

• 论 著 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2026.08.004

痛泻要方联合参苓白术散加减治疗脾胃虚弱证型 IBS-D 的疗效及对胃肠激素和炎症因子水平的影响*

林青华¹, 黎金凤^{2△}, 杨 静¹

1. 北京中医药大学东直门医院脾胃病科二区, 北京 101100; 2. 首都医科大学附属北京潞河医院中医中心, 北京 101100

摘要:目的 探讨痛泻要方联合参苓白术散加减治疗脾胃虚弱证型腹泻型肠易激综合征(IBS-D)的疗效及对胃肠激素和炎症因子水平的影响。方法 选取 2023 年 5 月至 2024 年 5 月北京中医药大学东直门医院收治的 108 例 IBS-D 患者作为研究对象, 并按照随机数字表法将其分为常规组和联合组, 每组 54 例。常规组采用口服匹维溴铵片进行治疗, 联合组在常规组治疗基础上加用痛泻要方联合参苓白术散加减进行治疗。2 组均持续治疗 3 周。比较 2 组治疗前后中医证候积分、病情严重程度[采用肠易激综合征严重程度量表(IBS-SSS) 评估]、生活质量[采用肠易激综合征专用生活质量量表(IBS-QOL) 评估]及血清胃肠激素[血管活性肠肽(VIP)、生长抑素(SS)、胃动素(MTL)、5-羟色胺(5-HT)]、血清炎症因子[白细胞介素-1 β (IL-1 β)、肿瘤坏死因子(TNF)- α 、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-10(IL-10)]水平。评估并对比 2 组临床疗效。结果 治疗后, 2 组患者血清 MTL、IL-10 水平均高于治疗前($P < 0.05$), 而中医证候积分、IBS-SSS 评分、IBS-QOL 评分及血清 VIP、5-HT、SS、IL-1 β 、TNF- α 、IL-6 水平均低于治疗前($P < 0.05$); 联合组治疗后血清 MTL、IL-10 水平均高于常规组($P < 0.05$), 而中医证候积分、IBS-SSS 评分、IBS-QOL 评分及血清 VIP、5-HT、SS、IL-1 β 、TNF- α 、IL-6 水平均低于常规组($P < 0.05$)。联合组总有效率为 92.45%, 明显高于常规组的 77.55% ($P < 0.05$)。结论 痛泻要方联合参苓白术散加减治疗 IBS-D 患者效果显著, 能够通过调节胃肠激素与血清炎症因子水平发挥治疗效果。

关键词: 痛泻要方; 参苓白术散; 腹泻型肠易激综合征; 脾胃虚弱; 胃肠激素水平; 炎症因子

中图分类号: R574.4; R259; R446.1 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2026)08-1031-06

Effect of Tongxie Yaofang combined with modified Shenling Baizhu powder in treating diarrheal irritable bowel syndrome and its impacts on levels of gastrointestinal hormones and inflammatory factor*

LIN Qinghua¹, LI Jinfeng^{2△}, YANG Jing¹

1. The Second Ward of Department of Spleen and Stomach Diseases, Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 101100, China; 2. Traditional Chinese Medicine Center, Beijing Luhe Hospital Capital Medical University, Beijing 101100, China

Abstract: Objective To investigate the efficacy of the combined treatment with Tongxie Yaofang and modified Shenling Baizhu powder for diarrhea irritable bowel syndrome (IBS-D) with spleen-stomach deficiency syndrome, and its effects on levels of gastrointestinal hormones and inflammatory factors. **Methods** A total of 108 IBS-D patients admitted to Dongzhimen Hospital of Beijing University of Chinese Medicine were enrolled from May 2023 to May 2024 as research subjects, and randomly divided into a conventional group and a combined group according to the random number table method, 54 cases in each group. The conventional group received oral treatment with piperazine bromide tablets, while the combined group received modified Tongxie Yaofang combined with Shenling Baizhu powder on the basis of the conventional group. Both groups underwent continuous treatment for 3 weeks. The Traditional Chinese Medicine (TCM) syndrome scores, disease severity [assessed by the Irritable Bowel Syndrome Severity Scale (IBS-SSS)], quality of life [assessed by

