

出的显著疗效为其在临床实践中的广泛应用提供了有力支持。基于本研究的积极结果,我们可以期待该中药组合在更多DN患者中进行广泛的验证和应用。

参考文献

- [1] Samsu N. Diabetic nephropathy: challenges in pathogenesis, diagnosis, and treatment[J]. Biomed Res Int, 2021:1497449.
- [2] 中华医学会糖尿病学分会. 中国2型糖尿病防治指南(2017年版)[J]. 中华糖尿病杂志, 2018, 10(1):64-67.
- [3] 任秋月,常柏. 水陆二仙丹合抵挡汤加减治疗早期糖尿病肾病的前瞻性研究[J]. 西部中医药, 2021, 34(7):9-12.
- [4] 张佳华,宁洪悦,安丽萍,等. 基于GSK-3 β /CREB信号通路探讨加味肾气丸减轻糖尿病小鼠肾间质纤维化的作用机制[J]. 中国试验方剂学杂志, 2023, 29(16):162-169.
- [5] Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. KDIGO 2022 clinical practice guideline for diabetes management in chronic kidney disease[J]. Kidney Int, 2022, 102(5s): s1-s127.
- [6] 中华医学会内分泌学分会. 中国成人糖尿病肾脏病临床诊断的专家共识. 糖尿病天地(临床)[J], 2016, 10(6):243-253.
- [7] 杨霓芝,刘旭生. 糖尿病肾病诊断、辨证分型及疗效评定标准(试行方案)[J]. 上海中医药杂志, 2007, (7):7-8.
- [8] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002:44-45.
- [9] 杨婉莹,李彩娟,刘欣,等. 糖尿病肾病发病机制、诊断、检查及治疗[J]. 黑龙江医学, 2023, 47(23):2935-2938.
- [10] Sahakyan G, Vejux A, Sahakyan N. The Role of oxidative stress-mediated inflammation in the development of T2DM-induced diabetic nephropathy: possible preventive action of tannins and other oligomeric polyphenols[J]. Molecules, 2022, 27(24).
- [11] An Y, Xu BT, Wan SR, et al. The role of oxidative stress in diabetes mellitus-induced vascular endothelial dysfunction[J]. Cardiovasc Diabetol, 2023, 22(1): 237.
- [12] Singh DK, Winocour P, Farrington K. Oxidative stress in early diabetic nephropathy: fueling the fire[J]. Nat Rev Endocrinol, 2011, 7(3):176-184.
- [13] 卢子怡. 基于数据挖掘探讨中医药治疗糖尿病肾病Ⅲ期、Ⅳ期蛋白尿的证治规律研究 [D]. 2023.
- [14] 马锋锋,范增慧. 糖尿病肾病中医病因病机研究进展[J]. 中国中医基础医学杂志, 2022, 28(8):1373-1377.
- [15] 郑秋含,潘志. 防治糖尿病肾病常见药对研究进展[J]. 河北中医, 2023, 45(6):1034-1037, 1043.
- [16] 陈龙. 水陆二仙丹加减方治疗早期糖尿病肾病临床观察[J]. 中国医学创新, 2017, 14(34):111-114.
- [17] Cheng H, Harris RC. Renal endothelial dysfunction in diabetic nephropathy[J]. Cardiovasc Hematol Disord Drug Targets, 2014, 14(1): 22-33.

(收稿日期:2023-07-19)

基于抑木扶土法探析腹泻型肠易激综合征诊治思路

刘 杨,梁广和*

(承德医学院中医学院,河北承德 067000)

摘要: 本文介绍腹泻型肠易激综合征的诊治思路。腹泻型肠易激综合征病多表现为:腹痛、腹胀、腹泻以及排便习惯改变等,其中腹泻易受情绪、饮食、环境变化所影响。本病为消化内科的常见病,虽临床常见,病情轻浅,但容易缠绵难愈,给人们的生活带来不利影响。从中医角度讲,本病的病位在大肠,主要治法为抑木扶土,祛湿止泻。本文试从抑木扶土法探析腹泻型肠易激综合征的诊治思路,并试举医案一则,以期临床医家治疗本病时提供新思路。

