



时珍国医国药

Journal of Li-shizhen Traditional Chinese Medicine

ISSN 1008-0805, CN 42-1436/R

《时珍国医国药》网络首发论文

题目：五加减正气散联合耳穴压豆治疗脾虚湿阻型腹泻型肠易激综合征
作者：潘海迪，梅笑，王子明，王伟，邓华亮
收稿日期：2025-03-25
网络首发日期：2025-08-14
引用格式：潘海迪，梅笑，王子明，王伟，邓华亮. 五加减正气散联合耳穴压豆治疗脾虚湿阻型腹泻型肠易激综合征[JOL]. 时珍国医国药.
<https://link.cnki.net/urlid/42.1436.R.20250814.1000.002>



网络首发：在编辑部工作流程中，稿件从录用到出版要经历录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿等阶段。录用定稿指内容已经确定，且通过同行评议、主编终审同意刊用的稿件。排版定稿指录用定稿按照期刊特定版式（包括网络呈现版式）排版后的稿件，可暂不确定出版年、卷、期和页码。整期汇编定稿指出版年、卷、期、页码均已确定的印刷或数字出版的整期汇编稿件。录用定稿网络首发稿件内容必须符合《出版管理条例》和《期刊出版管理规定》的有关规定；学术研究成果具有创新性、科学性和先进性，符合编辑部对刊文的录用要求，不存在学术不端行为及其他侵权行为；稿件内容应基本符合国家有关书刊编辑、出版的技术标准，正确使用和统一规范语言文字、符号、数字、外文字母、法定计量单位及地图标注等。为确保录用定稿网络首发的严肃性，录用定稿一经发布，不得修改论文题目、作者、机构名称和学术内容，只可基于编辑规范进行少量文字的修改。

出版确认：纸质期刊编辑部通过与《中国学术期刊（光盘版）》电子杂志社有限公司签约，在《中国学术期刊（网络版）》出版传播平台上创办与纸质期刊内容一致的网络版，以单篇或整期出版形式，在印刷出版之前刊发论文的录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿。因为《中国学术期刊（网络版）》是国家新闻出版广电总局批准的网络连续型出版物（ISSN 2096-4188，CN 11-6037/Z），所以签约期刊的网络版上网络首发论文视为正式出版。



五加减正气散联合耳穴压豆 治疗脾虚湿阻型腹泻型肠易激综合征

潘海迪¹, 梅笑¹, 王子明², 王伟³, 邓华亮^{3*}

(1. 山东中医药大学第一临床医学院, 山东 济南 250014;

2. 中国中医科学院广安门医院济南医院, 山东 济南 250012;

3. 山东中医药大学附属医院, 山东 济南 250014)

【摘要】目的 观察五加减正气散联合耳穴压豆治疗脾虚湿阻型肠易激综合征(IBS-D)的临床疗效。**方法** 将70例脾虚湿阻型IBS-D患者随机分为试验组(35例,脱落2例,剔除1例)和对照组(35例,脱落1例)。对照组给予枯草杆菌二联活菌肠溶胶囊口服,每次2粒(0.5g),每日3次,饭后30min温服;试验组给予中药五加减正气散联合中医外治法耳穴压豆,每次200ml,每天2次;耳豆每揉按3~5min,每天3次。14d为一疗程,共治疗2个疗程。分别于治疗前及治疗4周后记录两组患者中医证候积分、IBS病情严重程度量表(IRS-SSS)评分、IBS大便性状调查表(IRS-DSQ)评分、IBS生活质量测量量表(IRS-QOL)评分,观察两组临床疗效。**结果** 治疗后两组患者中医证候积分、IRS-SSS评分、IRS-DSQ评分、IRS-QOL评分均较治疗前降低($P<0.05$),且试验组明显优于对照组($P<0.05$);试验组腹泻、腹胀、肠鸣、畏寒、纳呆中医症状积分明显低于对照组($P<0.01$ 或 $P<0.05$)。试验组总有效率为93.75%(30/32),高于对照组82.35%(28/34),差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 五加减正气散联合耳穴压豆能有效改善脾虚湿阻型IBS-D患者腹泻、腹痛、腹胀、大便性状,可显著提高患者生活质量,患者依从性较高,反馈良好,值得进一步临床推广应用。