* 基金项目: 北京首都卫生发展科研项目(首发 2024-2-4194)。

作者简介: 林青华, 女, 主治医师, 主要从事中医脾胃方向的研究。△ 通信作者, E-mail: 737306755@qq.com。

引用格式: 林青华, 黎金凤, 杨静. 痛泻要方联合参苓白术散加减治疗脾胃虚弱证型 IBS-D 的疗效及对胃肠激素和炎症因子水平的影响

the Irritable Bowel Syndrome-Specific Quality of Life (IBS-QOL)] and serum gastrointestinal hormones [vasoactive intestinal peptide (VIP), somatostatin (SS), plasma motilin (MTL), 5-hydroxytryptamine (5-HT)], as well as serum inflammatory factors [interleukin-1 β (IL-1 β), tumor necrosis factor- α (TNF- α), interleukin-6 (IL-6), interleukin-10 (IL-10)] between the two groups before and after treatment were compared. Clinical efficacy was evaluated and compared between the two groups. **Results** After treatment, serum MTL and IL-10 levels in both groups were higher than those before treatment ($P < 0.05$), while TCM syndrome scores, IBS-SSS scores, IBS-QOL scores, as well as serum VIP, 5-HT, SS, IL-1 β , TNF- α and IL-6 levels were lower than those before treatment ($P < 0.05$). Serum MTL and IL-10 levels in the combined group after treatment were higher than those in the conventional group ($P < 0.05$), while TCM syndrome scores, IBS-SSS scores, IBS-QOL scores, as well as serum VIP, 5-HT, SS, IL-1 β , TNF- α and IL-6 levels were lower than those in the conventional group ($P < 0.05$). The total effective rate in the combined group was 92.45%, which was significantly higher than 77.55% in the conventional group ($P < 0.05$). **Conclusion** Tongxie Yaofang combined with modified Shenling Baizhu powder demonstrates significant efficacy in treating IBS-D patients, it can exert therapeutic effects by regulating gastrointestinal hormones and serum inflammatory factor levels.

Key words: Tongxie Yaofang; Shenling Baizhu powder; diarrheal irritable bowel syndrome; spleen-stomach deficiency; gastrointestinal hormone level; inflammatory factor

肠易激综合征(IBS)是一种常见的慢性功能性胃肠道疾病,在全球范围内影响9%~16%的人群,且女性发病率略高于男性;IBS主要症状为腹部疼痛,这种疼痛与排便频率的变化有关,且通常在没有器质性病变的情况下发生^[1]。腹泻型IBS(IBS-D)是IBS最常见的一个亚型,其高发病率不仅对患者的生活质量和工作效率造成严重影响,还导致临床资源的巨大消耗,因此在我国被列为重大疑难疾病^[2]。目前,西医针对IBS-D尚未研发出特效药物,临床策略主要依靠解痉药、止泻剂、抗菌药物及微生态调节剂等。而中医在治疗IBS-D方面展现出独特优势,依据中医的整体观念和个体化治疗原则,中药治疗不仅能够有效缓解胃肠道症状,还能显著提升患者的生活质量^[3-4]。参苓白术散由多种中药材配伍而成,具有补益脾气、消食化积、祛湿止泻的功效,其能够显著提升机体的免疫功能,调节肠道菌群平衡^[5]。痛泻要方则以健脾益气、疏解肝气为主要作用,在IBS-D的治疗中展现出良好疗效^[6]。同时,胃肠激素与炎症因子在IBS-D发病中起关键作用。胃肠激素分泌失衡可导致肠道动力异常与腹泻;而炎症因子过度释放则引发肠道低度炎症与黏膜屏障损伤^[2,5]。因此,同步监测上述指标对全面评估病情及疗效具有重要意义。基于此,本研究拟探讨痛泻要方联合参苓白术散加减治疗IBS-D疗效,以及对胃肠激素和炎症因子水平的影响,以期为IBS-D的临床治疗提供新的思路和方法。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2023年5月至2024年5月北京中医药大学东直门医院收治的108例IBS-D患者

