

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2025.03.014

基于浊毒理论分型论治便秘型肠易激综合征

范诗苑¹, 杨倩^{2,3}, 李佃贵^{2,3}, 支政^{2,3}, 苏晓兰⁴, 李博林^{2,3}✉

1. 河北中医药大学研究生院, 河北省石家庄市桥西区新石南路326号, 050091; 2. 河北省中医院; 3. 河北省浊毒证重点实验室; 4. 中国中医科学院望京医院

[摘要] 以浊毒理论为指导, 认为浊毒壅滞致肠腑通降失常是便秘型肠易激综合征的关键病机, 治疗以化浊毒、通肠腑为基本治则。临证分为浊毒蕴热、浊毒兼肝郁气滞、浊毒兼气阴两虚三种证型, 分别运用自拟通腑降浊方清热通腑、泄浊解毒, 自拟疏肝降浊方疏肝行气、降浊解毒, 自拟麻枳降浊方益气滋阴、润肠化浊解毒。

[关键词] 肠易激综合征; 便秘; 浊毒

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是临床常见的功能性肠病, 缺乏可解释症状的形态学改变和生化检查异常, 全球发病率约为11.2%^[1]。便秘型肠易激综合征(IBC-C)属于IBS亚型之一, 根据患者的主要异常排便习惯进行亚型诊断, IBC-C即至少25%的排便为Bristol 1或2型(硬便或块状便), 且Bristol 6或7型的排便小于25%(稀便或水样便)^[2]。IBC-C可降低患者生活质量, 且单臂荟萃分析显示IBC-C患者中焦虑、抑郁患病率较高^[3]。目前IBC-C暂无根治手段, 多采用促动力剂、通便剂、缓泻剂、微生态制剂等改善临床症状, 但治疗疗程较长, 患者长期服药会出现机体不耐受、副作用多、远期疗效差等问题^[4]。

IBC-C归属于中医学“便秘”“腹痛”范畴, 中医药治疗该病疗效确切, 且在远期疗效和安全性方面优于单纯西医对症治疗^[5]。我们结合长期临床实践经验, 以浊毒理论^[6]为指导, 认为浊毒性质污秽、重浊、黏腻, 浸淫人体可致津液输布失常, 气机升降失调, 津亏腑气不通, 久则耗伤脏腑气阴, 导致IBC-C反复难愈。治疗主张以化浊毒、通肠腑为基本治则, 复肠腑通降之生机, 现将临证经验总结如下。

基金项目: 国家科技部重点研发课题(2018YFC1704100, 2018YFC1704102); 国家中医临床研究基地建设项目(国中医药科技函[2018]131号); 河北省重点研发计划(21377724D, 21377740D); 河北省“三三三人才工程”资助项目(C20221097); 河北省政府资助临床医学优秀人才培养项目(ZF2023160)

✉ 通讯作者: libolin0313@163.com

1 浊毒壅滞致肠腑通降失常为IBC-C关键病机

《难经悬解·三十五难》云:“诸腑皆谓之肠, 是肠则传导糟粕而下, 悉属下焦所治, 下为浊阴, 故受不净也。”肠腑是传泻脏腑之浊的通道, 乃邪气之出路, 其受盛脏腑浊气, 传导糟粕, 藏泄失常则易为脏腑伏留浊气所伤。胃肠动力系统以降为顺, 以滞为病^[7], 腑病多实, 肠腑易受污浊不净之邪侵袭。我们认为, IBC-C病位在肠腑, 所受污浊不净之邪皆可化为浊毒, 其质重黏腻、性趋下行, 浸淫肠腑则易阻滞气机, 致腑气不通, 大便难解, 不通则痛而见腹痛; 浊毒胶滞难祛, 致病具有迁延性、难治性、顽固性、内损性的特点^[8], 可耗伤气阴致肠腑失荣, 导致便秘反复发作。IBC-C多缠绵难愈, 临床常见大便秘结或黏滞不爽、臭秽难闻, 舌红、苔黄腻等, 与浊毒证候表现相符。现代研究认为便秘与肠道微生态失衡密切相关^[9], 而有研究将微生态学与浊毒理论结合, 认为人体微生态内环境失衡是浊毒的表现^[10]。综上所述, 浊毒是导致IBC-C的关键病因。

