

· 腹泻型肠易激综合征专栏 ·

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2017.04.02

风 泄

——从风论治腹泻型肠易激综合征

牛兴东, 肖 成, 张瑞芬

(内蒙古自治区中医医院 脾胃科专家门诊, 内蒙古 呼和浩特 010020)

关键词: 风泄; 腹泻型肠易激综合征; 中医; 风泄汤

中图分类号: R442.2

文献标志码: A

文章编号: 1671-038X(2017)04-0247-04

腹泻型肠易激综合征(diarrehea-predominant pattern irritable bowel syndrome, IBS-D)是指一种以腹痛或腹部不适,伴有排便习惯改变和(或)大便秘性状异常的功能性肠病,该病缺乏可以解释症状的形态学改变和生化异常。根据罗马Ⅲ诊断标准:最近的3个月内每个月至少有3 d具有反复发作的腹痛或不适症状及腹泻每日大于3次。对其主要症状包括腹痛频率、腹痛伴排便异常、排便后腹痛缓解及黏液便等有详细的描述^[1]。属于中医“泄泻”、“腹痛”、“肠郁”范畴。在我国,IBS-D患者在消化专科门诊中就诊的比例达20%~50%^[2]。患者因“风邪伤人,必入空窍……”、“风既居于胃肠……”,常于饮食不节(洁)、情志失调、劳倦所伤、感受外邪等导致肝气不疏、肝病传脾、脾失运化而诱发加重。西医认为肠道应激性增强,应激反应引起5-羟色胺释放增多,直接刺激肠蠕动增强,甚至产生肠痉挛。现代医学手段检测不出细菌、病毒,抗生素和解痉药、止泻药治疗无效,使用调节肠道运动功能紊乱和调节肠道菌群失调的药物,如匹维溴铵(得舒特)、马来酸曲美布汀片、双歧杆菌,可暂时有效,排除引起腹泻的其他因素,可诊断。

1 中医病名诊断——风泄

IBS-D以腹痛、腹泻为其特点,属于特殊类型的腹泻。在中医文献中可见到金元·朱丹溪《丹溪手镜》记载:“风泄,久风为飧泄,水谷不化而完出也,肝病传脾,以泻肝补脾。”清末民初医家何廉臣《全国名医类案》提到风泄,肠风飧泄,伏风为痛。但与本病的病因病机和临床症状未完全对应。本病常表现为阵发性的腹泻、腹痛,急迫、难以抑制,其临床表现与《素问·生气通天论》中“是以春伤于风,邪气留连,

乃为洞泄”。金元·李东垣《脾胃论》中“凡泄,水谷不化,谓之飧泄……”,清·喻嘉言所说“风既居于肠胃、其导引之机,如顺风扬帆,不俟脾之运化,食入即出,以故餐已即泄也”的描述类似,所以笔者把本病命名为“风泄”,以利指导临床用药。具体病因与风邪客于肠胃相关,后面再分析。

