

# 加味不换金正气散治疗腹泻型肠易激综合征浅议

杜依洁, 杜斌

南京中医药大学, 江苏 南京 210046

**关键词:** 肠易激综合征, 腹泻型; 不换金正气散; 辨证论治; 脾胃虚弱; 寒湿蕴结; 健脾益气; 化湿止泻

**中图分类号:** R 289.3 R 259 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2016)01-0108-03

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)属于功能性消化系统疾病,该病症状反复发作,迁延难愈。近年来,IBS 发病率有逐年上升的趋势,严重危害了人们的身心健康,现代医学尚无理想的治疗药物及治疗措施。腹泻型 IBS 属于中医“泄泻”、“腹痛”范畴,依据祖国医学辨证论治方法,治疗 IBS 有显著的疗效,且无明显不良反应,患者易于接受。本文依据文献及临床研究,对加味不换金正气散治疗腹泻型 IBS 进行概述,分析腹泻型 IBS 的病因病机,及加味不换金正气散用于其治疗的辨治要点。

## 1 IBS 的定义及诊断标准

IBS 是以腹痛或腹部不适,伴有排便性状改变和排便习惯改变为特征的功能性肠道疾病,该病缺乏可解释症状的形态学改变、生化异常<sup>[1]</sup>。患者以中青年居多,男女比例约为 1:2,50 岁以后首次发病者较少见<sup>[2]</sup>。临床上本病的诊断多根据罗马 III 标准进行,但又根据不同的临床表现而分为腹泻型(diarrhea irritable bowel syndrome, D-IBS)、便秘型(constipation irritable bowel syndrome, C-IBS)和腹泻、便秘混合型(mixed irritable bowel syndrome, M-IBS)、不定型四种,其中以腹泻型最为常见<sup>[3]</sup>。

## 2 西医发病机制与治疗

IBS 是世界范围内较常见、多发的胃肠功能性疾病,其病因和发病机制至今未明,实验室常规、细菌学及生化检查多无异常,主要依赖症状学和排除器质性疾病作为其诊断依据。本病的发生可能与以下因素有关:心理社会因素、胃肠刺激、炎症和免疫机制、胃肠动力紊乱、自主神经功能紊乱、内脏感觉异常等<sup>[4]</sup>。由于本病发病机制尚未完全明确,目前治疗 D-IBS 的药物及方法有解痉剂、止泻剂、肠道感觉调

节药、抗抑郁药、心理行为治疗及饮食调节,其疗效并不肯定<sup>[5]</sup>。

## 3 中医病因病机

在祖国医学中,本病的病因主要与感受外邪、情志失调、饮食所伤、禀赋不足等有关,病位涉及肝、脾、胃、肠、肾等多个脏腑。而 D-IBS 在临床上,因感受寒邪、湿邪而诱发者较多。虽祖国医学中无 IBS 病名,但 D-IBS 根据其腹痛、腹泻、便溏,并随情志变化而变化的表现特点,常被纳入“泄泻”、“下利”、“腹痛”、“郁证”等范畴。早在《黄帝内经》,就已经认识到寒邪对于泄泻起着关键的作用,如《素问·至真要大论》曰:“诸病水液,澄澈清冷,皆属于寒。”《素问·咳论》曰:“感于寒则受病,微则为咳,甚者为泄为痛。”《素问·举痛论》:“寒气客于小肠,小肠不得盛聚,故后泄腹痛矣”<sup>[6]</sup>。《灵枢·师传》:“胃中寒,则腹胀,肠中寒,则肠鸣飧泄。”<sup>[7]</sup>,说明寒邪客于中焦是导致泄泻的一个重要原因。同样,对湿邪亦有如下记载,《素问·阴阳应象大论篇》说:“清气在下,则生飧泄……湿盛则濡泄。”“湿盛则濡泻”<sup>[8]</sup>。《景岳全书·泄泻》言:“泄泻之本,无不由于脾胃”<sup>[9]</sup>。强调水湿为泄泻的另一重要因素。脾主运化,脾气足则水谷得以健运,脾气虚则水谷不化,水湿停滞,走肠间则生为泄泻。正如张介宾所言:“脾胃受伤,则水反为湿,谷反为滞,精华之气不能输化,乃致合污下降,而泻痢作矣。”《景岳全书》中指出:“脾弱者因虚所以易泻,因泻所以愈虚。”脾喜燥恶湿,湿蕴则脾失健运,唯健脾方可胜湿。由此可见,脾胃虚弱、寒湿蕴结是本病的根本病机,治疗大法当以健脾化湿为主,佐以温中散寒<sup>[10]</sup>。我们对此种类型的 IBS 常用加味不换金正气散进行治疗,在临床中往往可以取得良好的效果。