【关键词】 五加减正气散; 耳穴压豆; 腹泻型肠易激综合征; 随机对照试验

【中图分类号】 R256.34 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1008-0805(XXXX)XX-0001-06

腹泻型肠易激综合征(irritable bowel syndrome with diarrhea, IBS-D)是一种极为常见的慢性功能性胃肠病,国内外发病率逐年上升,并日趋低龄化,不仅严重影响患病人群的生活质量,且耗费大量临床资源,已纳入国家重大疑难疾病中西医协作项目^[1],且本病在种族、性别、社会经济背景、教育程度之间存在明显差异。受教育程度、社会地位等因素与本病患病率呈正相关^[2]。波兰一项前瞻性研究发现,儿童期逆境及相关情绪处理问题与本病症状严重程度相关^[3]。国内最新数据表明,由于调查方法及诊断标准不同,本病普通人群患病率为1.4%~11.5%,且女性患病率高于男性,儿童同样缺乏能特异性诊断本病的生物标志物^[4]。随着社会的发展,IBS-D合并脑-肠轴介导的躯体症状日益增多复杂,“生物-心理-自然-社会”一体化研究模式

已成为新的方向和热点^[5]。微生态制剂、胃肠解痉剂、粪菌移植、止泻剂等治疗暂时无法根治本病^[6],目前研究表面,在中医理论指导下的中药复方、中医外治法如耳穴压豆、针灸、拔罐等在改善患者体征、提高生活质量及控制病情复发等方面优势显著,患者满意度大幅提升^[7-9]。基于此,本研究选择山东中医药大学附属医院消化内二科收治的70例脾虚湿阻型IBS-D患者为研究对象,观察五加减正气散联合耳穴压豆治疗脾虚湿阻型IBS-D的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择山东中医药大学附属医院消化内二科于2024年10月至2024年12月收治的70例脾虚湿阻型

收稿日期:2025-03-25;

基金项目: 国家中医药管理局科技司共建科技项目(GZY-KJS-SD-2023-035);国家自然科学基金青年基金(NO.81904128);山东省中医药疗效机理重点实验室(PKL2024C23);山东省中医药重点学科中医脾胃病学(鲁卫中医药科教字[2022]4号);山东省中医药科技项目(面上项目M-2023167)

作者简介: 潘海迪(2000-),女(汉族),山东济宁人,山东中医药大学第一临床医学院在读硕士研究生,主要从事消化系统疾病的临床和实验研究工作。

***通讯作者简介:** 邓华亮(1971-),男(汉族),山东潍坊人,山东中医药大学附属医院教授、主任医师,博士学位,主要从事消化系统疾病中西医结合临床诊疗研究及医院管理工作。

IBS-D 患者为研究对象。依据随机数表法分为对照组和试验组,每组 35 例。对照组男 16 例,女 19 例;年龄 16~55 岁,平均(38.38±12.78)岁;病程 1~5 年,平均(2.91±1.21)年。试验组男 21 例,女 14 例;年龄 15~58 岁,平均(34.84±11.03)岁;病程 1~5 年,平均(2.75±1.11)年。对比两组一般资料,差异无统计学意义($P>0.05$),有可比性。本研究已得到山东中医药大学附属医院伦理委员会的审查和批准(伦理审批号:2024-092-01-KY)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

:参照《肠易激综合征中医诊疗专家共识(2024)》^[1]:反复发作的腹痛、腹胀、腹部不适,具备症状与排便相关、伴有排便频率改变、伴有粪便性状或外观改变中 2 项及以上,且症状出现至少 6 个月,近 3 个月内每周发作频率不低于 1 d。根据患者排便异常时的粪便性状(Bristol 粪便性状量表),分为 4 个亚型,其中 IBS-D 的粪便性状表现为:超过 25% 的排便为 6 型或 7 型,小于 25% 的排便为 1 型或 2 型。

1.2.2 中医诊断标准

参照《肠易激综合征中医诊疗专家共识(2024)》^[1]中医辨证为脾虚湿阻证:主症:1)餐后大便溏泻;2)腹痛肠鸣。次症:1)劳累或受凉后发作或加重;2)神疲倦怠;3)纳差;4)畏寒。舌脉:舌淡边有齿痕,苔白腻;脉细弱。