2 本病的证候特征

2.1 本病以腹泻、腹痛为主症

腹泻、腹痛多表现为阵发性,水谷不化,食入即出,餐后即泄、晨起即便或呈喷射状或便中带泡沫,且程度急迫,难以抑制。另一个特点是伴有肠鸣、畏寒、纳差的症状。

2.2 发作诱因

常由相关诱因所诱发,如饮食不节(洁)、辛辣异味、冷饮刺激、情志不遂、劳倦内伤、食物过敏及感受外邪等。

2.3 肠道细菌比例发生变化

应激性增强,应急反应引起5-羟色胺释放增多,肥大细胞表达增多,全胃肠道的敏感性异常(用电子恒压器检测技术评价)。

2.4 年龄特点

青壮年多发,各年龄段均可发病,近年来研究显示女性发病率高于男性,总体发病率呈增高趋势。

2.5 发病季节

无明显季节性,全年均可发病。

2.6 药物特异性

应用匹维溴铵(商品名得舒特)、马来酸曲美布汀片、双歧杆菌等调节肠道运动功能紊乱和菌群失调有一定疗效,一般抗生素、止泻药无效。

以上通过吸收现代医学检测手段,可以使我们深化对疾病的认识,也为中医辨证论治提供了参考的客观依据。

3 本病的主要病因、病机

3.1 风客肠胃为其主要病因

本病的表现与通常所指的“泄泻”、“腹泻”不完

收稿日期:2017-01-06

作者简介:牛兴东,男,主任医师,教授,主要研究方向:脾胃病的中医诊疗

通讯作者:牛兴东, E-mail: zyniuxingdong@163.com

全一样,以此指导临床诊治,难以收到满意效果。以临床表现来看,腹泻、腹痛是本病的主要症状,具有阵发性、痉挛性的特点,常突然发作,亦可未治缓解,体现了“风邪之为病,善行而数变”,“风盛则挛急”的特点。《素问·生气通天论》曰:“因于露风,乃生寒热。是以春伤于风,邪气留连,乃为洞泄”(注:一名飧泄。乃风行乘土,水谷不化下利)。《素问·阴阳应象大论》曰:“春伤于风,夏生飧泄”。《脾胃论》曰:“凡泄,水谷不化,谓之飧泄,是清气在下,胃气不升,古人皆以升浮药治之”。清代喻嘉言云:“风邪伤人,必入空窍。而空窍,惟肠胃为最。风既居于肠胃,其导引之机,如顺风扬帆,不俟脾之运化,食入即出,以故餐已即泄也”。清·雷少逸《时痛论·春伤于内夏生飧泄大意》中说:“今谓春伤于风,夏生飧泄者,此不即病之伏气也。……经又云:邪气留连乃为洞泄。此亦言伏气为病。可见飧泄洞泄,皆由伏气使然。”由此可见本病常有明确的外感病史,他症缓解后,惟有风居肠胃、邪气留连、腹泻、腹痛经久难愈的胃肠表现。本病的泄泻还有一个特点,风邪内入,饮食生冷则发病而加重,与《内经》中“肠风”、“胃风”的描述有相似之处。《素问·风论》有“风邪久居肌肤,若一旦内入肠中,则为肠风泄泻;“胃风之状,颈多汗恶风,饮食不下、鬲塞不通,腹善满,失衣则胀,食塞则泄,诊形瘦而腹大。”本病患者对风寒、冷饮及刺激性食物或多种外源性可吃食物极其敏感,情志因素非常敏感,常因此而发病,这是因为风邪久居肠胃,损伤脾胃,不耐外邪侵袭所致。

3.2 风居肠胃、肝郁脾虚,久病及肾为其主要病机

风邪伤人,客于肠胃,“风依于木,木郁则化风”(《类证治裁》),肝属于木,脾属于土,肝风内动,乃风行乘土,如顺风扬帆,不等脾之运化,则水谷下行而成泄泻;风性主动,风盛挛急,故伴有腹痛;“风善行而数变”,故腹泻腹痛呈阵发性;风客肠胃、肝风内动、肝郁脾虚,脾病及肾、肾阳虚衰、肾主前后二阴、脾肾阳虚、运化固涩失职、升降失调而呈风泄。

4 “祛风止泻、疏肝健脾、温补肾阳”为本病的治疗大法

4.1 治疗依据

本病风邪为因、风居肠胃而致肝风内动,风木乘脾,脾失运化,脾虚及肾,肾阳虚衰,治疗当以祛风止泻、疏肝健脾,温补肾阳为主要大法。旁及兼症,可随证加减。风泄的腹泻、腹痛特点为阵发性,突然发作,排便急迫,难以抑制、受风寒之邪及异味饮食刺激诱发等,这些大多数都体现了中医风邪之突发特性,“风善行而数变”、“风盛则挛急”的特点。故遣方用药中时刻不忘祛风疏风。