## 4 中药治疗

不换金正气散首见于《易简方》,原名为“不换金散”,因其疗效在临床实践中得到肯定,所以在《太平

惠民和剂局方》中更名为“不换金正气散”<sup>[11]</sup>。杨有华<sup>[12]</sup>应用不换金正气散加减治疗 IBS 37 例,对其临床治疗结果有如下统计:显效 21 例(56.8%),有效 11 例(29.7%),无效 5 例(13.5%),总有效率 86.5%,显示了较好的临床疗效。赵爱红<sup>[13]</sup>用加减不换金正气散治疗泄泻,结果显示:24 h 治愈者 30 例,1 天 2 天治愈者 45 例,2 天 3 天治愈者 17 例,2 天 3 天好转者 28 例。张灿理教授总结其经验认为,暑湿泄泻当祛暑化湿利水,治以不换金正气散加减<sup>[14]</sup>。笔者临床所用的加味不换金正气散的药物组成为:藿香 10 g,苍术 6 g,厚朴 6 g,陈皮 6 g,法半夏 10 g,炙甘草 3 g,木瓜 6 g,木香 3 g,砂仁 3 g(后下)。方中藿香芳香化湿,升清降浊,为君药;苍术、半夏味苦温,燥湿健脾,和胃降逆,两者相合,共为臣药;厚朴苦温,燥湿,又带有芳香的特点,故又能化湿,两者相合,陈皮理气和胃,又能芳香醒脾,助苍术燥湿,协厚朴行气,木香、砂仁芳香理气,燥湿和胃,以上共为佐药;木瓜化湿和胃,缓急止痛,甘草调和诸药,二者共为使药。除湿药和行气药相配,行气和胃,恢复脾胃的正常升降功能。诸药相合,共奏健脾和中、散寒化湿、温中止泻之功。临床上也可根据具体病情临证加减,如腹胀或痛者,加白芍、青皮;湿邪重者,加茯苓、防风、泽泻等;恶寒较甚者,加草果、炮姜等;纳差者,加神曲、炒麦芽等<sup>[14]</sup>。

## 5 医案举隅

**案 1** 患者,女,55 岁。2014 年 6 月 5 日初诊,主诉:反复大便稀溏 5 年。病史:患者反复大便稀溏 5 年,伴腹痛、腹胀,受凉、饮食不节、情绪不佳时尤甚,便后痛减,大便常规及肠镜检查均无明显异常,无其他基础疾病,西医诊断:IBS。经西医对症治疗后效果不佳。肠鸣音亢进,大便日行 4~5 次,食纳睡眠尚可,舌淡,苔薄白,脉濡缓。辨证:脾胃虚弱,湿浊阻滞。治法:健脾和胃,行气化湿。方选加味不换金正气散:藿香 10 g,苍术 6 g,厚朴 6 g,陈皮 6 g,法半夏 10 g,炒薏仁 15 g,木香 3 g,砂仁 3 g(后下),炒白芍 12 g,防风 10 g,炒麦芽 12 g。14 剂,1 剂/d,水煎温服,予患者心理疏导,并嘱其服药期间清淡饮食。服用 14 剂后,腹痛、腹胀症状缓解,大便仍稀溏,但次数减至每日 2 次,畏寒,肠鸣音亢进。原方去炒麦芽、防风、炒白芍,加木瓜 6 g,茯苓 10 g,草果 5 g,炙甘草 3 g,再予 7 剂。药后大便日行 1 次,成形,无肠鸣音亢进,无腹痛,偶有腹胀。为巩固疗效,嘱其原方续服 7 剂,随访 5 月大便均正常,无不适主诉。