作为研究对象,并按照随机数字表法将其分为常规组和联合组,每组54例。纳入标准:(1)符合《2020年中国肠易激综合征专家共识意见》^[7]中IBS-D的诊断标准;(2)年龄18~75岁;(3)中医辨证为脾胃虚弱证型(腹泻、腹部不适、食少纳呆、里急后重等)^[8];(4)智力水平正常,意识清楚,与医护人员沟通无障碍。排除标准:(1)对本研究涉及药物及中药相关成分有过敏史;(2)患有心、肺、肝、肾及造血系统等重大原发性疾病;(3)妊娠期、哺乳期或计划在研究期间妊娠的女性;(4)伴严重并发症,包括但不限于肠道局部狭窄、中毒性巨结肠、肠梗阻、结肠或直肠癌、肠穿孔以及各类肛门疾病等;(5)伴严重消化道疾病;(6)患有精神病或精神障碍,存在重度焦虑;(7)临床资料不完整。所有研究对象均自愿签署知情同意书。本研究经北京中医药大学东直门医院医学伦理委员会审核批准[审批号:BJDZMY2023(科)-010079]。

1.2 方法

1.2.1 基线资料收集 通过医院电子病历系统收集所有患者性别、年龄、病程等基线资料。

1.2.2 治疗方法 常规组采用匹维溴铵片(生产厂家:北京福元医药股份有限公司;批准文号:国药准字H20133036;规格:50 mg)进行治疗,3次/d,每次50 mg。联合组在常规组治疗基础上,加用北京中医药大学东直门医院自拟的痛泻要方联合参苓白术散加减方剂进行治疗。组方:党参、茯苓、白术(炒)、防风、甘草、白芍、山药各10 g,白扁豆(炒)15 g,莲子、薏苡仁(炒)、砂仁、桔梗各5 g,陈皮12 g;腹痛明显者,加延胡索10 g;腹胀明显者,加木香6 g;食欲减退者,加焦

三仙各 10 g;大便黏液多者,加苍术 10 g。所有中药均由北京中医药大学东直门医院中药房统一采购、配制并煎煮,每剂浓缩至 100 mL,分装为 2 袋(每袋 50 mL)。每日 1 剂,早晚温服。2 组均持续治疗 3 周。

1.2.3 中医证候积分评估 依据《中药新药临床研究指导原则》^[8]的相关规定,对 2 组患者治疗前后中医证候改善情况进行全面评估,包括腹泻、腹部不适、里急后重等中医症状。采用标准化的评分细则,将症状严重程度分为 4 个等级,并分别赋予量化分数:0 分表示无症状;2 分表示轻度症状,不影响日常生活;4 分表示中度症状,对日常生活造成一定困扰;6 分表示重度症状,严重干扰日常生活。得分越高提示症状越严重。

1.2.4 血液标本采集 于治疗前 1 d 及治疗结束后第 2 天清晨,采集患者空腹状态下(禁食 8 h 以上)肘静脉血 5 mL,静置 30 min 后,以 3 000 r/min 离心(半径:10 cm)15 min,分离上层血清,分装于 2 个 EP 管中,并置于一 80 °C 超低温冰箱中保存待测。

1.2.5 胃肠激素水平检测 采用放射免疫分析法检测治疗前后血清胃肠道激素水平,包括血管活性肠肽(VIP)、生长抑素(SS)、胃动素(MTL);采用酶联免疫吸附试验(ELISA)检测血清 5-羟色胺(5-HT)水平,5-HT ELISA 试剂盒购自武汉菲恩生物科技有限公司

(货号:EH4005)。

1.2.6 炎症因子水平检测 采用 ELISA 检测治疗前后血清白细胞介素-1 β (IL-1 β)、肿瘤坏死因子(TNF)- α 、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-10(IL-10)水平。IL-1 β 、TNF- α 、IL-6、IL-10 ELISA 试剂盒均购自武汉菲恩生物科技有限公司(货号:EH0185、EH0302、EH0201、EH0173)。

