

从“调肝运脾”论治腹泻型肠易激综合征

戴燕娜¹ 徐陆周²

(1. 南京中医药大学第一临床医学院, 江苏南京 210029; 2. 南京中医药大学附属医院, 江苏南京 210029)

摘要 腹泻型肠易激综合征(IBS-D)的发病与肝脾功能失常密切相关, 其主要病机为脾虚肝郁, 多从调肝运脾论治。除此以外, 还当重视脾虚为本、肝脾同病、脾气虚寒与肠道湿热并存、肝气郁结与疏泄太过交替、外风引动内风发作的病理特点。临证治疗当运用调肝运脾之法, 注重健脾为先、温清并用、疏敛结合, 兼以祛风, 使外风散而内风敛, 尽早恢复肝脾功能。附验案1则以佐证。

关键词 腹泻型肠易激综合征; 肝脾同病; 调肝运脾; 祛风

基金项目 第五批全国中医临床优秀人才研修项目(国中医药人教函〔2022〕1号); 江苏省中医院第一批医院制剂研发项目(Y2022zj10)

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是临床常见的功能性胃肠疾病, 以反复发作的腹痛、腹胀、腹部不适伴排便频率及性状改变为主要表现, 罗马IV标准又将其分为腹泻型、便秘型、混合型、未定型四种亚型。《2020年中国肠易激综合征专家共识意见》^[1]指出, 我国普通人群中IBS的患病率为1.4%~11.5%, 其中以腹泻型肠易激综合征(irritable bowel syndrome with diarrhea, IBS-D)更为多见。IBS-D的病理生理机制尚不明确, 目前多采取解痉止痛、止泻、调节肠道菌群、抗焦虑抑郁等方法对症治疗, 但是病情易反复, 治疗存在一定的副作用, 且治疗费用高昂, 加剧了患者的经济负担。

根据IBS-D的临床症状表现, 可将其归于中医学“泄泻”“腹痛”“郁病”等范畴。中医药治疗IBS-D历史悠久, 经验丰富, 常以中药汤剂口服为主, 并辅以针灸推拿、刮痧拔罐、穴位贴敷等多种治疗手段^[2], 能够满足患者个性化需求, 可明显改善患者腹痛、腹泻以及情绪不宁等症状。临床以肝郁脾虚为IBS-D的主要病机, 治疗多从调肝运脾入手。然而值得注意的是, 本病尚有以下几个特征: 一是脾虚为本, 肝脾同病; 二是脾气虚寒与肠道湿热并存; 三是肝气郁结与疏泄太过交替; 四是外风引动内风发作。故治疗本病在调肝运脾的基础上还要重视肝脾并治、健脾为先、温清并用、疏敛结合, 兼顾祛风, 临证可取得较好疗效, 现介绍如下。

1 IBS-D的病机特点

1.1 脾虚为本, 肝脾同病 《肠易激综合征中医诊疗专家共识意见(2017)》^[3]提出“肝郁脾虚是IBS-D的主要病机”, 可见本病的病位不仅在脾, 而是肝脾同病^[4]。现代医学认为, 肝脾两脏为两大消化器官, 与许多消化系统疾病的发生存在关联, 二者通过门静脉的连接实现生理功能^[5]。中医学认为, 在生理上, 肝脾共同负责饮食物的消化吸收。肝主一身之气机, 喜条达而恶抑郁; 脾为阴土, 是后天之本, 以升为健, 主气血生化运行, 脾为孤脏, 中央土以灌四傍。土得木而达, 如《血证论》^[6]云: “食之入胃, 全赖肝木之气以疏泄之, 而水谷乃化”, 脾土须得肝木疏泄以运化, 同样肝木须得脾土滋养以升发。在病理上, IBS-D患者多由素体脾胃虚弱或长期饮食失调损伤脾胃, 或感受外邪, 导致脾虚运化失司, 故泄泻迁延反复; 脾虚则肝木乘之, 或脾虚无法濡养肝脏, 致肝脏疏泄失司, 表现为腹痛、腹胀等腹部不适。故肝脾同病是IBS-D发生的重要因素。

1.2 脾气虚寒与肠道湿热并存 IBS-D病情迁延难愈, 部分患者可见寒热错杂症状。研究表明, 大约10.1%的慢性肠炎患者1年后可发展为IBS-D, 肠镜下可观察到患者的结肠黏膜充血糜烂^[7], 这与中医学湿热致病理论相似。倘若患者饮食不洁, 易致气机阻滞, 久蕴肠道, 郁而化热, 则湿蒸热灼, 两邪相裹, 泄泻丛生, 肠道存在低度炎症。