**案 2** 患者,女,49 岁。2014 年 6 月 26 日来诊,

主诉:反复大便稀溏伴腹痛 2 年余。病史:患者反复大便稀溏 2 年余,受寒易发,伴腹痛,便后痛减,食纳睡眠可,舌淡,苔薄白腻,脉缓。实验室检查、肠镜检查均无异常。辨证:寒湿蕴结证。治法:健脾化湿,温中散寒。方选加味不换金正气散:藿香 10 g,苍术 6 g,厚朴 6 g,陈皮 6 g,法半夏 10 g,炒薏仁 15 g,木香 3 g,砂仁 3 g(后下),炒白芍 15 g,防风 10 g,木瓜 6 g,炙甘草 3 g,炮姜 3 g。14 剂,1 剂/d,水煎温服,嘱其服药期间清淡饮食。14 剂后,患者便溏、腹痛、畏寒症状皆有明显好转,随访 3 月均无不适症状。

按:寒湿之证,治当苦温,因苦能燥湿,温能散寒也。湿为阴邪,其性黏腻,非苦温之剂无以化其浊。不换金正气散健脾燥湿,在原方的基础上加炒薏仁、炒麦芽健脾益胃除湿,木香行气化湿除胀满,砂仁燥湿止泻,炒白芍敛阴止泻,防风升脾阳而止泻。恐温阳散寒药力不足,寒湿之邪留滞,予加用草果、炮姜温肾暖脾固涩,茯苓利湿健脾以实大便,木瓜酸甘化阴,缓急止痛,与藿香相配伍,化湿和胃,相得益彰,炙甘草健脾益气,调和诸药。后湿去而大便成形、无肠鸣音亢进,寒除而无恶寒怕冷。

## 6 结 语

综上所述,D-IBS 常被纳入“泄泻”、“下利”、“腹痛”、“郁证”等范畴;脾胃虚弱、寒湿蕴结是本病的根本病机;治疗大法当以健脾化湿为主,佐以温中散寒。对此类型的 IBS 用不换金正气散并加味进行治疗,在临床中常可取得良效。同时,该方亦可通过辨证论治方法,用于治疗其他脾胃虚弱、寒湿蕴结之病,如溃疡型结肠炎<sup>[15]</sup>、小儿厌食症<sup>[16]</sup>、消渴病<sup>[17]</sup>等。故期待不换金正气散这一传统中医方药不仅在 IBS 的治疗,也在其他疾病的治疗中,发挥其独特的作用。

## 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] 叶任高, 陆再英. 内科学[M]. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 422.
- [3] 胡品津, 潘国宗. 中华医学会第 1 届全国肠易激综合征学术会议纪要[J]. 中华消化杂志, 2003, 23(7): 428.
- [4] 袁耀宗. 肠易激综合征[M]. 上海: 上海科学技术文献出版社, 2002: 69.
- [5] 董卫国, 姚萍, 梁列新, 等. 腹泻型肠易激综合征的循证治疗[J]. 中国临床医生杂志, 2013, 41(4): 68-71.
- [6] 周福生, 程宏辉. 治疗肠易激综合征的中医理论研究和临床经验传承[J]. 世界华人消化杂志, 2010, 18(21): 2225-2229.

(下转第 114 页)

引产胎儿,产后尸解均为左侧异构畸形,说明 B 超对于左侧异构畸形的确诊率不高,应结合其他手段进行确诊。

综上所述,腹腔横切面获取信息方法简单,不同类型畸形有不同特征,本研究筛检胎儿 CCVD 的敏感性为 60.7%,为了更好地降低 CCVD 的危害,提高筛检的敏感度,产前检查应结合不同切面。

#### 参考文献

- [1] Cuneo BF, Curran LF, Davis N, et al. Trends in prenatal diagnosis of critical cardiac defects in an integrated obstetric and pediatric cardiac imaging center[J]. J Perinatol, 2006, 24(11): 674-678.
- [2] Meberg A, Lindberg H, Thautow E. Congenital heart defects; the patients who die[J]. Acta Paediatr, 2005, 94(8): 1060-1065.
- [3] 杨锡强, 易著文. 儿科学[M]. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 327.
- [4] Carvalho JS, Allan LD, Chaoui R, et al. ISUOG Practice Guidelines (updated): sonographic screening examination of the fetal heart[J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2013, 41(3): 348-359.
- [5] Hay Jr WW, Groothuis JR, Hayward AR, et al. 现代儿科疾病诊断与治疗[M]. 魏克伦, 译. 12 版. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 11-59, 550-616.
- [6] Lim JS, McCrindle BW, Smallhorn JF, et al. Clinical features, management, and outcome of children with fetal and postnatal diagnoses of isomerism syndromes [J]. Circulation, 2005, 112(16): 2454-2461.
- [7] Berg C, Geipel A, Smeekens J, et al. Prenatal diagnosis of cardiopleuric

syndromes: a 10-year experience [J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2003, 22(5): 451-459.

