

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2026.04.011

肠易激综合征的中医诊疗现状、策略与展望

温艳东¹, 杨治², 黄绍刚³, 李中玉¹, 马祥雪³, 徐晴¹, 杜立青³,
原博超¹, 田依冰¹, 葛文通², 赵晓凡², 刘畅², 唐旭东²✉

1. 中国中医科学院眼科医院, 北京市石景山区鲁谷路33号, 100040; 2. 中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所; 3. 广州中医药大学第一附属医院

[摘要] 肠易激综合征(IBS)是一种以腹痛、排便习惯改变为主要表现的功能性肠病。近年来中医在IBS的证候分布、中药复方发掘及临床疗效评价、外治疗法及精神心理调节等多方面取得进展,但仍面临诊断标准过度依赖症状而缺乏生物标志物、缺乏高质量中药复方治疗IBS的循证依据等问题。提出中医诊疗应遵循整体观与辨证论治相结合、联合中医外治法(如针灸、穴位贴敷)、注重精神心理异常的个体化诊疗策略。未来应结合多组学技术、人工智能等方法,深化IBS的发病机制及中药复方研究,推动中医药在IBS诊疗中的标准化与国际化。

[关键词] 肠易激综合征; 脾胃病; 中医药疗法; 诊疗策略; 文献综述

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是一种常见的功能性肠病,以反复发作的腹痛为主要表现,伴有排便习惯或性状(腹泻、便秘、腹泻与便秘交替等)的改变^[1]。根据患者Bristol粪便性状不同,罗马IV诊断标准进一步将IBS分为腹泻型(IBS with predominant diarrhea, IBS-D)、便秘型(IBS with predominant constipation, IBS-C)、混合型(IBS with mixed bowel habits, IBS-M)及不定型(IBS unclassified, IBS-U)四种类型^[2]。研究^[3]显示,全球IBS总患病率约为3.8%,不同地区IBS患病率及亚型差异较大。我国IBS患病率为1.4%~11.5%,以30~59岁人群多发,女性患病率略高于男性,IBS-D的发病率最高^[2]。IBS的发病机制尚不完全明确,但已知其涉及多种病理机制,包括肠道菌群失调、肠黏膜通透性增加、肠道动力异常以及心理因素等^[4-5]。目前临床治疗IBS的药物多为单一靶向药,无法长期有效改善患者症状。IBS腹痛、腹泻或便秘等症状的反复发作,严重影响患者生活质量,显著加重社会负担,是国内外研究的热点问题。中医遵循整体观与辨证论治原则,从病证结合

的角度进行个体化诊疗,充分发挥中药多机制、多靶点的特点,在长期缓解IBS患者症状,提升其生活质量方面具有显著优势。本文旨在从中医理论、证候、疗效等多角度全面总结IBS的中医诊疗现状与研究进展,深度剖析IBS当下诊断难、机制多、易复发等诊疗难点,提出辨证论治、内服外治、身心同调的个体化诊疗方案,明确未来借助多组学与人工智能等先进技术推动中医药循证医学及机制研究,以深化对中医药诊疗IBS的认识。

1 IBS的中医药诊疗研究现状

1.1 理论认识研究

IBS主要症状包括反复发作的腹痛、腹胀、腹泻、便秘、腹泻与便秘交替。根据其主要症状,IBS可归属于中医学“腹痛”“泄泻”“便秘”范畴,其中以腹痛为主症者属中医学“腹痛”范畴,以便质清稀或便次增多为主者属中医学“泄泻”范畴,以排便困难、便质干结或便次减少为主者属中医学“便秘”范畴^[6]。目前其确诊主要依靠《2020年中国肠易激综合征专家共识意见》^[7]在罗马IV诊断标准基础上修改的中国IBS诊断标准,即反复发作的腹痛、腹胀、腹部不适,具备以下任意2项或2项以上(与排便相关、伴有排便频率改变、伴有粪

基金项目:国家自然科学基金(82405373,82274509);中国科学技术协会2024年中医脾胃病学学科发展研究(2024XKFZYJ)