湿为阴邪,易伤阳气,脾虚日久则脾阳亦虚。湿邪未尽,若过食瓜果、生冷之品,乃伤脾阳,脾阳为脾运化之关键。IBS-D患者多泄泻已久,脾阳受损,感受诱因后不畅之气氤氲肠腑生热,则虚寒与湿热错杂,此二者不可偏废。此类患者常在泄泻腹痛外,还可见脐周发凉、四肢不温、得温则舒、疲劳乏力、舌体胖大等脾阳不振的表现,也有大便黏腻、口苦口臭等湿热表现。

1.3 肝气郁结与疏泄太过交替 IBS-D患者以脾虚为先,脾气升则肝气升,脾气滞则肝气疏泄不利。患者往往受到饮食、情绪、外邪的影响,肝木亢进乘虚侵犯脾土,久则气郁,脾土运化无源,无以濡养肝脏,影响全身气机的升降出入。临证可见患者腹痛牵连两胁肋部胀痛、心情郁闷等症,且夹杂心烦易怒。

IBS-D患者虽以腹痛、腹泻等为主症,然而排便急迫感也是重要的临床表现。排便急迫感为肝气郁结日久,疏泄不利,郁而成势,一旦受外邪诱发,则郁结之气随大便喷薄而出,此又为疏泄太过,难以平缓。泄后则气机顺畅,腹痛消失。排便急迫感为气机郁结与疏泄太过并见之表现,与肝气郁结程度和外邪引动程度密切相关。

1.4 外风引动内风发作 外感或内生之风邪亦可致泄泻,如《素问·风论》^[8]言:“久风入中,则为肠风,飧泄。”外受风邪,邪入腠理,循经稽留脾胃;且风为百病之长,遇雨雪雾露,多挟寒、热、湿等他邪。邪犯中焦,仓廪之官失司,中焦气机升降失常,清气不升,浊气不降,脾气不得散精,水气停留,清浊混淆。风性主动,善行而数变,游走肠间则肠鸣辘辘,搏击肠道则发为腹痛,且腹痛部位亦不固定。邪气窜动,魄门失司发为泄泻,风邪致泄多呈喷射状且排便急迫感强烈,此与风性开泄特征一致。风邪兼夹水气,搏结于肠间,易引起肠道痉挛,产生肠鸣泄泻,与外感风邪引发的哮喘而导致气道高敏感性具有类似的病理特征,少数患者可合并过敏性疾病如过敏性鼻炎^[9]等。此类患者反复外感风邪,发作时脾胃需抗邪外出,久之中焦受累,脾气易虚。

内风亦致泄泻,IBS-D患者肝气久郁,疏泄失度,则肝风内生而木旺乘土。若脾气本旺则不受其扰,然而IBS-D患者脾虚为先,故土虚兼有木旺,肝气骄横,脾气虚馁,风势已成。倘若饮食生冷、外受寒凉,则外风引动内风,风气聚集,迫于肠道,痛势激增。风邪游走肠间,脾失健运,水湿骤生,风邪裹挟水湿,引动郁结之气,猝然而生泄泻,难以平缓,是为肝气疏泄太过也。

2 IBS-D之治疗大法

2.1 健脾为先,着眼肝脾 《景岳全书·泄泻论治》^[10]载:“泄泻之本,无不由于脾胃。”脾胃乃后天之本,脾为阴土,以升为贵,胃为阳土,以降为要,升降有度,中焦乃衡,故吴鞠通^[11]言:“治中焦如衡,非平不安。”IBS-D既以脾虚为本,当以健运脾气为要,常用四君子汤、参苓白术散加减。久泻脾阳渐虚,升提无力,重在温阳助运,常用附子理中汤。此外,患者常夹杂其他病理因素,往往还需使用理气、化湿、消积等治法使脾气得健。

IBS-D既为肝脾同病,则需调肝运脾并举,不可着眼一处。调肝之法众多,临证需仔细辨别肝气的郁积状态,因人而异采用疏肝、敛肝、养肝之法。少阳之气可促进脾气升清,脾土得健则肝木疏泄从容,唯有肝脾调和,水谷精微得运,中焦气机调畅,脏腑方能安和。若患者苦于泻必腹痛、泻后痛减,方用痛泻要方柔肝补脾;若患者脘腹胀痛剧烈,可用柴胡疏肝散疏肝行气止痛;若患者情志不畅为主,可用逍遥散柔肝健脾。肝脾同调,相辅相成,行之有效。