- [8] 孙爱敏, 朱铭, 钟玉敏, 等. 心脾综合征中肺静脉回流的影像学诊断[J]. 中国临床医学影像杂志, 2004, 15(3): 245-248.
- [9] 沈蓉, 张玉奇, 蔡及明, 等. 心脾综合征合并肺静脉回流异常的超声心动图诊断[J]. 中国医学影像技术, 2007, 23(11): 1648-1650.
- [10] Taketazu M, Lougheed J, Yoo SJ, et al. Spectrum of cardiovascular discular disease, accuracy of diagnosis and outcome in fetal heterotaxy syndrome[J]. Am J Cardiol, 2006, 97(5): 720-724.
- [11] Huggon IC, Cook AC, Smeeton NC, et al. Atrioventricular septal defects diagnosed in fetal life; associated cardiac and extra-cardiac abnormalities and outcome[J]. J Am Coll Cardiol, 2000, 36(2): 593-601.
- [12] Brueckner M, D'Eustachio P, Horwich AL. Linkage mapping of a mouse gene, iv, that controls left-right asymmetry of the heart and viscera[J]. Proc Natl Acad Sci U S A, 1989, 86(13): 5035-5038.
- [13] Giang do TC, Rajeev G, Vaidyanathan B. Prenatal diagnosis of isolated interrupted inferior vena cava with azygos continuation to superior vena cava[J]. Ann Pediatr Cardiol, 2014, 7(1): 49-51.
- [14] Tubau A, Grau J, Filgueira A, et al. Prenatal and postnatal imaging in isolated interruption of the inferior vena cava with azygos continuation[J]. Prenat Diagn, 2006, 26(9): 872-874.
- [15] Berg C, Geipel A, Kamil D, et al. The syndrome of left isomerism: sonographic findings and outcome in prenatally diagnosed cases[J]. J Ultrasound Med, 2005, 24(7): 921-931.

收稿日期: 2015-07-31 修回日期: 2015-08-07 编辑: 周永彬

(上接第 109 页)

- [7] 陈丽平. 李中梓治泻九法的学术源流及理论探讨[D]. 成都: 成都中医药大学, 2004.
- [8] 李铁军. 真人养脏汤治疗肠道菌群失调症举隅[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(18): 41.
- [9] 李晟玮, 戴金梁. 治疗泄泻型肠易激综合征经验[J]. 中医药导报, 2013, 19(10): 20-22.
- [10] 庄惠三. 肠易激综合征(腹泻型)(IBS)中医药治疗的文献分析研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2010.
- [11] 曹福凯, 钱峻. 不换金正气散加味方治疗肠易激综合征 27 例临床观察[J]. 时珍国医国药, 2003, 14(12): 760.
- [12] 杨有华. 不换金正气散加减治疗肠易激综合征 37 例临床观察[J]. 海南医学, 2006, 17(11): 147.

- [13] 赵爱红. 不换金正气散治疗泄泻 120 例[J]. 湖北中医杂志, 2001, 23(2): 33.
- [14] 李玉清, 朱毓梅, 张鹤鸣. 张灿理教授治疗泄泻经验谈[J]. 山东中医杂志, 2013, 32(1): 54-55.
- [15] 王进. 加味不换金正气散灌肠治疗溃疡性结肠炎临床疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15(9): 176-178.
- [16] 蔡小媚. 运脾和胃法治疗小儿厌食症 60 例[J]. 广西中医药, 2014, 37(4): 40-41.
- [17] 郭军会. 脾肾相关理论在名中医消渴病医案中应用的数据挖掘研究[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2010.

收稿日期: 2015-09-07 编辑: 石嘉莹