

中医药治疗腹泻型肠易激综合征进展

● 陈默¹ 指导:吴耀南²

摘要 腹泻型肠易激综合征(Diarrhea irritable bowel syndrome, IBS-D)日益成为消化系统的常见病和多发病。近年来研究表明,IBS-D作为中医药治疗的优势病种在辨证治疗方法、病因病机、证候规律研究等诸多方面取得了不少进展。结合近几年研究,概述中医药治疗IBS-D的进展。

关键词 腹泻型肠易激综合征 中医药治疗 综述

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是临床常见的功能性肠病,是指一种以腹痛或腹部不适伴排便习惯改变和(或)大便秘结异常的功能性肠病,该病缺乏可解释症状的形态学改变和生化异常^[1]。各地研究的报道显示IBS是一种世界范围内的多发病,在欧美国家,女性发病率为14%~24%,男性发病率为5%~19%,在我国的患病率约为15%左右^[2]。其中腹泻型肠易激综合征(Diarrhea irritable bowel syndrome, IBS-D)最为常见,约占60%~70%。目前祖国医学治疗IBS-D重视个体辨证治疗,注重标本兼治,具有疗效好、复发率低等优势,而越来越多的患者也寻求中医药治疗。现将中医药治疗IBS-D的近况综述如下。

1 病因病机

中医学并无对应IBS-D病名,根据临床表现可归属为中医

学的“腹痛”、“泄泻”、“洞泄”、“飧泄”等范畴。《脾胃论》曰:“形体劳役则脾病,病脾则倦怠嗜卧,四肢不收,大便泄泻……胆者,少阳春升之气……胆气不升,则飧泄、肠痹不一而起矣。”《医方考》指出:“泻责之于脾,痛责之于肝,肝责之实,脾责之虚,脾虚肝实,故令痛泻。”汪昂曰:“久泻皆由肾命火衰,不能专责脾胃。”张景岳云:“凡遇怒气便做泄泻者,必先以怒时夹食,致伤脾胃,故但有所犯,即随触而发,此肝脾两脏病也。”在传统中医理论指导下,结合临床实践,现代诸多医家就本病的病因病机提出了许多见解。徐景藩教授^[3,4]认为:脾虚湿盛是该病的主要发病基础,IBS-D当以肝郁为标,脾虚为本,肝郁脾虚相互影响,互为因果,是为病机关键;肠风内扰实为本病发病之关键;久病脾阳日亏,累及于肾,命门火衰,无以暖土,水谷不化而泄泻愈重。聂惠民教授^[5]认

为该病常因饮食不节、情志失调、感受外邪、紧张劳累而导致肝失疏泄、脾胃虚弱,土虚木乘,肝脾疏泄运化失职而发生;病久可由脾及肾,而致肾阳亏虚,火不暖土,加重病情或使病复发。印老^[6]认为本病的发生与精神情志关系密切,此外与饮食不节、寒温不适、脾胃不和等亦有关,其发病之初多以肝郁气滞为主,木郁克土,渐可发展为脾虚湿渍之证;或因肝火犯胃、湿热蕴结,而致火迫大肠之热泻。周福生教授^[7]则认为,肝郁脾虚、心神不宁、心胃不和是肠易激综合征主要病机,主张从心论治。

2 中医药治疗方法

2.1 辨证分型治疗 近年来,IBS-D的中医治疗仍以辨证治疗为主,以疏肝健脾法、运脾化湿法、温肾补脾法、清化湿热法等为常用。张声生等^[8]将治疗组180例分为四型进行辨证论治:肝郁脾虚型,予痛泻要方加减;脾虚湿阻型,予参苓白术散加减;脾胃湿热型,予葛根芩连汤加减;脾肾阳

• 作者单位 1. 福建中医药大学(350108); 2. 福建中医药大学附属厦门市中医院(361009)