《丹溪心法》曰:“浊主湿热, 有痰, 有虚。”《金匱要略心典》云:“毒, 邪气蕴结不解之谓。”浊为湿之渐, 外感湿邪或脾胃损伤而致湿盛, 湿邪蕴久成浊, 浊积成热, 湿热之邪蕴结不解, 久羁则酿生浊毒, 壅滞于肠腑致其通降失常, 则肠腑传导功能紊乱, 出现便秘、腹痛。浊毒壅滞化热, 煎灼营血津液, 肠腑失于濡润, 津亏腑结则见大便干结、艰涩难行。浊毒胶着黏腻, 易致气机升降出入

失调,影响肝气运行则会引发焦虑、抑郁等情志病变。浊毒壅遏,影响气血津液代谢,又可酿生浊毒,进一步加重病情;日久则暗耗肠腑气阴,正虚邪恋,致大便黏腻难解、排便无力,病势缠绵、迁延难愈。因此,我们认为浊毒壅滞致肠腑通降失常为 IBS-C 关键病机。

2 化浊毒、通肠腑为 IBS-C 基本治则

浊毒既是导致 IBS-C 发病的重要病理基础,又是造成疾病反复发作的关键因素。临证以化浊毒、通肠腑为基本治则,将 IBS-C 分为浊毒蕴热证、浊毒兼肝郁气滞证、浊毒兼气阴两虚证进行辨证论治。同时我们认为,浊毒与湿、热、郁等诸邪蕴结肠腑不解有关,故化浊毒主要是通过除湿热、畅气机、润肠道等法实现,使诸邪无以聚为浊毒,而浊毒又可从大便而解。

2.1 清热通腑、泄浊解毒

浊毒蕴热证多见于饮食不节(洁)、形体肥胖者,表现为排便困难、数日一行,大便干结如羊粪、可见外裹黏液,平素嗜食肥甘厚味,可伴口干、口臭、渴喜冷饮、脘腹胀满或胀痛等胃肠积热征象,舌红、苔黄少津,脉数或细数。《血证论·脏腑病机论》云:“大肠司燥金,喜润而恶燥……与胃同是阳明之经,故又多借治胃之法以治之。”阳明胃经多气多血,浊毒凝结胃腑易化火生燥,若浊毒蕴热于胃,胃有实热则胃气不降,影响大肠传导功能,且大肠主津,胃喜濡润,浊毒耗伤胃肠津液,加重大肠传导失利,致大便愈加干结难解。故治疗宜胃肠同治,清泄胃肠并通降气机。临证自拟通腑降浊方以清热通腑、泄浊解毒,组成:黄连 6 g,飞扬草 10 g,枳实 9 g,槟榔 6 g,茯苓 12 g,火麻仁 9 g,罗汉果 10 g,冬葵果 6 g,北柴胡 9 g,八月札 10 g,干姜 3 g,白芍 12 g,甘草 6 g。方中黄连、飞扬草清热燥湿、化浊解毒,使壅滞之浊毒得消;枳实、槟榔辛开苦降、行气导滞通便,通肠腑而予浊毒以出路;茯苓健脾渗泄水湿,使湿浊无以聚生;质润滑利之火麻仁、罗汉果、冬葵果润肠通便,肺与大肠相表里,罗汉果又可开宣肺气,使气机升降复常,达通降胃肠之效;柴胡、八月札疏肝理气,气顺则腑通,还可调畅情志以防患者焦虑、抑郁,其中八月札“利大小便,宣通,去烦热,食之令人心宽”(《本草拾遗》),针对心胸烦热、二便不通严重者可酌情用至 30~60 g;干姜温中助运,可防方中苦寒之品伤胃;甘草甘润平和,助茯苓健

脾渗湿,合白芍缓急止痛。口干、口臭明显,牙龈肿痛出血者,可加升麻、牡丹皮各 6 g,取升麻引他药入胃经,合牡丹皮清胃凉血;胃肠积热下移膀胱而见小便赤涩、尿道灼痛者,可加白茅根 30 g、海金沙 10 g、石韦 10 g 清热利湿、通淋止痛;面色晦暗、口中黏腻、舌苔腻、脉滑者,可酌加藿香、佩兰各 12 g 芳香化浊,半边莲、半枝莲各 15 g 清热利湿解毒。需要注意的是,应用通腑降浊方宜中病即止,过量或长期服用易伤阳耗气,若致肾阳虚损,气化失司,而见腹中冷痛、腰膝酸冷、小便清长者,当改用济川煎以温肾祛寒、润肠通便,寓通于补;若脾阳虚为甚,出现脐周绞痛、食欲减退、手足不温者,则改用温脾汤以温补脾阳、攻下寒积。

