

· 综述 ·

便秘型肠易激综合征的中医治疗进展[※]

曹子涵¹ 曹志群^{2▲}

摘要 近年来,关于便秘型肠易激综合征的研究不断深入,结果表明中医论治便秘型肠易激综合征效果确切且有着独特的优势,在远期疗效及安全性方面也优于单纯的西医对症治疗,文中结合近年来本病的中医治疗研究进展作一综述。

关键词 便秘型肠易激综合征;中医;治疗;综述

肠易激综合征(Irritable bowel syndrome, IBS)是一种以持续或间歇发作的腹痛、腹胀、排便习惯和(或)大便性状改变为主要临床表现的肠道功能紊乱性疾病^[1]。2016年由罗马基金会发布的罗马IV标准,依据排便习惯的改变和粪便性状的异常,将IBS分为四类:便秘型肠易激综合征(Constipation-predominant Irritable Bowel Syndrome, IBS-C);腹泻型肠易激综合征(Diarrhea-Predominant Irritable Bowel, IBS-D);便秘和腹泻混合型肠易激综合征(Mixed-diarrhea-and-constipation Irritable Bowel Syndrome, IBS-M)和未定型肠易激综合征(Unsubtyped Irritable Bowel Syndrome, IBS-U)^[1]。据报道,IBS的发病率为8.8%,其中IBS-D较为常见^[2],但近年来IBS-C的发病率持续上升,患者多集中于女性以及老年人群^[3]。目前,IBS的发病机理尚不明确,西医以调节胃肠动力、缓解胃肠道痉挛、改善胃肠道微生态以及抗焦虑抑郁等对症治疗为主,效果欠佳,且病情容易反复。近年研究发现,在中医理论指导下辨证内服中药、外用针刺等方法治疗IBS-C取得了较好的效果,并且远期疗效及安全性等方面相比单纯的西医对症治疗也具有鲜明的优势。本文将近年来中医对IBS-C的认识与治疗作一综述,以期为进一步研究提供思路。

1 病因病机

1.1 古代医家认识 中医古文献中并无“便秘型肠

易激综合征”这一病名,根据其临床症状可将其归于“便秘”“腹痛”“肠郁”“脾约”等范畴。关于病因病机,《诸病源候论·大便病诸候》云:“大便难者,由五脏不调,阴阳偏有虚实,谓三焦不和,则冷热并结故也。”认为便秘与脏腑失调、三焦不和密不可分。《太平圣惠方·治虚劳大便难诸方》有言:“夫虚劳之人,脾肺损伤,谷食减少,气血阻隔,阴阳不和,胃气壅滞,上焦虚热,流注大肠,故令秘涩也。”《鸡峰普济方》曰:“大便秘滞有三……三者,肾虚水少,胴肠干涩,皆令大肠秘滞。”认为本病与肺的宣发肃降、胃的受纳、脾的运化及肾的温煦功能失调有着密切联系。《景岳全书·秘结》云:“凡下焦阳虚,则阳气不行,阳气不行则不能传送,而阴凝于下,此阳虚而阴结也。”《证治准绳·杂病》有云:“血虚津液枯竭而秘结者,脉必小涩,面无精光,大便虽软,努责不出。”总之,大肠传导失司是本病的基本病机,其病位主要在大肠,与脾、胃、肺、肝、肾等密切相关,辨证多为虚实夹杂,病情迁延难愈。

1.2 现代医家认识 韩树堂^[4]认为,IBS-C的病机为“无帆舟缓”和“无水舟停”,即气机阻滞与阴液亏虚,又以阴液亏虚、肠腑失养为本,气机阻滞、肠腑传导失常为标,临证治疗以疏肝健脾为主,佐以理气养阴、柔肝润肠等方法。危萃萍^[5]认为,机体“通”“降”功能失调是IBS-C发病的主要原因,脾虚运化不利,脏腑疏泄不畅,以致糟粕不能下行,治疗当以疏肝健脾、平衡情志为主要原则。张佳河等^[6]认为,肝实、脾虚、阴亏、湿热为IBS-C的主要证素,“肝郁脾虚,气机失调”贯穿疾病发展的始终,提出“健脾疏肝”以治其本,“清热祛瘀、化痰消积”以治其标的治疗方法。黄驰尧等^[7]认为肝气郁结是IBS-C的主要病因,疏肝理气法在本病的治疗中至关重要。龙惠珍主任^[8]认为,IBS-C的“本”为脾土壅滞,“标”为肠腑气机不降,开郁润脾法