关键词: 抑木扶土;腹泻;肠易激综合征;诊治思路

中图分类号: R259

文献标志码: A

文章编号: 1004-6879(2024)03-0212-05

*通讯作者

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是一种慢性功能性胃肠疾病,主要表现为腹胀、腹痛、排便习惯及大便性状改变等,诊断前上述症状至少出现半年,且近3个月持续存在^[1]。全世界约20%的人口罹患IBS的相关症状,且女性较男性更为易感,这对人们的生活质量产生相当大的影响^[2]。

国际上认可度较高的罗马IV标准,是根据患者排便习惯的改变,将其分为四个主要亚型,分别为腹泻型、便秘型、混合型和未定型4种肠易激综合征的亚型^[3]。一项全球性的meta分析显示,腹泻型肠易激综合征(irritable bowel syndrome with predominant diarrhea, IBS-D)的亚型在IBS患者中占比最高,可达23%;而我国的一项调查研究显示,IBS-D患者可占IBS患者的74%^[4,5]。这说明IBS-D针对不同人群的差异性较大,也从侧面反映出,在我国IBS-D患者人数众多。由于IBS-D并无明显器质性病变,且发病机制并不十分明朗,故现代医学治疗本病时,大多采取对症治疗。目前临床中治疗IBS-D的常用药物有:止泻药、解痉药、肠道菌群调节药、抗抑郁药等,虽见效颇快,但仍存在耐药性及停药后易反复等问题。而中医在治疗本病时,可辨证论治,从整体观念入手,坚持个体化的诊疗思路,标本同治,在临床治疗中可谓效如桴鼓。

1 IBS-D的病因病机

IBS-D的主要临床表现为:腹痛、腹胀、腹泻,大便性状多为稀便或水样便。《黄帝内经》曰:“诸病水液,澄澈清冷,皆属于寒……暴注下迫,皆属于热。”由此可以看出《黄帝内经》中认为寒、热皆可成泻。随着时代变迁,人们生活环境的和饮食习惯的改变,以及现代医学对腹泻的认识进一步深入,腹泻的致病原因也逐渐增多,尤其是生活节奏的加快,情志因素导致腹泻所占比重越来越大。《肠易激综合征中医诊疗专家共识意见(2017)》将IBS-D归属中医“腹痛”“泄泻”范畴,将其主要病因归为:禀赋不足、饮食不节、情志失调、感受外邪等^[6]。

若土强制水,则湿邪不干,若土虚湿盛,不能胜湿故成泄泻,其认为脾虚湿盛为泄泻的主要病机。《杂病源流犀烛》曰:“肝受风邪,煽而贼土,至夏湿气蒸郁,故脉弦腹鸣,下利清谷。”肝木受邪,木旺则贼土,脾土大虚,土虚水

侮,仓廪之官不能藏,故成泄泻,其认为肝木克脾土为泄泻的主要病机。IBS-D的基本病机可概括为:肝郁脾虚。根据IBS-D的临床表现和病因病机可以看出,其病位在肠,与肝、脾、肾等脏腑关系密切。