2.2 温清并用,俾使邪去正安 IBS-D患者既有湿邪困阻脾阳,则用药不需大辛大热。可先用白术、苍术、茯苓健脾化湿。再仿吴鞠通之意通阳化湿,轻苦微辛,常用豆蔻类药物振奋脾阳、升腾阳气、助脾运化。白豆蔻芳香化湿、运脾止泻,可增进食欲;草豆蔻祛湿力强,善治寒湿困恶致脾阳不振,多用于形体肥胖及寒湿盛者;肉豆蔻涩味较甚兼温肾阳,作用于中下两焦,多用于脾肾两虚久泻者。更以吴门医派特色,选用姜类药物温中散寒,如善用辛热之炮姜温中止痛,守而不走,常用炮姜炭5~6 g收涩止泻;干姜燥湿力强,能走能守,常用于中焦寒盛兼有湿邪者,5 g方能显效;若合并寒邪胃痛,加用高良姜温通止痛、祛湿和胃。湿邪不盛、气虚明显者加用党参、黄芪补气。

尽管肠中湿热不甚,但仍需在温脾之中不忘清利,常伍用温中健脾之品。如少量黄连(2~3 g)配伍炮姜,黄连苦寒降泄,善清中焦湿热,炮姜辛开温通,长于止泻止痛,二药相合,辛开苦降,可清湿热、温脾阳。若肠中湿热略甚,则以清化肠中湿热为重,再配少许温中之品,谨防寒凉太过而伤及中阳,如合用凤尾草、地锦草清热利湿解毒,再配辛温之辣蓼固护中焦兼能涩肠,三药合用取其清化肠中湿热、调达肝气之效以治湿热泄泻,佐以温中之品,分解寒热,亦可解毒消炎。现代药理研究证明,地锦草可修复受损的肠黏膜屏障^[12],凤尾草提取物可通过抑制炎症因

子的释放达到止泻之效^[13],有助于改善IBS-D肠道内低度炎症的环境。

2.3 疏敛结合,以期肝气疏泄有度 治肝亦不可偏颇,当着重恢复其疏泄功能,以期疏泄有度、疏敛平衡。常用蝉蜕-乌梅、木瓜-蒺藜、白芍-柴胡药对。

蝉蜕甘寒,归肝脾肺经,功善祛风除热解痉,国医大师徐景藩教授认为其有助于平息肝风、疏解肝郁以达缓解IBS-D患者肠道痉挛、抗结肠过敏之效,常取炭用6~10 g,腹痛甚者可用15~30 g^[14];乌梅性平,味酸、涩,《本草纲目》^[15]言其“敛肺涩肠,治泻痢……”,缓急止痛兼可生津,取其酸之味、柔之性,可补肝阴,可收摄喷薄之气,以防患者久泻津亏。二药相配,行气通利,一敛一疏,共调肝气,可改善患者肠易激惹、排便急迫等症状。

木瓜味酸入肝经,有舒筋活络、化湿和胃、敛肝之功,可治疗肠鸣泄泻,且木瓜属酸甘化阴之品,甘以健运脾胃,酸以收摄制肝;蒺藜平肝解郁、活血祛风,可入血分而止痒,《本草分经》^[16]言其“散肝风而泻肺气”,可疏解肝郁,兼能祛风除热、解痉止痛。二药相配,疏敛结合,平衡肝气,可使患者肝气得以调畅、脾胃得以健运,缓解结肠痉挛,达到止痛之效。

柴胡辛散苦泄,解郁疏肝,可散肝胆郁结之气,还可升举肝胆清阳之气;白芍养阴敛肝、缓急止痛、化生阴血,还可补肝。二药相配,疏敛有度,使清阳得升、浊气得降,中焦气机得畅,兼可柔肝、补肝、平衡肝气,为调肝治郁的要药,可有效改善患者焦虑抑郁^[17]、腹痛等症状。

2.4 不忘祛风,终能外风散而内风敛 风邪多从皮毛入侵,与本病关系紧密,配伍运用祛风药,可使风邪得散,达“四两拨千斤”之效。风药轻灵,祛除外风使邪有出路,且风气通于肝,可调达肝胆之气,肝气得疏则脾土得安;内风得敛则不能游窜肠腑,肠鸣、腹痛可得到明显缓解。

