

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2014.23.022

百 家 园

肠易激综合征从肝论治探讨

朱振红¹, 郭 朋¹, 唐旭东[✉], 郭 瑞²

(1. 中国中医科学院西苑医院, 北京市海淀区西苑操场 1 号, 100091; 2. 山东中医药大学基础医学院)

基金项目: 国家自然科学基金资助项目 (81373580)

摘要 肠易激综合征发生的病因与中医“腹痛”、“便秘”、“泄泻”具有高度相关性, 病理特点甚为相似, 腹痛病机系肝木过亢为本, 湿邪、瘀血等为标; 便秘病机是肝木过亢, 脾运受抑, 导致肠道气阻于内; 泄泻病机为木疏过极, 脾泄由作, 故强调从肝论治肠易激综合征。

关键词 肠易激综合征; 腹痛; 便秘; 泄泻; 疏肝

罗马Ⅲ诊断标准将肠易激综合征 (IBS) 定义为: 必须包括以下 2 条或多条: ①排便后症状缓解; ②发作时伴有排便频率改变; ③发作时伴有大便性状 (外观) 改变。另外, IBS 需要与功能性便秘、功能性腹泻鉴别开来。IBS 的定义强调两点: 一是腹痛或不适的反复发作性; 二是最近 3 个月内每个月至少有 3 天出现此症状, 且已排除由常规检查不能确定的器质性病因。同时界定症状病程为 3 个月及一定的频度性 (如腹痛或不适每个月至少 3 天发作 1 次)。可见罗马Ⅲ标准中的 IBS 定义, 在症状特征上只强调典型的肠易激症状, 在病程上要求 3 个月, 频率发作上每个月至少 3 天如此, 概念的外延没有将 IBS 与功能性便秘、功能性腹泻作具体区分。

1 中医认识

1.1 IBS 型腹痛

按照罗马Ⅲ诊断标准, 反复发作的腹痛或不适感和中医“腹痛”相符。腹痛是指胃脘以下、耻骨联合以上发生疼痛的症状。李东垣《医学发明·泄可去闭葶苈大黄之属》强调“痛则不通”的病理学说, 并在治疗原则上提出“痛随利减, 当通其经络, 则疼痛去矣”, 对后世产生很大影响。唐容川《血证论》则提出“血家腹痛, 多是瘀血”的观点。《时方妙用》直接给出治法, 言“脐旁左右痛者, 乃冲脉病也, 当用血分之药, 若用气药无益也, 宜当归四逆汤加吴茱萸、生姜, 又

四物汤去地黄, 加肉桂、黄芪、生姜、甘草、红花……”。

1.2 IBS 型便秘

罗马Ⅲ标准的排便频率减少无异于中医学“便秘”。便秘是指粪质干结, 排出困难, 或虽有便意, 但便而不畅的病证。《金匱要略·五脏风寒积聚病脉证并治》中已有相关病机论述, 曰“趺阳脉浮而涩, 浮则胃气强, 涩则小便数, 浮涩相搏, 大便则坚, 其脾为约, 麻仁丸主之”。便秘实为脾约证, 脾为何者约制? 调者肝枢持所致。宋代《圣济总录·大便秘涩》也指出“大便秘涩, 盖非一证, 皆荣卫不调, 阴阳之气相持也。”荣卫者出于脾胃, 调于心肝, 达于四处如是。

1.3 IBS 型泄泻

罗马Ⅲ标准的排便频率增加与中医学“泄泻”症状相符。泄泻是指粪质完谷不化, 甚至泻出如水样为主要表现, 其中大便溏薄而势缓者称为泄, 大便清稀如水而势急者称为泻。泄泻首载于《黄帝内经》, 《素问·气交变大论》中就有“飧泄”、“飧泄”、“注下”等病名。汉代张仲景将泄泻和痢疾统称下利, 并设专篇进行论述。《景岳全书·泄泻》提到, “凡泄泻之病, 多由水谷不分, 故以利水为上策”。李中梓在《医宗必读》中提出“无湿不成泻”的观点, 并开创了治泻九法。湿源于何处? 很显然肝枢不制, 脾运受抑, 久乃成湿。王旭高亦言“土衰则木横, 木横则土益衰, ……颇虑土败木贼。”陈无择在《三因极一病证方论·泄泻叙论》中也提出, “喜则散, 怒则激, 忧则聚, 惊

* 通讯作者: txdlly@sina.com, 13901137632

则动，脏气隔绝，精神夺散，以致溏泄”。

2 中医病因病机

《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证并治》曰：“病者腹满，按之不痛为虚，痛者为实，可下之”，首次全面论述腹实痛、腹虚痛之区别。其病因有如《仁斋直指方》所描述的气血、痰水、食积、风冷诸症之痛，也有如《古今医鉴》中的因寒、因热、因痰、因虚、因虫致痛者。腹痛病位在腹部，其发病与肝、脾关系密切。肝主枢机，脾主运化，肝受水谷之浊，脾受水谷之清，亦即《素问·经脉别论》所谈及的“食气入胃，散精于肝，淫气于筋，……饮入于胃，游溢精气，上输于脾”。肝枢健，脾运和，若肝枢失于调和，或土虚木乘，横逆犯脾，均可导致气血失和，发为腹痛。究其病机，肝枢不和本，痰湿、气郁等为标。