1.3 纳入标准

①符合 IBS-D 罗马 IV 诊断标准;②血、尿、粪三大常规,肝肾功,凝血功能,心电图结果无明显异常;③1 年之内在医院进行过结肠镜检查可排除器质性疾病且附有报告单;④具有较高依从性,可独立完成调查问卷;⑤自愿接受相应治疗,并签署知情同意书。

1.4 排除标准

①IBS 罗马 IV 诊断标准中其他分型;②过敏体质或对所应用药物成分过敏者;③合并其他肿瘤性疾病、或器质性病变、或精神病患者;④存在肠道手术史。

2 方法

2.1 对照组

生活方式宣教基础上,嘱低渣低刺激清淡规律饮食,予枯草杆菌二联活菌肠溶胶囊口服,每次 2 粒(0.5g),每日 3 次,饭后 30min 温服。疗程为 4 周,治疗结束后随访 4 周。

2.2 试验组

生活方式宣教基础上,嘱低渣低刺激清淡规律饮食,给予五加减正气散联合耳穴压豆治疗,具体药味、药量为:藿香 12g,茯苓 30g,陈皮 12g,苍术 15g,厚朴 12g,大腹皮 15g,谷芽 30g。①腹痛甚者,加炒白芍、炙

甘草;②肝郁者,加香附、当归;③湿盛者,加徐长卿、防风。均由山东中医药大学附属医院中药房熬制(200ml/袋),早晚饭后半小时温服;耳豆每次按压 3~5min,每天 3 次。(耳豆统一由本科室医生贴敷,医生一手轻提患者耳廓后上方,一手自上而下用探棒定神门、内分泌、大肠、脾、胃、肝胆穴,耳廓用 75% 乙醇消毒后,将耳豆贴敷于单耳上述穴位),按压出现酸、麻、胀、痛感即为得气,3~5 天后揭掉,依上述步骤贴敷另一只耳朵,两耳交替治疗。14d 为一疗程,共治疗 2 个疗程。治疗结束后随访 4 周。

2.3 观察指标

分别于治疗前、入组后 4 周结束时,比较两组临床疗效、中医证状积分、IBS 病情严重程度量表评分、IBS 大便性状调查表评分、肠易激综合征生活质量评分。

2.3.1 临床疗效

采用尼莫地平法计算:中医证候评分减分率=[(治疗前中医证候积分-治疗后中医证候积分)/治疗前中医证候积分]×100%。临床痊愈:主要体征、症状消失,且疗效指数>95%;显效:主要体征、症状大幅改善,70%≤疗效指数<95%;有效:主要体征、症状显著改善,30%≤疗效指数<70%;无效:主要体征、症状未有好转或有所加重,疗效指数<30%。总有效率为痊愈、显效、有效率之和。

2.3.2 中医证状积分

依据《肠易激综合征中医诊疗专家共识(2024)》^[1]和《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[10]评定脾虚湿阻型 IBS-D 的症状评分,将中医证候积分表分为主症(腹泻、腹痛)和次症(畏寒、肠鸣、纳呆、脘腹痞满)。按严重程度主症分为无、轻、中、重计为 0、2、4、6 分,次症计 0、1、2、3 分。

2.3.3 IBS 病情严重程度量表(Irritable Bowel Syndrome-Symptom Severity Scale, IBS-SSS)

参照《肠易激综合征中医诊疗专家共识(2024)》^[1]调查患者的腹痛程度、腹痛频率、腹胀程度、排便满意度、生活困扰 5 个维度,并每种分为 5 个等级(1 级 20 分,2 级 40 分,3 级 60 分,4 级 80 分,5 级 100 分)。分值愈高患者病情愈重。

2.3.4 IBS 大便性状调查表(Irritable Bowel Syndrome Defecation State Questionnaire, IBS-DSQ)

IBS-DSQ 量表由粪便性状、10 天内大便急迫的天数、每天排便次数 3 个方面组成,粪便性状参照 Bristol 粪便性状量表,分为正常、分散团块样软硬、糊状便、水样便依次计为 0、1、2、3 分,分值越高患者病情越重。

2.3.5 肠易激综合征生活质量评分(IBS-QOL)

本表对患者生活质量评分,从焦虑不安、行为障

碍、躯体意识、健康忧虑、食物回避、社会功能、异性观念和人际关系 8 个维度分为无症状、轻度、中度、偏重、严重 5 个等级依次计 1~5 分。每个维度得分通过转换使其分值在 0~100 分范围,分值越高患者生活质量越差。

