

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2016.09.018

临证心得

腹泻型肠易激综合征临证辨治

李珊¹, 钦丹萍^{2*}

(1. 浙江中医药大学第一临床医学院, 浙江省杭州市滨江区滨文路 548 号, 310053; 2. 浙江中医药大学附属第一医院)

摘要 腹泻型肠易激综合征的发生多与感受外邪、脏腑虚损、气机失畅、饮食失节、情志失调有关, 脾虚湿盛是基本病机, 主要从脾胃虚弱、肝郁脾虚、脾肾阳虚、寒热错杂四种证型分别举例。临证以健脾化湿为根本, 同时又注重辨证与辨症相结合, 擅于结合升举清阳、疏肝行气、温助脾运、温肾散寒、寒热并调等法。

关键词 腹泻型肠易激综合征; 腹痛; 久泄; 脾虚湿盛

腹泻型肠易激综合征 (diarrhea predominant irritable bowel syndrome, D-IBS) 是一种常见的功能性胃肠病, 属于中医学“腹痛”“泄泻”“久泄”范畴^[1], 多与感受外邪、脏腑虚损、气机失畅、饮食失节、情志失调有关。泄泻之本无不由脾胃, 脾失健运, 湿盛则濡泻。久泄者, 脾虚湿盛为其病机之本, 在此基础上涉及肝、肾、肺三脏。我们针对 D-IBS 脾虚湿盛之病机, 以健脾为大法, 根据病机、病因的不同变化, 从脾胃虚弱、肝郁脾虚、脾肾阳虚、寒热错杂四种证型随症发挥, 并分别举例, 现总结如下。

1 脾胃虚弱证

脾为阴土, 喜燥恶湿, 若湿邪困脾, 则脾阳受损, 运化无权, 水湿内生而为泻; 脾主升清, 若为湿困, 中气下陷, 清气不升则为泻, 正如《素问·阴阳应象大论》曰“清气在下, 则生飧泄”。

典型病例: 患者, 女, 34 岁, 2014 年 9 月 4 日初诊。主诉: 反复腹泻伴腹痛 10 余年。大便溏泻, 每日 1 次, 痛则泄泻, 泻后即舒, 稍进油腻食物泄泻频次即增, 纳可, 寐安, 小便如常。刻诊: 面色萎黄, 神疲体倦, 形体偏瘦, 腹软, 按之无痛, 肠鸣正常, 舌质淡、苔薄白, 脉细。中医诊断: 久泄; 证属脾胃虚弱; 治当健脾升清, 收敛止泻; 方选参苓白术散加减: 太子参 10 g, 茯苓 10 g, 白术 10 g, 北柴胡 6 g, 升麻 6 g, 防风 6 g, 诃子 10 g, 芡实 10 g, 炒白芍 10 g, 炙甘草 3 g, 山

药 10 g, 干姜 3 g, 陈皮 10 g, 山楂 10 g, 玫瑰花 6 g, 制香附 10 g。7 剂, 每日 1 剂, 水煎分早晚两次口服。2014 年 9 月 11 日二诊: 痛泻缓解, 面色转红润, 体态自如, 舌淡苔薄, 脉细。效不更方, 再拟原方 7 剂以固疗效, 后未再发。

按语 《灵枢·口问》曰“中气不足, 溲便为之变, 肠为之苦鸣。”因此, 临证中针对久泄者宜健脾为要, 用药有三个特点: 一为健脾常与升清并重, 升清药分为升阳药和祛风药, 前者如柴胡、升麻等, 后者如防风、羌活等。应用升阳药的意义正如李东垣《脾胃论》所言“以引元气之升, 不令飧泄也。”祛风药的作用如李中梓《医宗必读·泄泻》所言“又如地上淖泽, 风之即干, ……所谓下者举之是也。”故临证多以柴胡、升麻、防风为升清药对。二为脾虚湿盛者使用健脾治法后症状未改善, 且无明显湿热象者, 可加用温阳药以温脾燥湿, 正如李中梓《医宗必读·泄泻》曰“一曰燥脾, 土德不慚, 水邪不滥, 故泻皆成于土湿, 湿皆本于脾虚, 仓廩得职, 水谷善分, 虚而不培, 湿淫转甚”。临证中若无外寒引动, 多用干姜、吴茱萸、附子等温助脾阳; 若感受外寒易作, 多用干姜、桂枝温中散寒, 鼓舞胃阳。三为久泄患者, 以虚为本, 而少有邪滞, 适当加用收敛药, 以涩肠止泻, 而无闭门留寇之弊, 临证中常加用诃子、芡实、石榴皮等以收涩。本案患者既往经过单纯健脾治法后效果不显, 虽无受凉感寒易作, 但舌淡苔薄, 仍以脾虚为本, 故在太子参、茯苓、白术等健脾益气基础上, 应用升麻、柴胡、防风升清止泻,