1.2.7 病情严重程度及生活质量评估 采用肠易激综合征严重程度量表(IRS-SSS)^[9]评估患者病情严重程度,该问卷涵盖腹痛程度、腹痛天数、排便情况、腹胀气以及对生活质量的影响 5 个维度,每个维度包含 1~5 个问题,每个问题评分 0~100 分。量表总分为 0~500 分,得分越高提示患者病情越严重。采用 IBS 专用生活质量量表(IRS-QOL)^[10]评估患者生活质量,该量表全面覆盖焦虑情绪、健康担忧、行为受限、社交功能、饮食习惯、性生活、身体感受及人际关系 8 个方面,共 34 个评估项目,每个项目采用 5 级评分制,总分 0~100 分,得分越高提示患者的生存质量越低。

1.2.8 不良反应 记录并比较 2 组治疗过程中不良反应发生情况,包括恶心、便秘、腹泻、皮疹等。

1.2.9 疗效评估 依据治疗前后中医证候积分的变化及症状,将疗效分为 3 个等级(表 1)。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 \times 100%。

表 1 疗效评估

疗效分级	评估标准 ^[8]
显效	中医证候积分降低幅度 \geq 80%,大便形态及排便次数恢复正常,患者腹部不适等相关症状消失
有效	中医证候积分降低幅度 \geq 30%且 $<$ 80%,大便性状有明显改善,且排便次数减少,患者的腹部不适等症状得到缓解
无效	中医证候积分降低幅度 $<$ 30%,患者症状未减轻或较治疗前再次加重

1.3 统计学处理 采用 SPSS23.0 统计软件进行数据处理与分析。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,2 组间比较采用独立样本 t 检验,组内治疗前后比较采用配对 t 检验。计数资料以例数或百分比表示,2 组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组基线资料比较 治疗期间,联合组出现失访 1 例,常规组退出 5 例(3 例未按时服药、1 例失访、1 例服用其他药物),最终完成研究 102 例,其中联合组 53 例、常规组 49 例,所有退出病例均未纳入统计分析。联合组中男 24 例,女 29 例;年龄为 25~43 岁,平均(35.12 \pm 7.62)岁;病程 1~5 年,平均(3.69 \pm 1.17)年。常规组中男 23 例,女 26 例;年龄为 27~46 岁,平均(36.71 \pm 8.41)岁;病程 1~5 年,平均

(3.25 \pm 1.04)年。2 组性别、年龄、病程比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

2.2 2 组治疗前后中医证候积分比较 治疗前,2 组腹泻、腹部不适、里急后重症状积分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,2 组腹泻、腹部不适、里急后重症状积分均低于治疗前,且联合组低于常规组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 2 组治疗前后血清 VIP、MTL、SS、5-HT 水平比较 治疗前,2 组血清 VIP、MTL、SS、5-HT 水平比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2 组血清 VIP、SS、5-HT 水平低于治疗前,血清 MTL 水平高于治疗前,差异均有统计学意义($P < 0.05$);联合组治疗后血清 VIP、SS、5-HT 水平低于常规组,血清 MTL 水平高于常规组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 2 组治疗前后血清 IL-1 β 、TNF- α 、IL-10、IL-6 水平比较 治疗前,2 组血清 IL-1 β 、TNF- α 、IL-10、IL-6 水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);治疗后,2 组血清 IL-10 水平高于治疗前,而血清 IL-1 β 、TNF- α 、

IL-6 水平低于治疗前,差异均有统计学意义($P<0.05$);联合组治疗后血清 IL-10 水平高于常规组,而血清 TNF- α 、IL-1 β 、IL-6 水平低于常规组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

表 2 2 组治疗前后患者中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	腹泻		腹部不适		里急后重		总积分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	49	4.51 \pm 1.37	1.72 \pm 0.56*	4.30 \pm 1.35	1.55 \pm 0.45*	4.12 \pm 1.33	1.69 \pm 0.41*	12.93 \pm 2.85	4.96 \pm 1.12*
联合组	53	4.50 \pm 1.43	1.36 \pm 0.42*	4.42 \pm 1.27	1.31 \pm 0.41*	4.14 \pm 1.32	1.50 \pm 0.39*	13.06 \pm 2.71	4.17 \pm 0.98*
t		0.036	3.646	-0.458	2.790	-0.075	2.375	0.236	3.798
P		0.972	<0.001	0.648	0.006	0.940	0.019	0.814	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

