

DOI: 10. 13288/j. 11-2166/r. 2024. 09. 015

从脾虚生浊辨治腹泻型肠易激综合征经验

樊跃, 汪义明, 冯全生✉

成都中医药大学基础医学院, 四川省成都市温江区柳台大道 1166 号, 611137

[摘要] 基于“脾虚生浊”观点, 认为腹泻型肠易激综合征的主要病机是脾虚浊实, 以脾虚为本、浊气滞肠为标, 提出泄浊运中的治疗总则。急性期以浊实为主, 治当通腑泄浊, 常用枳实导滞汤加减; 缓解期以脾虚为主, 治当益气健脾, 常用七味白术散加减。急则治标, 缓则治本, 以助恢复肠腑之传导功能, 脾胃之运化功能, 使水谷各有归途, 清浊各行其道。

[关键词] 腹泻型肠易激综合征; 脾虚; 浊气; 通腑泄浊; 益气健脾

肠易激综合征 (irritable bowel syndrome, IBS) 是一种全球范围流行的常见功能性肠病, 临床症状主要为长期的腹痛、腹胀和排便习惯异常^[1], 其全球患病率为 4.1%^[2]。《2020 年中国肠易激综合征专家共识意见》^[3] 指出内脏高敏感是 IBS 的核心发病机制, 其在 IBS 亚型腹泻型肠易激综合征 (IBS-D) 患者中更为普遍。内脏高敏感是指内脏组织对于刺激的感受性增强, 包括痛觉过敏 (由伤害性刺激导致) 和痛觉异常 (由生理性刺激导致)^[4]。我们认为, IBS-D 的内脏高敏感与中医学脾虚病机密切相关, 脾虚运化失职, 蕴生湿、热、痰、瘀等浊气, 会导致机体的内环境失稳, 从而影响内脏敏感性。临证主张脾虚生浊的观点, 认为 IBS-D 的主要病机是脾虚浊实, 以脾虚为本、浊气滞肠为标。同时提出以泄浊运中为治疗总则, 疾病发作时重视通腑泄浊, 扫清病理产物以快速控制症状; 疾病缓解时关注脾胃本虚, 补虚以截断生浊之源, 助机体内环境恢复稳态。现从脾虚生浊辨治 IBS-D 的临证经验总结如下。

1 IBS-D 主要病机为脾虚浊实

1.1 脾虚为本

IBS-D 的病理基础主要是内脏高敏感, 肠道感觉阈值下降, 内环境失去平衡^[4], 故饮食不节如生冷、肥甘厚味等食物作为伤害性刺激因素会短时间

内引发腹痛、腹泻的症状。内脏高敏感为多因子调控过程, 涉及肠道感染、肠道菌群紊乱、炎症和免疫、肠-脑互动、饮食等多方面因素^[3]。研究表明, 上述因素与脾虚均有一定的相关性^[5-6], 脾虚是导致内脏高敏感、胃肠动力障碍、肠道菌群紊乱等的重要因素^[7]。故从现代研究机制来看, IBS-D 的病机以脾虚为本。

IBS-D 属于中医学“泄泻”范畴, 《景岳全书》云: “泄泻之本, 无不由于脾胃……脾弱者……易泻”。脾为后天之本, 主运化水谷精微, 脾胃乃气机升降枢纽, 若脾虚运化无力, 气机升降失司, 水谷精微不得正常输布, 影响大肠传导功能, 可导致肠道内环境失衡, 自稳能力降低, 肠道敏感性增高^[8], 故当进食生冷、油腻等刺激性食物时常出现腹胀、腹泻、腹痛等。《灵枢·五癃津液别》曰: “脾为之卫”, 指出脾具有保卫机体、抗邪御病的功能, 脾运化水谷精微使正气得充、营卫调和, 从而发挥抵御外邪的作用。有研究发现, 脾虚大鼠肠黏膜机械屏障受损、局部黏膜免疫功能下降, 而经益气健脾经典中药汤剂四君子汤干预后, 肠黏膜机械屏障得到修复^[9], 提示健脾中药可发挥保护肠黏膜正常屏障功能的作用。可见, 脾虚则御邪无力, 诸邪易侵袭肠腑, 导致 IBS-D 的发生。

