

浅谈袁红霞辨治腹泻型肠易激综合征思路

沈秋红, 郑振涛, 袁红霞
(天津中医药大学, 天津 301617)

关键词: 肠易激综合征; 诊治; 经验

doi: 10.3969/j.issn.1671-038X.2019.11.16

中图分类号: R574 文献标志码: A

肠易激综合征(IBS) 是一种常见的功能性胃肠疾病, 以腹痛、腹胀、排便习惯或大便性状的改变为特征, 临床上将 IBS 分为腹泻型、便秘型、混合型和不定型 4 类。其中腹泻型(IBS-D) 在 IBS 患者中占比最大^[1], 其发病多趋于中青年, 病情反复, 病程较长, 使患者的生活质量及心理深受影响。目前 IBS-D 的发病机制尚不明确, 主要以马来酸曲美布汀、阿洛司琼、阿奇霉素等对症治疗, 但长期应用药物不良反应较大, 且停药后复发率较高, 不能从根本上得到解决。而中医学着眼于整体, 以辨病与辨证相结合, 能够在改善患者症状的同时, 提高其自身的生活质量^[2]。

导师袁红霞教授, 为国家中医药管理局首批“优秀中医临床人才”, 中华中医药学会脾胃病分会主任委员, 从事中医临床工作二十余载。袁师勤求古训, 精求经旨, 长于各种消化系统疾病的诊疗, 以其高尚的医德、精湛的医术深得广大患者的信赖。在多年临床实践中已经形成了中医药辨治 IBS-D 的独特体系, 并积累了丰富经验。笔者有幸师从袁教授, 受益良多, 现对其治疗 IBS-D 的经验总结如下。

1 病名归属

“肠易激综合征”为现代医学病名, 但中医学对该病的相关症状早就有了详细记载, 从中可探讨该病的发病机制及治则治法, 为后世医家对该病的认识奠定了理论基石。据患者“痛”“泻”等主要临床表现, 袁师多将其归属于中医学“泄泻”“腹痛”的范畴。

2 辨证分型

IBS-D 的中医学发病机制多样化, 临床表现也千差万别, 袁师多从五脏功能失调的角度立论, 注重恢复以脾为中心的脏腑间协调关系; 又善于把握湿

邪、寒邪的致病关键, 在扶阳固本的同时利湿排浊, 给邪以出路。临证中常见脾气虚馁、水湿内停、肝郁土壅、寒热错杂、肾虚不固等五种证型, 现分述之, 殒于同道。

2.1 脾气虚馁型

中州脾胃为一身气机升降之枢纽, 为“仓廩之官”, 主司饮食水谷的运化, 为人体气血津液生化的源泉, 故脾土健则四傍强且安。若脾胃功能失调势必导致津血代谢异常而酿湿成痰, 所谓清阳不化不升, 浊阴留于体内则为邪为病。《素问·阴阳应象大论》“清气在下, 则生飧泄; 浊气在上, 则生瞋胀。”即言脾虚型泄泻的发病机理, 而在后文中又再次强调“脾气虚则四肢不用, 五脏不安, 实则腹胀, 溇泄不利”, 可见脾胃机能的协调是腹部症状以及大便性状正常与否的关键^[3]。袁师熟谙经典, 又结合多年临证经验, 认为脾胃健运失常为 IBS-D 的发病基础, 故在治疗上以益气健脾、辛开苦降为重要法则, 处方用药上多以七味白术散、参苓白术散、泻心汤等加减化裁, 取得了显著疗效。

案 1, 男, 52 岁, 主诉大便不成形、夹黏液 1 月余。平素体虚易感, 常因饮食不慎或多食致大便不爽, 近 1 月来症状加重。刻诊: 大便日 3~4 次, 质不成形, 夹白色黏液; 脘腹凉且胀; 纳食减, 寐可; 口淡不渴, 四末欠温, 形体消瘦; 舌淡红, 边齿痕, 苔白, 脉沉细。病机: 脾虚不运, 湿浊内生, 治法: 健脾祛湿, 扶正达邪。方用参苓白术散加味: 党参 15 g, 茯苓 30 g, 炒白术 20 g, 白扁豆 30 g, 生薏米 30 g, 山药 20 g, 莲子肉 10 g, 砂仁 6 g, 炙草 10 g, 仙鹤草 30 g, 桔梗 6 g, 葛根 30 g, 7 剂水煎服。二诊时大便黏液减少, 质可, 自觉体力转佳, 继续守方巩固而愈。