虚型,予四神丸加减。对照组 180 例予匹维溴胺治疗。治疗组总有效率 86.1%,显著高于对照组的 70.3% ($P < 0.05$)。李熠萌^[9]将 60 例患者辨证分为:肝郁脾虚型,予痛泻要方;脾气虚弱型,予参苓白术散;脾肾阳虚型,予四神丸合理中汤。对照组 20 例予得舒特治疗。治疗组及对照组的总有效率分别为 81.67% 和 60%,差异有显著性意义 ($P < 0.05$),治疗组疗效高于对照组。任才厚^[10]将 20 例该病患者辨证分为:肝郁脾虚证,予痛泻要方合四逆散加减;脾虚湿盛证,予参苓白术散加减;寒热错杂证,予半夏泻心汤加减;脾肾阳虚证;予附子理中汤合四神丸加减。并将此作为治疗组,与单纯用西药得舒特治疗的 20 例患者进行对照,治疗组总有效率为 90.0%,显著高于对照组的 70.0% ($P < 0.01$)。

2.2 基本方加减治疗 在临床中,通过大量的治疗经验总结,部分医家以经方或经验方作为治疗 IBS-D 的基本处方,在此基础上随证加减,疗效确切。汪正芳等^[11]将中药组 53 例予痛泻要方加减(党参,白术,八月札,白芍,陈皮,绿萼梅,白扁豆,芡实,防风,甘草等),随证加减:肝郁甚者,加合欢花、郁金;湿盛者,加苍术、炮姜;湿热加黄芩、茵陈;兼有瘀者,加丹参、三七粉;兼食积者,加神曲、连翘;兼肾虚者,加补骨脂、狗脊;腹痛明显者,加元胡、徐长卿。西药组 54 例予匹维溴胺治疗。治疗后及随访两组各证候总积分改善明显优于治疗前,差异有显著性意义 ($P < 0.05$);治疗 4 周后,中药组总有效率为 81.1%,西药组为 70.4%,差异无显著性意义 ($P > 0.05$);在改善

排便次数和大便性状等症方面,中药组疗效优于西药组 ($P < 0.05$);第 1、3 个月两组随访结果显示,中药组证候积分改善优于西药组 ($P < 0.05$)。高文艳等^[12]对治疗组予健脾调肝温肾方加减治疗(党参 10g,白术 10g,白扁豆 15g,茯苓 10g,白芍 10g,陈皮 6g,防风 10g,山药 10g,炮姜 6g,肉桂 3g。随证加减:肝郁乘脾重者,白芍改为 15g,加甘草 10g;脾虚湿重者,加苍术 10g、薏苡仁 15g;瘀血阻滞者,加川芎 6g;脾虚夹热者,加黄连 5g;阳虚明显者,加制附片 5g);对照组予口服匹维溴胺。治疗组黏液便症状的改善优于对照组,差异有非常显著性意义 ($P < 0.01$)。治疗组和对照组的总有效率比较,差异无显著性意义 ($P > 0.05$);治疗组和对照组分别有 4 例和 12 例复发或加重,治疗组复发率显著低于对照组 ($P < 0.01$)。张艳国等^[13]将治疗组 122 例用活血通络药物(丹参 15g,当归 12g,元胡 12g,香附 12g,白芍 12g,炒白术 10g,茯苓 12g,吴茱萸 4g,山楂炭 20g。随证加减:脾胃虚弱型加党参 15g,藿香 10g,扁豆 10g;脾肾阳虚型加干姜 6g,补骨脂 15g,肉豆蔻 10g;肝脾不和型加柴胡 12g,枳壳 8g;胃热肠寒型加黄连 6g,干姜 6g);对照组 114 例予马来酸曲美布汀治疗。治疗组总有效率为 96.7%,显著高于对照组 80.7% ($P < 0.01$)。

2.3 专方治疗 基于目前大多数医家认为脾肾亏虚、肝失疏泄在 IBS-D 发病中起着不可或缺的重要地位,一些医家以协定处方治疗本病,在临床中亦获得良好收效。唐旭东等^[14]将试验组 109 例予肠安 I 号方(方由黄芪、

炒白术、炒白芍、防风、陈皮、炮姜炭等组成),对照组 107 例予安慰剂。两组量表积分改善比较,差异有显著性意义 ($P < 0.05$),试验组的疗效优于对照组;试验组 AR 应答率为 59.6%,对照组 AR 应答率为 35.5%,差异有显著性意义 ($P < 0.05$);中医症状积分变化趋势组间比较,差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。陆彩霞等^[15]将治疗组 45 例予益肠汤(党参 15g,白术 12g,茯苓 12g,扁豆 10g,陈皮 10g,山药 10g,白芍 15g,防风 10g,乌梅 10g,五味子 10g,甘草 3g),对照组 30 例予援生力维治疗。治疗组总有效率显著高于对照组 ($P < 0.05$)。李彦龙等^[16]将对照组 30 例予匹维溴胺治疗,治疗组 30 例予疏肝健脾补肾法治疗(党参 15g,炒白术 10g,茯苓 20g,白芍 20g,陈皮 10g,防风 5g,葛根 15g,白扁豆 15g,炒山药 20g,枳壳 15g,乌梅 10g,合欢花 15g,甘草 5g);治疗组总有效率为 89.7%,优于对照组的 67.9% ($P < 0.05$)。治疗结束 6 个月后对有效的部分病例进行追踪随访,治疗组复发率为 22.2%;低于对照的 57.1% ($P < 0.05$)。

