

# 中西医治疗混合型肠易激综合征研究进展

苗 军

苍溪县中医医院肛肠科 四川 广元 628400

**摘要**：随着现代社会的发展，IBS的发病率与临床检出率逐年增加，IBS在消耗着大量的医疗资源的同时也给患者带来了巨大的困扰，尤其是IBS-M因其复杂的临床表现让医者治疗手段常常捉襟见肘。现代医学因未发现确切的致病机制，治疗方法较为局限。我们通过对近年来相关文献的分析整理以及中医典籍的挖掘，对该病的常见治疗做一汇总，以期为临床提供诊疗思路的同时为该病的进一步研究奠定基础。

**关键词**：混合型肠易激综合征；中西医治疗；研究进展；综述

肠道功能紊乱，又名肠易激综合征（IBS），在临床实践中极为普遍，其主标志为腹部疼痛的周期性发生与排便模式的转变，这些症状与排便过程密切相关。肠道功能紊乱，又名IBS，在诊室里属于经常出现疾患类型，主要症状为反复出现的腹部疼痛以及排便模式的持续变化，且这些症状通常与排便行为有关。根据布里斯托大便形态分级（BSFS）的指标，罗马IV标准将肠易激综合征（IBS）按照便秘型IBS-C、腹泻型IBS-D、混合型IBS-M和未分类型IBS-U共四种亚型进行分类。在我国，腹泻型肠易激综合征的临床案例最常见，而便秘型、混合型以及未分类的肠易激综合征则明显偏少。尽管如此，大约四分之三的病人所属的疾病亚型会随着疾病的进展发生改变，且在一年时间内，将近三成的病患会经历腹泻型与便秘型这两种亚型的相互转换。眼下，鉴于这一疾病在形态、生化指标以及病原方面均无明确特征，现代医学尚未发现针对其的治疗方法，因此医治策略以减轻患者的担忧、缓解不适症状为主，旨在提升病人的生活品质。近期，对肠易激综合征（IBS）的中药疗法逐渐受到更多关注，其治愈效果已获部分认可。然而，此类研究主要聚焦于IBS便秘型，对混合型IBS的探讨则相对缺乏。

古代中医文献虽未直接提及“肠易激综合征”这个名称，却详细记载了包括腹痛、腹泻、便秘在内的消化系统病症的多种表现，这些表现与当代所界定的肠易激综合征的临床特征不无雷同。《黄帝内经·素问·调经论》所述：“当精神活力过盛，则会导致腹部膨胀和食物未消化即排泄，若其不足则会出现四肢厥冷的症状。《素问·刺症篇》中提及：“肾症会导致人身体轻颤，腰背酸楚剧烈，排便不畅，视物不清，手脚发冷”；而在《灵枢·五邪》中记载：“当邪气侵犯肾脏……会出现腹部肿胀、腰部剧痛，排便困难，肩部和颈椎剧痛，并伴有时而眩晕”的情形。《素问·经别论》中提到，食物之气被摄入胃中，其精华分布至肝脏，而余气弥漫于筋骨之中。饮食之气下达胃部，混杂之气回流至心脏，多余的精华流经血脉。气血在体内循环，最终经脉送至肺脏，肺脏将其分布至全身血管，进而滋养皮肤与毛发。细脉汇聚精华，引导气息流向脏腑，使得脏腑之精神变得清晰，停留在心肝脾肺，气体最终归于均衡。……吞餐进肚，精华弥漫，升达脾脏，脾气四散，走向肺部，调理液态，流向膀胱，液体遍布，五脉齐运。阐明了该病的发生、发展进程与脾、胃、肝、心、肺相互之间紧

密相连。《灵枢·平人绝谷》篇指出：“当胃部充盈时，肠道便显得空虚；相反，肠道充满则使胃部感到虚空。这种空虚与充实的互换使得气息能够在体内升降自如，从而稳固五脏，血液与气脉流通顺畅，精气得以安居体内。因此，所谓神，即是水谷转化而来的精华之气。”表明只有在胃肠连接的协调和气机顺畅下行的情况下，五脏才能得到稳固。”综上所述，中医学从整体观出发对该病发生、发展认识，其后期治疗中虽有分型论治，但始终未脱离既病防变的整体观。