✉ 通讯作者:txdly@sina.com

便性状或外观改变), 诊断前症状出现至少 6 个月, 近 3 个月符合以上诊断标准。基于中医学整体观与藏象理论, IBS 发病病位在肠, 但与脾、肝、肾等脏腑密切相关。《肠易激综合征中医诊疗专家共识(2024)》^[6]综合目前研究结果, 表明 IBS 的病因有饮食不洁、情志失调、外邪侵袭以及先天不足等。有学者^[8]认为, IBS 根本病机为肝失疏泄、脾胃失和。根据 IBS 分型不同, 其病机侧重有所不同^[6]。IBS-D 以肝郁脾虚为主, 即肝疏泄功能失调、脾虚运化失常, 水湿下犯肠道而发泄泻; IBS-C 以肝气失疏, 肠道传导功能异常为主, 即肝失疏泄, 造成气机停滞, 影响大肠传导功能而发便秘; IBS-M 以便秘腹泻症状交替为特点, 病机除肝脾失调外常伴寒热错杂。综上, 目前中医对于 IBS 的诊断及病因病机已形成系统认识, 以肝失疏泄、脾胃失和为核心, 为中医药诊疗 IBS 提供了坚实的理论基础。

1.2 中医证候研究

根据《肠易激综合征中医诊疗专家共识(2024)》^[6], IBS-D 可分为肝郁脾虚证、脾虚湿盛证、脾肾阳虚证、大肠湿热证 4 种证型, IBS-C 可分为肝郁气滞证、大肠燥热证、阴虚肠燥证、脾肾阳虚证、肺脾气虚证 5 种证型, IBS-M 则主要以寒热错杂证为主。一项全国多中心临床研究^[9]纳入 157 例 IBS 患者进行证素证候分析, 其中证候分布比例为肝郁脾虚证 53 例 (占比 33.76%), 湿热内蕴证 44 例 (占比 28.03%), 肝胃不和证 41 例 (占比 26.11%), 肝郁气滞证 19 例 (占比 12.10%), 研究表明 IBS-D 患者以肝郁脾虚证为主, IBS-C 和 IBS-M 均以湿热内蕴证为主, 不同分型患者中医证型分布具有差异。另一项横断面研究^[10]纳入 178 例 IBS 患者, 其中 IBS-D 患者 131 例, IBS-C 患者 47 例; IBS-D 患者中最常见的中医证候类型为肝郁脾虚证 (27.5%), 其次是脾阳虚证 (19.8%); IBS-C 患者中最常见的类型为肠燥热结证 (57.4%)。以上研究结果均提示肝失疏泄、脾胃失和是 IBS 的核心病机。临床横断面调查可揭示 IBS 分布规律, 为 IBS 中医药循证研究提供数据支撑。然而目前研究仍存在样本量普遍较少, 难以全面准确地评估全国范围内地域及人群中 IBS 证候特征的问题。同时, 缺乏针对 IBS 不同亚型之间相互转化及中医证型动态的相关研究, 无法揭示 IBS 不同亚型之间转化、进展与中医证候演变之间的联系。

1.3 中医药疗效研究

作为中医药治疗的优势病种, 近年来围绕 IBS

的中医药治疗疗效研究较多, 结果亦表明中医药在改善 IBS 患者不适症状、提高患者生活质量方面具有显著的疗效优势。多项临床疗效研究^[11-12]表明, 以痛泻药方为基础进行化裁的中药复方在改善腹痛、腹泻症状, 提高患者生活质量, 减少不良事件等方面显著优于匹维溴铵、马来酸曲美布汀等药物。一项关于痛泻宁颗粒治疗 IBS-D 的疗效及安全性的多中心、随机、双盲、阳性药物平行对照临床试验显示^[11], 痛泻宁颗粒组患者 IBS 症状严重程度评分、腹痛缓解率、生活质量量表评分、汉密尔顿焦虑量表、汉密尔顿抑郁量表等均有明显改善。与此同时, 针灸^[13]、穴位贴敷^[14]等中医外治法在治疗 IBS 中具有较好的疗效, 其治疗潜力及应用前景巨大。然而缺少大样本、多中心随机双盲中医药治疗 IBS 临床研究, 这也导致中医药治疗 IBS 的证据数量与可信度仍较有限, 在一定程度上影响了其国际化推广和应用。与此同时, 虽然临床多数研究随访过程中显示中医药治疗复发率低于常规疗法或安慰剂, 但缺乏系统的长时间随访数据的采集与分析, 治疗后症状复发情况不甚明确, 这也是未来中医药研究需要突破的方向。

