

调肝运脾汤治疗肠易激综合征临床疗效研究

张娟¹ 邱玉萍²

1 乌鲁木齐市中医医院，新疆乌鲁木齐，830000；

2 乌鲁木齐市中医医院南门分院，新疆乌鲁木齐，830000；

摘要：目的：探讨调肝运脾汤治疗肠易激综合征临床疗效。方法：选取自乌鲁木齐市中医医院病房及门诊符合纳入标准的肠易激综合征患者 80 例，按随机数字表法分为对照组 40 例（基础治疗+口服双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊）、治疗组 40 例（调肝运脾汤+基础治疗），分析患者的临床疗效。结果：治疗有效率：治疗组高于对照组（90.00%vs72.50%）， $P<0.05$ ；大便性状、腹痛、排便频率评分：治疗组治疗后低于对照组， $P<0.05$ ；中医证候评分：治疗组治疗后低于对照组， $P<0.05$ ；安全性：治疗组高于对照组（92.50%vs72.50%）， $P<0.05$ 。结论：肠易激综合征患者在基础治疗的基础上给予调肝运脾汤治疗，其大便性状、腹痛、排便频率等症状得到了显著的改善，且该治疗方式的安全性，证明了调肝运脾汤相比较于双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊的优越性，提升了中医在临床治疗方面的竞争力。

关键词：调肝运脾汤；肠易激综合征；治疗效果

DOI：10.69979/3029-2808.25.07.017

肠易激综合征（IBS）是临床上常见的消化系统疾病之一，它的发病率在各类消化系统疾病中居高不下，尤其是 IBS-D 最为多见^[1]。该病虽然不会对患者的生命安全产生直接威胁，但是该病会引起患者出现反复的腹痛、腹泻及排便异常等症状，给患有该病患者的日常生活产生严重影响。目前，西医治疗该病患者以对症为主，其中解痉剂、止泻剂等是临床上常用药物^[2]。上述药物虽然能缓解患者的临床症状，但是只能短时间缓解其症状，无法根治该病。此外，患者用药时间长了，会增加机体耐药性，因此患者单纯依靠西药治疗效果并不理想。因此，临床开始探索其他方式进行治疗，尤其是随着临床对中医研究加深，发现其在 IBS-D 治疗中的优势显著。中医理论将该病病机归结为“肝郁脾虚”，也就是由情志不畅可致肝气郁结，进而克犯脾胃，最终引发肠道功能紊乱^[3]。因此，中医治疗该病患者以疏肝健脾法为主，最常用的方剂是调肝运脾汤，能帮助患者缓解其临床症状。但该治疗方案在 IBS-D 患者的具体应用效果目前尚缺乏优质的循证依据。鉴于此，本文运用随机对照试验分析方法，对患者使用调肝运脾汤治疗的相关资料予以总结。有关内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2024 年 2 月—2024 年 12 月，选取自乌鲁木齐市中

医医院病房及门诊符合纳入标准的 IBS-D 者 80 例进行研究，按照随机数字表法随机分为 2 组。纳入标准：根据 2016 年罗马 IV IBS-D^[4]的诊断标准（患者腹痛并伴有以下这些症状中的两点或两点以上）：腹痛发作与排便相关；腹痛发作，且排便的频率也发生改变；腹痛发作，伴有粪便性状的改变；患者相关的辅助检查中，排除器质性改变和生化异常；知情同意：告知患者积极配合参与课题研究，并根据真实情况完成中医体质量表、抑郁量表、焦虑量表填写者；符合《肠易激综合征中医诊疗专家共识意见（2017）》中关于肝郁脾虚证证候的诊断标准。排除标准：药物不耐受者；腹泻是由其他原因所引起者；存在精神、意识障碍者；妊娠期（包括正处预备怀孕期）以及正在哺乳的妇女者；患有原发性心、脑、肾、血液等疾病以及其他影响生命的严重疾病；过敏体质；智力或行为等方面具有障碍的精神疾病者。两组一般资料差异无统计学意义， $P>0.05$ ，具有可比性，详见表 1。

表 1 患者的一般资料

组别	n	年龄（岁， $\bar{X} \pm s$ ）	性别（n，%）	
			男性	女性
治疗组	40	50~68（61.53±3.46）	22	18
对照组	40	52~69（61.65±3.77）	24	16

1.2 方法

基础治疗法：医务人员叮嘱患者要戒烟、酒，且叮嘱其要清淡饮食，避免进食辛辣、生冷、油腻等食物；同时，医务人员告知患者要保持情志舒畅，避免受凉、劳累及熬夜。

对照组：基础治疗+口服双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊（贝飞达，晋城海斯制药有限公司，国药准字 S19993065）0.84g，2 次/d。

