

# 中医药治疗腹泻型肠易激综合征临床述评

单兆伟 叶 柏\* 金姝茵\*

(南京中医药大学附属医院, 江苏省中医院, 江苏南京 210029)



单兆伟 (1940—), 男, 江苏南通人, 全国首届名中医, 主任医师, 教授, 博士研究生导师。师承孟河医派传人张泽生教授、国医大师徐景藩教授。享受国务院特殊津贴, 1994 年被评为江苏省名中医, 1999 年被评为全国卫生系统先进个人, 南京市劳动模范。现任中华中医药学会脾胃专业委员会名誉主任委员, 江苏省医师协会副理事长, 国家优秀中医人才研究项目专家指导委员会委员, 全国中医药专家经验传承博士后合作导师, 全国第四、五批老中医药专家学术经验继承工作指导老师。

**摘 要** 肠易激综合征 (IBS) 是消化系统常见病, 我国以腹泻型肠易激综合征 (IBS-D) 为主。IBS-D 作为一种功能性胃肠病, 其发病率日益增高。目前西医尚无特效药物, 以对症治疗为主, 疗效不甚理想。中医药治疗本病有着独特的临床优势, 古今文献都有大量相关记载和报道。笔者根据从医数十年的临床所得, 对中医药治疗腹泻型肠易激综合征的临床研究展开述评, 以期更好地指导临床实践。

**关键词** 腹泻型肠易激综合征; 中医药疗法; 临床述评

**中图分类号** R259.744

**文献标志码** A

**文章编号** 1672-397X (2019) 06-0001-04

肠易激综合征 (Irritable Bowel Syndrome, IBS) 是消化系统常见病, 发病率高, 易反复发作, 缠绵难愈, 严重影响患者的生活质量。根据罗马 IV 标准将 IBS 分为四型, 我国以腹泻型肠易激综合征 (Diarrhea-predominant Irritable Bowel Syndrome, IBS-D) 为主。IBS-D 作为一种功能性胃肠病, 因其发病率日益增高, 且病因和发病机理不明、治疗手段缺乏, 近年来备受关注, 成为消化系统疾病研究热点。据我国流行病学资料显示, 肠易激综合征患病率为 0.82%~5.67%<sup>[1]</sup>, 并在地域、年龄分布等方面发病率存在较大的差异<sup>[2]</sup>。一项覆盖中国 5 个城市 16078 位

居民的调查显示, IBS-D 患病率为 1.72%<sup>[3]</sup>。目前研究表明, IBS-D 作为中医药治疗的优势病种, 在病因病机、辨证治疗等方面取得了不少进展, 亦存在诸多不足。笔者结合临床实践, 就中医药治疗腹泻型肠易激综合征的现状及相关问题进行述评。

## 1 古代文献和近代医家对 IBS-D 病因病机的认识

根据 IBS-D 的临床症状将其归属于中医学“腹痛”“泄泻”等范畴, 历代医家对其病因病机做了较为详尽的论述。《素问》云:“饮食不节, 起居不时者, 阴受之……阴受之, 则入五脏……入五脏, 则膜满闭塞, 下为飧泄”;“脾病者……虚则腹满肠鸣, 飧泄食

\* 整理者

不化”；“寒气客于小肠，小肠不得成聚，故后泄腹痛矣”；“久风入中，则为肠风飧泄”；“湿胜则濡泄”；“怒则气逆，甚则呕血及飧泄”。《内经》已阐述了饮食、起居、情志、感受风寒湿邪等因素与泄泻发生有关，后世医家亦对此做了补充与拓展。陈无择《三因极一病方论》有言：“喜则散，怒则激，忧则聚，惊则动，脏气隔绝，精神夺散，以致溏泄。”《景岳全书》载：“凡遇怒气便作泄泻者，必先以怒时夹食”；张景岳还提出了“泄泻之本，无不由于脾胃”的观点；《医方考》言：“泻责之于脾，痛责之于肝，肝责之于实，脾责之于虚，脾虚肝实，故令痛泻。”文献中从肝脾论述者较多，少数医家从肺肾角度提出了不同的观点。《医精经义》曰：“大肠所以能传导者，以其为肺之腑。肺气下达，故能传导”；《症因脉治》说：“肺气不清，下遗大肠，则腹乃胀”；叶桂认为“久泻无火”“久泻无有不及肾者”。