2 抑木扶土法

抑木扶土法是用通过疏肝健脾或平肝和胃,来治疗临床上肝脾不和、肝胃不和病证的常用治法。从五行生克规律方面来看,本治法适用于土虚木乘或木旺乘土之证^[7]。脾胃位于中焦,二者有水谷纳运相得,阴阳燥湿相济的联系,在气机升降方面,是为气机升降之枢纽,起承上而启下的作用。若脾胃阴阳燥湿相济,可保证水谷腐熟,升清有序,气机升降协调。正如《临证指南医案》中所言:“太阴湿土,得阳始运,阳明燥土,得阴自安。”若中焦土虚,脾湿胃燥,则会导致纳运失常,使湿邪困脾,胃纳不振。脾湿则清气不升,胃燥则浊气不降,脾胃功能失调,会出现中焦胀满,腹痛泄泻等症。泄泻病位在大肠,病因与脾胃关系密切,正如《景岳全书》中记载:“泄泻之本,无不由于脾胃。”扶土法即健脾和胃,是为治疗IBS-D的根本大法。抑木法则是通过疏肝以指标,从而缓解肝旺太过对脾土的过度克伐,正如《难经》所言“见肝之病,则知肝当传之于脾,故先实其脾气”^[8]。土虚木乘,肝脾不和,脾运失常可致痛泻。抑木扶土,可使肝之疏泄有序,肝气冲和条达,脾气健旺,运化输布水谷精微。脾阳健旺,运化之力充足,肝血充盈,疏泄之力畅达,则气血生化有源,从而不易受到外感邪气的影响,即《金匱要略》所言:“四季脾旺不受邪。”肝郁脾虚腹泻型IBS-D的病因病机为患者脾气素虚,又因情志失调,使得脾受肝制。气机升降运化功能失常,营养物质无法运行输布,体内浊气糟粕无法转输排泄,从而导致痛泻。究其原因是由土虚木乘,肝脾不和所致。IBS-D的特点为腹痛泄泻,泻后痛减,且极易受情绪环境、饮食等影响而反复发作。其基本治法为祛湿止泻,同时也要注意补脾疏肝。

3 抑木扶土法治疗IBS-D的作用机制

3.1 抑木柔肝,调畅气机

抑木扶土法来源于我国古代阴阳五行学说,是根据五行之间的相互克制而制订的治疗方法,早在《医贯》中

就有记载:“世人皆曰木克土,而余独升木以培土”即通过升达肝木之气达到培补中焦脾土的效果^[9]。肝为刚脏,容易亢逆,若肝疏泄之职失常,则全身气机不得疏通畅达,全身精血津液不得运行输布,肝气过旺直接影响脾脏升清,胃腑降浊,清浊二气并走于下,则发为泄泻。《温病条辨》记载:“肝主血……血足则柔,血虚则强。”若患者久病,使肝体失于濡养,加之血不荣筋,肝阳失制,则会使肝气郁结,疏泄失职^[10]。肝失柔顺,则会偏为刚强,故治法当以柔肝。肝之气机,疏泄不及则为郁结,疏泄太过,则为亢逆。在治疗IBS-D时,抑木柔肝,调畅气机,方可维持全身气机畅达,通而不泻,散而不郁,使肝脾调和。肝脾得以调和,方能情志舒、腹泻止、胃纳可、夜寐安。

3.2 培土固元,运化水湿

《素问·至真要大论》记载:“诸湿肿满,皆属于脾。”若脾气运化水湿的功能健旺,则痰、饮、水、湿等病理产物不易在体内积聚和停滞,但若脾气虚弱,不能对体内水液进行吸收、布散、转输,则水湿停聚,易致痰饮、水肿、腹泻等病变。《医宗必读》记载:“脾土强者,自能胜湿,无湿则不泄。”这也可以看出,脾主运化功能失常是导致IBS-D的一个重要因素^[11]。脾对水液的吸收、转运、布散作用功能健旺,则人体内的水液代谢会维持协调平衡。反之则会出现腹胀、倦怠、便溏等症状,引起水液代谢异常等病变的发生。正如《脾胃论》所述:“内伤脾胃,百病由生。”在治疗IBS-D时,应培土固元,运化水湿,只有顾护脾胃,正气充足,方能做到“四季脾旺不受邪”。