※基金项目 国家自然科学基金青年科学基金项目(No.81904128);山东省自然科学基金(No.ZR2020MH355);山东省名老中医药专家传承工作室建设项目(No.鲁卫函[2019]92号)

▲通信作者 曹志群,男,医学博士,教授,博士研究生导师。研究方向:消化系统疾病的临床及实验研究。E-mail:drcaozhiqun@126.com

•作者单位 1.山东中医药大学(山东 济南 250355);2.山东中医药大学附属医院(山东 济南 250014)

应贯穿本病治疗的始终。总之,现代医家认为,本病以肝郁脾虚为本,以阴虚肠燥为标,治法上当以疏肝健脾为主,佐以滋阴润肠。

2 辨证分型

IBS-C尚无统一的中医病名,且病因病机复杂,缺乏统一的中医证治分型思路。2010年制定的《肠易激综合征中医诊疗共识意见》^[9]将IBS-C分为六种证型:肝郁气滞证、肝郁脾虚证、脾肾阳虚证、脾虚湿阻证、脾胃湿热证及肠道燥热证。2017年制定的共识意见将本病的分型修订为肝郁气滞证、脾肾阳虚证、胃肠积热证、阴虚肠燥证及肺脾气虚证五种证型^[10]。

近年医家提出了不同见解,丰富了IBS-C的辨证分型。柯晓教授^[11]认为,便秘病情多虚实夹杂,病机多本虚标实,可将其区分为气滞、气虚、血虚、阴虚、阳虚、热积、寒积等证。张振宇^[12]在一项对IBS-C患者的临床观察中,按照肝郁气滞、肠燥津伤、气阴两虚三个证型划分本病。林丽莉等^[13]通过观察103例肝郁气滞证和肠道燥热证的IBS-C患者和100例正常人,探究IBS-C患者体质与中医证型的相关性,结果表明本病患者以气郁质和气虚质较为多见,其中肝郁气滞证患者的体质主要为气郁质(36.51%)与湿热质(19.05%),肠道燥热证患者的体质多为气虚质(30%)和阴虚质(25%)($P<0.05$)。

总的来说,临床上该病以肝郁气滞、胃肠积热等证较为常见,不同证型之间既可以相互转化,又可以相兼为病。如肝郁气滞,日久郁而化热,耗伤肠道津液,津枯肠燥,则可见阴虚肠燥证;年老体虚或久病不愈的患者,脏腑虚衰,功能减退,病情迁延难愈,亦可脾肾阳虚和脾肺气虚并见等。

3 临床治疗

3.1 内治法 临床研究表明,口服中药在治疗IBS-C方面疗效显著且可靠,所用方剂既有古方今用,也有自拟新方。见表1。

舒劲教授^[14]从肝郁脾虚的基本病机出发,提出采用逍遥散合小柴胡汤加减治疗本病的观点。张媛媛^[15]结合舒劲教授的临证经验,对80例IBS-C肝郁脾虚证患者进行临床观察,治疗组40例予小柴胡汤合逍遥散加味,对照组40例予乳果糖口服液,治疗4w后,在临床疗效及中医证候积分、焦虑抑郁等心理状况和生活质量的改善方面,治疗组较对照组更具优势($P<0.05$)。危萃萍^[5]采用理中汤合枳术汤治疗IBS-C观察组患者,对照组口服替加色罗配合马来酸曲美布