4.2 抓主证,辨兼证

本病的主症就是腹泻、腹痛,具有阵发性、急迫性的特点,对此治疗就要突出“祛风止泻、缓急解痉、疏肝健脾”。同时“风为百病之长”,常夹寒、夹湿、夹热,而患者个体之间也有体质的差异,故同为腹泻、腹痛,可出现不同的临床兼证,故要随症加减变化,做到症变治亦变。如风客肠胃,兼有寒者,常见腹中雷鸣、手脚发凉等,就要加入温阳祛寒药。又有风客肠胃,兼有情志不畅者,常见胸胁胀满、情绪急躁易怒等,可加入疏肝柔肝之品。由于该病腹泻、腹痛具有阵发性、痉挛性的特点,对于腹泻次数增多,每日超过4次以上,腹痛亦剧烈者,需加入收敛固涩、缓急止痛之药。对于病程较长,久病伤及肺肾者,还需兼顾调补肺肾,以求扶正固本。

5 专病专方用药及随证加减用药

本病临床表现大致相似,主证单一,病因病机基本相同,可用主方统治、随证加减。

5.1 主方(风泄汤)

荆芥、防风、升麻、柴胡、葛根、党参、炒白术、茯苓、陈皮、白芍、肉桂、干姜、乌梅。

5.2 加减

腹泻甚者久泻肠鸣,加煨诃子酸涩收敛,固涩止泻;加羌活治久泻肠鸣效佳,以散寒水之郁而宣其化,升清阳助脾气以和其中;腹痛甚者,加元胡、川楝子助白芍以柔肝止痛;兼寒者,加肉豆蔻、炒吴萸、补骨脂;兼湿者,加苍术、厚朴;兼热者,加黄连、茵陈;兼气郁者,加玫瑰花、合欢花;肺肾亏虚者,应调补肺肾,加五味子、山药、黄芪、鹿角霜等。

5.3 组方分析

风客肠胃,影响了肝的疏泄、脾的运化而致腹泻、腹痛不已。所以要以疏肝健脾为前提,选用祛风散邪、透邪外达之风药。

荆芥、防风、升麻、柴胡、葛根为一组祛风散邪药,同时具有升阳、醒脾、疏肝、解痉、胜湿的作用。《素问·阴阳应象大论》曰:“湿伤内,风胜之”。李东垣《脾胃论》曰:“凡泄,水谷不化,谓之飧泄,是清气在下,胃气不升,古人皆以升浮药治之”。升麻、柴胡二药均为气轻味薄之品,性主升。其中升麻辛、甘、微寒。归脾、胃、肺大肠经。长于升阳举陷,疏散风热,引阳明之气,自右而升;柴胡,味苦微寒。归肝、胆经,善于疏肝、升阳,和解表里,引少阳之气,自左而上。内经《六节藏象论》云:“胆气不升,则飧泄,肠澼不一而起矣。”二药需与甘温益气药同用。葛根性味甘辛、和缓,入胃经。升散宣发以引清阳上行而止泻,“鼓舞胃气上升,治脾胃虚弱泄泻圣药也”(李东垣曰)。防风性升散,辛能散肝郁,香能舒脾气,补脾

胃非此引用不能行,搜肝气而泄木,升阳气而醒脾,又为脾经引经药,为祛风胜湿之仙药,以助止泻之功;与白术相伍,升清阳而止泄泻。荆芥味辛、性微温,适用于散全身的风邪、风寒、风热的表证,都可以应用。《本草求真》记载:“荆芥,辛苦而温,芳香而散,气味轻扬,故能入肝经气分,驱散风邪”。党参、白术、云苓、陈皮益气健脾,行气和胃。其中白术健脾以御木乘、燥湿止泻;陈皮理气燥湿,醒脾和胃,助白术之补脾;白芍酸寒,既能柔肝缓急止痛,又能补益脾阴,土炒白芍用于安脾止泻,配白术可于土中泻木,此四味药(白术、白芍、陈皮、防风)相伍即为“痛泻要方”,既可健脾胜湿以止泻,又可柔肝缓急以止痛。肉桂味辛、甘,性热,有温补肾阳、温中逐寒、宣导血脉的作用,其性深厚凝降、守而不走、偏暖下焦、能助肾中阳气,并能纳气归肾,引火归元,抑肝扶脾,兼交心肾。本品能增强消化机能,排除消化道积气,缓和胃肠痉挛性疼痛^[5]。干姜味辛,性热。温中逐寒,偏入脾经气氛,回阳通脉,兼通心阳;乌梅味酸涩、性平,归肝、脾、肺、大肠经,能涩肠止泻,敛肺止咳。又可助白芍柔肝缓急。诸药相合,共奏祛风止泻、柔肝健脾、温阳逐寒之功效。