3.3 疏肝和胃,升清降浊

《素问·厥论》记载:“脾主为胃行其津液者也。”若脾气健旺,则能运化水谷精微,使脾气升清,胃气降浊。反之,若肝气犯胃或脾失健运,则会出现食欲不振,腹胀便溏,倦怠消瘦等病变。《类经》记载:“木强则侮土,故善泄也。”肝郁脾虚型IBS-D多因肝气郁结,日久横克脾胃,脾胃渐虚,或素体脾胃虚弱,肝木侮之,最终导致脾运化失司,气机不畅,清浊不分,肠腑通降失常而发为IBS-D^[12]。”升清降浊功能失常,在临床中以脾不升清,脾虚下陷;胃不降浊,胃气上逆多见。头晕目眩,四肢乏力等多见于脾不升清;泄泻,脘腹坠胀等多见于脾虚下陷;胃痛,纳差,

便秘等多见于胃不降浊;饱胀嗳气,恶心反酸等多见于胃气上逆^[13]。从中医角度讲,肝之余气化为胆汁,若肝气逆乱,造成肝之疏泄功能失常,则会进一步影响胆汁的分泌和排泄,食物的消化和吸收受到直接影响,临床上可出现腹痛、腹胀、易腹泻等症状。在治疗IBS-D时,应疏肝和胃,升清降浊,方能水谷纳运相得,气机升降有序。

4 验案举隅

患者女,35岁,教师,2022年11月8日初诊。主因“间断腹泻半年余,加重7天”就诊,患者诉平时纳差,精神紧张,偶有脐周隐痛,大便溏薄,每日3~4次。患者曾自行服用“肠炎宁、蒙脱石散”治疗,症状稍有缓解。后因患者工作压力较大,7天前症状明显加重,脐周隐痛较前加重,腹泻次数较前明显增多,为求进一步诊治,来我院门诊就诊。现主症:大便溏薄,每日5~6次,腹部疼痛,以脐周为主,面色萎黄,四肢乏力,纳差,情志不舒,小便可,舌质淡红,边有齿痕,苔白腻,脉弦滑。辅助检查:粪便常规+潜血:阴性;结肠镜示:全结肠黏膜未见明显异常。西医诊断:肠易激综合征(腹泻型)。中医诊断:泄泻(肝郁脾虚)。病因为:木旺乘土。治法为:抑木扶土。方以痛泻要方加味治疗。具体方药如下:白术15 g、白芍10 g、陈皮10 g、防风6 g、蝉蜕6 g、升麻10 g、柴胡10 g、郁金10 g、诃子6 g、茯苓15 g、白扁豆20 g、炒鸡内金10 g、炒麦芽10 g、焦山楂10 g、炙甘草6 g,共7剂,每日1剂,水煎200 mL,早晚饭后分服。

2022年11月15日二诊,患者服药后,食欲较前明显增加,大便仍不成形,现每天2~3次,患者仍有腹痛、腹胀,仍有情志不舒,乏力症状较前好转,舌质淡红,边有齿痕,苔白微腻,脉弦滑。遂在初诊方药基础上,加用木香10 g、香附10 g、柴胡改为15 g,白芍改为15 g,共7剂,服法同前。

2022年11月22日三诊,患者服药后大便成形,便溏次数较前减少,现每日1~2次,无腹痛、腹胀,情志不舒症状较之前改善,于二诊方中去诃子,其余方药不变,共7剂,服法同前。