1.2 浊气滞肠为标

脾运化失职, 气血津液等精微物质可停聚而蕴生湿、热、痰、瘀等浊气。“浊”之概念首见于《素问·阴阳应象大论篇》中“寒气生浊, 热气生清”。《金匱要略·脏腑经络先后病脉证》指出“浊

基金项目: 国家自然科学基金 (82074399); 成都中医药大学“杏林学者”学科人才科研提升计划项目 (XKTD2022001)

✉ 通讯作者: fengqs118@163.com, (028) 61800219

邪居下”，认为湿邪乃浊邪。脾虚则水液代谢失常，湿浊渐生，“湿胜则濡泄”（《素问·阴阳应象大论篇》）；湿浊郁而化热，湿热滞塞肠腑则见呕吐、腹泻，正如《素问·至真要大论篇》所云：“诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热”；热烁津液，内生痰浊，或如王孟英《王氏医案》中所言“此由湿热误补，漫无出路，充斥三焦，气机为其阻塞而不流行，蔓延日久，津液为之凝滞而成痰饮”，痰饮留聚肠腑则见肠鸣腹泻，即《诸病源候论》所云：“痰饮者……饮邪留于胃肠……症见饮食减少，肠鸣便溏”。《难经》云：“三焦者，原气之别使也，主通行三气，经历五脏六腑”，三焦是气血津液运行的通道，三焦气机不利，气血津液运行受阻则痰瘀互结，继而形成湿、热、痰、瘀交聚成患的病理状态，此即浊气留聚肠腑。

浊气属阴邪，性质多浑浊不清、黏滞、重浊、稠厚，常裹挟痰、湿、瘀等加剧邪盛之势^[10]。浊气滞肠，不得宣行，势盛而损伤肠腑，长期刺激肠道内壁，扰乱肠道稳态，降低肠道感觉阈值^[11]，则易发为 IBS-D。综上，IBS-D 病机以浊气滞肠为标，浊气影响脾之运化和三焦气机运行，又加重脾虚，如此往复，形成恶性循环，则疾病迁延难愈。

2 “泄浊运中”为治疗总则，分期论治 IBS-D

2.1 急性期通腑泄浊，速消其症

IBS-D 急性期腹痛、腹泻、腹胀等症状明显，乃浊气滞肠势盛，急则治其标，当以祛实为主，通腑泄浊，速消其症。“逐邪勿拘结粪”是吴又可在《温疫论》中提出的治疗疫病的重要方法，其重视通下逐邪的思想在 IBS-D 的治疗中同样适用。浊气停聚肠腑，湿、热、痰、瘀交聚成患，反复刺激肠腑而致其反应敏感，见症状急迫，祛实应注重通下逐邪，给邪以出路，不宜见腹泻而大剂量给予收敛剂，可能使正不能复，邪气又闭，加重病情。另湿与热结，凝滞黏腻，且夹杂痰、瘀，承气之剂可能无法尽除浊气，反而容易损伤中焦脾胃之气，故我们主张轻法频下，即叶桂《温热论》言：“伤寒邪热在里，劫烁津液，下之宜猛；此多湿邪内搏，下之宜轻”。

临证常用枳实导滞汤加减，组成：枳实 15 g，厚朴 15 g，黄芩 20 g，黄连 9 g，连翘 20 g，紫草 20 g，通草 20 g，槟榔 15 g，山楂 20 g，神曲 20 g，紫苏梗 20 g，青皮 20 g，乌梅 20 g，甘草 5 g。方中枳实、厚朴行气燥湿化痰，黄芩、黄连清热燥湿，连翘散火解郁，紫草活血祛瘀，通草清热利尿，以