表 3 2 组治疗前后血清 VIP、MTL、SS、5-HT 水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	VIP(ng/L)		MTL(pg/mL)		SS(pg/mL)		5-HT(ng/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	49	67.43 \pm 12.61	49.08 \pm 14.36*	151.03 \pm 32.87	202.97 \pm 56.72*	19.19 \pm 5.39	14.35 \pm 4.58*	185.62 \pm 23.45	152.38 \pm 28.76*
联合组	53	68.22 \pm 12.74	37.85 \pm 12.43*	154.64 \pm 33.65	236.83 \pm 58.49*	20.24 \pm 5.74	10.76 \pm 2.79*	183.25 \pm 21.89	128.57 \pm 25.32*
t		-0.312	4.186	-0.542	-2.937	-0.942	4.755	0.523	4.399
P		0.756	<0.001	0.589	0.004	0.348	<0.001	0.602	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

表 4 2 组治疗前后血清 IL-1 β 、TNF- α 、IL-10、IL-6 水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	IL-1 β (mg/L)		TNF- α (ng/L)		IL-10(ng/L)		IL-6(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	49	21.21 \pm 4.25	14.94 \pm 3.89*	41.66 \pm 13.87	32.32 \pm 8.51*	19.60 \pm 5.73	30.88 \pm 7.32*	53.76 \pm 9.21	29.30 \pm 7.62*
联合组	53	22.57 \pm 4.56	12.31 \pm 2.34*	42.81 \pm 14.23	26.87 \pm 7.82*	18.28 \pm 3.99	34.23 \pm 6.91*	53.34 \pm 9.78	24.73 \pm 6.49*
t		-1.541	4.116	-0.409	3.337	1.341	2.354	0.221	3.233
P		0.126	<0.001	0.683	0.001	0.183	0.021	0.826	0.002

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.5 2 组治疗前后 IBS-SSS、IBS-QOL 评分比较 治疗前,2 组 IBS-SSS、IBS-QOL 评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);治疗后,2 组 IBS-SSS、IBS-QOL 评分低于治疗前,且联合组低于常规组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 5。

表 5 2 组治疗前后 IBS-SSS 和 IBS-QOL 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

分组	n	IBS-SSS 评分		IBS-QOL 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	49	305.51 \pm 61.67	187.32 \pm 29.83*	71.26 \pm 14.96	44.70 \pm 13.16*
联合组	53	316.43 \pm 64.31	153.83 \pm 27.51*	73.03 \pm 15.23	36.09 \pm 11.05*
t		-0.866	5.839	-0.586	3.549
P		0.389	<0.001	0.559	0.001

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.6 2 组临床疗效比较 联合组总有效率为 92.45%,明显高于常规组的 77.55%,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 6。

2.7 2 组不良反应发生情况比较 常规组出现轻微不良反应 3 例(6.12%),未经特殊处理自行缓解;联合组出现轻度不良反应 4 例(7.55%),经对症处理后均好转。2 组均未出现严重不良反应,且 2 组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 7。

表 6 2 组临床疗效比较[n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
常规组	49	24(48.98)	14(28.57)	11(22.45)	38(77.55)
联合组	53	32(60.38)	17(32.07)	4(7.55)	49(92.45)
χ^2					4.508
P					0.034

表 7 2 组不良反应发生情况比较[n(%)]

组别	n	恶心	便秘	腹泻	皮疹	总发生率
常规组	49	2(4.08)	1(2.04)	0(0.00)	0(0.00)	3(6.12)
联合组	53	0(0.00)	1(1.89)	2(3.77)	1(1.89)	4(7.55)
χ^2						0.012
P						0.914