2.3 中西医结合治疗 中西医结合治疗,可互取长处,互补不足,亦是目前的一大主要治疗手段。张怡等^[17]治疗表虚气陷腹泻型肠易激综合征患者 72 例,在予金双歧调节肠道菌群的基础治疗上,对照组加用思密达,治疗组加用补中益气汤合桂枝汤(炙黄芪 30g,炒白术 30g,陈皮 15g,炙升麻 15g,柴胡 15g,人参 15g,炙甘草 10g,当归 15g,桂枝 15g,白芍 30g,生姜 15g,大枣 15g)。治疗组在改善腹痛或不适、便次异

常、黏液便方面明显优于对照组 ($P < 0.01$),同时,治疗组在改善排便急迫感、排便不尽感及总有效率方面亦明显优于对照组 ($P < 0.05$)。牛立军等^[18]将 226 例 IBS-D 患者分为西医组、中医组、中西医结合组进行研究,西医组 77 例予曲美布汀,中医组 71 例予安肠止痛组方(党参 15g,茯苓 10g,炒白术 20g,淮山药 15g,炒薏苡仁 30g,炙甘草 10g,炒白芍 15g,陈皮 10g,防风 15g,补骨脂 20g,肉豆蔻 15g,吴茱萸 10g,五味子 10g,柴胡 5g,升麻 5g,当归 10g,制香附 10g,玫瑰花 6g),中西医结合组 78 例采用安肠止痛组方联合曲美布汀治疗。三组总有效率分别为 58.44%、74.65%、89.74%,差异无显著性意义 ($P > 0.05$);BSS 评分三组治疗后均明显降低 ($P < 0.05$),中西医结合组优于中医组及西医组 ($P < 0.05$),中医组优于西医组 ($P < 0.05$)。曾耀明^[19]将对照组 38 例予马来酸曲美布汀及酪酸梭菌活菌片;治疗组 45 例在对照组基础上加疏肝健脾方治疗。治疗组总有效率 82.2%,对照组有效率为 65.9%,差异有非常显著性意义 ($P < 0.01$)。

2.4 其它疗法

2.4.1 针灸疗法 目前普遍认为针灸可以参与体液、神经、免疫系统的调节。对人体具有多途径调节、双向平衡调节及身心同时调节等特点,同时有显著的镇痛效果。王鹏琴等^[20]治疗 IBS-D 患者 120 例,眼针组 60 例以下焦区、大肠区、脾区为主穴进行针刺,对照组 60 例予口服匹维溴铵。眼针组总有效率为 91.38%,显著优于对照组的 73.68% ($P < 0.05$);眼针组复发率为 13.89%

低于对照组的 43.47% ($P < 0.05$)。治疗后两组患者症状总积分均较治疗前明显降低 ($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$),其中腹痛或腹部不适、大便次数、大便性状等方面眼针组降低较对照组更为显著 ($P < 0.05$)。李浩等^[21]将针刺组 35 例予行常规针刺,并在双侧天枢加电针刺激;西药组 35 例予匹维溴铵。治疗后两组症状积分、IBS-QOL 评分均显著改善 ($P < 0.01$),且针刺组的改善程度和疗效均非常显著优于西药组(均 $P < 0.01$);3 个月后针刺组复发率为 36.4%,低于西药组的 72.0% ($P < 0.01$)。储浩然等^[22]将治疗组 30 例予艾灸,对照组 30 例予洛哌丁胺治疗。治疗组总有效率为 90%,优于对照组的 76.67% ($P < 0.05$);治疗后 2 组各症状积分均显著降低 ($P < 0.05$, 或 $P < 0.01$);治疗前后各症状的积分差值比较,治疗组高于对照组 ($P < 0.05$, 或 $P < 0.01$)。付勇^[23]对 60 例 IBS-D 患者采用热敏灸治疗,根据热敏灸时间进行分组,饱和灸量组艾灸时间以热敏灸感消失为度,传统灸量组每次 15min。饱和灸量组愈显率为 75.0%,传统灸量组愈显率为 44.4%,差异有显著性意义 ($P < 0.05$),饱和灸量组疗效优于传统灸量组;饱和灸量组在腹泻、腹胀症状评分较传统灸量组明显降低 ($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$)。