通泄湿浊、热浊、痰浊、瘀浊；槟榔助通腑下浊之力；山楂、六神曲健脾消食导滞；紫苏梗、青皮破气散结，增强全方疏调气机之功；乌梅散中有收，降中有敛，使药力缓留于肠腑；甘草调和诸药。该方去枳实导滞汤原方中大黄，因其攻下力度过大，恐损伤机体正气。我们经长期临床观察发现，连翘、紫草药对能对肠道疾病发挥较好的疗效。连翘轻扬以散郁结，清凉以除瘀热，为疮家圣药，有研究^[12]表明连翘水煎液可抑制肠道自发运动，降低肠道敏感性；紫草凉血活血解毒，《本草纲目》载其“功长于凉血活血，利大小肠”，二者均可治疗肌表类疾病，肺合皮毛，肺与大肠相表里，肠道表皮也属表，故可用于肠道疾病。另对于黄连，临证常根据患者症状程度的不同灵活施以不同剂量，多用 6、9、12 g，若患者偶有腹泻，无明显便后肛门灼热感，伴舌红、苔白腻，常用 6 g；若患者腹泻程度中等，偶有便后肛门灼热感，伴舌红、苔白腻或微黄腻，常用 9 g；若患者腹泻程度严重，总有便后肛门灼热感，伴舌红、苔黄腻，常用 12 g。实验研究表明，高、中剂量的黄连水煎液能够改善脾虚大鼠的胃肠功能紊乱情况^[13]，黄连素可以减轻大鼠的内脏高敏感性^[14]，尤适用于 IBS-D 的治疗。

若湿浊偏盛而见脘痞腹胀，大便溏薄或水样便，舌体胖大、舌边有齿痕，苔白腻而润者，加茯苓 20 g、车前子 20 g、麸炒白术 15 g 利水除湿；若热浊偏盛而见腹部及肛门灼痛，排便急迫、大便臭秽，舌红，苔薄黄或黄厚者，加栀子 15 g、茵陈 30 g、酒大黄 10 g 清热泄浊；若痰浊偏盛而见腹部胀满疼痛，呃逆频作，大便伴见黏液，苔厚腻而致密者，加陈皮 15 g、法半夏 15 g、芦根 20 g 燥湿化痰；若瘀浊偏盛而见腹部刺痛拒按或可扪及条索状块，大便质稀而色暗，舌下迂曲、舌边瘀点者，加三棱 25 g、莪术 25 g、红花 20 g 活血化瘀；若见腹痛后必腹泻者，可合用痛泻要方柔肝缓急止痛；伴反酸、烧心者，可加吴茱萸 10 g、海螵蛸 25 g 抑酸护胃。

2.2 缓解期益气健脾，运中缓复

IBS-D 缓解期常见腹部隐痛、脘腹不适、大便次数增加、便质偏软等症，病机以脾胃亏虚为本，缓则治其本，当以补益为主，益气健脾，运中缓复。IBS-D 急性期通腑泄浊后多见正气虚损，就肠道高敏感状态而言，治疗应培补中焦以避免浊气复生，腹泻、腹胀症状反复。临证常用七味白术散，组成：党参 25 g，麸炒白术 15 g，茯苓 15 g，葛根 20 g，藿香 20 g，木香 10 g，甘草 5 g。方中党参、麸炒白术、茯苓益气健脾，顾护中焦；葛根升阳止

泻, 调理脾升胃降之机, 助脾升清; 藿香芳香化湿醒脾; 木香调理中焦气机助脾运, 甘草养胃和中兼调和诸药。若进食米饭、面食后反酸明显者, 加建曲、麦芽各 20 g 健脾和胃消食; 进食油腻食物易腹泻者, 加焦山楂 20 g 健胃消食化浊; 食少而腹胀者, 加莱菔子、隔山撬各 20 g 消食除胀, 以助胃肠道恢复初期减少饮食刺激, 减轻食物消化负担; 伴晨起喉间有痰、难以咳出者, 加法半夏 15 g、陈皮 15 g、薏苡仁 20 g 理气燥湿化痰; 伴多梦易醒者, 加茯神、酸枣仁、柏子仁各 25 g 宁心安神。