2.3.6 安全性评价

治疗期间密切观察并询问患者是否有耳朵不适、瘙痒、头晕、头痛等不良反应发生,并详细记录不良反应出现及持续时间、发生频率、处理措施等。

2.4 统计学处理

选择 SPSS 26.0 对收集到的资料统计分析,符合正态分布的计量资料采用 *t* 检验,非正态分布的计量资料

采用秩和检验。计数资料中的非等级资料采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验,检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者一般资料比较

两组共纳入患者 70 例,试验组实验过程中因患者个人原因脱落 2 例,因未遵医嘱治疗剔除 1 例;对照组因个人原因自行退出治疗脱落 1 例。最终实际完成试验组 32 例、对照组 34 例。两组患者性别、年龄、病程一般资料比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 两组脾虚湿阻型 IBS-D 患者一般资料比较 ($\bar{X}\pm s$)

组别	例数	男性		女性		年龄/岁	病程/年
		例	占比/%	例	占比/%		
试验组	32	18	56.25	14	43.75	34.84±11.03	2.75±1.11
对照组	34	16	47.06	18	52.94	38.38±12.78	2.91±1.21
χ^2 值			0.558			-1.201	-0.563
<i>P</i> 值			0.455			0.234	0.575

3.2 两组临床疗效比较

试验组总有效率为 93.75% 显著高于对照组的

82.35%, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者临床疗效比较

组别	例数	治愈		显效		有效		无效		有效率/%
		例	占比/%	例	占比/%	例	占比/%	例	占比/%	
试验组	32	3	9.37	21	65.63	6	18.75	2	6.25	93.75*
对照组	34	1	2.94	13	38.24	14	41.18	6	17.65	82.35
χ^2										8.029
<i>P</i>										0.045

与对照组比较,* $P<0.05$

3.3 两组中医证状积分比较

治疗前,两组中医证状积分比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。治疗后,两组中医证状积分均较治疗前降低,患者主要症状腹泻、纳呆、腹胀、畏寒评分差异具有统计学意义 ($P<0.05$),试验组低于对照组,且中医证候总积分差异具有显著统计学意义 ($P<0.01$)。见表 3。

3.4 两组 IBS-SSS、IBS-DSQ、IBS-QOL 评分比较

治疗前,两组 IBS-SSS、IBS-DSQ、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,试验组 IBS-SSS、IBS-DSQ、IBS-QOL 各维度评分与总分值均低于治疗前,且试验组低于对照组,差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 4。

3.5 安全性评价

研究过程中,两组患者均未出现耳朵不适、瘙痒、

头晕、头痛等不良反应发生,说明药物治疗与耳穴压豆均较为安全。

4 讨论

在中医学中,根据 IBS-D 发病特点且以腹泻、腹痛为主要症状,暂可归为“泄泻”、“腹痛”等范畴^[11],《共识》指出肝郁脾虚、气机失司为本病发病关键,多责之于湿邪,与肝、脾、肾功能失调密切相关^[1],本病脾虚为本,湿浊困阻为标,治疗当健脾化湿,病程迁延,分为急性期与缓解期,常反复发作,难以治愈。临床对本病常用单一中药或西药治疗,疗效尚可,但在此基础上增加中医外治法,试验证实可于一定程度上增加单一药物疗效^[12,13]。

表 3 两组患者治疗前后中医症状积分比较(̄x±s)

组别	例数	中医各证候积分							
		腹泻		腹痛		肠鸣		纳呆	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	32	4.31±1.148	1.13±1.129*▲	3.56±1.318	1.13±1.338*	2.31±0.644	0.47±0.507*▲	2.28±0.457	0.28±0.523*▲
对照组	34	4.35±1.346	2.06±1.347*	3.94±1.347	1.65±1.346*	2.26±0.618	0.79±0.641*	2.24±0.431	0.88±0.686*
t 值		-0.131	-3.043	-1.153	-1.579	0.307	-2.278	0.421	-3.986
P		0.896	0.003	0.253	0.119	0.759	0.026	0.675	<0.001

组别	例数	中医各证候积分				中医证候总积分	
		腹胀		畏寒		治疗前	治疗后
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	32	2.16±0.574	0.44±0.619*▲	1.97±0.647	0.41±0.665*▲	16.59±2.662	3.84±3.409*▲
对照组	34	2.18±0.521	0.91±0.514*	2.21±0.641	0.76±0.606*	17.18±2.928	7.06±3.550*
t 值		-0.150	-3.393	-1.495	-2.291	-0.844	-3.749
P		0.881	0.001	0.140	0.026	0.402	<0.001