治疗组：调肝运脾汤+基础治疗，调肝运脾汤组成如下：柴胡 12g，炒白芍、炒白术各 15g，陈皮、茯苓各 10g，防风、甘草各 6g，将上述药物进行水煎，取 400ml 药液，每次 200ml/次，1 剂/d，早晚饭前半小时加热后服用，以上方药均由乌鲁木齐市中医医院中药代煎药房制备（200ml/袋）。

疗程：入组时治疗第 2、4 周按照评定指标进行评定，总共疗程共 4 周。

1.3 观察指标

（1）治疗有效率：根据《肠易激综合征中医诊疗专家共识意见（2017）》^[5]。痊愈：腹痛即泻、急躁易怒、两胁胀满等症状消失或基本消失，疗效指数 $\geq 95\%$ ；显效：症状明显改善， $95\% >$ 疗效指数 $\geq 70\%$ ；有效：症状好转， $70\% >$ 证候积分减少 $\geq 30\%$ ；无效：症状无明显改善，甚至加重，效指数 $< 30\%$ 。采用尼莫地平法计算疗效指数。疗效指数=（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分 $\times 100\%$ 。

（2）根据《中药新药临床研究指导原则》^[6]的要求详细记录患者治疗前后腹痛的改善情况、排便次数以及大便性状的改善情况，划分为无、轻、中、重 4 级，分别计为 0、2、4、6 分。

（3）中医证候积分变化：腹痛即泻、急躁易怒、

两胁胀满、身倦乏力，由轻到重依次记为 0、3、6、9 分，分数越高症状越严重。

（4）安全性观察指标及评定：安全：无任何不良反应；比较安全：有轻度不良反应，但无需做特别处理，稍作休息或调整可缓解；存在安全性问题：患者自觉不适明显，有中度不良反应，及时处理后可继续进行试验；不安全：有严重不良反应，需终止治疗。

1.4 统计学分析

全部病例资料输入 SPSS22.0 统计软件包建立数据库并进行统计分析。计量资料采用均数 $\pm$ 标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）进行统计描述，计量资料符合正态分布采用 t 检验，不符合正态分布则采用非参数检验；计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差别有统计学意义。对调查数据进行统计，分析整理并得出结果。

2 结果

2.1 治疗有效率

治疗有效率：治疗组高于对照组（90.00%vs72.50%）， $P < 0.05$ ，详见表 2。

表 2 治疗有效率（n，%）

组别	n	无效	有效	显效	痊愈	治疗有效率
治疗组	40	4(10.00)	13(32.50)	8(20.00)	15(37.50)	36(90.00)
对照组	40	11(27.50)	14(35.00)	6(15.00)	9(22.50)	29(72.50)
χ^2						4.021
P						0.045

2.2 患者的排便改善情况

大便性状、腹痛、排便频率评分：治疗组治疗后低于对照组， $P < 0.05$ ，详见表 3。

表 3 患者的排便情况（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	n	大便性状		腹痛		排便频率	
		治疗 2 周后	治疗 4 周后	治疗 2 周后	治疗 4 周后	治疗 2 周后	治疗 4 周后
治疗组	40	3.35 $\pm$ 0.83	1.05 $\pm$ 0.37*	3.61 $\pm$ 0.84	1.13 $\pm$ 0.31*	3.58 $\pm$ 0.73	1.02 $\pm$ 0.13*
对照组	40	3.37 $\pm$ 0.87	1.43 $\pm$ 0.44*	3.62 $\pm$ 0.73	1.84 $\pm$ 0.44*	3.62 $\pm$ 0.81	1.81 $\pm$ 0.27*
t 值		0.105	4.181	0.057	8.343	0.232	16.673
P 值		0.917	0.000	0.955	0.000	0.817	0.000

注：组内对比存在统计学意义使用*表示（ $P < 0.05$ ）。

2.3 中医证候的改善情况

中医症候评分：治疗组治疗后低于对照组， $P < 0.05$ ，详见表 4。

表 4 中医证候的改善情况 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	腹痛即泻		急躁易怒		两胁胀满		身倦乏力	
		治疗 2 周后	治疗 4 周后	治疗 2 周后	治疗 4 周后	治疗 2 周后	治疗 4 周后	治疗 2 周后	治疗 4 周后
治疗组	40	3.87 ± 0.86	1.05 ± 0.22*	3.57 ± 0.57	1.06 ± 0.27*	3.77 ± 0.66	1.05 ± 0.26*	3.55 ± 0.64	1.08 ± 0.24*
对照组	40	3.73 ± 0.78	1.78 ± 0.36*	3.61 ± 0.58	1.57 ± 0.34*	3.67 ± 0.76	1.88 ± 0.37*	3.52 ± 0.68	1.77 ± 0.43*
t 值		0.763	10.943	0.311	7.429	0.628	11.608	0.203	8.862
P 值		0.448	0.000	0.757	0.000	0.532	0.000	0.840	0.000