3 验案举隅

患者, 男, 51 岁, 2022 年 10 月 16 日初诊。主诉: 反复腹胀、腹泻 10 年, 加重 1 个月。患者 10 年前无明显诱因出现反复腹胀、腹泻, 未予系统治疗。2019 年 4 月诊断为“慢性非萎缩性胃炎、十二指肠球部炎症、肠易激综合征”, 间断服用胃黏膜保护剂、中成药摩罗丹等药物后, 症状改善不明显。1 个月前, 因进食火锅后出现腹泻, 每日二三次甚则四五次, 伴有腹痛。刻下症见: 形体消瘦, 食后易腹胀, 以脐周、脐下为主, 脐下腹痛, 进食油腻、生冷、辛辣等食物后加重, 呈急迫性绞痛, 后必然腹泻, 大便质稀伴黏液、每日二三次, 偶有反酸、烧心, 食稀饭后明显, 无口干口苦、呃逆等不适症状, 小便正常, 眠可; 舌淡红、舌边瘀暗, 苔薄黄腻, 脉左微弦、右弦微细。2022 年 10 月 13 日查腹部超声未见明显异常; 丙氨酸氨基转移酶: 57 U/L, 白蛋白/球蛋白比值: 2.47。西医诊断: 腹泻型肠易激综合征; 中医诊断: 泄泻(湿热滞肠证)。治以通腑泄浊、清热除湿为法, 予枳实导滞汤加减, 处方: 枳实 15 g, 厚朴 15 g, 槟榔 15 g, 黄芩 20 g, 黄连 9 g, 山楂 20 g, 建曲 20 g, 连翘 20 g, 紫草 20 g, 通草 20 g, 紫苏梗 20 g, 青皮 20 g, 吴茱萸 10 g, 海螵蛸 25 g, 乌梅 20 g, 白芍 20 g, 防风 15 g, 陈皮 15 g, 甘草 5 g。7 剂, 每日 1 剂, 水煎分早、中、晚饭后 30 min 温服, 嘱患者少食生冷、辛辣、油腻的食物。

2022 年 10 月 23 日二诊: 患者已无腹痛、腹泻, 反酸、烧心较前稍缓解, 畏寒, 喜饮热饮, 仍有食后腹胀, 自述服药后腹胀稍有加重, 矢气后腹胀缓解, 眠差, 多梦易醒且醒后不易入睡, 大便质软成形且不伴黏液、每日 2 次; 舌淡红、舌中有裂纹, 苔薄白微腻, 右脉沉、左脉弦滑。中医辨证属脾虚浊实, 治以通腑泄浊、健脾和中为法, 予枳实导滞汤合七味白术散加减, 处方: 枳实 15 g, 厚朴

15 g, 黄芩 20 g, 建曲 20 g, 连翘 20 g, 紫草 20 g, 紫苏梗 20 g, 青皮 20 g, 党参 25 g, 茯苓 15 g, 麸炒白术 15 g, 木香 15 g, 藿香 20 g, 吴茱萸 10 g, 海螵蛸 25 g, 大腹皮 20 g, 砂仁 20 g (后下), 腊梅花 20 g, 莱菔子 20 g, 乌药 20 g, 甘草 5 g。7 剂, 煎服法同前。

2022 年 10 月 30 日三诊: 患者诸症好转, 已无腹胀、腹痛、腹泻, 食稀饭后反酸、烧心明显好转, 偶有剑突下烧灼感, 胃纳尚佳, 自觉咽中有痰咯之不出、咽之不下, 多梦较前减少, 醒后入睡容易, 大便基本成形、时有先干后稀、每日二三次, 自述服药后矢气味道变臭; 舌淡、舌中有裂纹, 苔薄白, 右脉沉、左脉微弦细。中医辨证属脾虚湿浊, 治以健脾和中、祛湿化浊为法, 予七味白术散加减, 处方: 党参 25 g, 麸炒白术 15 g, 茯苓 15 g, 木香 10 g, 黄连 10 g, 吴茱萸 10 g, 海螵蛸 25 g, 建曲 20 g, 焦山楂 20 g, 麦芽 20 g, 莱菔子 20 g, 隔山撬 20 g, 薄荷 25 g (后下), 芦根 25 g, 薏苡仁 25 g, 砂仁 15 g (后下), 法半夏 15 g, 陈皮 15 g, 甘草 5 g。7 剂, 煎服法同前。