我们对近年来中西医针对混合型肠易激综合征治疗的相关文献进行检索研究，对其治疗方法和疗效作一综述，以期拓展临床治疗思路，也为日后对IBS-M的进一步研究奠定基础。

## 1 西医治疗

1.1 通过随机数字表的分组方式，对84名混合型肠易激综合症的患者进行了马来酸曲美布汀和氟哌噻吨美利曲辛的联合治疗研究。两批病人都接受了以常规症状缓解为基础的治疗，在此基础上，合并疗法组额外使用了曲美布汀马来酸盐和氟哌噻吨美利曲辛进行医治。在治疗开始前、治疗进行至第一周以及第四周时，对胃肠道的不适症状进行评价，并监测任何副作用。治疗一周结束时，比较两种方案下患者的胃肠道症状评定分数以及胃肠症状缓解的综合有效性，并未发现显著的统计学差异（P值均大于0.05）。经过四周的医疗干预后，采用综合疗法的患者在胃肠道病状上的整体疗效达到92.9%，明显优于仅为73.8%的常规治疗组，两组间存在显著的统计学差异（P值小于0.05）；且综合治疗组在胃肠症状得分上也远低于对照组，意味着其改善程度较为显著（P值小于0.05）。

1.2 对于106名混合型肠易激综合征患者实施了随机分组，接着分别对他们实行马来酸曲美布汀联同四联活菌片的复合治疗方案和仅使用四联活菌片的单一治疗方案进行了对照疗效分析，治疗周期都是4周。在马来酸曲美布汀和四联活菌片的联合治疗下，病患的临床表现及大便状况显著好转，治愈效果达到了82.7%。四联益生菌片疗程的疗效比率只达到了57.4%（统计学意义上具有显著性，p值小于0.01）。

1.3 在80位混合型肠易激综合征患者的随机分组研究中，实验组给予乳酸菌素片和曲美布汀的组合法，而对照组则单纯使用曲美布汀进行干预。两组患者均接受为期4周的系统治疗。研究表明，对照组相比治疗组

的整体疗效分别达到了 82.50% 和 97.50%，两者间的效果差异在统计学上显著（ $P$  值小于 0.05）。经过治疗，两组患者在腹胀、腹痛、腹泻和便秘的评分以及总体评分上均出现了显著的下降，组内前后对比，统计学分析显示差异具备显著性（ $P$  值小于 0.05）；而且，治疗组在这些评估项目上的得分明显优于对照组，两组间的差异在统计上也是显著的（ $P$  值小于 0.05）。治疗完成后，观察到两批次患者血清中的血管活性肠肽（VIP）和胃动素（MTL）含量都有显著的下降，而 P 物质（SP）含量则显著上升。在同一批次内将治疗前后数据做对比，其差异在统计学上具备显著性（ $P < 0.05$ ）；另外，在对照组与治疗组的效果对比中，治疗组在这些测定指标上的改进更为显著，两者的对比也显示出统计学上的显著差异（ $P < 0.05$ ）。

对 86 例患者随机分组，采用上述同样的方法连续治疗 4 周。通过对比临床治疗效果，实验组的有效治愈比率达到 93.02%，这一比例显著超出了对照组的水平（ $P$  值小于 0.05）。

65 名患者经随机分配进入不同治疗小组，其中实验组接受中式草药与益生菌结合的保留灌肠法，而对照组则通过口服方式摄取匹维溴铵和多塞平。治疗分为 15 天一周期，持续进行 1 至 2 个周期。横向对照分析两个临床群体的治疗效果。经治疗后，实验组的综合治愈率达到 91.18%，而对比组的治愈率则是 70.97%，两者在临床疗效上的对比显示出了明显的统计差异（ $P$  值小于 0.05）。