表1 近3年文献记载不同方剂治疗IBS-C临床效果

研究者	年份	方剂名称	入组例数	实验组是否优于对照组	P
储琳	2019	柴胡疏肝散加减	96	是	<0.05
蔡娟娟	2019	四磨汤合五仁汤	72	是	<0.05
王志强	2020	补中益气汤	90	是	<0.05
陈爱萍	2020	自拟疏肝健脾通便方	82	是	<0.05
黄娟	2020	疏肝理气导滞汤	60	是	<0.05
张媛媛	2021	逍遥散合小柴胡汤加味	80	是	<0.05
危萃萍	2021	理中汤合枳术汤	68	是	<0.05
黄礼	2021	麻子仁增液汤	100	是	<0.05

汀分散片,观察组在降低患者腹痛频率、程度及排便困难等症积分,以及降低痉挛性腹痛、肠鸣等不良反应的总发生率上均比对照组更加显著($P<0.05$)。王志强等^[16]观察发现,口服补中益气汤能显著缓解IBS-C患者腹痛、腹胀、大便干结等症状,提高生长抑素、5-羟色胺、P物质水平,降低神经肽Y水平。黄礼等^[17]选取100名IBS-C患者并随机分组,对照组49例口服乳果糖溶液治疗,观察组51例加用麻子仁增液汤,结果表明,在总有效率上观察组(94.1%)远高于对照组(79.59%)($P<0.05$),证实了麻子仁增液汤不仅能够有效改善患者大便干结、腹胀、腹痛等主症及潮热颧红、口干少津等兼症,也可有效增加肠道有益菌群数量、提高肠道菌群定植抗力,此外,观察组相比对照组在改善生活质量以及社会功能评分等方面也展现出了显著的优势($P<0.05$)。储琳^[18]观察96例IBS-C患者,发现加用柴胡疏肝散的治疗组总有效率为95.83%,明显优于单纯使用西沙比利的对照组(81.25%),且对中医证候积分的改善也优于对照组($P<0.05$)。蔡娟娟^[19]研究了72例肝郁气滞型的IBS-C患者,中药组采用四磨汤合五仁汤,结果表明中药组对比使用乳果糖的西药组,患者血浆外周血浆血管活性肠肽(Vasoactive Intestinal Peptide, VIP)、降钙素基因相关肽(Calcitonin gene related peptide, CGRP)水平有效降低,并发现患者排便困难程度、大便性状等症积分差值与血浆VIP、CGRP含量变化值呈正相关,在综合疗效等方面中药组也比西药组更有优势。陈爱萍等^[20]应用自拟疏肝健脾通便方联合马来酸曲美布汀分散片和双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊治疗IBS-C,在缓解腹痛、腹胀等症状及提升排便满意度等方面显著优于单纯应用西药($P<0.05$)。黄娟^[21]观察60例IBS-C患者,对照组口服枸橼酸莫沙必利片及双歧杆菌三联活菌胶囊,观察组在对照组基础上加用自拟疏

肝理气导滞汤, 结果发现观察组在总有效率、改善临床症状及降低中医证候积分等方面较对照组更优($P < 0.05$)。

3.2 外治法 针刺、推拿、贴敷、埋线、灸法等中医外治法也是临床治疗便秘型肠易激综合征的可靠方法, 其主要机理是利用刺激机体经络腧穴的方式, 调节气血, 改善胃肠功能, 从而达到缓解便秘的目的。相关研究^[22]表明, 中医外治组在患者腹痛、排便困难程度的改善及临床安全性等方面均优于西药对照组。且中医外治法因其简便易行, 患者依从性高, 近年来在临床上得到广泛应用。