2.4.2 保留灌肠 保留灌肠有着直接作用肠道黏膜、易于吸收等优势。乔敏^[24]将治疗组 39 例予中药灌肠(白术 20g,厚朴 6g,乌梅 12g,石榴皮 15g,乌贼骨 15g,炒白芍 12g)治疗,对照组 40 例予吗丁啉、谷维素、思密达治疗。治疗组腹泻、腹痛有效率均

优于对照组 ($P < 0.05$)。时晶^[25]将治疗组 34 例分为脾虚型及大肠湿热型,均以中药灌肠(脾虚型药用:山药 15g,炒荆芥 10g,白芍 15g,甘草 6g,地榆 10g,黄芩 10g,制大黄 10g;大肠湿热型药用:苦参 20g,败酱草 20g,地榆 20g,青黛 6g,白及 15g,白花蛇舌草 20g);对照组 30 例予阿米替林、易蒙停。治疗组总有效率为 88.2%,显著优于对照组的 60.0% ($P < 0.05$)。赵劲枝^[26]将用白头翁汤保留灌肠的 60 例患者作为治疗组,用奥替溴铵治疗的 40 例患者作为对照组,结果显示治疗组总有效率为 91.7%,显著优于对照组的 75.0% ($P < 0.05$)。

3 小结与展望

肠易激综合征作为消化科的常见病及多发病,其发病机制目前尚未明确,目前比较一致的观点认为是内脏高敏感性、脑-肠轴异常、神经-内分泌-免疫网络等功能异常、肠道感染、心理社会因素、遗传因素等多种因素相互参与作用的结果。IBS-D 作为其最为常见的亚型,西医在治疗方面以对症治疗为主,在疾病治疗的有效率、复发率等方面并不满意。

而中医药治疗 IBS-D,不仅在缓解患者症状上,同时在改善患者身心健康、生活质量及降低复发率等有着显著的疗效优势。但仍有不足:①目前的临床科研,在症候诊断及疗效的判定标准仍缺乏统一的指标,因此进一步研究中医的作用机制及确定规范统一的诊疗指南将是亟待解决的问题。②治疗方式以中药复方为主,缺乏方剂药理研究,明确其作

用机制,并进行有效的配伍,制成新剂型,使其便捷、安全、低廉的应用于临床。③大多临床科研时间较短,远期疗效观察报道较少,今后仍是研究重点。

参考文献

[1]张声生,李乾构,魏 玮,等.肠易激综合征中医诊疗共识意见[J].中华中医药杂志,2010(07):1062-1065.

[2]Spanier JA,Howden CW,Jones MP. A systematic review of alternative therapies in the irritable bowel syndrome. Arch Intern Med,2003,163:265-274.

[3]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,(11):1-3.

[4]叶柏,陈静.国医大师徐景藩教授治疗肠易激综合征临床经验[J].中华中医药杂志,2013,28(6):1746-1748.

[5]路广林,张秋霞,郭 华,等.聂惠民教授治疗肠易激综合征的经验[J].北京中医药大学学报,2011,(9):637-638.

[6]李奥杰,徐 远,高彩霞,等.印会河教授从肝论治腹泻型肠易激综合征经验举隅[J].世界中医药,2014,(4):465-467.

[7]陈晓敏,周福生.周福生教授治疗肠易激综合征经验介绍[J].新中医,2006,38(6):10-11.

[8]张声生,汪红兵,李振华,等.中医药辨证治疗腹泻型肠易激综合征多中心随机对照

研究[J].中国中西医结合杂志,2010,30(1):9-12.

[9]李熠萌.中医辨证分型治疗腹泻型肠易激综合征的临床观察[J].中华中医药杂志,2009(S1):52-54.