2022年12月27日电话随访,患者诉停药1月后未再复发。

按语:初诊时,患者因“间断腹泻半年余,加重7天”来

诊,排除器质性病变后,诊断为肠易激综合征。患者曾自服止泻药物治疗,虽使腹泻暂时缓解,但终归为治标之法,病因未除,故使病情迁延。其主要病因为精神紧张,工作压力较大导致肝气郁滞,又因胃纳欠佳,脾胃生化乏源,脾土亏虚,木旺乘土,故而出现胃纳欠佳、乏力、久泻等症。笔者认为,基于本证,抑木扶土、渗湿止泻方为治本之策。故方中以痛泻要方为基础方,方中白术苦、甘、温,善治脾虚湿蕴,湿浊中阻;白芍苦、酸、微寒,酸敛肝阴,养血柔肝,缓急止痛,可于土中泻木;陈皮,辛温理气,可行气止痛,健脾燥湿;防风气味辛香,辛能散肝郁,香能舒脾气;蝉蜕与防风药对取“风能胜湿”之意,二者均为祛风之药,且蝉蜕为血肉有情之品,祛风之力更强,故在腹泻型IBS-D中加用风药;因“清气在下,则生飧泄”,故使葛根加升麻助脾气升清;诃子涩肠止泻,属对症治疗;焦三仙健脾和胃,茯苓、白扁豆以健脾利湿,脾胃燥湿相济,泄泻自除;柴胡、郁金用于疏肝理气,肝气调达舒畅则患者情志调畅,疏泄有度,脾胃调和,诸症皆消;炙甘草调和诸药。二诊时,患者仍有情志不遂,且伴有腹痛、腹胀,故于前方中加入疏肝理气的木香、香附以疏肝理气、宽胸除胀,而加重柴胡和白芍的用量是取其疏肝解郁,柔肝缓急之意。三诊时,患者诸症皆见好转,已无腹泻,故去涩肠之诃子,其余方药不变。本医案患者病因病机明确,用药得当,将抑木扶土法贯穿始终,故患者三诊后未再复发。

5 小结

IBS-D是消化系统的常见病与多发病,其病情的发展,受饮食、情志、起居、外邪等多方面的影响。因其无明显器质性病变,但病情又容易反复出现且迁延难愈,故给患者的生产生活带来严重影响。从本病的发生发展来看,肝郁脾虚为其最主要病机,抑木扶土为其最主要的治法。抑木扶土法是通过调和五脏之间的生克关系,疏肝理气,控制疾病的传变,健脾燥湿,截断疾病发展的进程,从而防止疾病向恶化、加重方向发展。故在临床中治疗腹泻型IBS-D时既要有整体观念,又要辨证论治,审证

求因,坚持“病证合一”的诊治原则,方能效如桴鼓。

参考文献

- [1] 中华医学会消化病学分会胃肠功能性疾病协作组,中华医学会消化病学分会胃肠动力学组. 2020年中国肠易激综合征专家共识意见[J]. 中华消化杂志,2020,40(12):803-818.
- [2] Bonetto S, Fagoonee S, Battaglia E, et al. Recent advances in the treatment of irritable bowel syndrome[J]. Pol Arch Intern Med, 2021, 131(7-8): 709-715.
- [3] Brian EA, Fermin M, Lin C, et al. Bowel disorders[J]. Gastroenterology, 2016, 150(5): 1393-1407.
- [4] Xiong LS, Chen MH, Chen HX, et al. A population-based epidemiologic study of irritable bowel syndrome in South China: stratified randomized study by cluster sampling[J]. Aliment Pharmacol Ther. 2004, 19(11): 1217-1224.
- [5] Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2012, 10(7): 712-721.
- [6] 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.
- [7] 吕志平,董尚朴. 中医基础理论[M]. 北京:科学出版社, 2014:28
- [8] 王渊,袁捷,韩祖成.韩祖成运用抑木扶土法治疗卒中后抑郁经验采撷[J]. 陕西中医,2020,41(12):1803-1805.
- [9] 许飞,赵芳昭,吴永,等. 抑木扶土法治疗腹泻型肠易激综合征肝郁脾虚证的探析[J]. 中医临床研究,2020,12(30):84-86.
- [10] 官露,赵瑞成. 赵瑞成平、柔、缓法治疗颤证经验[J]. 中医药临床杂志,2022,34(07):1237-1240.
- [11] 古娟,徐兰,李增. 从土郁夺之论治腹泻型肠易激综合征[J]. 中医临床研究,2022,14(21):116-118.
- [12] 汪玲羽,施一春,连建伟. 连建伟治疗腹泻型肠易激综合征撷菁[J]. 江苏中医药,2019,51(10):20-22.
- [13] 孙文恺,周晓波. 周晓波教授运用升清降浊法治疗脾胃病医案撷萃[J]. 天津中医药,2020,37(1):79-82.

(收稿日期:2023-07-19)