徐景藩教授<sup>[4][13]</sup>认为IBS-D的主要发病机理为肝郁脾虚，肠风内扰，其中肝郁为标，脾虚为本，肠风内扰为发病之关键，另外，徐老提出IBS-D病变过程中，病机演变多端，易寒热虚实转变，或产生痰湿瘀血等病理产物，或累及他脏，临证需明察秋毫，辨证准确。朱良春教授认为久泻责之脾虚，因脾虚失于运化，湿自内生，而成泄泻；导致久泻缠绵难愈的原因，朱教授主要归纳为两点：一是脾病损及肾阳，命门火衰，火不暖土，脾肾同病；二是脾虚气弱，湿热滞留，虚实夹杂<sup>[5]</sup>。牛兴东等<sup>[6]</sup>认为IBS-D属中医学“风泄”范畴，主要因风客肠胃，损伤脾胃，不耐外邪侵袭而发病，并且久病及肾。赵学千等<sup>[7]</sup>认为本病病位在肠腑，与肝、脾、肾密切相关，发病多因情志失调、饮食失宜、外感邪气、劳倦体虚等多因素相合，导致脏腑功能失常，以脾气虚弱、肝失疏泄为发病关键。袁旭潮等<sup>[8]</sup>通过对《黄帝内经》泄泻相关经典论述的总结，提出IBS-D总以“脾虚”与“湿邪”为发病机制，病因涉及外邪入侵、情志失调、饮食失宜、体质虚弱等方面。张成明等<sup>[9]</sup>认为阳虚贯穿IBS-D病程始末，是疾病本源、病机根本，气阳虚损，致使痰湿、水饮、瘀血等病理产物的产生。周福生教授提出“心胃相关”理论，认为心主神明功能与脾胃运化功能相互关联影响，得出IBS-D的发病与心主神明功能失调有关<sup>[10]</sup>。

结合古代医籍及近年来中医文献报道，目前认为IBS-D的发病主要与情志、饮食、禀赋、体虚、外感等因素相关，其中与饮食、情志关系最为密切。病位主要在脾肝，与心、肺、肾亦有联系。病机复杂，演变多端，可归纳为以下4个方面：(1)脾虚失运，湿

浊内生；(2)肝郁不达，横逆犯脾，或土虚木侮，肝脾不调；(3)脾气先亏，渐致脾阳不足，日久及肾，或肾阳虚衰，火不暖土；(4)脾虚及肺，大肠不固，传导失职。目前肝郁脾虚作为IBS-D基本病机受到广泛认可，少数学者另辟蹊径，从心、肺、肾等角度探讨IBS-D机理，丰富了IBS-D病机理论，但相关论述尚少，有待进一步的研究和探讨。

笔者认为IBS-D以脾虚为本，肝郁为标，湿浊瘀血为变，病位涉及五脏。脾虚是IBS-D发病的关键，诚如张景岳所言“泄泻之本，无不由于脾胃”。脾失健运则水反为湿，谷反为滞，清浊相混，水走肠间而为泄泻，肝木乘脾也往往是在脾虚基础上发生，后期脾虚常可病及肺、肾等。脏腑气机失调，产生湿浊、瘀血等病理因素，诸因素间相互影响，互为因果，导致病情缠绵，反复难愈。