祛外风常用防风、白芷、葛根等。防风乃“风中润剂”,理脾引经,配合白芍,既祛外风又敛肝风,内外风兼除,抑木扶土,故患者痛势得减。《本草正义》^[18]言白芷“气味辛温,芳香特甚,最能燥湿”,白芷一可借其辛温之力疏解表邪以去风寒;二取其芳香之气助化黏滞之湿浊,健运脾气;三乃阳明经之引经药,可助脾运化水湿。葛根轻清升发脾阳,为清扬发散之风药,可恢复中焦气机之枢纽。辣蓼辛温祛风利湿兼可温中,常用于外感风寒内有湿邪的泄泻,用量多为15~30 g。应注意的是,祛风药多辛

散,不宜堆砌,用时适当配伍酸敛之品如白芍、乌梅等润燥相济。

祛内风多用薄荷、石菖蒲等。《神农本草经疏》言薄荷“辛香通窍,主心腹胀满、霍乱”,可开郁散气,疏气清利,配合徐长卿,止痛作用较强^[19]。石菖蒲舒肝气、通九窍、和胃气,祛湿除风,能祛内外风邪,与凉肝息风之蒺藜、清热凉血之地榆相配合,对湿热未尽夹有风邪的IBS-D患者疗效甚佳,亦有治血以治风之意。

3 验案举隅(徐陆周主诊)

张某某,男,39岁。2022年3月2日初诊。

主诉:反复腹泻20余年,加重1个月。患者青少年时期曾因饮食不洁致腹泻便溏,无黏液脓血。此后每因饮食不慎或情绪不佳时易出现大便稀溏,大便日行3~5次,泻前痛势急迫剧烈,泻后痛缓,平素矢气频繁,倦怠神疲,情绪急躁易怒。1个月前,与他人激烈争吵后,又因饮食不洁,腹痛腹泻加重。患者既往有慢性胃炎病史,无肝病及甲状腺亢进病史。刻下:大便日行4~5次,呈水样便,下腹胀满,时有肠鸣,排便感急迫难忍,便前脐周疼痛,泻后痛减,受凉后加重,进食后上腹部发胀感明显,疲劳易怒,畏寒怕冷,食欲不振,夜寐不安,晨起口苦,舌胖大、苔腻微黄,脉弦滑。辅助检查:血、尿、粪常规未见明显异常,肝肾功能、甲状腺功能未见异常。电子肠镜检查示:结肠息肉(0.3 cm×0.3 cm),已夹除送病理活检。病理示:(横结肠)增生性息肉。西医诊断:腹泻型肠易激综合征,结肠息肉,慢性胃炎;中医诊断:泄泻(脾胃虚寒,夹有湿热,肝郁脾虚)。治以健脾疏肝、清化收敛。方选痛泻要方合菖蒲煎加减。处方:

炒白术20 g,炒白芍10 g,陈皮10 g,防风10 g,石菖蒲12 g,地榆10 g,仙鹤草15 g,石榴皮15 g,乌梅肉10 g,炮姜炭6 g,草豆蔻6 g。14剂。每日1剂,水煎200 mL,早晚温服。

2022年3月17日二诊:便前腹痛较前明显缓解,矢气减少,进食后腹胀时长缩短,大便日行2~3次,质稠软,近来偶有急躁易怒,纳寐一般,晨起口苦不显,乏力较前明显好转,舌淡红、苔白腻,脉弦滑。予初诊方继服14剂。

2022年4月6日三诊:药后已无腹部胀痛,矢气几无,后因上腹部受凉又感隐痛不适,大便日行1~2次,成形,情绪平稳,纳食馨,夜寐安,偶感乏力,舌淡红、苔白微腻,脉弦。予二诊方加紫苏叶10 g,14剂。