按: 参苓白术散源自《太平惠民和剂局方》, 全方既以甘味之党参、茯苓、白术、山药、炙甘草等益气健脾, 同时又以砂仁、薏苡仁、白扁豆、莲子肉等除湿燥脾, 故为脾虚湿盛之代表。袁师常以之为主方, 更加入一味仙鹤草, 补虚扶正与收敛止泻之功兼具, 更添

收稿日期: 2019-04-20

作者简介: 沈秋红, 女, 在读硕士研究生, 研究方向: 中医内科学脾胃病

通讯作者: 袁红霞, E-mail: yhx1877@163.com

效力;葛根、桔梗相携升举清阳以止泻。一方之中多法并用,故治疗泄泻可获捷效。

案 2,女,33 岁,主诉大便频数多年。间断性发作,未系统治疗。刻诊:每日大便 3~4 次,不成形,时有解不尽感;若遇寒凉则肠鸣,便次更多;胃脘痞满,腹无痛;易恶心,偶反酸;纳寐可;口干不渴,手足冷;月经量少,色暗多血块;舌红苔白,脉弦。病机:脾胃气机升降失职,清浊不分,治法:辛开苦降,升清降浊。方用半夏泻心汤加味:半夏 10 g,干姜 10 g,黄芩 6 g,黄连 3 g,党参 10 g,炙甘草 10 g,茯苓 15 g,炒白术 15 g,当归 10 g,白芍 10 g,川芎 10 g,泽泻 10 g,木香 3 g,7 剂水煎服。复诊时大便较前大缓,痞满、恶心亦减轻,后继以此方加减调理而愈。

按:本案患者中焦斡旋失司,脾气当升未升,胃气当降未降,气滞于内致胃脘痞满,浊阴上泛则恶心,下流于肠腑则肠鸣、泄泻,阻滞血脉则月经不调。故以半夏、干姜之辛散合黄芩、黄连之苦降,寒温并用,协调脾胃气机之升降,使清阳得升、浊阴得降,则痞满、泄泻诸证可消。《金匮要略》呕吐下利病篇言“呕而肠鸣,心下痞者,半夏泻心汤主之。”此虽未言及大便状况,然下利一症已在其中蕴含,更有化裁方甘草泻心汤、生姜泻心汤,其治疗泄泻一证机法相同,凡痞满、呕吐、下利三者并见者,均可酌情应用。

2.2 水湿内停型

《素问·阴阳应象大论》言“湿盛则濡泄”,《金匮要略》痉湿喝病篇强调“湿痹之候,小便不利,大便反快,但当利其小便。”后世更有“无湿不成泄”之说。袁师认为湿邪饮邪为 IBS-D 的病发关键,其性属阴,常与寒邪相合客于大肠、小肠,遏伤人体阳气,故致腹痛、泄泻。袁师治疗谨守仲景“病痰饮者,当以温药和之”的治疗大则,常常温化、淡渗二法同施,使邪气从小便而出,所谓澄源分流,“利小便以实大便”。处方用药上多以苓桂术甘汤、附子粳米汤、五苓散等为基础方,注重温阳化气以利水行。

案 3,男,41 岁,主诉水样大便近 1 周。因食生冷、吹冷空调导致腹中疼痛难耐,大便稀溏。刻诊:脘腹冷痛,按之不觉缓;大便日 2~3 次,呈水样,肠鸣时作;纳食可,小便调;口干不欲饮,自觉饮水后则胃肠漉漉作响;平素畏凉。舌淡胖苔白滑,脉沉细。病机:阳气不足,寒饮下注胃肠。治法:温阳散寒,利水除湿。方用苓桂术甘汤合附子粳米汤加减:茯苓 20 g,桂枝 15 g,炒白术 15 g,附子 10 g(先煎),半夏 10 g,山药 20 g,炙甘草 10 g,仙鹤草 30 g,7 剂水煎服。二诊时腹痛、水样便明显缓解,守方加入党参、炮姜等续服 7 剂而愈,并嘱其饮食调护。

按:《素问·经脉别论》“饮入于胃,游溢精气,上

输于脾,脾气散精,……合于四时五脏阴阳,揆度以为常也。”这是关于人体津液代谢的最早记载,津液的化生、输布运行固然有赖于五脏各司其职,但均归根于人体阳气的蒸化与推动作用。故袁师以苓桂术甘汤、附子粳米汤温补阳气的同时,又通利小便,则水湿之邪自可得化。《金匮要略》曰“其人素盛今瘦,水走肠间,沥沥有声,谓之痰饮”,又言“腹中寒气,雷鸣切痛,胸胁逆满,呕吐,附子粳米汤主之。”实属寒饮停聚胃肠间,水气相搏,以致肠鸣、泄泻,苓桂术甘汤又为仲景温阳化饮之代表方,袁师常以 4:3:3:2 的剂量比,与附子粳米汤合用疗效颇佳。《本草经》言山药“补中,益气力,长肌肉”,袁师以之代粳米,药性平和不碍邪,可补耗损之气阴,同时具有固涩之力,可助他药达到止泻的目的。