6 常见证型举要分析

6.1 肝郁脾虚型

此型分为肝郁犯脾和脾虚肝旺两个亚型。前者以肝郁为主,风木横逆犯脾,临床表现腹痛、腹泻、腹胀、嗳气、大便不爽、舌质淡红、舌苔薄白,脉弦细等症,治法:祛风止泻、疏肝健脾。方药:风泄汤合柴胡疏肝散《景岳全书》加减治疗。后者以脾虚为主,肝失疏泄。临床表现:体倦乏力,纳差,便溏或不成形,或临厕虚挣乏力,胸闷、腹胀、喜太息,并兼有腹痛作泻,泻而不爽,舌质淡,舌体胖,脉细弱。

治法:祛风止泻,健脾疏肝。方药:风泄汤加减。

6.2 脾肾阳虚型

临床表现:腹泻长期不愈,大便质稀,夹有完谷和黏液,伴有腹部隐痛,喜温喜按,凌晨腹痛、肠鸣、腹泻明显,泻后痛减。纳差,身困乏力,舌淡苔白,脉沉细无力。

治法:祛风止泻,健脾益气,温补肾阳。方药:风泄汤合四神丸(《内科摘要》)加减。

6.3 脾虚湿阻型

临床表现:经常餐后即泻,大便时溏时泻,夹有黏液;食少纳差,食后腹胀,脘闷不舒;腹部隐痛喜按,腹胀肠鸣;神疲懒言,肢倦乏力;面色萎黄。舌质淡,舌体胖有齿痕,苔白;脉细弱或濡。

治法:祛风止泻,健脾化湿。方药:风泄汤合升阳除湿汤(《脾胃论》)加减。

6.4 脾胃湿热型

临床表现:腹痛泄泻,泻下急迫或不爽,肛门灼热,脘腹痞满,纳呆,恶心,肢体困重,口苦,渴不多饮,胸闷不舒,舌苔黄腻,脉濡数等证候。治法:祛风止泻,健脾益气,化湿清热。方药:风泄汤合升阳益胃散(《内外伤辨惑论》)加减。

6.5 病案举例

6.5.1 病例1 患者,女,43岁,2014年12月10日初诊。主诉:腹泻腹痛反复发作20年。现病史:20年前患者因剖腹产术后便秘而进行灌肠治疗,由于体弱受凉受风,再加灌肠药寒凉而出现了大便稀溏,每日2~3次,当时未引起重视,没有正规治疗而久延不愈,经常口服西药如氟哌酸胶囊、曲美布丁片可暂时缓。但是常因受冷、饮食不适、情志不畅而发作并加重。刻诊:近一周因吃剩饭、感受风寒又出现腹泻、腹痛,每日3次,无黏液及脓血,便前腹痛,便后缓解,小便正常。脘腹及手脚怕冷,纳差、乏力,无口干口苦、饮水少。面色萎黄,睡眠一般。舌质淡红舌苔薄白,脉象沉弦细。查肠镜未见异常。既往史:无特殊记载。中医诊断:风泄。西医诊断:IBS-D。中医辨证:风客肠胃、脾虚肝郁。中医治法:祛风止泻、健脾疏肝。处方:风泄汤合痛泻要方(《景岳全书》)、理中汤(《伤寒论》)。包括升麻6g,柴胡6g,羌活10g,防风15g,荆芥10g,土炒白芍12g,炒白术15g,陈皮15g,党参15g,炒山药30g,干姜20g,肉桂15g,煨乌梅12g。14剂,每日1剂,水煎400ml,早晚服。2015年4月23日二诊,服上方12剂后诸证明显好转,患者自己停药4个月。近一周因吃冬瓜炖羊肉,饮食过饱,情志不畅又出现腹泻每日3次、腹痛,小便正常。饮水及饮食一般,睡眠尚可,舌质淡红舌体正常,舌苔薄白,脉象沉弦细。处方:守上方加五味子12g,继续服14剂,煎法服法同前。2015年5月18日三诊,服上方后诸证消失而病愈。