吴丽洁等^[23]认为, IBS-C的中医外治当以疏通胃肠气机为原则, 其中针刺、艾灸及穴位贴敷最常见的取穴是天枢、中脘、关元、气海等, 能有效改善患者肠道动力, 调节肠道敏感性。毛玮^[24]把63例IBS-C患者随机分为电针组(双侧天枢、足三里、上巨虚)31例及口服乳果糖的药物组32例, 结果表明, 电针组可有效改善患者临床症状, 降低患者血浆CGRP、VIP水平及IBS-QOL评分, 在提升患者生活质量及远期疗效方面, 电针组也优于药物组。刘小聪等^[25]发现, 中药脐蒸不仅有利于药物的渗透, 且可有效避免体内给药对药物成分造成的破坏, 治疗本病效果显著。严满红等^[26]通过研究发现, 经过穴位贴敷及耳穴贴压治疗的观察组较对照组的血清5-HT水平更低, 且观察组的临床疗效及护理满意度也更优。刘薇^[27]观察穴位埋线治疗IBS-C的临床疗效, 观察组采用穴位埋线(天枢、中脘、足三里等)治疗, 对照组口服聚卡波菲钙片, 结果表明在改善患者排便困难程度等主要症状及腹胀、口干舌燥等兼症方面, 观察组的效果更为优异。高晓娟、徐欢等^[28-29]观察发现, 经过穴位埋线结合耳穴贴压治疗的观察组, 相比于口服枸橼酸莫沙必利胶囊的对照组, 更能有效调节患者的胃肠动力, 改善其临床症状。此外, 黄兆欣^[30]选取60例IBS-C患者, 治疗组30例予和术推拿治疗, 对照组30例予腹部推拿治疗, 研究显示治疗组总有效率为86.67%, 对照组总有效率为73.33%, 在提高证候疗效和降低中医证候评分等方面, 治疗组优势明显($P < 0.05$), 表明和术推拿法治疗本病肝郁气滞证型疗效确切。

3.3 内外治结合 中医治疗IBS-C取得明显效果, 但单纯内服中药或应用外治法仍较为单一, 两者相结合可有效改善患者的症状并提高生活质量, 远期疗效可观。

华寒冰^[31]通过经方麻子仁丸加减联合外治的穴

位贴敷治疗, 观察IBS-C患者的临床疗效, 结果表明, 在临床综合疗效及症状评分的改善方面, 联合治疗组明显优于单纯汤剂组和贴敷组。阙茂棋^[32]选取70例“纯阴结”IBS-C患者, 治疗组采取四逆汤加味联合督脉灸(大椎穴至腰俞穴)治疗, 对照组口服乳果糖, 治疗4w后, 两组排便困难程度均有改善, 但在腹痛、腹胀等症状的改善及远期疗效方面, 治疗组优于对照组。章浩军等^[33]采用大黄、芒硝研磨成粉, 施于神阙穴进行贴敷, 同时配合口服大承气汤治疗阳明腑实型IBS-C患者, 对照组口服乳果糖, 治疗4w及停药1个月, 两组患者IBS-SSS评分以及中医证候的积分均比治疗前降低, 且治疗组的远期疗效更优。

4 小结与展望

IBS-C发病率及检出率逐年上升, 严重影响患者的生活质量, 西医治疗以对症处理为主, 疗效不佳, 且症状易反复, 探寻新的研究方案成为主要研究内容。随着古今医家对本病的认识不断深入, 中医理论指导下辨证治疗IBS-C效果确切, 体现出独特优势。但本病致病因素复杂, 易相互转化、合而为病, 且缺乏统一的辨证分型、诊疗方案及疗效评价的客观标准, 为进一步认识本病带来困难。因此, 后续可开展大样本、多中心临床试验, 积极完善并规范对本病的辨证分型体系, 为中医治疗本病提供新的理论及思路。

参考文献

- [1]MEARIN F, LACY B E, CHANG L, et al. Bowel Disorders[J]. Gastroenterology, 2016, 150(6):1393-1407.
- [2]SPERBER A D, DUMITRASCU D, FUKUDO S, et al. The global prevalence of IBS in adults remains elusive due to the heterogeneity of studies: a Rome Foundation working team literature review[J]. Gut, 2017, 66(6): 1075-1082.
- [3]朱佳杰, 刘珊, 赵鹏程, 等. 肠易激综合征的流行病学研究进展[J]. 国际消化病杂志, 2017, 37(5):271-273.
- [4]张旭, 胡妍, 肖婷, 等. 韩树堂治疗便秘型肠易激综合征经验撷菁[J]. 亚太传统医药, 2021, 17(7):126-128.
- [5]危萃萍. 理中汤合枳术汤辅助治疗便秘型肠易激综合征的效果[J]. 医学理论与实践, 2021, 34(14):2431-2433.
- [6]张佳河, 李惠. 中医药治疗便秘型肠易激综合征用药规律研究[J]. 中国民族民间医药, 2021, 30(12):9-13.
- [7]黄驰尧, 易文. 便秘型肠易激综合征的中医治疗研究进展[J]. 光明中医, 2021, 36(9):1539-1541.
- [8]吕雅萍, 马蕾, 王德龙, 等. 开郁润脾法治疗便秘型肠易激综合征浅析[J]. 浙江中医杂志, 2021, 56(4):302.
- [9]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, 25(7):1062-1065.
- [10]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):1614-1620.
- [11]刘启鸿, 柯晓, 方文怡, 等. 柯晓教授治疗功能性便秘临证经验