2.2 疏肝行气、降浊解毒

《读医随笔》言:“凡脏腑十二经之气化,皆必藉肝胆之气化以鼓舞之,始能调畅而不病。”肝为调节之本,全身气机条畅有赖于肝主疏泄功能的正常运行。《症因脉治·大便秘结论》云:“诸气拂郁,则气壅于大肠,而大便乃结。”浊毒壅遏,肝疏泄失司,致全身气机郁滞,若肠腑气机不通,糟粕难下,则出现腹痛、便秘。此外,肝之疏泄不及导致情志活动异常,而精神心理因素亦是导致 IBS-C 反复发作的重要病因^[11]。临床可见大便干结、排便不畅,少腹或两胁胀满疼痛,胸闷,善太息,可伴焦虑、抑郁,女子伴痛经、经前乳房胀痛、月经兼夹血块等,舌暗红、苔薄,脉弦,属浊毒兼肝郁气滞证。治疗当疏肝行气、降浊解毒,助肠腑通降功能恢复正常。临证自拟疏肝降浊方,组成:北柴胡 12 g,麸炒枳壳 12 g,陈皮 12 g,莱菔子 30 g,石菖蒲 12 g,法半夏 9 g,郁金 9 g,木香 9 g,玄参 20 g,火麻仁 20 g,当归 10 g,黄芩 6 g。方中柴胡疏肝解郁,枳壳、陈皮、莱菔子行气除满,石菖蒲、法半夏祛湿化浊,共行调畅气机、升清降浊之功;木香、郁金活血行气止痛,防气滞致有形之血停聚化为瘀浊;玄参、火麻仁滋阴润肠通便,使浊毒从大便得泄;当归合柴胡补肝血而助肝用,又可润肠通便;黄芩清热防肝郁化火伤阴,兼除湿浊。两胁胀痛明显者,可加荔枝核 30 g、大腹皮 12 g 理气宽中止痛;若患者平素性情急躁易怒,IBS-C 发作与情绪变化相关,或伴肝郁化火表现,可加牡丹皮 10 g、炒栀子 12 g 清泄肝热、泻火除烦;伴肝阳上亢之头晕头痛、血压升高,或因排便困难导致上述症状加重者,加石决明 20 g、决明子 30 g、天麻 10 g、钩藤 10 g 清热平肝,其中决明子还可润肠通

便；肝郁血瘀而伴脘腹刺痛、夜间尤甚，舌紫暗伴瘀斑、瘀点，脉涩者，可加三七粉、全蝎各 3 g 活血化瘀。

2.3 益气滋阴、润肠化浊解毒

IBS-C 病久，浊毒久蕴暗耗气阴，日久损及肾精。《诸病源候论·大便病诸候》云：“肾脏受邪……津液枯燥，肠胃干涩，故大便难。”肾阴为全身诸阴之根，肾阴不足，无法充养其他脏腑之阴，导致脏腑阴阳失调，肠腑失于濡养，加重便秘，形成恶性循环。IBS-C 后期多浊毒蕴结与气阴两虚病机并见，治疗当扶正与祛邪并重。临床中偏阴虚者，多表现为大便硬结难下甚或羊粪球状，腹部胀满或疼痛，伴口干、腰膝酸软、潮热盗汗、舌红少津、少苔、脉弱等；偏气虚者，多表现为大便不甚干硬，虽有便意但排便困难，患者平素少气懒言，常自觉便后乏力，舌淡、苔白，脉弱等。针对上述患者，临证自拟麻枳降浊方以益气滋阴、润肠化浊解毒，攻补兼施，组成：火麻仁 20 g，墨旱莲 30 g，女贞子 30 g，肉苁蓉 30 g，白术 30 g，太子参 15 g，莱菔子 30 g，麸炒枳实 12 g，蜜紫菀 10 g。方中火麻仁甘平质润，可滋阴润肠通便，针对老人、体弱患者，最大用量可至 30 g，在润肠通便的同时又可滋养补虚；墨旱莲、女贞子补肾滋阴养血，肉苁蓉既润肠通便，又可助二至丸补阴；白术、太子参益气健脾；莱菔子消积除胀、导滞下行，枳实行滞消积、通腑化浊；蜜紫菀润肺下气，肺与大肠相表里，通降肺气可调畅肠腑气机，推动糟粕下行，且紫菀蜜制更增滋阴润燥之功。阴虚明显者，可加松子仁、柏子仁各 30 g 润燥滑肠，苦杏仁 10 g 降肺气，以利大肠传导之职；气虚明显者，可加黄芪 30~60 g，最大可用至 120 g，既可补气健脾以助脾胃运化，又可使阳生阴长促进津液生成。