3 讨 论

IBS 以腹痛、不适及排便习惯频繁变化为典型表现,根据排便习惯的主要变化模式,IBS 可细分为 4 种类型:便秘型、腹泻型、便秘与腹泻混合型以及未特定分类的 IBS,其中 IBS-D 最为常见^[11]。在 IBS-D 患者中,VIP 水平升高可能促进肠道平滑肌的过度松弛,同时增加肠道分泌物,进而加重腹泻症状^[12]。SS 可抑制胃酸分泌,缓解胃肠道蠕动,有助于维持胃肠道的生理功能处于稳定状态^[13]。MTL 由胃肠道黏膜细胞分泌,可刺激胃肠道平滑肌收缩,加速胃肠道排空,有助于食物的消化和排泄^[14]。有研究表明,5-HT 可调控 IBS 患者症状和情绪,肠道菌群通过产生丁酸盐等方式提升其水平,进而影响胃肠功能,在 IBS-D 患者中,5-HT 水平升高会加速肠道内容物传输,从而诱发腹泻^[15]。本研究结果表明,痛泻要方联合参苓白术散加减治疗 IBS-D,可促进 MTL 分泌,同时抑制 VIP、SS、5-HT,且相较于常规治疗方法,该联合治疗在调节患者胃肠激素水平、优化胃肠运动功能及增进肠道液体分泌方面效果更显著。在急性炎症阶段,IL-1 β 和 TNF- α 是促炎性细胞因子,他们能够激活肠道黏膜免疫细胞引发级联反应^[16]。IL-1 β 可刺激肠上皮细胞释放趋化因子,导致肠道黏膜屏障受损、通透性增加;TNF- α 可干扰肠道动力、促进炎症介质合成,引发腹痛、腹泻^[17]。IL-6 是多功能促炎性细胞因子,不仅能放大 IL-1 β 和 TNF- α 效应,增强肠道内脏高敏感性,还可能影响胃肠激素分泌,加重肠道动力紊乱^[18]。IL-10 是抗炎细胞因子,由调节性 T 细胞分泌,能抑制促炎性细胞因子合成与释放。IBS-D 患者 IL-10 呈低表达,导致促炎与抗炎平衡失调,肠道处于持续低度炎症状态^[19]。本研究中,联合组治疗后血清 IL-10 水平显著高于常规组,而血清 TNF- α 、IL-1 β 和 IL-6 水平显著低于常规组,进一步证实联合治疗方案在降低炎症因子水平、减轻炎症状态方面具有显著优势。

从中医理论角度剖析,IBS-D 的发病原因较为复杂,涉及外感六淫邪气、饮食不节致脏腑内伤、情绪失调以及先天体质较弱等多个因素,尽管其主要病位在肠道,但与其他脏腑如肝、心、脾胃等也存在紧密的关联^[20]。中医结合临床表现,可将 IBS-D 归入中医学“腹痛”“泄泻”范畴,其核心病理机制为气机、脏腑、阴阳失调,脾胃虚弱致湿浊阻滞、气机不畅、清阳不升;情志不畅引发肝郁脾虚,湿食等实邪停滞胃肠,致脏

腑失调;病久累及肾阳,火不暖土,最终导致阴极阳衰、阴阳失衡,从而诱发痛泻^[21]。参苓白术散与痛泻要方联合配伍,融和了 2 种经典方剂的优势。组方中党参、茯苓、白术、山药均展现出健脾益气的显著功效,能够强化脾胃的运化能力,加速水湿的代谢过程,进而有效改善腹泻症状;白扁豆、莲子、薏苡仁则以其健脾止泻的特性,治疗脾虚引起的泄泻;砂仁与陈皮则通过行气调中的方式,有效缓解腹胀、腹痛等不适感;防风以其祛风止痛的能力,白芍则养血柔肝、缓急止痛,二者协同作用,成功调和肝脾,有效减轻肝郁脾虚所导致的腹痛、腹泻问题;桔梗宣肺利咽,引药上行调节肺功能,甘草则调和药性并缓急止痛^[22-23]。诸药合用,共奏补脾益肝、祛湿止泻之功。本研究发现,联合组的中医证候各单项积分、IBS-SS 评分及 IBS-QOL 评分均显著低于常规治疗组,证实了参苓白术散与痛泻要方联合治疗在减轻 IBS-D 患者症状严重程度、提升患者生活质量方面有显著优势。痛泻要方与参苓白术散均属于中药方剂,二者加减联合应用于 IBS-D 的治疗时,通过多种中药成分的协同作用,能够有效达成疏肝解郁、祛湿止泻及健脾益气的治疗疗效。由于采用纯中药制剂,治疗过程对机体产生的毒副作用相对较低,有助于缓解不良刺激,从而提高治疗的安全性及舒适度^[24]。