注：组内对比存在统计学意义使用*表示 ($P < 0.05$)。

2.4 安全性情况

安全性：治疗组高于对照组， $P < 0.05$ ，详见表 5。

表 5 安全性情况 (n, %)

组别	n	安全	比较安全	存在安全性问题	不安全	安全性
治疗组	40	15 (37.50)	13 (32.50)	9 (22.50)	3 (7.50)	37 (92.50)
对照组	40	6 (15.00)	13 (32.50)	10 (25.00)	11 (27.50)	29 (72.50)
χ^2						5.541
P						0.019

3 讨论

当前，IBS 已成为消化系统的高发疾病，该病会引起患者反复腹痛、腹泻及大便性状异常，因此患者的生活质量明显降低。流行病学调查显示，我国北京、广州的患病率分别为 7.3% 和 5.6%，尤其最好发于中青年群体^[7]。该病虽然不会引起患者肠道器质性病变，但会引起患者内脏高敏感性及肠动力异常，尤其是 IBS-D 的发病机制与肠蠕动加快、分泌功能紊乱密切相关。目前，西医治疗 IBS-D 多以解痉药、止泻药等其他药物进行对症治疗，但是上述药物只能短时间缓解患者的临床症状。其中，患者肠道功能未得到改善，尤其该病反复发作会导致患者治疗时间漫长，致使患者易出现耐药性，所以西药治疗效果并不理想^[8]。因此，临床学者将治疗视野转入其他治疗方式，尤其是中医，发现这种方式在治疗 IBS-D 方面效果显著。中医理论认为，该病病机是肝郁脾虚，即情志不畅导致肝气郁结，进而影响脾胃运化，最终表现为腹痛、腹泻等症状。因此，基于这一理论，临床常用疏肝健脾类方剂，其中调肝运脾汤，通过调节肠道运动、改善内脏敏感性、稳定情绪等多途径发挥治疗作用。

分析本次研究结果，我们发现该病主要是因肝郁脾

虚所致，而调肝运脾汤的疏肝解郁、健脾化湿的功效恰恰与该病病机契合。方中的柴胡作为君药具有疏肝解郁的功效，在配伍炒白芍的柔肝止痛功效，能调节患者的肝气郁结，从而缓解患者腹痛等临床症状。柴胡中的柴胡皂苷能调节中枢神经系统功能，能进一步调节患者内脏敏感性，因此患者的预后效果得到明显改善。而白芍中的芍药苷则具有显著的解痉止痛作用，因此能缓解的腹痛情况。同时，炒白术、茯苓的健脾祛湿作用以及陈皮的理气和胃功效，能改善患者脾胃运化功能，从而调节患者的肠道蠕动节律。此外，方中的防风具有独特的“肠风药”特性，能针对性地缓解肠易激综合征特有的肠鸣、腹痛等症状，从而缓解其临床症状。方中药物均为临床常用中药，配伍得当，剂量适中，且经过炒制等炮制工艺处理，进一步降低了毒副作用，因此患者用药安全性明显提高。

综上所述，IBS-D 患者在基础治疗的基础上给予调肝运脾汤治疗，其大便性状、腹痛、排便频率等症状得到了显著的改善，且该治疗方式的安全性，证明了调肝运脾汤相比较于双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊的优越性，提升了中医在临床治疗方面的竞争力。

参考文献

[1] 李金斗, 夏建东, 梁邦杰, 等. 升阳健脾调肝汤治疗腹泻型肠易激综合征肝郁脾虚证 40 例[J]. 湖南中医杂志, 2024, 40(10): 9-1138.

[2] 李泽伦, 许二平, 王晓鸽. 从中医的“肝-髓-脑”轴理论探讨肠易激综合征发病机制[J]. 辽宁中医药大学学报, 2024, 26(8): 88-92.

[3] 王伟, 刘浩恩. 自拟调肝理脾汤治疗腹泻型肠易激综合征(肝郁脾虚型)临床疗效观察[J]. 四川中医, 2023, 41(11): 133-136.

[4] DROSSMANDA. 罗马 IV: 功能性胃肠病[M]. 方秀才, 侯晓华主译. 4 版. 北京: 科学出版社, 2016: 613. .

[5] 中华中医药学会脾胃病分会. 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): 1

614-1620.

[6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 162-165, 139-143, 124-129.

[7] 戴燕娜, 徐陆周. 从“调肝运脾”论治腹泻型肠易激综合征[J]. 江苏中医药, 2023, 55(2): 46-49.

[8] 唐林, 汪憬. 调肝运脾汤辅治腹泻型肠易激综合征的临床效果[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14(23): 80-82.

项目编号: ZYYMS-30

项目名称: 调肝运脾汤治疗肠易激综合征临床疗效研究

课题来源: 乌鲁木齐市中医药科技创新项目