* 通讯作者: qindp19841@sina.com, 13606805004

更以干姜温助脾运,从而使疗效相得益彰。

2 肝郁脾虚证

见肝之病,知肝传脾,必先实脾。脾之运化,赖肝之疏泄,而肝藏之血,又赖脾之化生,所谓“土得木而达”“木赖土以培之”。若忧思过度气结于中,使肝失疏泄,脾运失权,或郁怒伤肝,肝木乘脾而肝脾不调,脾不升清,胃不降浊,脾胃升降失司,则发为泄泻,正如《素问·举痛论》所言:“怒则气逆,甚则呕血及飧泄”。

典型病例:患者,女,25岁,2014年9月24日初诊。主诉:反复腹泻伴腹痛半年。腹痛,痛即泄泻,每日五六次,泻后痛减,抑郁恼怒、感寒而发,平素情绪较低落,忧虑过度,食少乏力,夜寐欠安。查体腹软,按之无痛,肠鸣正常,舌质淡、苔薄白,脉弦细。Zung 自测焦虑量表^[4]得分55分和 Zung 自测抑郁量表^[5]得分67分,表明患者有轻度焦虑、中度抑郁。诊断:久泄;证属肝郁脾虚;治当健脾温中,升清止泻,兼以疏肝;处方:党参10g,茯苓10g,麸炒白术10g,山药10g,北柴胡6g,防风6g,升麻6g,诃子10g,赤石脂15g,鸡冠花15g,干姜3g,桂枝6g,炒白芍15g,制香附10g,乌药10g,佛手6g,玫瑰花6g,炙甘草6g。14剂,每日1剂,水煎分早晚两次口服。2014年10月8日二诊:大便溏而稀薄,便次减少,每日二三次,腹痛大减,情绪变化及感寒后仍可加重,时有食后脘闷不舒,舌淡、苔薄,脉弦细。守原方续服14剂。2014年10月22日三诊:时泻时止,大便每日二三次,时中上腹痛,脘痞减轻,情绪无改善,口干,尿频尿热,舌质淡红、苔薄黄腻,脉弦细。前方加金钱草15g,白茅根15g,清热利小便。21剂,用法同前。2014年11月13日四诊:大便成形,每日一二次,痛胀大减,尿频尿热减轻,舌质淡、苔薄,脉弦细。处方以三诊方去乌药、佛手,加木香6g以行气止痛。21剂,用法同前。2014年12月4日五诊:大便成形,每日一二次,痛胀缓解。再拟原方化裁,四诊方去党参、金钱草、白茅根、玫瑰花,加黄芩10g、生姜3g以清热解毒、温中散寒。14剂,用法同前。2014年12月24日六诊:痛泻缓解,情绪改善,舌淡、苔薄,脉弦细。服药后诸症向愈,复测 Zung 自测焦虑量表得分49分和 Zung 自测抑郁量表得分50分。再拟五诊方减生姜14剂,巩固疗效。

按语:肝郁脾虚之久泄有三个特点:其一肝郁是一个诱因,而脾虚是导致久泄的直接病因,故以健脾为主,疏肝为辅;其二肝郁脾虚分为土虚木侮和木亢乘土,在健脾疏肝的基础上,如土虚木侮则在四君子汤基础上加山药、芡实等健脾止泻;如木亢乘土则在柴胡、佛手等疏肝药基础上加柔肝平肝之品,如炒白芍、白菊花、蒺藜等;其三在疏肝健脾的基础上,常需升举清阳,以升清止泻。本案患者经过健脾治疗后疗效欠佳,针对此,仍以健脾为基本,并辅以疏肝,药用柴胡、佛手、香附、玫瑰花、白芍等。玫瑰花疏肝同时理气,气行痛止,《本草正义》记载其“清而不浊,和而不猛,柔肝醒胃,流气活血”。白芍养血调经、敛阴止汗、柔肝止痛、平抑肝阳^[6],其疏肝同时柔肝,刚柔并济,对肝血不足、肝体失柔、肝气不舒,既能养血柔肝,又能平抑肝阳,改善肝血不足、肝气壅滞的临床表现,故古代肝经病证多重用白芍^[7]。同时重视柴胡、升麻、防风之升清,此外感受寒邪是诱因,且无湿热象,故加干姜、桂枝以温中散寒,患者痛泻遂愈。