## 2 中医治疗

通过随机分派，100 名患者被等分为两组，实验组 52 人，对比组 48 人。实验组人群采用加减逍遥散治疗，涵盖了诸如酢炒柴胡、选用完整的当归、产自杭州的白芍、炙处理后的甘草、产自台湾的白术、白色的茯苓、清凉的薄荷、来自川地的黄连、南方的木香以及芳香的麦芽。另一方面，对比组给予口服地佛诺辛和马来酸曲美布汀治疗。调整方案：若患者有明显腹痛，可增用延胡索、川楝子以缓解；若排便时伴有粘性分泌物，可添加薤白头、制没药进行辅助治疗；倘若出现精神疲惫、力量衰减，应配伍潞党参、怀山药以补充体力；面对舌苔浓厚油腻的情况，则应加入车前草、建泽泻以清理。总计疗程为四个周期。研究数据表明，在接受治疗的患者中，有 27 人痊愈，14 人疗效确切，11 人未见成效，综合疗效达到 78.8%；而在未经专门治疗的对比组中，14 位患者康复，13 位略有好转，21 位患者无改善，总体有效比例为 56.2%。治疗方案对比对照方案效果更好，差异有统计学意义（ $P$  值小于 0.01）。经过对比，接受治疗的患者中有 41 人治愈或病情改善，其中 6 人病情回复，占比 14.6%；而在未接受同样治疗的对照组中，27 人治愈或情况好转，却有 9 人复发，达到了 33.3% 的复发比例。它的再次发作概率存在明显的差异，统计显著性水平达到  $P$  小于 0.05。

对 120 名患有混合型肠易激综合征的门诊病人实施随机分组，分为两批，其中一批全部 40 名病患通过口服应用曲美布汀马来酸盐片剂、复方氟哌噻吨美利曲辛片以及结合传统中医药括疏肝理气与健脾祛湿的药方如痛泻要方和六磨汤的增减变化进行治疗。处方成分涵括：白芍药、指甲香、防己、陈皮、香附子、甜草、柴

胡根、枳壳、沉香木、木香肉、乌药、郁金香。若主要症状是腹泻，则添入党参、白术、茯苓和葛根；若主要问题是便秘，可加用槟榔、大黄和厚朴。逐日一次，连续 28 日作为完整的治疗周期，对比实验的一组中有 40 名患者口服马来酸曲美布汀和氟哌噻吨美利曲辛药片。研究数据揭示：接受治疗的一组中，有 28 人反应极佳，10 人有所缓解，2 人未见成效，总的显著疗效比例为 95.0%；而在对比的另一组中，18 人表现出显著改善，有效反应者为 13 人，9 人未见效果，总体治愈率达到 77.5%。经治疗的患者组相较于参照组显示出更佳的治愈成效，具有显著性差异（ $P$  值小于 0.05）。

针对肠易激综合征便秘期的治疗，在心理舒缓的基础上，结合运用针灸与搭配传统中草药的综合疗法。运用的药方包含以下成分：煎炒过的柴胡、合欢树皮、天然琥珀、木贼、桔梗根、三棱草、郁金、桃核、当归与鲜生的白术，每 5 剂算作一个疗程，连续进行 3 疗程，最终取得了令人满意的治疗效果。

针对 65 名患者进行了随机分组，并对治疗小组实行了中药和益生菌结合的保留灌肠疗法。具体药物配置为：将炙黄芪、党参、炒白术加与 200 毫升清水一同浸泡 30 至 40 分钟，随后以文火熬煮至约 100 毫升，用纱布滤除杂质，并将液体冷却至 28 到 37 摄氏度的范围，最后与益生菌混合后用于保留灌肠治疗。实验对照组经由口头给予匹维溴铵和多塞平治疗，一个周期定为 15 天，治疗过程持续 1 至 2 个周期。对比并分析两个治疗小组的疗效成效。治疗组与对照组的整体疗效分别达到 91.18% 和 70.97%，两者在临床效果上的比较显示出明显差异，具有统计学意义（ $P$  值小于 0.05）。

综合治疗中，以心理辅导为辅，同时口服中医药汤剂，并结合采用针灸方式对待混合型肠易激综合征的便秘阶段。具体的针灸处方有：双侧的天枢，大横和水道穴位，以及关元穴纵向深刺 2.5 至 3 寸直至穿透腹膜层，根据病人感受到的疼痛程度作为操作的限度；另外双侧的太冲穴和神门穴也纵向针刺 1 至 1.5 寸，采取平和的补泻方法，针刺至感受到针气后维持留针 20 分钟；在太冲穴和天枢穴上使用稠密波电针治疗，强度视病人的忍耐范围调节，间隔一日进行一次，连续治疗 10 天作为一个疗程，连续进行 3 个疗程后，取得了令人满意的治疗效果。