2.3 木郁土壅型

随着现代生活节奏的加快,工作压力的频增,情志不遂已成为许多疾病发生或加重的重要因素,IBS-D 就是其中最典型的一个。中医学肝性属风,喜条达,主疏泄,可调畅情志,促进精血津液的运行输布。袁师认为此种类型的 IBS-D,肝气郁滞是最主要的一个环节,致使津液不得正常疏利而壅滞脾土;又风性善动,故致肠腑导泻太过。治疗上遵《内经》“木郁达之”之义,以解郁疏肝为要务,同时也可疏通三焦水道,利于津液的运行;“实脾”亦刻不容缓,以土能制水。处方多以白术芍药散、柴胡类方等化裁,以使木达土健。

案 4,女,27 岁,主诉腹泻半年余,加重 5 d。平素月经期或情绪不佳时尤易引发腹泻,近日来明显加重。刻诊:大便日 3~4 次,不成形;便前左腹疼痛,便后痛减;不欲食,寐浅多梦;月经不调,量或多或少,夹血块,经前乳胀,经期必发腹泻;情绪低落,善悲。舌暗红苔薄白,脉弦缓。病机:肝郁血滞,土虚湿壅,治法:舒达肝气,扶土运湿,缓急止痛。方用白术芍药散合小柴胡汤加减:炒白术 20 g,白芍 15 g,防风 10 g,陈皮 10 g,柴胡 15 g,茯苓 15 g,半夏 10 g,黄芩 10 g,当归 10 g,炙甘草 10 g,浮小麦 25 g,大枣 5 枚,7 剂水煎服。复诊腹痛、泄泻明显改善,情绪、食欲亦转佳,守方继续调理而愈。

按:此类病证受情志影响往往泻前腹痛,痛则急登厕,《内经》曰“风胜则动”,故岳美中称此为风泄,即肠风飧泄,多责之于肝。故方中以柴胡升散疏肝;白芍配黄芩泻肝,合甘草柔肝缓急;防风疏风止痉、胜湿止泻;白术、茯苓、半夏、陈皮培土祛湿;佐当归入血分以通血脉;经言“心气虚则悲”,故重用浮小麦益心气安心神。全方重在泄木而益土,使木达土和而归于平衡,则肠腑得以安宁。

2.4 寒热错杂型

《素问·举痛论》“寒气客于小肠,小肠不得成聚,故后泄腹痛矣。”寒邪最易中伤人体阳气,其凝滞血脉之力于六淫邪气中最强,临床上筋脉拘急不舒者也多于寒邪相关。若客于肠则小肠“化物”功能受损,不能泌清别浊,津液与糟粕混杂同下,以致泄泻、腹痛,然临证中往往以寒热错杂者最为多见,概下焦阳虚寒盛,相火不能潜于水中而妄动于外,导致心烦不寐、烘热汗出、口舌溃烂、咽痛等兼发症状。袁师秉承《内经》“寒者热之,热者寒之”的治疗原则,多用乌梅丸为主方寒热同调、涩肠止泻,取得了显著疗效。

案 5,男,37 岁,主诉腹泻 1 年,加重 1 周。近 1 周末因食生冷腹泻加重,查无器质性病变。刻诊:大便日 7~9 次,不成形,肠鸣时作;无腹痛,纳食尚可;疲乏,畏冷,心悸;口干,四肢厥逆,消瘦;口腔溃疡反复发作。舌暗胖苔白滑,脉沉细弱。病机:下焦阳虚寒盛,相火上炎,治法:清上温下,交合寒热。方用乌梅丸加味:乌梅 30 g(醋泡),炮附子 10 g(先煎),焦干姜 15 g,花椒 10 g,细辛 3 g,桂枝 10 g,当归 10 g,党参 15 g,黄连 3 g,黄柏 6 g,仙鹤草 30 g,茯苓 20 g,焦白术 15 g,炙甘草 10 g,7 剂水煎服。二诊腹泻好转,口腔溃疡减轻,怕冷感较前改善,继续守方治疗至手足温而愈。