此后患者未再就诊, 2023 年 3 月电话随访, 患者述三诊方服完后自行抄方继服 1 个月余, 期间大便质软成形、每日 2 次, 进食油腻、生冷、辛辣等食物后仅出现腹泻 1 次, 无明显腹痛。现患者未接受任何治疗, 病情未见复发。

按语: 本案患者病程较长, 形体消瘦, 食后易腹胀, 刺激饮食后易腹痛、腹泻, 脉细等均符合脾虚表现。从脾虚生浊角度分析病机, 脾虚运化无力, 气血津液运行受阻而蕴生湿、热、痰、瘀等浊气, 浊气停聚肠腑, 致大肠传导功能失常, 故见腹胀、腹泻、腹痛。患者虽有脾虚之象, 但初诊处于 IBS-D 急性期, 食后易腹胀、食稀饭后反酸烧心, 考虑属饮食积滞, 食滞易生湿热, 结合腹泻、苔薄黄腻等, 故辨证以标实为主, 证属湿热滞肠。急则治标, 予枳实导滞汤加减以通腑泄浊、清热除湿, 方中枳实、厚朴、紫苏梗、青皮、陈皮行气祛湿; 黄芩、黄连、连翘、通草清热除湿; 舌边瘀暗, 以紫草活血祛瘀; 槟榔助通腑下浊之力; 山楂、建曲健脾消食导滞; 海螵蛸、乌梅收敛止泻, 吴茱萸助阳止泻, 防风胜湿止泻, 共增止泻之力; 白芍缓急止痛; 甘草调和诸药。二诊时患者已无腹痛、腹泻, 说明浊气渐消; 但食后腹胀稍有加重, 提示仍有积滞未除; 结合畏寒、失眠及舌脉表现, 考虑辨证属脾虚浊实, 治宜攻补兼施, 故予枳实导滞汤合七味白术散加减。方中枳实、厚朴、紫苏梗、青

皮、黄芩、连翘、紫草、建曲取枳实导滞汤通腑泄浊之用，党参、茯苓、麸炒白术、木香、藿香、甘草取七味白术散健脾和中之用，另加大腹皮、砂仁、腊梅花、莱菔子、乌药调畅气机，使补而不滞；仍有反酸、烧心，加吴茱萸、海螵蛸抑酸护胃。三诊时患者诸症好转，但久病脾虚，自觉咽中有痰、右脉沉提示湿浊未完全消除，故辨证属脾虚湿浊，缓则治本，故予七味白术散加减固本和中。方中党参、麸炒白术、茯苓益气健脾；木香、莱菔子、隔山撬、薄荷、陈皮调理中焦气机助脾运；建曲、焦山楂、麦芽健胃消积；芦根、薏苡仁、砂仁、法半夏除湿化痰；黄连、吴茱萸、海螵蛸和胃制酸；甘草调和诸药。治疗全程紧扣脾虚浊实的主要病机，IBS-D 急性期侧重通腑泄浊以除实邪，通腑法^[15]可攻逐肠内病理产物积聚，积聚一去则病机的主从关系亦随之转化；治疗过程中浊实渐消，脾虚开始突出，宜攻补兼施；缓解期脾虚的本态显现，治宜健脾固本和中，方可获取良效。