## 3 小结与展望

IBS-M 是一组便秘、腹泻、腹痛交替出现的临床综合征，其发病机理不明，现代医学研究认为该病与肠道功能紊乱、内脏感觉异常、中枢感觉异常、肠-脑轴调节异常、FODMAPs 饮食和二糖消化不良及遗传学相关。目前通过对知网近年来相关资料研究的收集发现，针对该病的研究主要集中于 IBS-D，IBS-M 的研究几乎空白，这与笔者临床诊疗实际多有出入。因此收集、整理既往诊疗经验，发掘传统文献、经方，逐渐形成行之有效的诊疗方案以满足临床需求尤显迫切。

经过深入研究中医古籍，我发现 IBS 病因确实如宋代陈无择在其著作《三因极一病证方论》中阐述的：“医学治疗的核心原则在于三大因素……六种自然之气为常态，一旦人体受其侵扰，首先通过经络进入体内，影响脏腑，成为外界因素所导致的疾病；七种情绪是人之常态，情绪波动首先导致脏腑郁结，随后表现在四肢

身体上,成为由内而外的病因;而生活中的饮食不节制、饥饱失调,过度呼喊使气受损,超越心理承受极限,劳累过度消耗体力,阴阳失调,甚至遭受野兽、毒虫侵害,金属伤口或骨折扭伤,以及肺癆、疝痛、被压、淹溺等不符合自然常理的因素,均为疾病的内外触发因子。》深入解释了外邪六淫与内因七情、饮食能否适当、体质是否亏虚对于疾病形成所起的影响。针对确切的病理类型,肾虚引发泄泻的情况可参考《难经·十六难》所述:

“若触及肾经……出现的症状有:呼吸逆行,下腹剧痛,泄泻状况类似严重下坠,脚踝部分感到寒冷且不适,这些症状出现即为肾虚,若没有则不属此症”;至于肝气郁结所致的症状也可在《难经·十六难》中找到对应:“倘若肝经受累,表征为过度清洁强迫症,面色苍白,易于发怒;内在的症状包括左侧肋下感觉有气体活动,按压会感到异常坚硬疼痛;所患的症状表现为四肢浮肿,排尿不畅,小便困难,并伴有筋脉扭转的现象。含真理者为真,缺此理者为假。《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》中记载,脾肾阳不足的症状表现为脉搏沉细而缓,被称作气脱。该人若快速走动便会呼吸急促,四肢发冷,肚子胀满,甚至可能腹泻,食物难以消化等症状。在古代医学典籍里,对某些疾病缺乏系统了解,因此历代医家基于个人经验,陆续归纳出一些治疗秘方,这些宝贵的治痢验方分散记录在众多医书之中。例如,在《伤寒论》的第318条就记载了:“少阴病患者,出现四肢逆冷,可能伴有咳嗽、心悸、排尿不畅、腹痛,或者是腹泻并感到下身沉重,对于这些症状应使用四逆散治疗。”至于现如今治疗肝郁脾虚型肠易激综合征(IBS)的泄泻问题,可以参照此方进行治疗。另外,在《伤寒论》的第377条提到:“当患者出现泻肚且不觉渴时,这属于太阴症状,原因是其脏腑内处于寒冷状态,因此需要采用温阳方法治疗,适宜使用如四逆汤这类的药方。”目前对于脾胃虚寒型的肠易激综合征患者的诊疗,可以借鉴《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证治》中的建议:若患者感到疼痛并伴随收紧症状,厚朴三物汤是主要的治