3 脾肾阳虚证

汪昂《医方集解》曰“久泻皆由命门火衰,不能专责脾胃。”张景岳《景岳全书·泄泻》曰:“肾为胃关,开窍于二阴,所以二便之开闭,皆肾脏之所主,今肾中阳气不足,则命门火衰,而阴寒独盛,故于子丑五更之后,当阳气未复,阴气盛极之时,即令人洞泄不止也。”

典型病例:患者,女,67岁,2013年12月5日初诊。主诉:反复腹泻伴腹痛1年余。晨起泄泻,大便每日1次,泻前腹痛,泻后方舒,无痞满不适,情绪可,纳可,寐安。查体腹软,按之无痛,肠鸣正常,舌淡、苔薄,反关脉脉细。诊断:久泄;证属脾肾阳虚;治当温肾健脾,固涩止泻;处方:党参10g,茯苓10g,白术10g,山药15g,北柴胡9g,升麻9g,防风9g,石榴皮9g,赤石脂9g,诃子10g,益智仁10g,补骨脂10g,肉豆蔻9g,乌梅6g,炙甘草6g。7剂,每日1剂,水煎分早晚两次口服。2013年12月12日二诊:症状改善不显,仍有晨起痛泻,次数如前,舌淡、苔薄,反关脉脉细。进一步追问久泄相关病史,得知患者清晨4、5点有脐腹不适或作痛,随后泄泻,自觉急迫感,泻后则安。诊断为五更泻,故拟原方化裁,在初诊方基础上加用吴茱萸3g、五味子6g

以助温肾散寒、涩肠止泻之功。7 剂，用法同前。2013 年 12 月 19 日三诊：清晨 4、5 点腹痛大减，五更泻改善，舌淡、苔薄，反关脉脉细。再拟原方化裁，前方加干姜 6 g 温中散寒。7 剂，用法同前。2013 年 12 月 26 日四诊：腹痛、五更泻缓解，舌淡、苔薄，反关脉脉细。再拟三诊方 7 剂，用法同前。2014 年 1 月 9 日五诊：痛泻缓解，舌淡、苔薄，反关脉脉细。四诊方去防风、石榴皮、赤石脂、益智仁、干姜。服药 7 剂后诸症向愈，随访 11 个月病情稳定。

按语：脾为后天之本，肾为先天之本，脾的正常运化有赖于肾阳的温煦推动。脾肾阳虚和脾阳虚症状上程度不同，即在食少腹胀、四肢不温、大便稀溏等脾阳虚表现基础上，尚有腰膝酸冷、五更泄泻、小便清长等肾阳虚表现^[8]。临证中上述脾肾阳虚典型症状并不多见，在二者临床表现不显著时从两点着手，一者符合五更泻，则多为脾阳虚合并肾阳虚；二者应用温脾药效果不显时，应考虑患者是否存在脾肾阳虚，若温脾药与温肾药合用效果明显，则患者属脾肾阳虚者。由此提示，患者对温阳药的反应是确定脾阳虚或脾肾阳虚的一个参考依据，体现了以方测证。肾阳虚用药可有不同层次，如无五更泻，多用附子、肉桂、干姜等温肾药；如有五更泻，首选四神丸。本案中患者临床症状符合五更泻，初以健脾温肾为基本治法效果不显，温肾之法由二神丸改为四神丸后，温肾散寒之力增加，患者五更泻症状始缓，以原方维持，痛泻未作。

4 寒热错杂证

寒热错杂证是指患者同时呈现出寒证和热证，即寒热交错的现象，两者可相互转化。多为阴阳失调，气机不畅，可分为寒热错杂于中焦或上热下寒证型。寒热错杂于中焦系脾胃受损，中气虚弱，少阳邪热乘虚内陷，以致寒热错杂。上热下寒者系脾胃虚寒，肠滑失禁，气血不足而湿热积滞未去，以致寒热错杂。久泄者多为寒热错杂于中焦。