参考文献

- [1] FORD AC, SPERBER AD, CORSETTI M, et al. Irritable bowel syndrome [J]. Lancet, 2020, 396 (10263): 1675-1688.
- [2] SPERBER AD, BANGDIWALA SI, DROSSMAN DA, et al. Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of Rome foundation global study[J]. Gastroenterology, 2021, 160(1): 99-114, e3.
- [3] 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.
- [4] LU Y, CHAI Y, QIU J, et al. Integrated omics analysis reveals the epigenetic mechanism of visceral hypersensitivity in IBS-D[J]. Front Pharmacol, 2023, 14: 1062630. doi: 10.3389/fphar.2023.1062630.
- [5] 周雯, 战丽彬, 章玲. 关于脾藏象研究的系统生物学思考[J]. 中医杂志, 2022, 63(3): 206-211.
- [6] 熊钦, 李奕霖, 姚承佼, 等. 腹泻型肠易激综合征常见证型粪便肠道菌群宏基因组学横断面研究[J]. 中医杂志, 2024, 65(5): 503-511.
- [7] 李淑婷, 杨家霖, 蔡冰洁, 等. 基于“脾虚为本”成因关联性探析功能性消化不良致病机制[J]. 中国中医药图书情报杂志, 2023, 47(6): 18-23.
- [8] 马祥雪, 吕林, 杨斌, 等. 肠安 I 号方对肝郁脾虚型腹泻型肠易激综合征模型大鼠内脏高敏感的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2021, 41(3): 343-349.
- [9] 张博. 脾虚大鼠肠黏膜屏障功能变化及四君子汤对其影响的实验研究[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2015.
- [10] 赵进喜, 庞博. 中医学“浊”的涵义及其临床意义[J]. 中医杂志, 2009, 50(7): 581-584.
- [11] 姜莹莹, 李佃贵, 霍永利, 等. 化浊解毒方对溃疡性结肠炎大鼠肠黏膜的保护作用[J]. 中成药, 2021, 43(11): 3199-3201.
- [12] 郝菲菲, 刘婉青, 王均宁, 等. 连翘水煎液对大鼠离体肠管运动作用的实验研究[J]. 山东中医杂志, 2018, 37(1): 63-66.
- [13] 杨红莲, 段玉红, 钱笑音. 不同剂量黄连水煎液对正常和脾虚大鼠胃肠运动功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(1): 14-17.
- [14] ZHANG JD, LIU J, ZHU SW, et al. Berberine alleviates visceral hypersensitivity in rats by altering gut microbiome and suppressing spinal microglial activation [J]. Acta Pharmacol Sin, 2021, 42(11): 1821-1833.
- [15] 曾婷. 冯全生教授运用通法治疗肠易激综合征经验总结[D]. 成都: 成都中医药大学, 2019.

Experience in Treating Diarrhea-predominant Irritable Bowel Syndrome Based on the Theory of Spleen Deficiency Generating Turbidity

FAN Yue, WANG Yiming, FENG Quansheng

School of Basic Medical Sciences, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu, 611137

ABSTRACT Based on the view of "spleen deficiency generating turbidity", it is believed that the main pathology of irritable bowel syndrome diarrhea-predominant (IBS-D) is spleen deficiency and turbidity excess, with spleen deficiency as the root and turbidity stagnating intestines as the branch, and the treatment principle of draining turbidity and transporting the center was proposed. In the acute stage, turbidity excess is the main cause, the treatment should unblock the bowels and discharge turbidity, commonly with modified *Zhishi Daozhi Decoction* (枳实导滞汤); in the remission stage, spleen deficiency is the main cause, the treatment should boost *qi* and fortify the spleen, commonly with modified *Qiwei Baizhu Powder* (七味白术散). Treating the branch in acute conditions, and treating the root in moderate conditions, so as to help restore the conduction function of the intestines and bowels, the transportation and transformation function of the spleen and stomach, then the water and grains have their own way, clear and turbid each in its own way.

Keywords diarrhea-predominant irritable bowel syndrome; spleen deficiency; turbidity; unblock the bowels and discharge turbidity; boost *qi* and fortify the spleen

(收稿日期: 2023-12-22; 修回日期: 2024-01-30)

[编辑: 姜冰]