3个月后随访,患者三诊药后腹痛已消,大便正常,情绪平稳,纳寐可,无神疲乏力,诸症皆安。

按:本案患者为中青年男性,因早年饮食不洁损伤脾胃,致中焦脾胃虚弱,运化失健,泄泻常作。脾气亏虚则见纳食不馨、倦怠神疲、乏力;气虚及阳,脾阳不振则畏寒怕冷、四肢不温;脾虚肝乘,排便急迫、痛则欲泻、泻后痛减、肠鸣,皆为肝木乘土,内风走窜肠道所致;气郁日久化热,则肝胃不和,胃气上逆,见口苦、舌苔腻微黄、脉滑;肝气郁结,失于疏泄,气机不畅,则见急躁易怒、脉弦。综上,可诊断为泄泻病,病机为脾胃虚寒,夹有湿热,肝郁脾虚,治以健脾疏肝、清化收敛,方选痛泻要方合菖蒲煎加减。方中炒白术、炒白芍调肝运脾、缓急止痛;陈皮理气行脾、燥湿和中,佐以防风引经鼓舞脾胃清阳,兼除内风,脾气升则泻自止;菖蒲煎乃国医大师徐景藩教授用治慢性腹泻的经验方^[20],仅石菖蒲、地榆二药,药简效专,石菖蒲醒脾化湿、疏散肝郁,地榆凉血祛风、性寒以清肠,二药相配祛风清化肠中湿热;仙鹤草又称脱力草、泻痢草,补虚收敛,配伍石榴皮清热止泻、乌梅肉涩肠敛肝,三药合用清热止泻兼收敛肝气,可防疏泄太过;炮姜炭温中散寒,草豆蔻散寒燥湿,二药合用温中化湿。纵观全方,肝气疏敛有度,温脾清化并用,脾气得健,肝气得疏,故取效较好。二诊时,患者主症明显好转,此时宜乘胜追击,故效不更方,继予初诊方巩固疗效。三诊时,患者肠道症状几无,但因其既往有慢性胃炎病史,外受风寒又致胃脘隐痛,故予二诊方加紫苏叶散寒解表、和胃行气。

4 结语

现阶段,对于IBS-D的诊治仍存在一定困难,尤其是该病易于反复,辨治本病应牢牢把握肝郁脾虚且以脾虚为本的重要病机,注重调肝与运脾并治、清化与温中并用、肝气疏敛结合,兼顾祛风散邪等,加深“调肝运脾”治则的运用,配合情志、饮食起居调摄等手段可获得更好疗效。

参考文献

- [1] 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.
- [2] 刘雅萍,王红霞,王威.腹泻型肠易激综合征肝郁脾虚证中医研究进展[J].实用中医药杂志,2022,38(8):1465.
- [3] 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):1614.
- [4] 田盼盼,钱斐,徐陆周.徐陆周运用白石汤辨治腹泻型肠易激综合征[J].长春中医药大学学报,2021,37(1):64.
- [5] ELCHANINOV A V, FATKHUDDINOV T K, VISHNYAKOVA P A, et al. Molecular mechanisms of splenectomy-induced hepatocyte proliferation[J]. PLoS One, 2020, 15(6): e0233767.
- [6] 唐容川.血证论[M].彭荣琛,齐玲玲,点评.北京:中国医药科技出版社,2020:11.
- [7] 赵尔樱,周佳玮,褚海云,等.肠易激综合征流行病学与致病因素研究进展[J].中国公共卫生,2021,37(4):764.
- [8] 佚名.黄帝内经素问[M].黄永秋,涂新莉,整理.广州:广东科技出版社,2022:41.
- [9] 方智芸.过敏性疾病对肠易激综合征影响的研究[D].杭州:浙江大学,2017.
- [10] 张景岳.景岳全书[M].李玉清,主校.北京:中国医药科技出版社,2011:273.
- [11] 吴塘.温病条辨[M].南京中医药大学温病学教研室,整理.北京:人民卫生出版社,2005:174.
- [12] 曾晓涛,陈艳琰,乐世俊,等.基于网络药理学-分子对接-实验验证的地锦草效应物质基础与作用机制研究[J].中药新药与临床药理,2022,33(9):1205.
- [13] 南羊瑛,王立琦,鲍光明,等.凤尾草提取物抗腹泻的药理学研究[J].江西农业大学学报,2020,42(6):1222.
- [14] 陆为民,徐丹华,周晓波,等.徐景藩教授论治腹泻型肠易激综合征的经验[J].江苏中医药,2012,44(11):1.
- [15] 李时珍.本草纲目[M].北京:人民卫生出版社,2004:1737.
- [16] 姚澜.本草分经[M].北京:中国中医药出版社,2015:85.
- [17] 高雪松,赵静洁.柴胡疏肝散治疗抑郁症研究进展[J].河南中医,2022,42(4):629.
- [18] 张德裕.本草正义[M].程守祯,刘娟,校注.北京:中国中医药出版社,2015:39.
- [19] 李葆林,杨梦婷,支雅婧,等.徐长卿化学成分和药理作用的研究进展及质量标志物(Q-Marker)预测分析[J].中草药,2021,52(12):3725.
- [20] 陆为民,徐丹华.徐景藩治疗胃痛兼证验案分析及辨治特色:徐景藩诊治脾胃病经验之一[J].江苏中医药,2008,40(12):1.

第一作者:戴燕娜(1997—),女,硕士研究生在读,中医内科学脾胃病方向。

通讯作者:徐陆周,医学博士,主任中医师,博士研究生导师。ntcowboy2000@163.com

修回日期:2022-11-23

编辑:吴宁 张硕秋