1.4 新药指导原则、指南与共识研究

国家食品药品监督管理局于 2017 年 12 月发布《中药新药用于肠易激综合征临床研究技术指导原则》^[15]并沿用至今。该原则在病证结合的模式下指导新药研究, 在与国际接轨的同时结合体现中医药治疗 IBS 的优势与特色。强调以临床定位为向导, 选择适当的临床疗效评价方法, 将科学性、权威性与可行性相结合, 避免单纯追求科学性, 而忽略实际可操作性。具体对 IBS 临床研究的临床研究各环节及要点, 如临床定位、诊断标准、受试者选择、试验设计、对照选择、疗程与观察时点设计、有效性评价、安全性评价、合并用药、质量控制、统计方法及随访等进行了规范。《肠易激综合征中医诊疗专家共识(2024)》^[6]是中医药诊疗 IBS 的最新指南, 该共识就 IBS 的诊断及病因病机、中医辨证分型诊断标准、中药方剂及中成药使用剂量、IBS 疗效评定体系进行完善, 同时增加了当代名家经验、西医诊疗进展概述、中医药循证医学进展、难点问题分析及中医药优势条目。尤其是诊断及病因病机方面, 该共识参考《2020 年中国肠易激综合征专家共识意见》^[7], 在其诊断中保留了更符合中国 IBS 患者实际的腹胀、腹部不适症状, 同时详细阐述了 IBS 肝失疏泄、脾胃失和的病机。新药指导

原则、指南与共识的不断完善与更新也说明中医药理论指导 IBS 的诊疗已形成系统认识,并不断发展。

2 IBS 的诊疗难点

2.1 缺乏诊断标志物且症状多样,难以精确诊断

《美国胃肠病学会临床指南:肠易激综合征的治疗》^[16]明确指出缺乏可用于明确诊断 IBS 的生物学标志物是 IBS 诊断的缺陷。目前国际 IBS 的诊断主要依据罗马 IV 标准,我国诊断标准根据国情,主症中加入腹胀、腹部不适症状。此类诊断标准缺乏客观评价指标,过度依赖医师判断与病史采集,且其标准存在地域性差异。临床中 IBS 患者症状多样且无特异性,患者常出现腹痛、腹泻或便秘,可合并腹胀满、恶心、餐后饱胀、早饱等上消化道症状^[17];亦可合并头晕、背痛、胸闷、心悸、疲倦、尿频、尿急等胃肠外症状^[18];仍可伴有睡眠障碍、抑郁、焦虑等精神异常^[19]。此类症状缺乏特异性,与炎症性肠病、乳糜泻、慢性胃肠道感染、显微镜下结肠炎、胃肠道肿瘤和原发性胆汁酸腹泻等多种器质性及功能性疾病高度重叠,这也为其确诊增加了难度。例如一项荟萃分析^[20]表明,活检证实的乳糜泻在 IBS 患者中的总患病率为 3.3%,提示 IBS 与乳糜泻存在症状重叠,临床上存在误诊可能。因此,IBS 缺少特异性生物标志物、诊断高度依赖症状标准是现阶段 IBS 精准诊断所面临的难题。