本例患者孕期消耗气血,剖宫产手术更加损伤元气。本已气血虚弱,元气损伤,正气内虚,易感外邪(风寒之邪),再加灌肠伤阳,则风寒之邪客于肠胃,久居留邪损伤脾肾,引动肝风,乘脾而致脾气愈虚弱,肝失疏泄,进一步损伤阳气,出现腹泻、腹痛、纳差、乏力、怕冷症候。故以风泄汤祛风止泻、健脾升阳;以痛泻要方疏肝理气,健脾燥湿。正如叶天士《临证指南医案-泄泻》所曰:“阳明胃土已虚、厥阴肝风动”而致泄泻。吴鹤皋《医方考》云:“泻责之于脾,痛则之于肝,肝责之实,脾责之虚,脾虚肝实,故令痛泻”,脾阳虚久损及肾阳,出现肾阳亦虚的手足怕冷、乏力、不欲饮水、舌淡苔白脉沉弦细,方中升麻、柴胡

二药性主升,一右一左,自右引阳明之气而升,自左引少阳之气而上,并善舒肝;羌活散寒水之郁而宣化,升清阳助脾气以和中、治久泻肠鸣效佳;白术健脾燥湿和中治脾虚,白芍养血柔肝、缓急止痛、安脾止泻,抑肝扶脾兼益脾阴,乌梅味酸涩、性温,治脾虚久泻,大肠滑泻不止,有固肠止泻的作用,又可生津止渴;党参、山药健脾补气;陈皮辛温利气开胃,燥湿醒脾,助白术加强脾胃功能;干姜、肉桂性热、味辛能温补脾肾,回阳通脉治脾胃虚寒、肾阳不足之脘腹冷痛,泄泻之症;五味子收敛肺气、益纳肾气,用肺肾虚久泻之症;配伍党参、白术、芍药起到肺、脾、肾俱补作用;防风散肝郁、醒脾气、升阳散风胜湿;是脾经药,引诸药入脾、助白术、白芍健脾疏肝,又可升阳止泻。诸药配伍,共奏疏风止泻、疏肝健脾、温阳升清之功。

6.5.2 病例2 患者,男,49岁,2003年8月25日初诊。主诉:腹泻、腹痛6年。现病史:患者因感受风寒、精神紧张、情绪多变而出现腹泻,每日2~3次,伴有便前腹痛、肠鸣,有时晨起即便,连续2次,腰部酸痛。刻诊:除上述症状外,另有情志不畅、过度紧张,受凉受风则腹泻、腹痛加重,小便正常。口干不甚,饮水饮食一般,睡眠时好时差。舌质淡红舌体正常,舌苔薄白,脉象沉弦。既往史:高血压病,心肌供血不足。肠镜检查:未见异常。中医诊断:风泄。西医诊断:IBS-D。中医辨证:肝郁脾虚,肾阳不足。中医治法:祛风止泻、抑肝扶脾、佐以温肾。拟用处方:风泄汤合痛泻要方(《景岳全书》)四神丸(《内科摘要》)加减。荆芥12g,防风12g,柴胡10g,羌活10g,炒白术15g,炒白芍18g,陈皮12g,党参10g,炮姜15g,肉桂15g,补骨脂15g,肉豆蔻6g,煨乌梅12g,合欢皮20g,7剂,每日1剂,水煎400ml,分早晚2次服。2003年9月1日二诊。服上方后大便正常,每日1次,小便正常。饮食睡眠正常,情绪较稳定,精神尚好。处方:守上方继续服7剂,以巩固疗效。2周后患者电话告知:诸证消失,停药中药,自己调理,巩固疗效。