参苓白术散作为治疗脾虚湿盛泄泻的经典方剂^[25],可作为基础治疗参照;而 IBS-D 患者常存在“肝郁脾虚”与“脾虚湿盛”并存的复合病机^[26],参苓白术散难以解决肝气郁结引发的“肝木乘土”问题,痛泻要方恰以疏肝柔肝、调和肝脾见长^[27],二者联用可实现对 IBS-D 多维度的干预。尽管学术界对痛泻要方治疗腹泻的机制尚存争议,但古代文献均围绕调和肝脾展开,现代研究也证实其成分能调节肠道功能、增强肠黏膜屏障,或通过调节神经递质协同参苓白术散作用于“脑-肠轴”,从而发挥综合疗效。

综上所述,痛泻要方联合参苓白术散加减在治疗 IBS-D 方面具有显著的临床疗效,且可能通过调节胃肠激素和血清炎症因子水平来发挥治疗作用。然而,本研究也存在一定的局限性,如观察时间短、未监测长期安全性,且由于中药复方成分复杂,缺乏对肝、肾功能等安全指标的跟踪。后续研究可考虑延长随访时间、扩大样本量、完善检测指标,并借助现代药理学与分子生物学技术,深入探讨联合用药的作用机制,进一步验证其有效性与安全性。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突。