2.2 发病机制复杂且易复发,治疗难度大

IBS 的发病机制复杂多样,是由内脏高敏感、肠道动力异常、肠道微生态紊乱、肠道免疫激活等多种因素引起的脑-肠互动异常^[21-22],并与精神心理因素密切相关。内脏高敏感是指内脏对刺激感受增强,包括痛觉过敏及痛觉异常。流行病学研究表明,IBS 中内脏高敏感的发生率为 33%~90%^[23],目前被认为是其核心发病机制。精神心理因素亦是影响 IBS 患者生活质量的重要因素,研究^[24]表明,焦虑、抑郁的功能性胃肠病患者更易出现 IBS,IBS 患者焦虑、抑郁风险显著增加。同时,伴有焦虑抑郁状态的 IBS 患者的临床症状更加显著^[25]。综上,IBS 的发病机制复杂多样且尚未完全阐明,给临床治疗带来了很大困难。目前临床治疗以缓解症状为主,常用解痉剂、通便剂、止泻剂、胃肠动力剂、肠道微生态制剂、不被肠道吸收的抗生素等^[16, 26],缺乏全面且有效的针对发病机制的治疗也是 IBS 复发率较高的原因之一。有研究^[27]表明,132 例 IBS 患者经匹维溴铵治疗后,在长达 1 年随访中,超过

50% 的患者仍然符合 IBS 症状标准。中药例如痛泻宁颗粒^[11]、术苓健脾胶囊^[28]、缓痛止泻软胶囊^[29]等在 IBS 治疗中发挥多机制、多靶点优势,取得了较好的疗效,但中药复方治疗 IBS 的机制研究仍不成熟,存在缺乏大样本、多中心、随机双盲中医药治疗 IBS 临床研究,缺乏中药复方治疗后复发率随访数据的问题。因此,如何针对 IBS 复杂多样的发病机制进行有针对性的个体化诊疗,降低 IBS 的复发率,是当前临床治疗的难点问题。

3 IBS 的中医诊疗策略

3.1 整体观下的辨证论治

中医学中并没有概念准确描述 IBS,但对于 IBS 腹痛、腹胀、便秘、腹泻等主要症状以及恶心、早饱、头晕、背痛、胸闷、心悸、疲倦、睡眠障碍、抑郁、焦虑等伴随症状有着系统的理论和丰富的诊疗经验。IBS-D 以间断腹痛伴有不规则腹泻为主症,中医学中属“腹痛”“泄泻”范畴,其病位在肠,主要与脾、胃、肝、心、肾诸脏腑功能有关。其病性为本虚标实,虚实夹杂。素体脾胃虚弱是 IBS-D 的发病基础,肝失疏泄是腹痛、腹泻发作的关键,肝郁脾虚是本病的核心病机。疾病初期,多为肝气郁结,失于疏泄,肝气横逆乘脾;继则脾失健运,湿从中生;脾虚日久而致脾阳不足,继则肾阳受累。IBS-D 以湿为中心,以肝气郁结、脾失健运而贯穿始终,气机失调为标,而脾肾阳虚为本。因此,IBS-D 的治疗原则是补泻兼施,标本兼治。在初期,重在疏肝理气,佐以健脾益气;及至后期,则重在健脾化湿、温补脾肾,佐以调理气机。

IBS-C 以腹痛伴有排便困难,粪便干结为主症,属中医学“便秘”“脾约”范畴。便秘病位在大肠,并与脾、胃、肺、肝、肾密切相关。其病性为本虚标实,虚实夹杂。其主要证型可分为虚实两端,实证以肝郁气滞、大肠燥热为主,虚证以阴虚肠燥、肺脾气虚、肺肾阳虚为主。其治疗当分虚实而治,实证以疏肝泻热为主,据病因气、热之不同,分别施以理气、泻热之法,辅以导滞之品,标本兼治,邪去便通;虚证以养正为先,依阴、阳、气亏虚的不同,主用滋阴益气、温阳之法,酌用甘温润肠之药,标本兼治。六腑以通为用,大便干结、解便困难可用下法,但应在辨证论治基础上以润下为基础,个别证型虽可暂用攻下之药,也以缓下为宜,以大便软为度,不得一见大便难,便用大黄、芒硝、巴豆、牵牛之属。综上,中医学在整体观指导