按:《伤寒论》338 条言乌梅丸“又主久利”,然无论病程是否长久,大凡 IBS-D 属寒热错杂者皆可酌情应用。值得注意的是,袁师重用乌梅,少则 30 g 甚则 50 g,且遵仲景以醋浸泡一宿,涩肠之力更佳;以大剂量的附子、干姜、花椒、细辛等辛热之品扶阳,少佐黄连、黄柏苦寒药泄相火,寒温并举,相反相成;党参、当归益气养血以固本;白术炮制不同作用相差较大,而焦白术健脾止泻之功较强,故用于久利最妙。处方用药恰当至此故效若浮鼓。

2.5 肾虚不固证

《素问·上古天真论》言“肾者主水,受五脏六腑之精而藏之,故五脏盛,乃能写。”肾主封藏,受纳五脏六腑精气的充养,若机体脏腑功能强盛则肾中阴阳自然充盛有序,反之则肾之封藏也势必受到影响,故后世有“久病伤肾”“久泄无不伤肾”之说。又言“肾者,胃之关也,关门不利,故聚水而从其类也。”肾为水脏,主司二便,其气化功能对一身津液的输布与排泄至关重要。IBS-D 患者,长时间精微物质外泄而不能得以有效补充,则肾中必匮乏,所谓“金不生水”;肾虚无力藏精,开阖无度,亦会加重腹泻的发生。袁师认为此类慢性泄泻“浅者在脾,深者在肾”,临证中往往脾肾同调,先天后天互资互用,选方多以

胃关煎、四神丸加减以温中健脾、滋阴补肾。

案 6,男,57 岁,主诉腹泻十余年,加重 1 月余。因长期贪凉饮冷致脘腹寒凉、腹泻,曾多次服用抗生素,治疗效果不佳。刻诊:晨起里急,大便不成形,4~5 次/d;腰膝酸痛,体力差,不耐寒凉;食欲可,寐可,小便调;舌淡胖苔白,边多齿痕,脉弦缓。病机:脾肾亏虚,滑脱不止,治法:温脾益肾,固脱止泻。方用胃关煎合四神丸加减:熟地黄 20 g,山药 20 g,吴茱萸 6 g,炮姜 15 g,白扁豆 15 g,炒白术 15 g,补骨脂 20 g,肉豆蔻 20 g,五味子 6 g,仙鹤草 30 g,炙甘草 10 g,7 剂水煎服。复诊大便改善,体质也较前好转,后制成丸药以巩固疗效。

按:病程日久,泄多必亡阴,阳气亦多损耗。胃关煎出自《景岳全书·新方八阵·热阵》,方中以炮姜、吴茱萸温阳散寒兼止泻;白术、白扁豆、甘草健脾祛湿;熟地、山药滋肾益脾,有厚胃肠之功^[4]。四神丸温肾暖脾、涩肠固脱,两方合用,肾之阴阳双补,诚所谓“阳得阴助而生化无穷”“阴得阳升而源泉不竭”。胃关煎亦可用于 IBS-D 后期的巩固性调理,以收全功。

3 小结

IBS-D 现代医学发病机制尚不明确,治疗往往侧重于肠道局部病变,缺乏有效的治愈方法。袁师则认为该病的发生并非仅限于胃肠功能的失调,而是着眼于全身,结合五脏六腑从整体把控,进行个体化分型治疗,从而有效地改善临床症状、降低复发率、纠正体质,提高患者的生活质量。然临证中 IBS-D 患者证型往往并不单一,而是 2 种或多种合并出现,且其证候受多因素的影响处于动态变化中,这就要求于复杂多变的症状中把握辨证关键,分清虚实先后缓急而有的放矢^[5]。

参考文献

- [1] 李军祥,陈詒,唐旭东,等. 肠易激综合征中西医结合诊疗共识意见(2017 年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018,26(3):227-232.
- [2] 汪红兵,张声生,李振华,等. 中医辨证治疗对腹泻型肠易激综合征患者近期生活质量的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志,2009,17(6):379-380.
- [3] 吴兵,张声生. 健脾疏肝除湿化痰法对腹泻型肠易激综合征患者近期生活质量影响的研究[J]. 中国中西医结合杂志,2008(10):894-896.
- [4] 刘平侠,陈爱林. 胃关煎治久泻的体会[J]. 陕西中医, 2005,26(7):737-737.
- [5] 陈婷,唐旭东,王风云,等. 腹泻型肠易激综合征中医辨证的源流及发展趋势[J]. 中华中医药杂志,2015,30(8):2671-2674.