常,持续存在或间歇发作。临床分为腹泻型、便秘型、腹泻便秘交替型和腹痛型。IBS 在临床以腹泻型最多见,属于中医泄泻、腹痛、肠郁范畴。单纯西药治疗效果不佳,近年来中医中药对本病的认识及治疗得到了医学界的重视,且有一定的疗效,概述如下。

1 病因病机

1.1 情志失调、饮食不节、感受外邪为病因、诱因

张书生^[1]认为 IBS 多因情志失调、饮食不节及外感风寒等导致肠道气机升降出入失常而致。余大强等^[2]认为本病多因素体虚弱,饮食不节,劳倦内伤,以致脾胃虚弱;或情志不遂,精神忧郁,以致肝失条达,横逆犯脾,脾胃亏虚,运化失司,清浊不分,痛泻乃成。

1.2 体质因素是 IBS 发病基础

周福生等^[3]发现,该病的患者有明显的体质倾向,多属于肝郁质。23%的 IBS 症状与抑郁有关,故长期抑郁不舒可导致气机郁滞。在 IBS 患者中,女性远远高于男性的主要原因是女性自身的体质因素,中医认为“女子以肝为天”。对饮食致 IBS 的研究表明,IBS 患者属于肠道过敏体质。体质与 IBS 的证型亦密切相关,腻滞质和迟冷质多为 IBS 腹泻型。

1.3 肝脾病变为主、病位在肠

朱梅萍等^[4]认为,本病的发生与肝关系密切,烦恼郁怒,肝气不疏,从而影响脾胃的升降功能,肝木疏泄太过,往往导致腹泻的发生。脾气虚弱也是 IBS 发生的一个重要原因,在脾胃损伤的情况下,一旦为外界环境所扰,情志所伤,肝失条达,则肝脾同病,导致疾病的发生。刘周怀等^[5]认为,肝失条达、肝脾失和是 IBS 发病的主要病机,思虑过劳,脾气受损,脾气虚弱是另一主要病机,病位在肠。劳损久病,累及脾肾,痰浊瘀血是 IBS 继发的病理因素,往往在 IBS 病程较长后发生。

1.4 晚期脏腑失调、肝脾肾损伤为主

刘穗宁^[6]以分阶段来认识 IBS 病机,认为五脏之虚是 IBS 的病理基础,其规律往往先是一脏病变,久则导致多脏同病。如在轻症或早期,常见脾、肾、肺单脏气虚,或肝气郁,脾阴虚或肾阴虚肠燥、心气阴虚等证候;及至活跃期,则肝脾不调、脾肺气虚、脾肾阳虚、心肾两虚、大肠津亏等多证候联合出现;而缓解期更常见脾、肺、肾等多脏气虚,并兼肝气郁滞、大肠津亏等证候特征。

2 辨证分型论治

范汉淮^[7]治疗腹泻型 IBS 40 例,分肝气乘脾型,方选痛泻要方加味。脾胃虚弱型,方选参苓白术散加减。寒热夹杂型,方选乌梅丸加减。经 3 个疗程后,肝气乘脾型 12 例中,近期临床治愈 2 例,显效 3 例,有效 5 例,无效 2 例;脾胃虚弱型 20 例中,近期临床治愈 3 例,显效 8 例,有效 7 例,无效 2 例;寒热夹杂型 8 例,近期临床治愈 1 例,显效 2 例,有效 3 例,无效 2 例。刘穗宁^[6]按病症轻重缓急,分 3 个阶段辨证论治。早期或轻症阶段:脾胃气虚型,用参苓白术散加减。肝脾不调型,用自拟腹痛汤(独活、扭肚藤、炒白术、白芍、木香、桔梗、茯苓、薏苡仁、川楝子)。脾肺气虚型,用玉屏风散加味。活跃期或严重阶段:肝脾不调型,用自拟腹痛汤合左金丸化裁(独活、扭肚藤、炒白术、白芍、桔梗、甘草、木香、黄连、吴茱萸、陈皮、白茯苓、延胡索、川楝子、赤石脂)。脾肾阳虚型,用理中汤合四神丸加味。心肾两虚型,用甘麦大枣汤合左金丸化裁。

缓解期阶段:心脾两虚型,用归脾汤加减化裁。脾肺两虚型,用补肺汤加减化裁或玉屏风散加味化裁。肝脾不调型,用逍遥散加味化裁。脾肾两虚型,用陈夏六君子汤合二仙汤加减化裁。脾胃虚弱型,用参苓白术散加减化裁。心肾两虚型,用甘麦大枣汤合交泰丸加味。大肠津亏型,方用自拟术芪益气润肠汤(白术、黄芪、枳实、熟地黄、知母、黑芝麻、郁李仁、牛膝、肉苁蓉)。此阶段的巩固性治疗对于减少及预防 IBS 的复发有着良好的意义。