疗方案。当前针对IBS症状热结和滞阻病患的诊疗方案可以借鉴以下治疗原则:《金匱要略·呕吐下利证并治》一书中提到:“患者若有下痢伴随气滞,应着重通畅小便……气顺之后,可使用诃黎勒散作为主要治疗方剂。目前针对患有IBS和长期腹泻导致的虚弱型患者的诊断及治疗,可以借鉴使用以下方法和处方:《千金要方》中的“冷痢门”一节推荐的健脾丸,适用于治疗因虚损导致的消瘦、身体沉重、脾胃不暖、消化不良、腹中如雷轰鸣、胀满感、腹泻持续不止等症状;而同书中的“宜下门”一节提到的生地黄汤,专门针对“受寒后伴随发热、体虚力衰、气短、胸腹部感到饱胀、消化系统残存未消化食物、排便不畅顺”等情况进行治疗。除此之外,在对该疾病的多角度治疗和调养策略上,《诸病源候论·腹胀候》提到:“若腹部涌现痛苦膨胀之感,并伴随寒气,通过开口排出内气,过三十次则停”,意味着通过呼气的动作改善气机运行,去除阴冷湿重之气,减轻脾胃中的浊气困扰;比如再如《诸病源候论·心腹痛候》所述:“修行至道,遵循日月星辰的自然之理。晨起闻鸡唱时,安然躺卧并轻咳含嗽,连续吞咽唾液三次,这种方法通过舌头的活动刺激唾液产生,有助于消减或缓解胀气和肚痛等症状。”

综上所述可见,中医认识及中医药干预IBS的诊疗具有悠久的历史并积累了丰富的经验,但随着近现代社会发展,尤其是现代医学传入我国后,我国近现代史中多次出现抵制中医药的思潮,中医药的发展和挖掘停滞不前甚至出现倒退,对IBS等功能性疾病的认识及治疗大多出现在现代医学无法明确病因及无有效治疗方法时的尴尬处境。尽管目前临床上逐渐开展了此类疾病的研究,形成了有限的治疗思路,但尚无法满足临床治疗需要,也未形成完整的理论体系来指导该类疾病的研究和发展。因此,为了达到更好的临床疗效,应积极探讨效果更好的治疗方法,并尝试进行标准化和客观化研究,以便更好地应用于临床。

#### 参考文献:

- [1]林果为,王吉耀,葛均波,等.实用内科学第15版[M].人民卫生出版社,1532-1534.
- [2]姚欣,杨云生,赵卡冰,等.罗马Ⅲ标准研究肠易激综合征临床特点及亚型[J].世界华人消化杂志,2008,16(5):563-566.
- [3]魏玮,史海霞,刘永,等.肠易激综合征罗马Ⅲ诊断标准与中医辨证分型的关系[J].中国消化内镜,

2008,12(12):11-14.

- [4]华军,王炜.马来酸曲美布汀联合氟哌噻吨美利曲辛治疗混合型肠易激综合征的疗效观察[J].中国现代药物应用,2016,12(24):57-58.
- [5]阳建会,马来酸曲美布汀联合四联活菌片治疗混合型肠易激综合征106例临床观察[J].现代医院,2008,3(3):28-29.

**作者简介:**苗军,男,汉族,中西医结合外科副主任医师、国医大师李佃贵传承人、四川省名中医传承人、中华便秘医学会理事、四川省中医药发展促进会肛肠专委会常务委员、四川省老年医学会结直肠癌专委会委员、广元市油毒证专业委员会秘书长、广元市中医肛肠专业委员会委员、苍溪县卫计系统第一期医疗卫生后备精英人才、毕业于泸州医学院(现西南医科大学),从事肛肠专业多年,擅长采用中西医结合的方法诊治各型痔疮、肛周脓肿、肛瘘、肛裂、肛乳头肥大、耻骨直肠肌肥厚、直肠前突、直结肠癌、顽固性便秘、腹泻、顽固性肛门瘙痒等肛肠疾病。先后承担县科研项目《肛瘘切除1期缝合术在低位单纯性肛瘘中应用的临床疗效观察》;市级科研项目《痔错位结扎缝合术术式可行性探讨》、《皮瓣游离固定术》治疗蝴蝶型混合痔的临床研究》、《补敛兼通法治疗混合型肠易激综合征的临床观察》;省中医药管理局科研项目《自拟疏肛止痛汤在混合痔术后临床应用的疗效观察》,发表相关学术论文多篇。获评县级科技进步三等奖一项、中国肛肠病杂志专业委员会审议评定2017-2019年度科技进步一等奖一项,2022年广元市疫情防控一线优秀共产党员,苍溪县县委、县人民政府疫情防控重要贡献者等多项荣誉。