与本组治疗前比较,*P<0.05;与对照组治疗后比较,▲P<0.05

表 4 两组患者治疗前后 IBS-SSS、IBS-DSQ、IBS-QOL 评分比较(̄x±s)

组别	例数	IBS-SSS		IBS-DSQ		IBS-QOL	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	32	230.63±30.894	33.75±37.824*▲	7.56±1.544	3.16±1.439*▲	68.44±7.157	17.13±14.257*▲
对照组	34	231.76±31.572	73.53±43.685*	7.65±1.495	5.79±1.839*	68.18±6.181	26.65±14.409*
t 值		-0.148	-3.944	-0.226	-6.463	0.159	-2.697
P 值		0.883	<0.001	0.822	<0.001	0.874	0.009

与本组治疗前比较,*P<0.05;与对照组治疗后比较,▲P<0.05

本次临床研究所用的五加减正气散原方首见于吴鞠通《温病条辨·湿温》,是以运脾燥湿为治则治疗秽湿着里致使脾胃不和出现的脘闷便泄等症的代表方^[14],本方由藿香、茯苓、陈皮、苍术、厚朴、大腹皮、谷芽组成,与其余四个加减正气散均以藿香、厚朴、陈皮、茯苓为基础^[15],取藿香芳香之味以化湿行气,因其兼入脾胃肺经,又可醒脾开胃疗呕逆,厚朴、陈皮辛苦温可燥湿理气行气,厚朴归经肺胃可消积平喘,兼入大肠还可治疗霍乱。茯苓甘淡利水以渗湿,苍术归经脾胃,中可治疗脾胃湿滞,下可止泻治肠风,大腹皮健脾利水,又能散无形之滞气,最后加一谷芽提升胃气。

现代药理学发现,广藿香醇能影响相关肌球蛋白表达及神经元型一氧化氮合酶,调节结肠纵肌和肌间丛神经元表达,重塑肠神经系统,广藿香提取物可以降低大鼠结肠内 CRF、CGRP、5-HT、海马 BDNF 表达含量缓解 IBS-D 大鼠内脏高敏^[16,17]。广藿香-陈皮挥发油可调节大鼠脑肠肽,降低 VIP、5-HT、CGRP mRNA 表达,减轻内脏超敏^[18]。食用陈皮能够预防体质趋向痰湿,药用能治疗多种痰证所致疾病^[19]。陈皮中富含的黄酮类化合物能增加小鼠 D-木糖、胃泌素的分泌,上调结肠壁连接蛋白 occludin 表达,调节肠道菌群,明显改善脾虚小鼠疲劳、抑郁状态^[20]。苍术性偏苦温,在六

朝之前与白术统称为术,其燥湿之力更甚,动物实验发现苍术能显著提升小鼠结肠组织中 AQP3 蛋白表达,并降低 IL-1β、TNF-α、VIP 治疗脾虚泄泻^[21]。茯苓健脾,茯苓多糖能增加免疫相关菌群丰度及提升菌群数量,改善大鼠免疫功能,治疗脾虚大鼠肠道菌群紊乱和免疫低下,改善腹泻^[22,23]。厚朴味辛能行气,苦温又可燥湿。厚朴能激活大麻素受体 1 改善抑郁和焦虑,保护神经,其主要成分又能抑制叫啉胺 2,3-双加氧酶活性,降低喹啉酸生成,发挥抗焦虑作用^[24,25]。大腹皮归脾、胃、大肠、小肠经,能增加胃肠肌间神经丛胆碱能神经的分布,调节胃肠功能紊乱^[26]。谷芽甘平,富含多种消化酶及维生素,可加速食物的分解、消化与吸收,调节肠道菌群,参与神经系统中氧化还原反应^[27,28]。藿香芳香化湿,茯苓、陈皮、苍术、大腹皮、厚朴、谷芽健脾运脾,补行皆施,和运同调,七药为伍,共治脾虚湿阻所致泄泻。

