

从肝论治肠易激综合征

广东省中医院内科 黄穗平

内容提要: 作者认为肠易激综合征的基本病机为肝疏泄失常,肝脾气机失调,对本病治疗主张从肝论治,采用调肝法治疗。本文报道以四逆散为基础组成的调肝方,治疗肠易激综合征30例,近期有效率达93.3%,对缓解和减轻腹痛等主要症状的效果亦较满意。

肠易激综合征(Irritable Bowel Syndrome, 简称IBS)为一种与精神因素有关,以肠道生理功能紊乱为主的消化系疾病⁽¹⁾,并被认为是慢性腹泻最常见的病因。目前本患病率有日益增高的趋势,对本病的研究已引起医学界的重视。本文采用随机交叉对照试验法,以调肝法的代表方四逆散为基础,组成调肝方,治疗IBS 30例,效果满意。现将观察结果报告如下。

临床资料

一、观察对象

本组病例均系根据1986年11月全国慢性腹泻学术讨论会制定的IBS诊断标准⁽²⁾确诊为腹泻型IBS患者。所有病例均无其他全身性疾病,凡在观察期间符合能坚持治疗、饮食和生活稳定要求者列入统计对象。

二、中医辨证

本组30例以腹泻或伴腹痛为主诉,病程反复一年半以上,具有IBS临床特征,绝大多数病例伴有神经官能症状。中医辨证以见肝郁证*为主。临床可分二型:(1)肝气郁结型:有肝郁证候和肝脾不和证候,但不具有脾气虚证者;(2)肝郁脾虚型:同时具有肝郁证和脾气虚证⁽³⁾者。

三、一般情况

30例中,男性10例,女性20例。年龄最小20岁,最大60岁;平均年龄为35.1岁。

病程最短1年半,最长20年;其中2年以下8例,2~5年15例,6~10年5例,10年以上2例。中医辨证属肝气郁结型21例,肝郁脾虚型9例。

方法与结果

一、治疗和观察方法

按随机分配原则,对符合IBS诊断和观察要求的就诊病人,分为甲乙两组,甲组14例,乙组16例。甲组病例先服调肝方,乙组病例先服安慰剂,各于连续服药三周后总结疗效。停药二周后,两组交换服药,再分别连续服药三周继续总结疗效。

调肝方由柴胡、白芍、枳壳、木香、防风、救必应(即冬青科冬青属植物铁冬青)、白术等药组成,分丸剂和煎剂两种剂型。绝大多数病例予口服丸剂治疗,每次6克,每日三次;个别有兼证者,偶然加服煎剂,脾虚甚者加黄芪、党参,夹湿热者加黄连、火炭母。安慰剂(丸剂)的外形、大小、色泽等均与调肝方丸剂一致,服药方法与剂量同调肝方丸。

观察方法和疗效评定按文献⁽⁴⁾进行,每日记录患者大便次数、性状及腹痛等IBS主要症状。在服药前及服药期间,根据病人的大便情

* 肝郁证的辨证标准:(1)精神抑郁,或烦躁易怒;(2)胁肋胀满疼痛,或胸脘满闷,或少腹胀痛;(3)腹胀,大便不调,妇女月经不调,痛经,经前乳房胀痛;(4)脉弦或涩。凡符合(1)、(2)两项,或其中一项再加上(3)、(4)两项,均可辨证为肝郁证。

况进行评分：大便每日1~2次，成形者为1分；每日1~2次，不成形者为2分；每日3~4次，不成形者为3分；每日在5次以上，不成形者为4分。以治疗后每日评分积累的平均值低于治疗前的50%以上者为有效。

二、治疗效果

1. 大便次数和性状的改善：30例IBS患者在服调肝方期间，其大便次数和性状有明显改善，按上述疗效标准评定为有效者28例，有效率为93.3%；而在服安慰剂期间，只有9例有效，有效率为30%。服用调肝方的疗效显著优于安慰剂($P<0.001$)。

2. 其他主要症状的改善：本组病例除腹泻外，其他主要症状为腹痛、粘液便、便意窘迫、肠鸣和眠差。服药期间上述五项主要症状的改变见附表。附表示：服调肝方期间，其腹痛、粘液便、便意窘迫、肠鸣和眠差的有效率分别为92.9%(26/28例)、95%(19/20例)、92%(23/25例)、92.3%(24/26例)和92%(23/25例)；服安慰剂期间分别为27.3%(6/22例)、33.3%(5/15例)、30%(6/20例)、30.4%(7/23例)和25%(6/24例)。结果表明，对除腹泻外的其他五项主要症状的改善，调肝方均显著优于安慰剂。