典型病例：患者，女，58 岁，2014 年 7 月 15 日初诊。主诉：反复腹痛腹泻 3 年余，大便稀薄，频次增多，每日三四次，便前脐周痛，泻后痛减，受凉频作，情绪可，胃纳可，夜寐安。查体腹软，按之无痛，肠鸣正常，舌淡、苔薄黄腻，脉细。诊断：泄泻；证属脾胃虚弱；治当健脾益气，升清止泻；处方：太子参 10 g，茯苓 10 g，麸炒白术 10 g，陈皮 6 g，炒白芍 10 g，防风 6 g，北柴胡 6 g，升麻

6 g，玫瑰花 6 g，延胡索 10 g，诃子 10 g，蒲公英 15 g，炙甘草 3 g。7 剂，每日 1 剂，水煎分早晚两次口服。2014 年 7 月 22 日二诊：大便先干后溏，脐周痛，受凉仍加重，舌质淡、苔黄腻，脉细，证属寒热错杂，治宜寒热共奏、辛开苦降。拟初诊方去蒲公英，加炮附片 3 g、桂枝 6 g、干姜 3 g、黄连 3 g 温中散寒、寒热平调。7 剂，用法同前。2014 年 7 月 29 日三诊：痛泻缓解，脐周痛大减，大便每日一二次，舌淡苔、薄白，脉细。二诊方加生姜 3 g 温中散寒。7 剂，用法同前。2014 年 8 月 8 日四诊：痛泻缓解，大便稍干，脐周痛缓解。再拟原方化裁，三诊方加肉苁蓉 10 g。服药 14 剂诸症渐愈。

按语：张仲景《金匱要略·呕吐下利病脉证治》中的下利临证中分为泄泻与痢疾^[9]，对于寒热错杂于中焦者，多属泄泻，治宜辛开苦降，用半夏泻心汤。《伤寒论·辨太阳病脉证并治下第七》谓半夏泻心汤主治“下利不止”，甘草泻心汤主治“谷不化，腹中雷鸣”，生姜泻心汤主治“腹中雷鸣，下利者”，因此，寒热错杂用半夏泻心汤，其中偏胃气虚弱重用甘草用甘草泻心汤，偏水热互结重用生姜用生姜泻心汤。对于上热下寒者，多见痢疾，治宜清上温下，用乌梅丸，如《伤寒论·辨厥阴病脉证并治第十二》谓乌梅丸“主久利”^[10]。因此，临证中泄泻者符合寒热错杂，多取半夏泻心汤辛开苦降之功。寒热错杂属偏热者，重用黄芩、黄连清热；偏寒者，重用干姜温中散寒。久泄者若表现为舌淡、苔薄黄腻，脉细，应用健脾温中或健脾清化等方法疗效欠佳，可按寒热错杂以辛开苦降之法，用半夏泻心汤或干姜、黄连之药对，如用之效如桴鼓，则为寒热错杂无疑，继以辛开苦降法维持以固疗效。本案施治，初始单用健脾升清大法，患者痛泻无明显改善，细察患者，久泄受凉后加重，虽舌质淡但苔上有黄腻，考虑寒热错杂，故加干姜、黄连辛开苦降、平调寒热，辅以附子温阳助运，桂枝驱散外寒后，痛泻缓解而获良效。

5 讨论

D-IBS 属中医学“久泄”范畴。久泄者，脾虚湿盛为其根本病机，如《素问·脏气法时论》云：“脾病者，虚则腹满肠鸣，飧泄食不化”。因此，针对 D-IBS 治则，健脾为之大法。上述 D-IBS 患者，其中不乏采用健脾法，但疗效不显著。基于此，又结合长期临床实践之经验，提出谨守病机与

(下转第 803 页)

实,才能奏效。

4 不可拘泥“肥人多痰”说

朱丹溪提出“肥人多痰”之说,后世对于形体肥胖之人的各种妇科疾病,如月经不调、带下、不孕等,常从痰论治,期望直接使用祛痰之品而愈。但薛己认为,不可拘泥于“肥人多痰”之说。