[J]. 福建中医药, 2021, 52(9):44-45.

[12]张振宇. 中医辨证分型治疗40例便秘型肠易激综合征的临床观察[J]. 中国实用医药, 2016, 11(21):37-38.

[13]林丽莉, 黄少妮, 李良龙, 等. 便秘型肠易激综合征患者体质与中医证型的相关性探讨[J]. 云南中医中药杂志, 2017, 38(8):52-53.

[14]张媛媛, 舒劲, 雷珉. 舒劲教授从肝脾论治便秘型肠易激综合征[J]. 西部中医药, 2021, 34(2):59-61.

[15]张媛媛. 逍遥散合小柴胡汤加味治疗便秘型肠易激综合征(肝郁脾虚证)临床观察[D]. 兰州: 甘肃中医药大学, 2021.

[16]王志强, 鹿猛. 补中益气汤联合乳果糖治疗便秘型肠易激综合征45例[J]. 湖南中医杂志, 2020, 36(5):59-61.

[17]黄礼, 韦祎, 刘英莲. 麻子仁增液汤对便秘型肠易激综合征患者的临床研究[J]. 世界中医药, 2021, 16(2):289-293.

[18]储琳, 唐海军. 柴胡疏肝散加减治疗便秘型肠易激综合征疗效观察[J]. 实用中医内科杂志, 2019, 33(11):24-26.

[19]蔡娟娟. 四磨汤合五仁汤对肝郁气滞型IBS-C患者的疗效及对血浆VIP、CGRP的影响[D]. 福州: 福建中医药大学, 2019.

[20]陈爱萍, 钱卫珍, 扈小健. 自拟疏肝健脾通便方治疗便秘型肠易激综合征41例[J]. 中国中医药科技, 2020, 27(3):474-475.

[21]黄娟. 疏肝理气导滞汤治疗便秘型肠易激综合征的临床观察[J]. 中国中医药科技, 2020, 27(1):147-148.

[22]吕智豪, 梁裕琪, 李慧璇, 等. 中医外治法治疗便秘型肠易激综合征的Meta分析及试验序贯分析[J]. 天津中医药, 2019, 36(10):980-987.

[23]吴丽洁, 黄晓菲, 李志元, 等. 针灸治疗便秘主导型肠易激综合征研究进展[J]. 亚太传统医药, 2017, 13(7):44-48.

[24]毛玮. 电针治疗便秘型肠易激综合征的临床疗效观察[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2018.

[25]刘小聪, 葛来安. 中药蒸脐疗法治疗便秘型肠易激综合征的临证验案[J]. 江西中医药, 2020, 51(1):30-32.

[26]严满红, 缪剑辉. 穴位贴敷结合耳穴贴压治疗老年便秘型肠易激综合征的疗效及对血清5-羟色胺水平的影响[J]. 实用老年医学, 2019, 33(8):753-756.

[27]刘薇. 穴位埋线法治疗便秘型肠易激综合征的临床与实验研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2019.

[28]高晓娟, 徐亚莉, 王士源, 等. 穴位埋线结合耳穴贴压治疗便秘型肠易激综合征33例临床观察[J]. 甘肃中医学院学报, 2016, 33(6):66-68.

[29]徐欢, 丁德光. 穴位埋线配合耳穴贴压治疗便秘型肠易激综合征疗效观察[J]. 湖北中医杂志, 2018, 40(10):35-36.

[30]黄兆欣. 和术推拿治疗便秘型肠易激综合征(肝郁气滞证)的临床研究[D]. 南宁: 广西中医药大学, 2021.