临床研究^[12]表明，麻枳降浊方治疗 IBS-C 患者的总有效率(93.84%)高于西沙必利片(86.61%)，可降低症状总积分，明显缓解腹痛、腹胀、嗝气，改善排便异常。实验研究显示，Cajal 间质细胞(ICC)是胃肠道电生理活动的“起点”，麻枳降浊方能够提高肠道 ICC 数量，改善其病理形态学变化，修复已被破坏的网状细胞结构，恢复胃肠道正常生理功能^[13]；还可通过降低肠道肥大细胞数量，减轻肠道免疫反应，调节肠道内分泌激素水平，发挥治疗 IBS-C 的作用^[14]。

3 验案举隅

患者，女，31 岁，2023 年 5 月 28 日初诊。主诉：反复便秘伴腹胀腹痛 1 年，加重 3 个月。患者诉 1 年前进食辛辣刺激食物后出现大便次数减少、三四日一行、便质干硬难解，伴腹胀腹痛且其随排便缓解，反复发作，查便常规、电子肠镜、全消化道造影等未见明显异常，诊断为“便秘型肠易激综合征”，予乳果糖口服液、双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊口服，效果不明显，上述症状仍反复发作。3 个月前无明显诱因上述症状加重，自行口服乳果糖口服液、双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊，并就诊于当地医院予针刺、中药汤剂口服治疗，症状仍未见明显改善。刻下症见：时有腹胀、腹痛，大便四日一行、便质干硬、排便困难、时为羊粪球状，排便后腹胀腹痛减轻，口渴欲饮、夜间明显，纳食可，多梦易醒，小便调；舌红、苔黄，脉弦数。西医诊断：便秘型肠易激综合征；中医诊断：便秘（浊毒蕴热证）。治宜清热通腑、泄浊解毒，予通腑降浊方加减。处方：黄连 6 g，飞扬草 10 g，火麻仁 9 g，北柴胡 9 g，枳实 9 g，白芍 12 g，八月札 10 g，冬葵果 6 g，槟榔 6 g，干姜 3 g，茯苓 12 g，罗汉果 10 g，龙齿 20 g（先煎），珍珠母 20 g（先煎），甘草 6 g。7 剂，每日 1 剂，水煎早晚两次分服。嘱患者停用其他治疗。

2023 年 6 月 5 日二诊：患者腹痛、便秘较前改善，大便二三日一行、条状质偏干、排便困难较前减轻，腹胀进食后加重，口渴、多梦易醒较前好转；舌红、苔微黄，脉弦。予初诊方将枳实易为麸炒枳壳，另加莱菔子 30 g，14 剂，每日 1 剂，煎服法同前。

2023 年 6 月 19 日三诊：患者大便一二日一行、条状质软、无排便不适感，已无腹胀腹痛、口渴欲饮、多梦易醒等不适症状，纳眠可；舌红、苔薄白，脉弦。予二诊方去槟榔，加玄参 12 g、生地黄 10 g、麦冬 10 g，14 剂，2 日 1 剂，水煎服，每日 1 次。

三诊方服完后停药，2023 年 10 月电话随访，患者诉便秘未见复发。

按语：患者便秘、腹胀腹痛反复发作，辅助检查排除器质性病变后诊断为 IBS-C。进食辛辣刺激食物致脾胃运化功能失常，湿热内生，蕴久不解，酿生浊毒，致肠腑通降失常；浊毒壅滞化热，煎灼营血津液，肠腑失于濡润，加重传导功能紊乱，故见便秘，正如《兰室秘藏·大便结燥门》所云：

“食辛热厚味之物，而助火邪，伏于血中，耗散真阴，津液亏少，故大便燥结”。肠腑气机不通则痛，故见腹胀腹痛；浊毒蕴热，伤津耗液，故见口渴欲饮；多梦易醒、舌红、苔黄、脉弦数等亦符合浊毒蕴热表现。故治以清热通腑、泄浊解毒为法，予通腑降浊方，加龙齿、珍珠母重镇安神，以助改善睡眠。二诊时患者腹痛、便秘有所改善，将枳实易为理气行滞功效缓和之麸炒枳壳，以防枳实久用耗气；腹胀进食后加重，故加莱菔子消食除胀。三诊时患者大便情况已好转，无明显不适症状，提示浊毒已去，但考虑病程较长，浊毒可耗伤脏腑气阴，故去破气行滞消积之槟榔，加玄参、生地黄、麦冬壮水生津、滋阴润燥，增液而清热，使肠腑得润，大便自下。本案治疗以浊毒理论为指导，考虑患者病初乃浊毒蕴结致肠腑通降失常，故以通腑降浊方祛其实，使浊毒得化，肠腑得通。后期便秘缓解后，注重标本兼顾，养阴祛浊，同时考虑患者病程较长，为防其停药后复发，故将三诊方改为 2 日 1 剂，减少服药量，缓缓图之，巩固疗效。

