

唐江山论治肠易激综合征经验

● 陈霖¹ 郑立升² 李小玲¹ 丁东翔² 指导:唐江山²

关键词 肠易激综合征 中医治疗 唐江山

肠易激综合征(IBS) 是一种以腹痛或腹部不适伴排便习惯改变为特征的功能性肠病, 经检查排除可引起这些症状的器质性疾病。本病属中医学的“泄泻”、“便秘”、“腹痛”、“肠郁”范畴。唐江山主任医师是第三批全国名老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 全国名老中医传承工作室建设项目专家, 福建省名中医。其从医 50 年, 潜心岐黄, 善于辨证, 精于用药, 尤其擅长诊治脾胃病, 对 IBS 的认识与治疗具有丰富的经验, 临床每收卓效。笔者有幸侍诊师侧, 启迪颇多, 现总结如下, 以飨同仁。

1 肝脾不和是 IBS 的核心病机

IBS 是临床上常见的功能性胃肠病之一。迄今为止, 现代医学对其发病原因及机制尚未完全阐明, 多数学者认为与肠动力紊乱、内脏敏感性增高、神经功能异常、精神改变等因素有关。而中医则认为本病多因情志失调、思虑劳倦、饮食不节所致。唐师指出 IBS 的基本病机为脾胃气虚、肝失条达、肝

木乘土、肝脾不和、脾失健运、肠道传导失职, 日久则脾虚及肾。因肝失条达, 气机不畅, 故腹痛; 因脾失健运, 升降失调, 清浊不分, 故腹泻; 因脾胃气虚, 气机郁滞, 腑气不通, 故便秘。因此, 不论 IBS 转归如何, 其病机关键在于肝郁脾虚。郁、虚为本病的主要病理特点, 郁为肝气郁结, 虚为脾胃气虚, 而肝脾不和为本病的核心病机。

2 调和肝脾是 IBS 最基本的治法

合调整的典范, 也是治疗脾胃病的一种重要的治疗方法。在 IBS 的发病过程中, 在外多为情志刺激, 在内多有脾胃虚弱, 不论是先有肝郁, 还是脾虚, 二者总是相互影响, 肝郁乘土, 可致脾虚; 脾胃虚弱, 运化不及, 则土虚木贼, 最终均形成肝郁脾虚共同现象, 即肝脾不和的核心病机。因此, 采用调和肝脾的治疗方法是 IBS 最基本的治法, 具体来说, 就是采用疏肝解郁与补脾益气相结合, 达到调和肝脾、补虚泻实的目的。

3 以二四汤为治疗 IBS 的基础方

唐师认为针对 IBS 的核心病机, 四逆散虽然是调和肝脾的基础方, 但其偏于舒肝理气, 而健脾益气之功不足。为增强健脾益气之功, 唐师每以四逆散与四君子汤合用, 名为二四汤, 作为治疗 IBS 的基础方。本方由柴胡 9g, 白芍 15 ~ 30g, 枳壳 12g, 党参 9 ~ 15g, 茯苓 15g, 白术 15 ~ 90g, 炙甘草 3 ~ 10g 组成。方中以柴胡疏肝解郁, 白芍柔肝体而助肝用, 与甘草配合以缓急止痛, 枳壳行气宽中, 与柴胡为伍, 一降一升, 一脾一肝, 加强调畅气机之效, 党参、茯苓、白术与甘草合用, 组成四君子汤, 具有健脾益气作用, 诸药合用, 共奏疏肝补脾, 调畅气机之功。辨证加减: ①腹痛为主, 加木香、制香附、醋制元胡。②腹泻为主: 去枳壳, 白芍、白术均为炒用, 用量为 15g, 加炒防风、陈皮。兼食积不化, 加焦三仙; 兼里急后重、气滞明显者, 加木香、榔榔; 兼肛门下坠, 脾虚气陷者, 加黄芪、升麻; 脾虚甚者, 加山药、芡实; 伤阴者, 加乌梅、石斛; 脾虚及肾者, 加补骨脂、制附子; 湿热泻, 加黄连、野麻草; 寒湿泻, 加苍术、

● 作者单位 1. 福建省罗源县中医院(350600); 2. 福建省福州市中医院(350001)

炮姜、车前子;久泻滑脱不禁,加煨诃子、煨肉豆蔻、罂粟壳。③便秘为主:枳壳易枳实,白术、白芍生用量大(白芍 30g,白术 60~90g),炙甘草用至 10g。兼阴虚,加元参、当归;阳虚,加肉苁蓉、锁阳;气滞,加莱菔子;热结肠燥,加决明子、郁李仁。④情志失调:心悸,加牡蛎、柏子仁;忧郁,加百合、合欢花、郁金;失眠,加炒酸枣仁、夜交藤。