[31]华寒冰. 麻子仁丸加减联合穴位贴敷治疗便秘型肠易激综合征的临床疗效观察[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2020.

[32]阙茂祺. 四逆汤加味联合督脉灸治疗“纯阴结”便秘型肠易激综合征临床研究[D]. 福州: 福建中医药大学, 2017.

[33]章浩军, 刘启华. 大承气汤联合穴位贴敷治疗“阳结”阳明腑实证便秘型肠易激综合征32例临床观察[J]. 国医论坛, 2020, 35(1):32-34.

(收稿日期:2022-04-10)

(本文编辑:黄明愉)

(上接第56页)

微观的“理化、病理”三个角度, 全面了解患者病情资料, 综合考虑患者当前状态, 对医者临床诊治疾病有重要帮助。同时, 宏、中、微三观之间不是相互脱离, 而是彼此联系的, 只有将宏、中、微三观有机结合, 综合整体, 动态分析, 把握个体, 方可提高医者临床诊疗的能力和水平, 避免中医误诊、误治的产生。

参考文献

[1]李灿东. 中医误诊学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007:1.

[2]王维斌, 俞洁. 三因制宜的思想对中医避误的启发[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(1):170-172.

[3]李灿东. 中医状态学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016:62-63.

[4]夏淑洁, 吴长汶, 李灿东. 宏、中、微“三观并用”的中医状态辨识模式探讨[J]. 医学争鸣, 2020, 11(6):39-42.

[5]章小燕, 陈启亮, 雷黄伟, 等. 司外揣内的三观辨识思维在诊断中的运用[J]. 福建中医药, 2019, 50(1):46-47, 50.

[6]郑洪新. 中医基础理论[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016:9.

[7]朱海滨, 夏骏, 史锁芳. “少阳病欲解时”析疑与临床运用要点[J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48(7):60-63.

[8]魏婷, 任莉莎, 孟凡征, 等. 乌梅丸加减治疗午后咳嗽1例[J]. 广西中医药, 2016, 39(1):52-53.

[9]黄学阳, 刘大晟, 林鸿国, 等. 从病因病机探析瘦病的中医防治[J]. 中国中医基础医学杂志, 2020, 26(4):460-462.

[10]张桃, 何一多, 谢雅, 等. 浅析中医学“下知地理”论对疾病诊

疗的影响[J]. 湖北民族大学学报(医学版), 2020, 37(4):65-66, 69.

[11]陈忠秋, 李刚, 石宝阁, 等. 三因制宜在临床中的应用体会[J]. 中医临床研究, 2018, 10(4):39-40.

[12]翟双庆. 古代名医“六不治”[J]. 老年教育(长者家园), 2018, 18(12):54-55.

[13]周顺, 黄品强, 杨勇. 基于病因学角度探究LDH中医证型职业风险的相关性[J]. 浙江中医药大学学报, 2021, 45(10):1125-1129.

[14]宋美芳, 陈家旭, 彭晨习, 等. 论中医微观辨证[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(7):2867-2869.

[15]陆庆旺, 周红海, 秦明芳, 等. 腰痛中医证候规范化及客观化研究进展[J]. 中国中医急症, 2021, 30(6):1108-1112.

[16]焦政. 探讨溃疡性结肠炎中医证候与结肠镜下微观表现的关联性[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2020.

[17]张萍, 李缘缘, 邵岩飞, 等. 代谢综合征痰证与湿证患者的血清代谢组学比较研究[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(3):1627-1632.

[18]戴明, 陈柳青, 柯于鹤. 中医微观辨证论治新冠肺炎初探[J]. 湖北中医杂志, 2021, 43(3):11-15.

[19]温庆华, 晏招兰, 黎梓旺. 中医辨证分型理念用于老年慢性胃炎治疗的效果及对生化指标水平的影响[J]. 中国老年学杂志, 2021, 41(20):4410-4413.

[20]郭晓媛, 王暴魁. 肾脏病微观辨证的理论探讨[J]. 环球中医药, 2017, 10(9):1061-1064.

(收稿日期:2022-02-07)

(本文编辑:蒋艺芬)