下分析 IBS 各个症状之间的潜在联系, 对其整体病因病机有着深刻而系统的认识, 同时采用辨证论治的个体化诊疗方案, 以证统方加减药材, 在 IBS 诊疗中显现独特的优势与潜力。

3.2 中医外治疗法的应用

中医外治疗法 (主要包括针刺、艾灸、穴位贴敷、耳穴压丸等) 是 IBS 治疗中应用广泛的辅助治疗手段之一。一项中医外治疗法单用对比西药的高质量随机对照试验的荟萃分析^[30] 表明, 中医外治疗法可显著提高临床总有效率和临床治愈率, IBS 症状严重度评分平均降低幅度达到临床意义阈值。同时, 临床中越来越多的中医师采用中药复方联合中医外治疗法治疗 IBS, 并取得了较好的疗效^[31-32]。《肠易激综合征中医诊疗专家共识 (2024)》^[6] 简述了目前 IBS 的针灸治疗方法, 如腹泻为主者常针刺天枢、足三里、三阴交等穴位, 脾胃虚弱证加章门、脾俞, 脾肾阳虚证加命门、肾俞、关元; 肝气郁结证加行间、肝俞; 便秘为主者常针刺大肠俞、天枢、支沟、丰隆等背俞穴、腹部募穴及下合穴; 寒证加灸, 热证加曲池、合谷; 气滞证加行间、中脘。由此可见, 在 IBS 的治疗中, 中医外治疗法已经形成较为系统的认识并广泛应用, 是中医药治疗 IBS 不可或缺的手段。

3.3 精神心理异常的干预

随着医学模式从传统生物医学模式向生物-心理-社会医学模式转变, 社会-精神-心理因素在 IBS 中的作用被广泛关注。IBS 患者与正常人相比均存在明显的焦虑、抑郁症状, IBS 患者在精神上的异常共同表现为不同程度的焦虑、抑郁^[33]。对于 IBS 患者伴有精神心理异常, 中医学认为, IBS 伴情志异常与肝密切相关。肝为刚脏, 将军之官, 主疏泄气机。肝与脾之间存在乘克关系, 情志怫郁, 忧思恼怒, 精神紧张, 以致肝气郁结, 气血郁滞或横逆乘脾, 脾胃不和, 气机不畅, 运化失常, 而致腹痛、泄泻; 或气机郁滞, 不能宣达, 通降失常, 传导失司, 糟粕内停, 不得下行而致大便秘结。研究^[34-35] 表明, 中医从疏肝解郁、调畅情志角度治疗 IBS 伴焦虑抑郁状态取得了很好的疗效, 可弥补现代医学对 IBS 伴焦虑、抑郁障碍患者治疗方案的不足, 减少长期服用抗焦虑、抑郁药物的不良反应。

4 IBS 的中医药研究展望

随着多组学技术的深度发展与广泛应用, 从基

因组、转录组、代谢组、宏基因组等多维度全方位解析 IBS 发病的分子网络, 精准识别关键致病靶点与生物标志物, 为疾病的早期诊断、个性化治疗及预后评估提供坚实依据。中医诊疗 IBS 前景广阔, 未来将在多方面持续发力。理论研究上, 进一步深度融合现代医学成果, 有望构建更为完善的中西医结合发病机制阐释体系, 精准揭示中医脏腑经络气血理论与脑-肠互动、肠道微生态的内在关联, 为中医精准辨证论治提供更坚实的科学依据, 提升中医理论国际影响力。临床实践中, 中医诊疗技术将不断创新优化。一方面, 借助人工智能、大数据等技术, 实现中医诊断智能化、客观化, 精准判别证型, 确保治疗精准性; 另一方面, 中医外治法如艾灸、针灸、穴位贴敷等, 其作用机制将被深入挖掘, 操作更加规范、标准化, 提升疗效稳定性与可重复性。中药复方研发将基于网络药理学、分子对接等前沿技术, 对传统方剂二次开发, 深入分析其疗效机制, 更好地发挥其多机制、多靶点的优势。同时, 开展大规模多中心的中药复方治疗 IBS 的疗效研究, 提升中医药治疗 IBS 的证据等级。