## 2 现代医家对IBS-D的证治研究

中医治疗IBS-D具有丰富的经验，临床疗效较好，目前相关证治研究较多。2017年中华中医药学会脾胃病分会发布的《肠易激综合征中医诊疗专家共识意见》<sup>[11]</sup>将IBS-D分为肝郁脾虚、脾虚湿盛、脾肾阳虚、脾胃湿热、寒热错杂5个证型，分别治以抑肝扶脾、健脾化湿、温补脾肾、清热利湿、平调寒热之法。徐景藩教授<sup>[4][14]</sup>治疗IBS-D患者，以抑肝扶脾为基本大法，擅长应用痛泻要方加味，临证常配伍羌活、防风、白芷、独活、升麻、柴胡、葛根等风药，取其“下者举之”“木能疏土”“风能胜湿”之意；对于肝旺者，酌加蝉衣、白蒺藜、钩藤等平肝药；风药多燥，少佐白芍、乌梅、木瓜等敛阴之品，燥柔相济，以防风药伤阴。朱良春教授诊治本病时，脾肾阳虚者重在益火补土，常以参、术、苓、薏等健脾运中，少佐肉桂、附子等温肾益火。体虚配伍黄芪、升麻、柴胡等益气升清；滑脱酌加诃子、石榴皮等收敛止泻；体弱不耐桂附者，予以仙灵脾、鹿角霜、菟丝子、补骨脂、赤石脂等温补督脉以壮肾阳；治疗脾虚湿热者，以补脾敛阴、清化湿热为要，常用仙桔汤进退，药如：仙鹤草、乌梅、桔梗、木槿花、木香、白芍等<sup>[5]</sup>。路志正教授临床重视中气，认为“脾胃贵运，运脾贵温”，治疗慢性脾胃疾患，擅用培土建中、温运中阳大法，佐以祛湿化浊，调其升降，而且强调“温阳不忘顾阴”，安未受邪之地，临证常用理中汤化裁<sup>[12]</sup>。蒋健教授<sup>[13]</sup>认为本病与中医怒泄、惊泄等郁证型泄泻类似，治以疏肝解郁、壮胆镇惊、养心安神、养脾补肺、调理气机等，其中对疏肝抑木、强脾实土法尤为重视。刘启泉教授善于运用风药治疗IBS-D，认为风药具有风之清扬开泄、善走不守、其性轻灵的特点，临床配伍应用起到



疏肝理脾、祛风除湿、升举阳气、调气引经等作用<sup>[14]</sup>。刘铁军教授以“和五脏,调情志”为治疗原则,调节脏腑功能,恢复气机,兼调整精神心理状态,以期整体调治,促进机体的恢复<sup>[15]</sup>。李佃贵教授从“浊毒”论治IBS-D,运用化浊解毒法,结合疏肝理气、活血化瘀以祛邪,健脾和胃、滋阴清热以扶正,标本兼顾,取得显著的临床疗效<sup>[16]</sup>。李军祥教授基于《内经》“魄门亦为五藏使”理论,提出治疗IBS-D从调治五脏入手,在健脾化湿止泻基础上,临证配合调心、宣肺、抑肝、疏肝、温肾等治法,使五脏功能调和,达到治疗IBS-D的目的<sup>[17]</sup>。周仲瑛教授临床辨治IBS,根据病机不同,肝郁脾虚则泄木安土,寒热错杂则辛开苦降、寒温并用,久病脾肾阳虚则温肾健脾<sup>[18]</sup>。陆拯教授首创天癸四至理论,提出“调天癸,安脏腑”治疗大法,通过调养至神、调和至气、调理至液,使天癸平衡,恢复脏腑正常功能,气血阴阳得以调平,以达到治疗IBS-D的目的<sup>[19]</sup>。

目前各医家对本病治法的认识虽然观点不一,但总体上是从以下两个方面进行治疗:一是调节脏腑功能治其本,二是兼顾湿浊瘀阻等病理因素治其标。患者病初多脾虚肝郁,治以健脾疏肝;久病及肾,脾肾阳虚,治以温补脾肾;日久气耗,肺气不足,大肠失固,治以补肺固肠;兼湿浊者,祛湿泄浊;兼血瘀者,活血化瘀。另外,化浊解毒、调天癸等方法亦丰富了IBS-D的临证治疗,值得进一步深入探讨和研究。笔者遵东垣“百病皆由脾胃衰而生”的思想,以健运脾胃为IBS-D总的治疗原则,临证可联合疏肝、理肺、温肾、养心、化湿、活血等治法。笔者临床发现脾虚肝郁者较多,以痛泻要方、柴胡疏肝散等方治疗疗效颇佳。对于久泻难愈者,往往虚实寒热错杂,治疗棘手,临证须明辨虚实寒热轻重,实者一般考虑痰湿、血瘀等因素,虚者则需明确病位和气血阴阳不足,综合治疗。一言以蔽之,损其有余,补其不足。

### 3 IBS-D中医用药特色

《黄帝内经》言:“治病必求于本”,中医药治疗IBS-D,关键在于审证求因,辨证施治。即仲景所言“观其脉证,知犯何逆,随证治之”。笔者总结IBS-D用药特色为以下5个方面:

3.1 用药精简,醇正平和 受到学术流派、临床经验、临证水平等因素的影响,医家用药时各有不同,部分医家临证时药味繁多、剂量偏大、药性过偏,有矫枉过正之嫌。吴鞠通在《温病条辨》中谓:“治中焦如衡,非平不安”,因此笔者认为临证用药宜精简,少者7、8味药,多者不过12味左右;且药性宜醇正