4 验案举例

案一 陈某,男,20 岁,学生。2013 年 6 月 15 日初诊。主诉:反复腹泻 1 年余。患者因学习紧张、劳累,近 1 年多来反复腹泻,每于饭后或精神紧张时即腹痛腹泻,泻下糊状便,曾行肠镜检查未发现异常,服“蒙脱石散”、“整肠生”等药可暂时缓解。诊见:腹痛欲泻,泻后痛减,大便糊状,时夹粘液,未见脓血,口粘口苦,饮食量少,睡眠尚可,小便正常,舌质红苔黄腻,脉左关小弦,右关缓。诊断:泄泻(腹泻型肠易激综合征),证属肝郁脾虚、湿热内蕴。治以疏肝健脾、清利湿热,以二四汤加减。处方:柴胡 9g,

炒白芍 15g,白术(土炒)15g,陈皮 6g,防风(炒)9g,党参 9g,茯苓 15g,炙甘草 3g,木香 9g(后入),黄连 6g,野麻草 30g,煨诃子肉 9g,3 剂,每日 1 剂,水煎服,并嘱患者注意劳逸结合,调畅情志。

2013 年 6 月 19 日二诊:患者诉无腹痛,大便已正常,舌红苔薄腻,脉缓,药已见效,守方再服 3 剂。

2013 年 6 月 21 日三诊:患者病情稳定,无腹痛无腹泻,舌淡红苔薄白,脉缓,嘱服参苓白术散继续调治 1 个月以健脾固本,巩固疗效。

案二 黄某,42 岁,干部。2013 年 2 月 11 日初诊。主诉:反复大便秘结不通 6 年余,患者近 6 年多来反复出现大便秘结不通,常服黄连上清丸或番泻叶,外用开塞露才能排便,停用则依旧如故,因此甚为苦恼。诊见:大便 4~5 日一行,便坚难解,其形如粟,伴食少易饱,腹胀闷,平时性情急躁,夜寐不宁,多梦易醒,舌质红苔薄黄而干,脉细弦。肠镜检查:未见异常,诊断:便秘(便秘型肠易激综合

征),证属肝郁化火,火扰心神,脾胃气虚,气机郁滞。治以疏肝泻火,健脾润肠,行气通便,以二四汤加减,处方:柴胡 9g,白芍 30g,炙甘草 10g,生白术 60g(打碎),枳实 15g,党参 9g,茯苓 15g,莱菔子(炒)15g,百合 20g,知母 10g,生地 15g,柏子仁 15g,决明子 30g,郁李仁 10g。5 剂,水煎服,每日 1 剂。嘱多食含纤维质食物,多喝水,每日定时登厕排便。

2013 年 2 月 16 日二诊:患者诉服药后诸症减轻,大便每日自行 1 次,质软,睡眠仍欠安,守原方去郁李仁,加茯神 15g、酸枣仁(微炒)20g、夜交藤 30g,再服 10 剂,诸症平缓。随访 1 年未见复发。

按 两则验案发病机理均为肝脾不和、运化失常、肠道传导失司而致,均用疏肝健脾、调和肝脾的治法,以二四汤为基础方加减治疗而获效。二例一泻一秘,临床表现不同,但核心病机相同,抓住调肝脾、理肠胃基本治法再辨证加减,体现了“同病异治,异病同治”的治疗原则。

(上接第 28 页)

三诊:胃脘适,大便欠成形,腹满喜按,舌淡红,苔薄白,脉弱。证属中虚气滞,拟以香砂六君子汤加减,7 付。随访两月无复发。

按 患者胃脘作胀,嗳气泛酸,大便偏烂,多因情志不遂而发病,结合舌脉辨证属气滞湿阻。治疗上取半夏厚朴汤之意理气开郁,降逆化痰;郁金疏肝解郁安神;砂仁、豆蔻芳香行气,温中化湿,达脾阳而化谷;焦山楂消食导滞祛瘀;

煨瓦楞制酸护胃;木香、醋香附理胃气而消胀,槟榔行肠气而消积;莪术行气活血散结,甘草调和诸药。服用本方后,肝郁得解,气行湿化。二诊,大便偏烂,湿邪未祛,加用炒薏苡仁、白扁豆增强健脾祛湿之功。三诊,大便欠成形,腹满喜按,脉弱,湿邪祛,脾胃虚弱显现,予香砂六君子汤运脾调气以善后。

参考文献

- [1] 彭栋柱. 功能性消化不良 138 例危险因素分析[J]. 中国乡村医药, 2013, 20(24): 3-4.
- [2] 罗马委员会. 功能性胃肠病罗马 III 诊断标准[J]. 现代消化及介入诊疗, 2007, 12(2): 137.
- [3] 裴正学. 《血证论》评释[M]. 兰州: 甘肃科学技术出版社, 2008: 21.
- [4] 吴 璐. 《温病条辨》[M]. 福州: 福建科学技术出版社, 2010: 149.