参考文献

- [1]MEARIN F, LACY BE, CHANG L, et al. Bowel disorders [J]. *Gastroenterology*, 2016, 18: S0016-5085(16)00222-5. doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.031.
- [2]ALMARIO CV, SHARABI E, CHEY WD, et al. Prevalence and burden of illness of Rome IV irritable bowel syndrome in the United States: results from a nationwide cross-sectional study [J]. *Gastroenterology*, 2023, 165 (6): 1475-1487.
- [3]OKA P, PARR H, BARBERIO B, et al. Global prevalence of irritable bowel syndrome according to Rome III or IV criteria: a systematic review and meta-analysis [J]. *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 2020, 5(10): 908-917.
- [4]HANNA-JAIRALA I, DROSSMAN DA. Central neuro-modulators in irritable bowel syndrome: why, how, and when [J]. *Am J Gastroenterol*, 2024, 119 (7): 1272-1284.
- [5]BARBARO MR, CREMON C, MARASCO G, et al. Molecular mechanisms underlying loss of vascular and epithelial integrity in irritable bowel syndrome [J]. *Gastroenterology*, 2024, 167(6):1152-1166.
- [6]中华中医药学会脾胃病分会. 肠易激综合征中医诊疗专家共识 (2024) [J]. *中医杂志*, 2024, 65(18): 1948-1956.
- [7]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.
- [8] 李登帅, 杜斌, 单兆伟. 单兆伟教授运用脾胃升降理论治疗肠易激综合征经验[J]. 四川中医, 2017, 35(5): 22-24.
- [9] 王昱茜, 吕咪, 张坤漓, 等. 基于因子分析和聚类分析的肠易激综合征证候证素分布研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2024, 31(12): 163-168.
- [10] SONG J, YANG L, SU S, et al. The diagnosis performance of the TCM syndromes of irritable bowel syndrome by gastroenterologists based on modified simple criteria compared to TCM practitioners: a prospective, multi-center preliminary study [J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2020, 2020: 9507674. doi: 10.1155/2020/9507674.
- [11] TANG XD, ZHANG SS, HOU XH, et al. Post-marketing re-evaluation of Tongxiening granules in treatment of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome: a multi-center, randomized, double-blind, double-dummy and positive control trial [J]. Chin J Integr Med, 2019, 25(12): 887-894.
- [12] 苏国彬, 刘文华, 陈海滨, 等. 以痛泻要方为基本方治疗肠易激综合征随机对照试验的质量评价[J]. 中医杂志, 2008, 49(12): 1077-1080.
- [13] 常晓丽, 牟梓君, 王正文, 等. 针灸治疗肠易激综合征的现状与趋势: 基于 CiteSpace 的知识图谱可视化分析 [J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2025, 27(2): 474-483.
- [14] 雷淼娜, 朱叶珊, 石志敏. 中药膏穴位贴敷治疗腹泻型肠易激综合征疗效观察[J]. 四川中医, 2013, 31(1): 135-137.
- [15] 国家食品药品监督管理总局. 总局关于发布中药新药用于肠易激综合征临床研究技术指导原则等 5 个临床研究技术指导原则的通告 (2017 年第 217 号) [EB/OL]. (2017-12-27) [2025-11-20]. <https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/ggtg/qtggtg/20171227183101142.html>.