作者贡献 林青华:设计研究方案、实施研究过程、论文撰写与修改;黎金凤:研究指导、分析试验数据、论文审核;杨静:实施研究过程、数据整理、统计分析。

参考文献

[1] WANG Y Q, MA W J, MEHTA R, et al. Diet

- and gut microbial associations in irritable bowel syndrome according to disease subtype[J]. Gut Microbes, 2023, 15(2): 2262130.
- [2] 张续, 赵莉平, 安荣. 肠易激综合征生物标志物研究进展[J]. 陕西医学杂志, 2022, 51(8): 1038-1041.
- [3] 杨清瑞, 胡泽玉, 雷玉玉, 等. 基于 5-羟色胺信号通路探讨中医药辨证治疗腹泻型肠易激综合征的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2023, 29(24): 250-259.
- [4] 余雨恬, 谢云鹤, 刘强. 四逆散合五苓散加减联合埋针治疗腹泻型肠易激综合征肝郁脾虚型临床研究[J]. 实用中医药杂志, 2025, 41(3): 451-453.
- [5] 徐博文, 徐海丰, 程晨. 参苓白术散加减对腹泻型肠易激综合征脾虚湿盛证患者血清胃肠激素水平的影响[J]. 检验医学与临床, 2024, 21(4): 530-532.
- [6] 梅洋, 王凌燕. 痛泻要方联合穴位贴敷治疗腹泻型肠易激综合征肝郁脾虚证临床研究[J]. 实用中医药杂志, 2025, 41(2): 222-224.
- [7] 中华医学会消化病学分会胃肠功能性疾病协作组, 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组. 2020 年中国肠易激综合征专家共识意见[J]. 中华消化杂志, 2020, 40(12): 803-818.
- [8] 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: 361-364.
- [9] 吴伟. 参苓白术汤结合艾灸治疗腹泻型肠易激综合征的临床分析[J]. 临床研究, 2024, 32(2): 121-123.
- [10] 苑刚, 孙海源, 孙波. 双歧杆菌三联活菌胶囊联合匹维溴铵在肠易激综合征患者中的应用效果[J]. 中国医学创新, 2024, 21(3): 5-8.
- [11] SU Q, TUN H M, LIU Q, et al. Gut microbiome signatures reflect different subtypes of irritable bowel syndrome [J]. Gut Microbes, 2023, 15(1): 2157697.
- [12] 何依依, 蔡胜男, 张珺玲, 等. 中医药调节胃肠激素水平治疗功能性便秘的研究进展[J]. 实用中医内科杂志, 2024, 38(8): 96-99.
- [13] 邱亿明, 王泽宇, 帅艳常. 浮针疗法结合隔药灸脐治疗腹泻型肠易激综合征及对患者胃肠激素水平和菌群结构的影响[J]. 陕西中医, 2023, 44(2): 250-254.
- [14] 杜明, 张若琳, 戴秋红, 等. 温针灸八髎穴与天枢穴联合养血滋阴汤对老年人功能性便秘临床症状和血清胃肠激素水平的影响[J]. 陕西中医, 2024, 45(6): 841-845.
- [15] 彭金婵, 韦金秀, 刘柱, 等. 基于“肠-脑轴”探讨中医药干预腹泻型肠易激综合征的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2025, 31(8): 311-319.
- [16] 杨伟宁, 姚锐, 王文升. 大黄素对术后肠梗阻大鼠胃肠动力、炎症和氧化应激反应的影响及机制研究[J]. 陕西医学杂志, 2023, 52(3): 252-256.
- [17] 吴心悦, 丁可欣, 吴飞, 等. 中药治疗腹泻型肠易激综合征的生物靶标研究进展[J]. 天然产物研究与开发, 2023, 35(10): 1820-1831.
- [18] 张娇, 陈婷, 刘靖, 等. 痛泻要方联合艾灸治疗腹泻型肠易激综合征效果及对免疫球蛋白、血清炎症因子水平的影响[J]. 中国医药导报, 2023, 20(35): 141-145.
- [19] 史先芳, 刘铁梅, 何桂钧. 痛泻要方对腹泻型肠易激综合征患者炎症因子表达的影响[J]. 哈尔滨医科大学学报, 2024, 58(1): 15-19.
- [20] 刘蝶, 康书芹, 罗红, 等. 中医药治疗腹泻型肠易激综合征的研究进展[J]. 中国肛肠病杂志, 2024, 44(8): 72-75.
- [21] 谢格格, 张冰, 董丽雯, 等. 国医大师张磊运用燮理法辨治腹泻型肠易激综合征之经验[J]. 江苏中医药, 2025, 57(1): 6-9.
- [22] 欧阳琦, 刘玉萍, 欧阳兴橙. 参苓白术颗粒联合痛泻要方治疗肝郁脾虚证腹泻型肠易激综合征[J]. 深圳中西医结合杂志, 2023, 33(8): 50-53.
- [23] 潘震东, 黄适, 陈小霞, 等. 痛泻要方治疗腹泻型肠易激综合征的 Meta 分析[J]. 中医研究, 2023, 36(6): 77-82.
- [24] 袁清. 参苓白术散合痛泻要方对肝郁脾虚型慢性腹泻的疗效及中医症候积分及不良反应的影响[J]. 黑龙江中医药, 2023, 52(6): 189-191.
- [25] 高亮, 赖舒, 曾静, 等. 参苓白术散联合肠内营养治疗“脾虚湿蕴证”溃疡性结肠炎的药物临床研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2025, 33(4): 455-459.
- [26] 刘会敏, 时素华, 高俊霞, 等. “养心调肠”针法治疗腹泻型肠易激综合征肝郁脾虚证理论探讨[J]. 陕西中医, 2023, 44(10): 1427-1430.
- [27] 李晶晶, 邓修洪, 杨霞, 等. 痛泻要方治疗大肠相关性疾病的研究进展[J]. 四川中医, 2025, 43(4): 214-221.

(收稿日期: 2025-06-03 修回日期: 2025-11-28)

(编辑: 李菲菲 陈秋莲)