3 经方加减治疗

3.1 疏肝解郁、健脾和胃法

王伟^[8]共治疗 162 例 IBS 腹泻型(丢失 4 例),治疗组 80 例采用逍遥丸治疗,药用:柴胡 15g,当归、白芍、木香、炮姜各 10g,茯苓、炒白术各 30g,甘草 3g,随证加减。对照组 78 例,用思密达冲剂,两组均观察 4 周。结果:两组总体疗效比较,治疗组为 87%,对照组为 75%,治疗组能显著改善 IBS 腹泻型的临床症状。

3.2 益气健脾、渗湿止泻法

王书浩^[9]采用七味白术散(党参、茯苓、白术、炙甘草、藿香、木香、葛根)治疗慢性腹泻型 IBS 58 例,并与口服西药盐酸洛哌丁胺的 42 例作对照。结果治疗组总有效率 94.83%,对照组总有效率 80.95%。

3.3 抑肝扶脾、调和肠胃法

王玉保^[10]运用痛泻要方合半夏泻心汤治疗腹泻型 IBS,并与西药洛哌丁胺治疗比较。结果中药治疗组 41 例总有效率 95.12%,西药对照组 32 例总有效率 68.75%。治疗组总有效率高于对照组,经观察治疗组远期疗效也优于对照组。

4 针灸疗法

石志敏^[11]用针灸治疗腹泻型 IBS 48 例,取双侧足三里、上巨虚、三阴交,平补平泻,每 10min 行针 1 次,留针 30min。将鲜姜切成厚约 0.4cm,直径 1.5cm 的薄片,中用针刺 5~6 个小孔,置于神阙穴上,将艾绒捻成小枣大小艾柱,放在姜片上灸,每日针灸 1 次,10d 为 1 疗程,经治 1~2 个疗程,结果总有效率 98%、治愈率 58%。杨淑贤等^[12]运用温针灸、神阙穴贴敷以及温针灸联合神阙穴贴敷三种方法。各治疗腹泻型 IBS 48、45、50 例,有效率分别为 64.58%、64.44%、98.00%。温针灸配合神阙穴治疗的治疗效果明显优于单纯温针灸和贴敷疗法,体现了针药并用的整体治疗原则。

综上所述,中医药在治疗腹泻型 IBS 方面,治疗手段多样,因人而异,个体针对性强,疗效较显著。目前尚缺乏大规模、多中心的协作研究,今后应在临床上开展多学科综合治疗的疗效评定,并进行远期疗效的追踪观察。

参考文献

- [1]张书生.肠易激综合征从肺论治[J].四川中医,2005,23(3):17.
- [2]余大强,乐伟芬,周鉴,等.中医辨证治疗肠易激综合征(腹泻型)疗效观察[J].中国中医药信息杂志,2005,12(6):78-79.
- [3]周福生,罗琦,祝淑贞.肠易激综合征与体质的相关性研究[J].中医药学刊,2005,23(8):1359.
- [4]朱梅萍,张正利,林江.肠易激综合征的中医病因探讨及诊治思路[J].上海中医药杂志,2005,39(7):25.
- [5]刘周怀,齐爱珍,李振荣,等.肠易激综合征中医病机病理浅析[J].陕西中医,2005,26(9):974.

- [6]刘穗宁.分阶段辨证治疗肠易激综合征 30 例[J].中医药学刊,2005, 23(10): 1844-1845.
- [7]范汉淮.辨证分型治疗腹泻型肠易激综合征 40 例[J].辽宁中医学院学报, 2006, 8(1): 47.
- [8]王伟.逍遥丸治疗肠易激综合征腹泻型 80 例[J].陕西中医 2008, 29(1):45-46.
- [9]王书浩.七味白术散治疗慢性腹泻型肠易激综合征 58 例[J].江西中医药,2005, 36(9):29.
- [10]王玉保.痛泻要方半夏泻心汤并用治疗腹泻型肠易激综合征 41 例[J].实用中医内科杂志,2005,19(1):78.
- [11]石志敏.针灸治疗腹泻型肠易激综合征 48 例[J].浙江中医杂志, 2005,40(7):320.
- [12]杨淑贤,王秀芹,蔡永.温针灸、神阙穴贴敷治疗腹泻型肠易激综合征 143 例观察[J].河南中医,2006,26(12): 59-60.
- * 天津中医药大学第二附属医院(300193)