附表 服调肝方和安慰剂期间各项主要症状的变化

症 状	服调肝方期				服安慰剂期			
	例数	消失	减轻	无变化	例数	消失	减轻	无变化
腹 痛	28	19	7	2	22	2	4	16
粘 液 便	20	15	4	1	15	3	2	10
便意窘迫	25	19	4	2	20	2	4	14
肠 鸣	26	20	4	2	23	4	3	16
眠 差	25	9	14	2	24	2	4	18

3. 中医辨证与疗效的关系：经调肝方治疗后，肝气郁结型21例，有效19例，无效2例；肝郁脾虚型9例均获效。但经统计学处理，两型疗效无显著性差异($P>0.05$)。说明以调肝方为基础，结合辨证加味用药治疗IBS，对不

同两型患者的疗效都是较为满意的。

讨 论

本病属于中医泄泻范畴，一般对慢性泄泻的治疗，多从脾胃论治，而从肝论治的研究甚少。笔者认为，IBS的症候表现虽以在脾胃为主，但其本则在肝，因为肝主疏泄，可调节情志活动，调畅脏腑气机并助脾胃运化。倘若肝疏泄失常，不能协调脏腑功能，肝脾气机失调，脾失健运，则肠排泄糟粕功能紊乱而发病，这就是本病的病机所在。对此，前人已早有论述。《类证治裁》说：“肝木性升散，不受遏郁，郁则经气逆，为噎，为痰……为飧泄，皆肝气横决也。”《血证论》也说：“设肝之清阳不升，则不能疏泄水谷，濡泄中满之症在所不免。”就临床所见，IBS的发病可由情绪过激或欲望不遂等原因，导致肝疏泄失常，肝脾气机失调所酿成。

现代医学研究表明，精神因素可使中枢及植物神经功能紊乱，进而导致胃肠运动功能紊乱。近年来，有人发现肝郁脾虚者存在植物神经功能障碍，表现为交感和副交感神经功能亢进⁽⁵⁾。可见，这些神经体液调节因素的紊乱很可能是IBS患者肝疏泄功能失常、肝脾气机失调和脾失健运的病理生理学基础。

基于对IBS存在着肝疏泄功能失常，肝脾气机失调这一基本病机的认识，故在对IBS的治疗上笔者主张采用调肝法：肝气过旺者宜抑之、平之；肝气郁结者宜疏之、舒之。本文以调肝法为主对腹泻型IBS进行前瞻性的疗效观察结果表明，从肝论治采用调肝方治疗IBS有显著的近期疗效，有效率达93.3%，对缓解和减轻腹痛等主要症状的效果亦较满意。

近些年来，有关IBS的研究报道日益增多。有文献报道⁽⁶⁾，IBS患者较其他病人更富神经质，更易焦虑和抑郁，经严格的精神病学检查，IBS组29例有抑郁等精神症状者占72%，而在同期就诊的非IBS对照组有精神症状者仅占18%。腹泻型IBS患者的小肠和结肠排空速度加快⁽⁷⁾，以腹泻(多伴有腹痛)为主的IBS患者，

其乙状结肠快速收缩较便秘者更为频繁⁽⁸⁾。IBS患者胃—结肠反射敏感,食团引起小肠管内容物过快推进至结肠,致使结肠过度充盈和扩张,压力增高⁽⁹⁾。IBS患者对膨胀肠管表现出明显的痛觉过敏,无论是有症状期还是无症状期,注射新斯的明后,都比正常人有更明显的结肠运动增强⁽¹⁰⁾。

根据上述资料,笔者曾对调肝方进行了与IBS病理生理有关的药理学实验⁽¹¹⁾。结果表明:调肝方有镇静、镇痛作用,并能抑制新斯的明引起的肠运动亢进和拮抗吗啡引起的肠运动低下,即对异常的肠运动有双向调节作用。因此,可以认为调肝方对中枢神经和植物神经功能的调整作用以及对肠道运动功能的双向调节作用,可能是其治疗IBS的药理学基础之一,这也为从肝论治,治肝可安脾胃、止痛泻的治则理论提供了一定的科学依据。至于这些药理作用是否通过调整脑—肠之间的生化和神经内