张仲景便秘之脾约证实属实秘范畴，“实秘则物”（《医学启源·六气方治》）属气机郁滞所为。正如肝受水谷之浊者，肝枢不健，水谷之浊壅滞于内，与燥热相结，久可伤阳伤阴，故《圣济总录·大便秘涩》曰“风气壅滞，肠胃干涩，是谓风秘；胃蕴客热，口糜体黄，是谓热秘；下焦虚冷，窘迫后重，是谓冷秘；或肾虚小水过多，大肠枯竭，渴而多秘者，亡津液也。或胃燥结，时作寒热者，中有宿食也”。便秘与肝、脾关系最为密切，肝之枢机以疏泄气机为能，肝枢不疏，脾运失和，故便秘。本病的发生多由外邪、过食、情志等伤肝，脾胃素虚引起。上述因素皆可使肝之枢机失职，肝气郁滞，不通则秘，形成秘结实证，故肝多实证。《证治汇补》也提到，“故凡木郁不舒，而气无所泄，火无所越，……又当疏散升发以达之，不可过用降气，致木愈郁”。由此可知，IBS 之便秘顺肝疏散之性尤为重要。肝枢之能疏调，则蕴湿化为水，滞化为浊，气滞、湿阻、食积、痰结、火郁等因素皆消，便秘全失，故治宜疏肝散肝。

《临证指南医案》曰“情怀不适，阳气郁勃于中，变化内风，掀旋转动，……盖肝为起病之源，胃为传病之所，饮酒中虚，便易溏滑。”又曰“诊脉肝部独大，脾胃缓弱，……少腹为厥阴肝位，由阴阳不分，浊踞于下，致肝失疏泄。当以五苓散导水利湿，仿古急开支河之法。”可见 IBS 之泄泻病位主要在肝部，与脾、胃密切相关。肝、脾同居中焦，为气机运化之枢纽，肝主气机之开阖，脾主气机之升降，清开浊阖，清升浊降则气机条畅。病机是肝脾功能障碍，致中焦气机阻滞，升

降开阖失常从而导致该病发生。叶天士认为，五苓散通膀胱分泄，湿气已走前阴之窍，用之小效。李东垣亦曰“中气不足，溲便乃变。阳不运行，湿多成五泄矣。”显然 IBS 之泄泻的基本病机为肝旺脾虚，木旺侮土，阳陷于阴，乃成飧泄。此泄泻致病之由有虚、实两端，实者为肝阳/气郁内，乱于中焦，气郁、瘀血、痰湿由成，虚者为脾虚乃作，且虚实两端可相互影响而成虚实夹杂之证。

3 中医从肝论治 IBS 的临床应用

我们根据不同辨证思路采用不同治疗方法，治法多以“疏肝益气”为原则，并审证求因，认为 IBS 和肝脾关系^[2]最为密切，不同情况下配合健脾、清化等诸法，如气滞腹痛证候使用柴胡疏肝散，血瘀腹痛证候使用逍遥散加味。舌诊作为中医四诊之一，兆示着疾病的预后情况，我们认为，应重视疾病前后舌苔的变化，IBS 之便秘患者除用芳化之剂清化舌苔舌垢外，理肝之品像柴胡、夏枯草、龙胆、栀子等清肝、泻肝类用之甚佳。对于便秘之久的患者来说，如有全身症状可加用养肝柔肝类中药，譬如枸杞子、五味子、桑椹等。IBS 之泄泻，可用“阳陷于阴，阴升不足”概之，故在临床治疗此类泄泻时除用升脾暖脾之生黄芪、炙黄芪、炮姜、姜炭类外，更强调对肝木疏泄之性的调节，疏泄之性过，泄泻由作。厥阴肝木不合，太阴脾土不开，故泄泻乃发。治疗此类理肝之品则多为风药，风乃肝之性，助肝之用，像防风、荆芥等皆为良药^[3]。

4 结语

总之，现代医学研究认为，IBS 是以神经—内分泌—免疫系统紊乱为基础，以社会心理因素为诱因而触发的一种心身疾病，其主要病理机制为内脏高敏感。中医学将 IBS 归属于“腹痛”、“便秘”、“泄泻”范畴，其病机多归属于中焦肝脾气机升降开阖失调，治疗均需以调理肝木为主，健脾运为辅。然肝脾虽同居中焦，尤以肝脏功能最为重要。

参考文献

- [1] 梁列新. 肠易激综合征诊断和治疗规范 [J]. 临床内科杂志, 2009, 26(2): 79-82.
- [2] 张北华, 高蕊, 李振华, 等. 中医药治疗肠易激综合征的专家经验挖掘分析 [J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(6): 757-760.
- [3] 杨俭勤, 唐旭东. 中医药治疗感染后肠易激综合征思路探讨 [J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(4): 560-564.

(收稿日期: 2014-06-19; 修回日期: 2014-08-10)

[编辑: 黄健]