[10]任才厚.辨证治疗腹泻型肠易激综合征疗效观察[J].中国中医基础医学杂志,2010,22(05):414-419.

[11]汪正芳,张声生,许文君.调肝理脾方随证加减治疗腹泻型肠易激综合征53例[J].中国中西医结合消化杂志,2011,19(6):403-405.

[12]高文艳,王长洪,林一帆,等.健脾调肝温肾方治疗腹泻型肠易激综合征的临床研究[J].中国中西医结合杂志,2010,30(1):13-17.

[13]张艳国,佟秀芳,郑素梅,等.活血通络治疗腹泻型肠易激综合征[J].中国药师,2010,13(6):864-865.

[14]唐旭东,张丽颖,张引强,等.肠安I号方治疗腹泻型肠易激综合征的随机、双盲、安慰剂对照临床研究.第二十三届全国中西医结合消化系统疾病学术会议论文集.2011:1-8.

[15]陆彩霞,焦建华.益肠汤治疗腹泻型肠易激综合征的疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2010,19(31):3407-3408.

[16]李彦龙,廖志峰,廖挺.疏肝健脾补肾法对腹泻型肠易激综合征疗效观察[J].中国中西医结合消化杂志,2013,21(2):70-72.

[17]张 怡,张晓云.益气调营法治疗表虚

气陷腹泻型肠易激综合征临床观察[J].中国中医急症,2014,23(3):496-497.

[18]牛立军,苏 强,刘振伟,等.安肠止痛组方联合曲美布汀治疗腹泻型肠易激综合征78例[J].西部中医药,2014,27(8):81-83.

[19]曾耀明.中西医结合治疗肠易激综合征45例临床观察[J].中国中西医结合急救杂志,2011,18(5):319.

[20]王鹏琴,陈苏宁,柳越冬,等.眼针治疗腹泻型肠易激综合征60例临床研究[J].中医杂志,2011,52(14):1203-1206.

[21]李 浩,裴丽霞,周俊灵,等.针刺与西药治疗腹泻型肠易激综合征疗效对照观察[J].世界针灸杂志(英文版),2013,23(2):11-16.

[22]储浩然,黄学勇,李学军,等.艾灸治疗腹泻型肠易激综合征临床研究[J].安徽中医学院学报,2011,30(6):33-35.

[23]付 勇,章海凤,熊 俊,等.热敏灸治疗肠易激综合征不同灸量的临床疗效观察[J].中国针灸,2014,34(1):45-48.

[24]乔 敏,闫 凤.中药灌肠治疗腹泻型肠易激综合征的临床研究[J].中医学报,2013,28(1):124-125.

[25]时 晶.中药灌肠治疗肠易激综合征腹泻型的疗效观察[J].中医药导报,2012,19(1):95-96.

[26]赵劲枝.白头翁汤治疗腹泻型肠易激综合征60例观察[J].实用中医药杂志,2014,30(5):383-384.

中医文化

庞安时爱好书画

苏轼因乌台诗案被贬黄州,与湖北蕲水医家庞安时(字安常)交往密切。东坡擅长书法,经常有朋友馈赠他好墨。有个人家里收藏的一款廷珪墨已历经好几代人了,不幸患重病,庞安时妙手回春,坚决不肯要病人送的钱财,只求廷珪墨。不久庞安时以这款宝墨与东坡交换,换取了几幅字画。苏东坡觉得自己捡了大便宜,还主动替他做广告,说他医术高明,善于治疗怪病,治疗伤寒,手到病除。

《东坡志林》载:庞安时行医不志于利,每次都要求以善书古画作为他的报酬,倘若得到满足常会喜上眉梢。九江胡洞微道士很好地继承了他的医术,也继承了老师“行医不志于利”的优良传统。胡洞微治愈了苏轼的病,苏无以答谢,书写草书数张代之,且告诉胡说:“这是庞安时先生的惯例,是不可以废除的!”

苏轼诗友道潜,别号参寥子,於潜(今浙江省临安县人),善诗。东坡有诗“何妨却伴参寥子,无数新诗咳唾成”佐证。有一日道潜病了,苏轼把庞安时推荐给他。道潜自思自己是个穷酸文人,付不起医药费,又不擅长书画,恳求苏轼帮忙。苏轼戏言:“君乃才华横溢之人,为什么不变通一下,做两首诗送给他呢?”