耳穴压豆是目前临床使用较多且效果较好的中医外治法之一。《灵枢·口问篇》中记载有“耳者,穴脉之所聚也”认为耳与十二经脉相通。五脏六腑,有终于耳者。传统经络学说和现代全息生物学说为理论依据,耳廓上有较多的血管、神经,和机体各个部位、脏腑经络之间具有重要的联系,耳部选取与疾病相关的穴位,

并对所选取的穴位进行刺激,通过体液、神经系统传导至机体各器官、脏腑,最终起到调节相关器官、脏腑功能的作用^[29]。临床研究证实耳穴按压可提高痛阈,改善全身自主神经功能,对多种疾病镇痛效果显著。神门起着止痛镇静、宁心安神作用;交感能够利于调节机体血管收缩功能,控制血压水平;耳穴皮质下起消炎、止痛作用,是对其所在部位进行物理刺激,感受器接收信号后发生神经反射传导至大脑皮层相应区域,进而产生镇痛抗炎的作用;选取肝、脾等耳穴,可健脾、柔肝、止泻;大肠、胃则具有祛湿、祛湿的作用;失眠者加失眠穴、枕、额能改善睡眠质量^[30-33]。本次研究结果表明,应用五加减正气散联合耳穴压豆的患者总有效率及症状评分明显优于常规西药,证明中药联合耳穴压豆提高临床疗效。

本研究所用的随机对照试验,初步验证五加减正气散联合耳穴压豆可提高常规西药治疗 IBS-D 疗效:治疗后两组患者中医证候积分、IBS-SSS 评分、IBS-DSQ 评分均较治疗前降低($P<0.05$),且试验组明显优于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$);试验组总有效率(93.75%)明显高于对照组(82.35%)($P<0.05$)。本次结果表明,五加减正气散联合耳穴压豆能明显缓解脾虚湿阻型 IBS-D 患者症状,使其生活质量得到质的提升。但本试验仍需进一步完善。第一,试验组过于单一,下一步可单一中药组及单一耳穴压豆组做对比,验证耳穴压豆疗效;第二,结局指标过于主观,缺乏具体理化评价标准;第三,本试验样本量偏少,未设置年龄节段,可增设不同年龄节段患者,以减少试验误差;第四,未精确记录患者揉按时间节点;最后,单组对照造成研究缺乏多样性、普适性。今后课题组拟根据本次试验的不足,进一步完善试验过程,增加样本、增设分组,不断优化临床试验方案,总结中药联合耳穴压豆治疗 IBS-D 的实际疗效,减少患者痛苦,不断传承和弘扬中医药文化。本方法操作简便,患者接受程度较高,疗效确切,值得进一步临床推广应用。

参考文献:

- [1] 卞立群,黄绍刚,魏玮,等. 肠易激综合征中医诊疗专家共识(2024)[J]. 中医杂志,2024,65(18):1948-1956.
- [2] KERBAGE A, LOESCH J, HAMZA E, et al. Evaluating Equity in Clinical Trial Accessibility: An Analysis of Demographic, Socioeconomic, and Educational Disparities in IBS Drug Trials[J]. Am J Gastroenterol. 2025,120(4):873-882.
- [3] RZESZUTEK M, KOWALKOWSKA J, DRABAREK K, et al. Adverse childhood experiences and alexithymia intensity as predictors of temporal dynamics of functioning in individuals with irritable bowel syndrome: A three-wave latent transition analysis. J Psychosom Res. 2024 Aug 23;187:111904.
- [4] 陈小龙,江米足. 代谢组学在儿童肠易激综合征诊治中的研究进展[J]. 中国当代儿科杂志,2024,26(9):989-994.
- [5] 孙中美,唐艳萍,杨磊,等. 便秘型和腹泻型肠易激综合征及其不同中医证型患者心理障碍情况分析[J/OL]. 辽宁中医杂志,1-16 [2025-02-14]. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1128.R.20250205.1536.025.html>.
- [6] 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.
- [7] 王信芳,黎宝妃,周永茂. 痛泻要方联合耳穴压豆治疗小儿腹泻型肠易激综合征的疗效探讨[J]. 中国现代药物应用,2022,16(10):176-178.
- [8] 章海凤,邓桂花,李琳慧,等. 力敏针刺治疗肠易激综合征的临床疗效观察[J]. 时珍国医国药,2024,35(8):1921-1923.
- [9] 苏婷,王琪琪,孙于翔,等. 朝天罐治疗腹泻型肠易激综合征的作用及机理研究[J]. 中药药理与临床,2025,41(5):69-76.
- [10] 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.
- [11] 窦鑫,贺昌辉,梅笑,等. 基于“短链脂肪酸-肠屏障”途径探讨中药在腹泻型肠易激综合征中的干预研究进展[J]. 实用医学杂志,2024,40(15):2177-2182.
- [12] 曹昌霞,张国铭,王宏斌,等. 基于肠道菌群和脑-肠轴探讨益气健脾饮联合益生菌对腹泻型肠易激综合征小鼠的影响[J]. 中成药,2024,46(10):3461-3467.
- [13] 翁利,熊静,邹佳珂,等. 电针降低腹泻型肠易激综合征大鼠内脏高敏感的P2X7-ICC自噬平衡机制研究[J]. 时珍国医国药,2024,35(10):2478-2485.
- [14] 王伟,孙珍,邓华亮. 从“脾为之使”探讨五加减正气散治疗轮状病毒性肠炎的理论依据[J]. 时珍国医国药,2024,35(10):2410-2413.
- [15] 焦如春,刘沙,马晓北. 一至五加减正气散之创制与临床应用探析[C]. 第四次全国温病学论坛暨温病学辨治思路临床拓展应用高级研修班论文集,2018:6.
- [16] YI SL, HUANG ZT, LIAO L, et al. The Effects of Patchouli Alcohol on Diarrhea-Predominant Irritable Bowel Syndrome are Correlated with Phenotypic Plasticity in Myenteric Neurons and the Targeted Regulation of Myosin Va[J]. Am J Chin Med. 2022;50(7):1905-1925.
- [17] ZHOU TR, HUANG JJ, HUANG ZT, et al. Inhibitory effects of patchouli alcohol on stress-induced diarrhea-predominant irritable bowel syndrome [J]. World J Gastroenterol. 2018, 24 (6) : 693-705.
- [18] 沈长虹,孙晨,姚子晴,等. 广藿香-陈皮挥发油对功能性消化不良大鼠的作用机制研究[J]. 中国抗生素杂志,2024,49(12):1431-1441.
- [19] 薄其琳,王琪格,战丽彬. 陈皮食药同源考证及痰湿“体质土壤-疾病发生”应用探析[J/OL]. 中华中医药学刊,1-14[2025-02-15]. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1546.R.20241018.1747.002.html>.
- [20] SUN X, DENG H, SHAN B, et al. Flavonoids contribute most to discriminating aged Guang Chenpi (Citrus reticulata 'Chachi') by spectrum-effect relationship analysis between LC-Q-Orbitrap/MS fingerprint and ameliorating spleen deficiency activity[J]. Food Sci Nutr. 2023,11(11):7039-7060.
- [21] 范晨旭,袁智宇,孙天福,等. 苍术药理作用及其药对的研究进展[J/OL]. 中华中医药学刊,1-9[2025-02-15]. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1546.R.20250205.1139.008.html>.
- [22] 张越,孙明杰,段雨婷,等. 茯苓多糖对脾虚大鼠免疫功能和肠道菌群调节作用的研究[J]. 中华中医药杂志,2024,39(10):5474-5480.

[23] TANG J, MA X, SONG X, et al. Probiotic powder with polysaccharides from *Wolfiporia cocos* alleviates antibiotic-associated diarrhea by modulating immune activities and gut microbiota[J]. *Int J Biol Macromol*. 2024,282(Pt 2):136792.

[24] BORGONETTI V, GOVERNA P, MANETTI F, et al. A honokiol-enriched *Magnolia officinalis* Rehder & E. H. Wilson. bark extract possesses anxiolytic-like activity with neuroprotective effect through the modulation of CB1 receptor[J]. *J Pharm Pharmacol*, 2021, 73(9):1161-1168.

[25] ZHANG B, WANG P P, HU K L, et al. Antidepressant-Like Effect and Mechanism of Action of Honokiol on the Mouse Lipopolysaccharide (LPS) Depression Model [J]. *Molecules*, 2019, 24(11):2035.

[26] 景永帅, 张钰炜, 张丹参, 等. 大腹皮本草考证、化学成分和药理作用研究进展[J]. *中国药房*, 2021, 32(14):1784-1788.

[27] 胡云瑶, 谭鹏, 杨婷, 等. 4种消食中药的质量生物活性测定方法研究: 消化酶种类选择与活力效价测定[J]. *中草药*, 2023, 54(7):2106-2113.