此患者于10年前因感受了风邪夹寒,“久居肌腠、若一旦内入肠中,则为肠风泄泻”(《素问·风论》)。“风既居肠胃,其导引之机,如顺风扬帆,不俟脾之运化,食入即出,以故餐已即泄也。”故用荆芥、防风、羌活、柴胡一类风药,以祛风胜湿,升阳疏肝而达到止泻目的。“风依于木、木郁则化风”、“风行乘土,阳明胃土已虚”、故现脾失运化而腹泻、腹痛,故选用痛泻要方柔肝健脾,止泻止痛,再加党参助白术健脾之力,加乌梅助白芍柔之功兼可收涩止泻。久

泄必伤脾阳,损及肾阳,故时有晨起便秘,选用炮姜、肉桂、补骨脂、肉豆蔻温补脾肾而固涩止泻。因风木相依,肝风内动故情志不畅、精神紧张则泄泻加重,故以柴胡、合欢花疏肝解郁、解痉止痛。诸药相合,共奏祛风止泻、柔肝健脾,温补肾阳之功效。

6.5.3 病例3 患者,男,55岁,2013年10月16日初诊。主诉:腹泻肠鸣5年。现病史:5年前患者常因饮食不节、劳累受凉,外感风寒而出现每日早晨起床立即大便2~3次,粪质溏稀,夹有黏液,排便不爽,饮食不洁或不适则餐后即便,粪质溏,但无明显腹痛。曾服中药汤剂四神丸合四君子汤,腹泻肠鸣加重。刻诊:晨起即便,质稀夹有黏液,肠鸣较重,受冷加重。饭后胃脘饱胀,饮食不适,餐后即便。每日大便3次,溏稀,无明显腹痛,小便正常。饮水不多,饮食一般,睡眠时好时差。舌质淡红舌体偏胖,脉象沉细涩。既往史:查肠镜显示:轻度结肠炎。中医诊断:风泄。西医诊断:IBS-D,轻度结肠炎。中医辨证:风客肠胃,脾虚湿阻。拟用处方:风泄汤和升阳除湿汤(《脾胃论》)加减。防风12g,升麻6g,柴胡6g,羌活12g,党参15g,炒白术15g,炒苍术20g,陈皮15g,云茯苓15g,炒谷麦芽各30g,干姜15g,肉桂15g,益智仁20g。4剂,每日1剂,水煎400ml,早晚份服。2013年10月31日二诊。服药4剂诸症消失,饮食二便正常。舌质淡红舌苔薄白微黄,脉沉细。处方:守上方减肉桂10g,干姜10g,再服4剂,巩固疗效。1周后电话随访病愈而告终。

此患者以晨起腹泻、肠鸣为主诉就诊,医者以脾肾阳虚证选用四神丸汤剂合四君子汤剂治疗,非但无效反而腹泻加重,属于误判、误治,其原因忽略了风寒久居肠胃的病因病机和餐后胃脘饱胀和饮食不适餐后即便的证候表现,故重新辨证为风客肠胃,脾虚湿阻,选用风泄汤合升阳除湿汤加减治疗,收到立竿见影的效果。方中以升、柴、羌、防一类风药祛风胜湿、升举清阳;再用参、术、苓、陈、麦芽健脾燥湿,特别是重用苍术更为重要;又加入干姜、肉桂、益智仁、草豆蔻温阳化湿、脾肾同补,特别益智仁温中止泻不可缺少;诸药相合共奏祛风止泄、健脾温肾之功效。

参考文献

- [1] 中华医学会消化病分会胃肠动力学组. 肠易激综合征诊断和治疗的共识意见[J]. 中华消化杂志, 2008(28): 38-40.
- [2] 陈仕珠. 肠易激综合征的流行病学和病因研究[J]. 华人消化杂志, 1998,6(10):913-914.