分泌关系而实现,尚有待于进一步的研究。

承蒙本院梁乃津教授、庄国德主任医师、余绍源副教授和梅广源副主任医师等给予指导,特表谢意。

参 考 文 献

- (1) 江绍基,临床胃肠病学,第一版,上海科学技术出版社,1981年。
- (2) 全国慢性腹泻学术讨论会,肠易激综合征科研病例选择标准,中华消化杂志1987;7(3):封三。
- (3) 沈自尹,中医虚证辨证参考标准,中西医结合杂志1983;3(2):117。
- (4) 李定国,等,舌下含服硝苯吡啶治疗肠易激综合征,中华消化杂志1987;7(3):140。
- (5) 李家邦,等,肝郁脾虚证患者植物神经功能障碍的特征,湖南医学院学报1987;7(3):140。
- (6) Wender PH, et al. AM J Psychiatry 1983;140:1579。
- (7) Sun EA, et al. Gastroenterology 1982; 82(4):689。
- (8) Whitehead WE, et al. Dig Dis Sci 1980;25(6):404。
- (9) Nicholas WR. Irritable Bowel Syndrome. GRUNE & STRATTON, LTD. 1985。
- (10) 王有德,肠易激综合征的病原学和病理生理方面研究的进展,医学动态1984;(1):123。
- (11) 黄德平,等,调肝方药对中枢神经和肠道运动功能的影响,待发表。

中 蒙 药 治 疗 三 叉 神 经 痛 的 经 验

内蒙古医学院中医系 包海廷

笔者以中蒙药相伍治疗原发性三叉神经痛,多有效验,下举验案二则,以供同仁指正。

例一:陈××,女,32岁。患者产后受寒,时有头面不适、发热、畏寒等一派外感之症,数日后,感冒症减,又觉头面连眼眶周围作痛,呈电击样灼痛,并波及口唇、牙齿和鼻腔周围。当地医院诊为“三叉神经痛”,予镇痛、封闭药物治疗,疼痛暂减,却日后反复发作,迁延数载,冬春时尤甚,每次发作少则十几秒,多则3、5分钟。遂于1971年10月13日邀余诊治。时见患者痛苦面容,神疲乏力,舌淡苔薄白,脉细弱无力。患者产后气血亏乏,复感风寒,闭阻络脉,引发本病,治宜补养气血,疏风散寒为主,佐以镇痛止痛。方药如下:防风12克,羌活12克,制草乌3克,白芷10克,桂枝5克,党参15克,炙黄芪15克,桂圆肉15克,草河车15克,翻白草15克,广枣20克,细辛3克,全蝎3克,乌梢蛇3克,生姜3克,桔梗3克,大枣5枚。水煎服,5剂。同年10月19日二诊,患者痛止如常,诸证悉退。为巩固疗效,遂将原方去防风、羌活、翻白草,加天麻、鸡血藤、辛

夷各20克。诸药共为细末,炼蜜为丸,每丸9克,每日2丸。三周后,患者复查,病情稳定而愈。

例二:哈×,女,28岁。患者头痛欲裂约一年,伴面部放射样刺痛3月余。患者于1976年12月一氧化碳中毒,虽经抢救还生,但头痛头昏、恶心呕吐等诸证未除,以后又头痛加剧欲裂,并及面部口鼻周围疼痛难忍。经当地医院诊为一氧化碳中毒后遗症并三叉神经痛,经多方医治罔效。诊见患者精神欠佳,体形肥胖,头面部皮肤冷热触觉极为敏感,腹部胀满,呕恶痰涎,舌苔白腻,脉弦滑。此系素体肥胖,痰浊中阻,清阳不升所致,加之毒气侵袭,扰乱血脉,法当化痰降逆,解毒镇痛。方药为黄芩15克,钩藤15克,白术10克,天麻10克,竹茹15克,蔓荆子15克,茯苓15克,制川乌3克,制草乌3克,广枣15克,紫草茸15克。水煎服,连服5剂。二诊见患者头痛缓解,腹胀呕恶减轻,原方加珍珠母15克,全蝎3克,石决明15克,枳壳6克。以加强解毒镇痛,理气降逆,连服5剂。三诊见患者精神甚佳,头痛已止,腹胀呕恶消除,原方再服5剂。四诊患者病已痊愈。