平和,剂量不宜过大,如陈皮、半夏常用6g,干姜、黄连、乳香、没药可用2~3g。方药配伍需虚实兼顾,刚柔相济,润燥咸宜,使用辛燥化湿理气之品常配养阴滋润之药,如半夏配麦冬,白术配白芍等;使用补益脾气的黄芪、党参常配伍陈皮、半夏理气和胃,使补气而不壅滞。

3.2 健运脾胃,配伍风药 《内经》云:“清气在下,则生飧泄。”脾主运化升清,如脾失运化,不能升清,上输精微至肺,水谷并走于下,则可导致泄泻,此即叶桂所云“脾宜升则健”。笔者认为健脾化湿同时,常配伍风药,如荷叶、葛根、桔梗等取其“下者举之”之意,临床屡获良效。另外,风药味辛性燥,有化湿作用,即所谓“风药能胜湿”,如《医宗金鉴·泄泻》所说:“如地上淖泽,风之即干”。且风药还可理气疏肝,引药入肝经,本能疏土,故也能达到疏理脾胃气机的目的。因此笔者临证常酌配防风、荆芥、桔梗等风药。

3.3 痛泻难愈,治从瘀血 叶天士《临证指南医案》言:“初病气结在经,久病则血伤入络”,肠络瘀阻为本病的病理因素,也是痛泻难愈的原因之一。对于泄泻日久、痛位固定、舌质紫暗的患者,要采用活血化瘀之法。活血化瘀要兼顾养血,少用破血耗血之品,常用的药物有:当归、丹参、桃仁、红花、莪术等。莪术在教科书中列入破血逐瘀之类,而笔者认为莪术在临床使用时并无破血作用。常用的方剂为丹参饮,丹参饮由丹参、檀香、砂仁三味药组成,丹参苦平微寒,专入血分,内达脏腑而化瘀滞,外利关节而通脉络,具宣通运行之效,降而行血,去滞生新,活血定痛,檀香味辛芳香,善入气分,合砂仁行气宽中,醒脾开胃,散寒止痛,“行气中血滞”。檀香用量常为0.5~2g,量过大檀香挥发油易引起呕吐、难以下咽,且用时应后下,不宜久煎,取其气而起“轻可去实”之功。

3.4 病久正虚,收涩固脱 对于病久泄泻,滑脱不禁者,可使用收涩固脱之法,方如真人养脏汤、赤石脂禹余粮汤、桃花汤等。真人养脏汤出自《太平惠民和剂局方》,由诃子肉、罂粟壳、肉豆蔻、人参、白术、木香、官桂、炙甘草、生姜、大枣组成。笔者认为罂粟壳用量以10g为宜,无外邪积滞时可用,收效甚捷,不宜久用,以防成瘾。对久泻不止、滑脱不禁、腹痛隐隐、喜温喜按、畏寒肢冷、舌淡脉迟而弱或微细者,使用赤石脂禹余粮丸及桃花汤时加人参、豆蔻益气涩肠,固脱止泻。临床久泻患者,滑脱不禁,而往往又可见苔腻,一般认为苔腻为兼夹湿邪,用收涩药有闭门留寇之弊,易致湿邪难去。笔者认为此时泄泻不止,正

气已虚,若径用苦燥化湿之品,则更伤正气,病体难复,当以收涩为主,酌配化湿药同用,每能收到较好疗效。

3.5 中药灌肠,内外同治 本病属功能性疾病,一般不需中药灌肠,但对于有顽固性左下腹疼痛、大便夹有黏液者,也可在口服中药基础上,配合中药保留灌肠。具体方法是:病人取左侧卧位,臀部垫高10cm,药液温度以38℃为宜,灌肠药用量为100mL,常用方:黄柏20g、黄芩10g、地榆30g、白及10g、石菖蒲20g。

#### 4 问题与展望

中医药治疗IBS-D具有确切可靠的临床疗效,且优势突出。近年来,各医家在病因病机、证治方法、机制探讨等方面进行了大量的探讨与研究,中医药治疗IBS-D的临床及试验研究水平也显著提高,但依然存在一些问题值得进一步解决和完善,主要体现在以下2个方面:

(1)从辨证施治角度看,IBS-D病因病机复杂、证型多变,加之各家辨证思路不尽相同,临床治法各异,目前的中医药治疗方案有待进一步总结与完善。中医治疗多从肝脾论治,对心、肺、肾功能失调等方面研究缺乏,建议从新思路出发探索更多的治疗方案。另外,一些古代经典论述及经典用药,值得进一步挖掘和整理,以应用于临床。

(2)从临床研究角度看,目前中医药治疗IBS-D的相关文献,多以小样本报道为主,缺乏大样本、多中心、前瞻性、随机双盲的临床研究报告和高质量的系统评价,且研究内容主要围绕有效性开展,对于疗程、疗效关系等方面的研究较少。大部分研究周期较短,缺乏对中医药治疗IBS-D长期疗效的观察研究,未来可适当延长随访时间,观察长期疗效及复发率等情况。另外,中医证候诊断标准不规范,临床疗效评价欠客观,今后研究中应该完善和规范中医诊断和疗效评价标准,以提高临床研究质量。

#### 参考文献

- [1] 李晓青,常敏,许东,等.中国肠易激综合征流行病学调查现状分析[J].胃肠病学和肝病学杂志,2013,22(8):734.
- [2] 冯文林,伍海涛,洪睦铿,等.中国国内肠易激综合征流行病学调查研究的现状[J].浙江中医药大学学报,2017,41(8):686.
- [3] ZHAO Y F, GUO X J, ZHANG Z S, et al. Epidemiology of functional diarrhea and comparison with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome: A population-based survey in China[J]. PLoS One, 2012, 7(8): e43749.
- [4] 徐景藩.徐景藩脾胃病临证经验集粹[M].北京:科学出版社,2015.
- [5] 蒋熙,朱琬华.朱良春论治久泻[J].北京中医,1991,10(3):5.
- [6] 牛兴东,肖成,张瑞芬.风泄:从风论治腹泻型肠易激综合征[J].中国中西医结合消化杂志,2017,25(4):248.
- [7] 赵学千,朱泽明,陈立倩,等.92位名老中医治疗肠易激综合征经验综合分析[J].湖南中医杂志,2016,32(11):18.
- [8] 袁旭潮,王捷虹,王康永,等.《黄帝内经》论述泄泻对腹泻型肠易激综合征的诊疗启示[J].辽宁中医杂志,2016,43(9):1872.
- [9] 张成明,刘力,唐旭东,等.温阳法治腹泻型肠易激综合征的临证思路探讨[J].中华中医药学刊,2016,34(9):2140.
- [10] 王海燕.周福生教授“心胃相关”理论在肠易激综合征中的应用[J].实用中西医结合临床,2016,16(6):56.
- [11] 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):1616.
- [12] 石瑞舫,路志正.路志正教授以温法治脾胃病经验介绍[J].新中医,2014,46(11):28.
- [13] 蒋健.郁证发微(三十):郁证泄泻论[J].上海中医药杂志,2018,52(1):9.
- [14] 李京尧,赵蓓蓓,卫静静,等.刘启泉运用风药治疗腹泻型肠易激综合征的经验[J].时珍国医国药,2019,30(1):195.
- [15] 麻译丹,沈东,熊壮,等.刘铁军教授基于“和五脏,调情志”原则治疗腹泻型肠易激综合征经验刍议[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(A4):229.
- [16] 王辉,吕金仓,何华,等.李佃贵教授从浊毒论治腹泻型肠易激综合征经验[J].河北中医,2014,36(3):330.
- [17] 韩亚飞,裴文婧,谢春娥,等.李军祥教授从五脏论治腹泻型肠易激综合征的临床经验[J].环球中医药,2018,11(10):1561.
- [18] 董筠.周仲瑛教授临证辨治肠易激综合征的经验[C]//中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.第二十九届全国中西医结合消化系统疾病学术会议论文集.2017:2.
- [19] 刘赛月,陈明显,陆拯.陆拯天癸四至理论辨治肠易激综合征经验介绍[J].新中医,2016,48(9):172.

整理者:叶柏(1961—),男,医学博士,主任医师,博士研究生导师。yeb1961@126.com

金姝茵(1994—),女,硕士研究生,中医内科学专业(脾胃病方向)。2864628083@qq.com

收稿日期:2019-03-08

编辑:强雨叶