- [16] LACY BE, PIMENTEL M, BRENNER DM, et al. ACG clinical guideline: management of irritable bowel syndrome [J]. Am J Gastroenterol, 2021, 116(1): 17-44.
- [17] YAO X, YANG YS, CUI LH, et al. The overlap of upper functional gastrointestinal disorders with irritable bowel syndrome in Chinese outpatients: a multicenter study [J]. J Gastroenterol Hepatol, 2016, 31(9): 1584-1593.
- [18] HAUSER W, MARSCHALL U, LAYER P, et al. The prevalence, comorbidity, management and costs of irritable bowel syndrome [J]. Dtsch Arztebl Int, 2019, 116(27/28): 463-470.
- [19] VANDVIK PO, WILHELMSEN I, IHLEBAEK C, et al. Comorbidity of irritable bowel syndrome in general practice: a striking feature with clinical implications [J]. Aliment Pharmacol Ther, 2004, 20(10): 1195-1203.
- [20] IRVINE AJ, CHER WD, FORD AC. Screening for celiac disease in irritable bowel syndrome: an updated systematic review and meta-analysis [J]. Am J Gastroenterol, 2017, 112(1): 65-76.
- [21] DROSSMAN DA, HASLER WL. Rome IV functional GI disorders: disorders of gut brain interaction [J]. Gastroenterology, 2016, 150(6): 1257-1261.
- [22] GWEE KA, GONLACHANVIT S, GHOSHAL UC, et al. Second Asian consensus on irritable bowel syndrome [J]. J Neurogastroenterol Motil, 2019, 25(3): 343-362.
- [23] GWEE KA, LU CL, GHOSHAL UC. Epidemiology of irritable bowel syndrome in Asia: something old, something new, something borrowed [J]. J Gastroenterol Hepatol, 2009, 24(10): 1601-1607.
- [24] KOLOSKI NA, JONES M, KALANTAR J, et al. The brain gut pathway in functional gastrointestinal disorders is bidirectional: a 12 year prospective population based study [J]. Gut, 2012, 61(9): 1284-1290.
- [25] 许东, 王承党, 李晓青, 等. 腹泻型肠易激综合征合并心理异常对肠道症状的影响 [J]. 中华消化杂志, 2018, 38(9): 603-608.
- [26] BLACK CJ, FORD AC. Irritable bowel syndrome: a spotlight on future research needs [J]. Lancet Gastroenterol Hepatol, 2021, 6(6): 419-422.
- [27] ZHENG L, LU W, XIAO Q, et al. Assessing the post-treatment therapeutic effect of pinaverium in irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial [J]. Sci Rep, 2021, 11(1): 13894.
- [28] 马金鑫. 术苓健脾胶囊治疗腹泻型肠易激综合征的临床疗效观察 [D]. 延安: 延安大学, 2019.
- [29] 陈熹, 杨婷, 章从恩, 等. 缓痛止泻软胶囊治疗腹泻型肠易激综合征的临床疗效及安全性观察 [J]. 中国医院用药评价与分析, 2023, 23(11): 1294-1296, 1300.
- [30] WEI X, WEN Y, WEI Y, et al. External therapy of traditional Chinese medicine for treating irritable bowel syndrome with diarrhea: a systematic review and meta-analysis [J]. Front Med (Lausanne), 2022, 9: 940328. doi: 10.3389/fmed.2022.940328.
- [31] 陈亮亮, 丁义侠, 李学军, 等. 参苓白术散联合穴位贴敷治疗腹泻型肠易激综合征疗效观察 [J]. 吉林中医药, 2024, 44(7): 817-822.
- [32] 范青, 贾峻, 卢焱. 乌灵胶囊联合针灸治疗肝郁脾虚证腹泻型肠易激综合征的临床疗效及安全性 [J]. 辽宁中医杂志, 2024, 51(2): 139-143.