[28] 张铁军. 精神障碍患者膳食营养情况的调查分析及其微量营养素与精神症状的关系研究[D]. 中国医科大学硕士学位论文, 2018.

[29] 丁望良, 彭易雨, 黄移生, 等. 养血柔肝针法联合耳穴压豆治疗脑卒中后睡眠障碍(肝血亏虚)患者对睡眠质量及脑血流的影响[J]. *辽宁中医杂志*, 2023, 50(6):198-200.

[30] 刘潇林, 易可兰, 朱文雄, 等. 基于数据挖掘技术的耳穴压豆治疗失眠的选穴规律研究[J]. *现代生物医学进展*, 2022, 22(21):4168-4174. .

[31] 王信芳, 黎宝妃, 周永茂. 痛泻要方联合耳穴压豆治疗小儿腹泻型肠易激综合征的疗效探讨[J]. *中国现代药物应用*, 2022, 16(10):176-178.

[32] 黄灵灵. 耳穴压豆配合隔姜灸法在慢性腹泻肠道菌群失调患者中的应用[J]. *内蒙古中医药*, 2024, 43(12):97-99. .

[33] 吕少辉, 王彦华, 陈曷仔. 基于PSG探析针刺联合耳穴压豆治疗肝脾不和型原发性失眠临床疗效[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2024, 26(12):198-202.

Wu Jiajian Zhengqi Powder (五加减正气散) combined with auricular point pressing with bean in the treatment of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome with spleen deficiency and dampness obstruction

PAN Haidi¹, MEI Xiao¹, WANG Ziming², WANG Wei³, DENG Hualiang^{3*}

(1. First Clinical Medical College, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Ji'nan 250014, China; 2. Jinan Hospital of Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Ji'nan 250012, China; 3. Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Ji'nan 250014, China)

Abstract: Objective To observe the clinical efficacy of *Wu Jiajian Zhengqi Powder* (五加减正气散, WJZP) combined with auricular point pressing with bean in the treatment of diarrhea type irritable bowel syndrome (IBS-D) with spleen deficiency and dampness obstruction. **Methods** A total of 70 patients with spleen deficiency and dampness obstruction type IBS-D were randomly divided into a treatment group (35 cases, 2 dropouts, 1 exclusion) and a control group (35 cases, 1 dropout). The control group was administered oral *Bacillus subtilis* and *Enterococcus faecium* Enteric-coated Capsules, 2 capsules (0.5 g) each time, three times daily, taken warm half an hour after meals. The treatment group was given WJZP combined with auricular point pressing with bean, 200 ml each time, twice daily; the auricular seeds were massaged for 3-5 minutes each time, three times daily. One course of treatment lasted 14 days, and a total of two courses were administered. TCM syndrome scores, IBS Severity Scoring System (IBS-SSS) scores, IBS Bowel Symptom Questionnaire (IBS-DSQ) scores, and IBS Quality of Life (IBS-QOL) scores of both groups were recorded before treatment and 4 weeks after treatment to observe the clinical efficacy. **Results** After treatment, TCM syndrome scores, IBS-SSS scores, IBS-DSQ scores, and IBS-QOL scores of both groups were significantly lower than those before treatment ($P<0.05$), with the treatment group showing significantly better results than the control group ($P<0.05$). The TCM symptom scores for diarrhea, abdominal pain, and bloating in treatment group were significantly lower than those in control group ($P<0.01$ or $P<0.05$), while there was no significant difference in the scores for fatigue, cold intolerance, and poor appetite between the two groups ($P>0.05$). Overall effective rate in treatment group was 93.75% (30/32), which was higher than that in control group (82.35%, 28/34) with a statistically significant difference ($P<0.05$). **Conclusion** WJZP combined with auricular point pressing with bean can effectively alleviate symptoms of diarrhea, abdominal pain, bloating, and stool consistency in patients with spleen deficiency and dampness obstruction type IBS-D. It can also significantly enhance the quality of life of patients, with high compliance and positive feedback, making it worthy of further clinical application and promotion.

Key words: *Wu Jiajian Zhengqi Powder* (五加减正气散); Auricular point pressing with bean; Diarrhea-predominant irritable bowel syndrome; Randomized controlled trials

(责任编辑:王诗涵)