参考文献

- [1] 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.
- [2] 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意见(2017) [J]. *中医杂志*, 2017, 58(18): 1614-1620.
- [3] HU Z, LI M, YAO L, et al. The level and prevalence of

- depression and anxiety among patients with different subtypes of irritable bowel syndrome: a network meta-analysis [J]. *BMC Gastroenterol*, 2021, 21(1): 23.
- [4] 赵娟娟, 陆敏. 便秘型肠易激综合征的中西医结合治疗进展 [J]. *广西中医药*, 2022, 45(2): 68-70.
- [5] 曹子涵, 曹志群. 便秘型肠易激综合征的中医治疗进展 [J]. *中医药通报*, 2023, 22(3): 69-72.
- [6] 李佃贵. 从浊毒理论的建立与应用谈中医学创新与发展 [J]. *中医杂志*, 2020, 61(22): 1938-1940.
- [7] 唐旭东, 卞立群. 脾胃“通降理论”及其应用: 脾胃学说传承与应用专题系列(3) [J]. *中医杂志*, 2012, 53(14): 1171-1173, 1181.
- [8] 孙建慧, 杨倩, 刘阳, 等. 构建中医浊毒理论体系框架的思考 [J]. *中医杂志*, 2020, 61(8): 660-663.
- [9] 赵先平, 肖新云, 蔡锐, 等. 便秘相关肠道微生物研究进展 [J]. *中国微生态学杂志*, 2014, 26(10): 1236-1241.
- [10] 赵雯红, 肖颖, 王文举, 等. 以人体微生态学诠释浊毒理论的内涵 [J]. *中医杂志*, 2018, 59(3): 185-190.
- [11] HOLTSMANN GJ, FORD AC, TALLEY NJ. Pathophysiology of irritable bowel syndrome [J]. *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 2016, 1(2): 133-146.
- [12] 杨倩, 王小天, 杜姚, 等. 麻枳降浊方改善便秘型肠易激综合征胃肠功能的疗效观察 [J]. *辽宁中医杂志*, 2015, 42(8): 1458-1460.
- [13] 杨倩, 杜姚, 郭子敬, 等. 麻枳降浊方对便秘型肠易激综合征大鼠肠道间质细胞的影响 [J]. *中医杂志*, 2015, 56(12): 1058-1060.
- [14] 杨倩, 郭子敬, 王小天, 等. 麻枳降浊方改善便秘型肠易激综合征模型大鼠肠组织中肥大细胞的实验研究 [J]. *辽宁中医杂志*, 2015, 42(7): 1360-1361.

Pattern Identification and Treatment of Constipation-Predominant Irritable Bowel Syndrome Based on the Turbidity Toxin Theory

FAN Shiyuan¹, YANG Qian^{2,3}, LI Dianguai^{2,3}, ZHI Zheng^{2,3}, SU Xiaolan⁴, LI Bolin^{2,3}

1. Graduate School, Hebei University of Chinese Medicine, Shijiazhuang, 050091; 2. Hebei Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine; 3. Key Laboratory of Turbidity and Toxicity Syndrome in Hebei Province; 4. Wangjing Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences

ABSTRACT Guided by the turbidity toxin theory, it is believed that the key pathogenesis of constipation-predominant irritable bowel syndrome is the obstruction of turbidity toxin and the disruption of intestinal function. Treatment is based on the principles of dispelling turbidity toxin and promoting intestinal function. The clinical patterns can be divided into three types, turbidity toxin heat accumulation pattern, turbidity toxin combined with liver depression and *qi* stagnation pattern, and turbidity toxin combined with *qi* and *yin* deficiency pattern. The treatment can respectively use self-prescribed *Tongfu Jiangzhuo Formula* (通腑降浊方) to clear heat and unblock the bowels, direct the turbid downward and resolve toxins; use self-prescribed *Shugan Jiangzhuo Formula* (疏肝降浊方) to soothe the liver and move *qi*, direct the turbid downward and resolve toxins; use self-prescribed *Mazhi Jiangzhuo Formula* (麻枳降浊方) to boost *qi* and nourish *yin*, moisten the intestines to remove turbidity and resolve toxins.

Keywords irritable bowel syndrome; constipation; turbidity toxin

(收稿日期: 2024-04-22; 修回日期: 2024-07-15)

[编辑: 姜冰]