[33]EIJSBOUTS C, ZHENG T, KENNEDY NA, et al. Genome-wide analysis of 53,400 people with irritable bowel syndrome highlights shared genetic pathways with mood and anxiety disorders [J]. Nat Genet, 2021, 53 (11): 1543-1552.

[34]于淑琪. 基于肝脾同调理论治疗腹泻型肠易激综合症的疗效观察[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2025.

[35]龚欣杨. 疏肝健脾宁心方治疗腹泻型肠易激综合征(肝郁脾虚证)伴焦虑抑郁状态的临床疗效观察[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2024.

Current Status, Strategies and Prospects of Traditional Chinese Medicine Diagnosis and Treatment for Irritable Bowel Syndrome

WEN Yandong¹, YANG Zhi², HUANG Shaogang³, LI Zhongyu², MA Xiangxue³, XU Qing¹, DU Liqing³, YUAN Bochao¹, TIAN Yibing¹, GE Wentong², ZHAO Xiaofan², LIU Chang², TANG Xudong²

1. Eye Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100040; 2. Institute of Spleen and Stomach Diseases, Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences; 3. The First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine

ABSTRACT Irritable bowel syndrome (IBS) is a functional bowel disorder characterized primarily by abdominal pain and altered defecation habits. In recent years, traditional Chinese medicine (TCM) has made progress in multiple aspects of IBS research and treatment, including syndrome distribution, development of TCM formulas, clinical efficacy evaluation, external therapies, and psychosocial regulation. However, it still faces challenges such as over-reliance on symptomatic manifestations rather than biomarkers for diagnostic criteria, and the lack of high-quality evidence-based data supporting the efficacy of TCM formulas in treating IBS. This paper proposed that TCM diagnosis and treatment of IBS should adhere to the strategy of integrating the holistic concept with syndrome differentiation and treatment, combining TCM external therapies such as acupuncture, moxibustion and acupoint application), and emphasizing individualized diagnosis and treatment for psychosomatic abnormalities. Future research should integrate multi-omics technologies, artificial intelligence and other methods to deepen the understanding of the pathogenesis of IBS and the mechanisms of TCM formulas, so as to promote the standardization and internationalization of TCM in the diagnosis and treatment of IBS.

Keywords irritable bowel syndrome; spleen-stomach diseases; traditional Chinese medicine therapy; diagnosis and treatment strategies; literature review

(收稿日期: 2025-06-24; 修回日期: 2025-11-20)

[编辑: 侯建春]

读者·作者·编者

中医药学术论文中药名称及名词术语的使用

中医药学术论文中正确使用中药名称及术语对于提高论文的科学性具有重要意义。中药学名词术语应使用全国科学技术名词审定委员会公布的《中医药学名词》和相关学科的名词。中药名称应以最新版《中华人民共和国药典》为主要依据。暂未公布者及《中华人民共和国药典》未收录的品种可参考团体标准 ZGZYXH/T 1-2015《中药学基本术语》《中药大辞典》以及新版全国高等中医院校统编教材《中药学》。地方及少数民族药物可遵照地方相关标准或药物的习称。

中药名称的使用应根据其概念范畴使用相应的名称。中药材使用药材名称,必要时需注明拉丁学名;临床处方应使用饮片名称,若其无法定名称,论述时可使用药材名称。由特定种质、产区,以及特定的生产加工技术生产的道地药材加工炮制而成的饮片,可在药材名前加产地名称作为特殊的饮片名称,如“岷当归”“川厚朴”等。处方中饮片为生品者,有法定名称的遵法定名称,无法定名称且毒性较强的,用生品时,应在其药材名称前加注“生”字,以免误用,如生大黄。无法定名称的炮制品,可在其药材名称之前或之后加炮制术语炒、焦、煨、炙、盐、炭、曲等作为饮片名称,如姜炭、半夏曲等。无法定饮片名称的鲜品入药时,应在药材名前加“鲜”字,如鲜薄荷。使用特定药用部位入药的饮片,如无法定饮片名称,表述时可在其药材名称前或后加药用部位名称,如当归尾。有特殊煎煮要求的中药,应在饮片名称后加圆括号注明煎服法,如薄荷(后下)、生石膏(先煎)、三七粉(冲服)等。中成药名称以国家药典委员会《中成药通用名称》为准,暂未公布者可依次参照国家食品药品监督管理局批准的中成药通用名、新版全国高等中医院校统编教材《方剂学》。

(本刊编辑部)