如对于胖人带下属湿痰者,朱丹溪提出用海浮石、南星、椿根皮之类祛痰,而薛己认为,带下还有因脾胃气虚,升提无力,导致白滑之物下流者,此类带下非直接祛痰可治,当采用壮脾胃、升阳气的方法,使得下陷之阳气能够得以升举,则带下可愈,可用补中益气汤。若患者确实湿痰较多,湿痰下注,才需在补中益气汤升举治本的基础上,加茯苓、半夏、苍术、黄柏燥湿化痰以祛除痰浊。薛己还指出,胖人带下还有因肾气虚弱不能化饮而成痰饮下注者,此类带下亦非直接祛痰可治,而当采用补益肾气的方法,使肾气旺而能化痰饮,则带下可愈,如用六味地黄丸或肾气丸。同时在补益肾气的基础上,要照顾到气机的通行流畅,并以四七汤行气降逆化痰,使得正气有补有行,避免气机壅塞不通,达到气行而湿痰得化的目的。

可以看出,薛己指出的“肥人多痰”不可拘泥,是站在整体辨证论治的基础上而言的,目的在于提醒医家勿单以燥湿祛痰之品祛痰,而应综合辨证,把握好痰浊之标与正虚之本的关系,即“不可拘肥人多痰,瘦人多火,而以燥湿泻火之药轻治

之也”(《校注妇人良方·卷一·调经门·带下方论第十六》)。关于不可拘泥“肥人多痰”这一观点也引起了后世医家的共鸣。如薛己之后的明代医家王肯堂《证治准绳·女科》^[2]和张介宾《景岳全书·妇人规》^[3]中均引用了薛氏不可拘泥“肥人多痰”的说法。

总之,薛己关于妇科痰证的论述和医案内容较有特色,而其最核心的观点可概括为以下三方面:一是妇科痰证确实存在,但不可认为各种妇科疾病都是因痰而致,也不可看到患者有痰象就认为是痰证。二是妇科痰证的治疗要标本兼顾,不可简单地认为只要使用祛痰药就可治疗妇科痰证,而应考虑生痰之本源。三是妇科痰证的根本在于脾肾二脏之虚,脾肾气虚失于运化,遂致痰浊,因此,不可见痰祛痰,而应健脾益肾,增强水液气化,进而消除痰浊。

参考文献

- [1] 盛维忠. 薛立斋医学全书 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2004.
- [2] 王肯堂. 证治准绳·女科证治准绳 [M]. 臧载阳, 点校//中国古籍整理丛书重刊. 北京: 人民卫生出版社, 2014.
- [3] 张介宾. 景岳全书 [M] // 中医临床必读丛书. 北京: 人民卫生出版社, 2007.

(收稿日期: 2015-08-28; 修回日期: 2015-10-15)

编辑: 黄 健

(上接第 791 页)

临证发挥相结合。谨守病机要以脾虚湿盛为基本点,重视脾气虚弱、清阳不升的病机环节,注意肝郁与脾运的关系,重视阴得阳助则生化无穷,温助阳气,以益脾运而化湿。而临证发挥要紧扣辨证与辨症相结合,重视患者对初始治法的反应,重视舌苔与症状寒热之象的吻合度,注意寒热错杂之辨识,并重视以方测证,把握病机。由此在治则上,以健脾为基本大法,升清为常用手段;肝郁脾虚者健脾为本、疏肝为辅,而其中又区分土虚木侮、木亢乘土以分而治之;脾虚湿盛者加用温阳药以助脾运,脾肾阳虚者,若有五更泻则多用四神丸;寒热错杂证型有偏寒型和偏热型,寒热偏颇不一,用药权重不一。故临证应辨证论治、随机应对,谨守病机,临证发挥,方能获得满意疗效。

参考文献

- [1] 中华中医药学会脾胃病分会. 肠易激综合征中医诊疗

共识意见 [J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(7): 1062-1065.

- [2] ZUNG WW. A rating instrument for anxiety disorders [J]. Psychosomatics, 1971, 12(6): 371-379.
- [3] ZUNG WW. A self-rating depression scale [J]. Arch Gen Psychiatry, 1965, 12: 63-70.
- [4] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典(一部) [S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2010: 96.
- [5] 王丽云, 尤昭玲. 《傅青主女科》中白芍应用浅析 [J]. 新中医, 2010, 42(9): 121-122.
- [6] 朱文锋. 中医诊断学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 187-194.
- [7] 周洲, 黄为群. 《金匱要略》治利思想探骊 [J]. 四川中医, 2011, 29(9): 32-33.
- [8] 舒鹏, 刘沈林, 钱峻. 刘沈林遣方经验谈之乌梅丸 [J]. 世界中西医结合杂志, 2014, 9(7): 689-691.

(收稿日期: 2015-06-24; 修回日期: 2016-03-20)

编辑: 侯建春