

6.2 方解 方中吴茱萸与生姜相配，和胃降逆止呕，温降之力甚强。人参合大枣能益气健脾、温中补虚。四药共奏温中补虚、降逆止呕之功。

6.3 典型病案 何某，女，54 岁。2015 年 10 月 14 日初诊，患者胃痛 1 月余，伴头痛加重 7 d。1 个月前无明显诱因出现胃痛，自述用热水袋温敷后有所缓解，7 d 前出现胃痛伴头痛加重，未经治疗。症见：胃痛隐隐，绵绵不休，畏凉喜温按，食后加重，欲吐时有呕吐酸水，头顶痛，纳可，眠差入睡困难，头部畏风，自觉畏寒，小便尚可，大便成形日 1 次。舌淡苔白，脉沉弦。诊断为胃痛，辨为厥阴胃寒证。方用吴茱萸汤加味。处方：吴茱萸 15 g、生姜 15 g、大枣 10 g、党参 15 g、藁本 10 g、白芷 5 g、钩藤 10 g、远志 10 g、合欢花 10 g、首乌藤 15 g、柏子仁 15 g、全蝎 5 g、蜈蚣 2 条，服上方 7 剂后，自觉上述症状均改善，眠差改善不佳，后改用归脾汤 5 剂而愈。病情随访未复发。

7 讨论

刘铁军教授依据肝、脾、胃的生理病理关系，以

及脏腑气机升降理论，结合多年临床经验，指出胃痛从肝论治，将疏肝解郁、理气止痛之法贯穿治疗全过程，目的是拓展对胃痛的辨证思路和指导临床治疗，刘教授治有侧重，圆机活法，从肝论治胃痛，理论导性明确，疾病实质针对性强，治疗靶向作用显著，疗效快捷，通过实践应用已经取得了十分理想的治疗效果。

参考文献

[1]田德禄,蔡淦.中医内科学[M].第 2 版.上海:上海科学技术出版社,2014.189-190
[2]吉兴旺,刘彦晶.刘铁军教授应用“对药”治疗肝病的经验[J].中西医结合肝病杂志,2009,19(2):109-111
[3]张景洲,霍丹丹,张莹.刘铁军教授运用中医下法治疗肝病的经验探讨[J].时珍国医国药,2007,18(1):248-249
[4]朱良春.甘松芳香以醒脾解郁而安神[J].上海中医药杂志,1998,22(8):28
[5]邓中甲.方剂学[M].北京:中国中医药出版社,2010.112
[6]冷炎,常玲,刘彦晶.腑气不降状态下的脾胃病病论治[J].中国民间疗法,2016,24(1):11-12

(收稿日期: 2016-05-10)

周福生教授“心胃相关”理论在肠易激综合征中的应用

王海燕

(广州中医药大学中医药数理工程研究院 广东东莞 523808)

摘要:目的:对周福生教授“心胃相关”理论指导对肠易激综合征的用药特点进行综合阐述。方法:采用文献回顾结合随诊临床资料进行综合分析。结果:肠易激综合征是一种常见的功能性肠病,除了与脾、肝功能失调关系密切外,与心功能失调也有密切关系。结论:在肠易激综合征的治疗中应注重“心胃相关”,酌用养心安神药物,可取得较好的临床疗效。

关键词:肠易激综合征;心胃相关;周福生;名经验

中图分类号:R574.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.06.029

肠易激综合征 (Irritable Bowel Syndrome, IBS) 是一种常见的功能性肠病,主要表现为腹痛或腹部不适,常伴有大便习惯的改变(包括大便次数和大便性状的改变),排便后症状可缓解,但缺乏可解释症状的胃肠道结构或生化异常,但却一定程度地影响患者的工作和生活,可分为腹泄型、便秘型、混合型和不定型^[1]。目前,关于此病的病理生理机制尚不十分清楚,西医多采取对症治疗,疗效不理想,而中医中药的整体干预治疗具有良好的疗效。周福生教授是广州中医药大学著名的脾胃病专家,临证 40 余年,学验颇丰,首倡“心胃相关”理论,以此理论为指导,临床治疗本病取得了较好的临床疗效。现报告如下:

1 “心胃相关”理论

中医理论中,“心”并不完全是现代解剖意义的心,更多是指心主神志的功能,“胃”指的是脾胃及整

个消化系统。“心胃相关”则是指心主神志与脾主运化功能在经络走势、生理病理上的相互联系与相互影响^[2]。经络走势上,手太阳小肠经、足阳明胃经、手阳明大肠经三者脉络走向与手少阴心经、手厥阴心包经脉络走向均为从鸠尾以下至脐上二寸之脘腹、胃脘区域,这就是心与胃肠之间密切联系的物质基础;生理功能上,心主血,脾统血,脾又为气血生化之源,故脾(胃)运化功能正常,则化生血液的功能旺盛,血液充盈,心有所主。故《素问·逆调论》有云:“胃不和则卧不安”。心主神,中医典籍有“心者,君主之官,神明出焉”(《素问·灵兰秘典论》)和“心为脏腑之主,而总统魂魄,并赅意志……思动于心则脾应”(《类经·脏象类》)的记载,因此“主明则下安”(《素问·灵兰秘典论》);病理状态下,心脾(胃)亦常互为影响,如思虑过度,不仅暗耗心血,且可影响脾的运化功能;若脾气虚弱,运化失职,则气血生化无源,可

导致血虚而心无所主。心主神志功能失调则“主不明则十二官危”(《素问·灵兰秘典论》),出现患者情志失和,“久虑伤脾”,进而导致脾胃运化功能失职。“心胃相关”理论提示我们在治疗 IBS 中,要重视患者的精神心理状态,酌情加用养心安神的药物。在现代医学对 IBS 发病因素的研究中,精神心理因素起着非常重要的作用,临床症状的发生和加重,和精神心理因素密切相关,抗抑郁和抗焦虑药物的使用结合有效的心理干预能够改善患者的精神状态及疼痛、腹泻等症状^[9]。这也从侧面反映出运化功能“胃”与精神心理因素“心”的关系密切。

2 “心胃相关”在 IBS 现代医学研究中的理论基础 胃肠功能接受来自肠神经系统 (Enteric Nervous System, ENS)、椎前神经节、中枢神经系统 (Central Nervous System, CNS) 这三个层次神经系统的调节作用。将胃肠道与 CNS 紧密联系起来的神经 - 内分泌网络称为脑 - 肠轴 (brain-gut axis); 胃肠道信息传入 CNS 并由 CNS 传出调控这一双向环路的相互作用,称为脑 - 肠互动 (brain-gut interaction), 参与的神经递质包括 5- 羟色胺 (5-HT)、血管活性肠肽、P 物质、神经肽 Y、促肾上腺皮质激素释放因子 (CRH) 和胆囊收缩素等。

精神心理因素可导致脑 - 肠轴任何一个环节异常,进而诱发肠道运动功能异常、肠道敏感性改变、肠道炎症等^[4-5],出现疼痛等不适症状而发为 IBS。当机体受到有害性刺激时,急性期内下丘脑出现应激反应,表现为引起自主神经系统 (Autonomic Nervous System, ANS) 的交感神经过度紧张,肾上腺髓质释放出肾上腺素 (E) 和去甲肾上腺素 (NE) 使不同脏器的血供发生改变,即向肌肉与脑的血供增大,消化道血供明显减少,导致胃肠功能降低而诱发胃溃疡。当刺激过大而使机体置于不可逃脱的应激反应状态时,则副交感神经过度紧张而使消化道运动亢进,消化液分泌增多,出现腹痛等症状。刺激信息作用于脑,于脑内合成的神经物质不仅仅能通过 ANS 释放作用,而且也能通过内分泌、免疫和运动神经系统发挥作用。应激性刺激不仅作用于 ANS,并且也有可能直接作用于 ENS,使肠管肽及消化道粘膜免疫系统发生改变^[6-7]。如陈文科等研究发现,IBS 患者回盲部黏膜肥大细胞数目和脱颗粒比例均高于对照组。精神心理刺激可促进下丘脑释放 CRH,从而促进 MC 释放炎性介质和 5-HT,使内脏呈高敏状态,所以,可以通过调节脑 - 肠轴功能对于 IBS 起到治疗作用。

因此,在 IBS 的发病机制的现代研究中,脑 - 肠轴受到了许多研究人员的关注。它是联系认知感情中枢与神经内分泌免疫系统、肠神经系统的双向交通通路,从神经胃肠病学的角度将与胃肠病与神经内分泌免疫调节体系结合在一起,这与周师的“心胃相关”理论异曲同工,并为该理论提供了现代医学基础。

3 IBS 的中医病因病机

3.1 脾胃虚弱为发病之本 脾主运化,为气血生化之源,后天之本。或患者素体脾胃虚弱,或思虑过度、饮食不节、劳损内伤导致脾胃亏虚,水谷运化失司,气机不畅,或清气不升发为泄泻,或传导不利发为便秘。正如《素问·调经论》云:“有所劳倦,形气衰少,谷气不盛,上焦不行,下脘不通”。同时一旦脾胃虚弱,则易为己所不胜的肝所乘,从而导致本病的发生或加重病情。若脾胃功能正常,则纵有肝旺,也未必能侮脾而发为此病。因此,脾胃虚弱是本病发生的根本。

3.2 肝旺侮脾和心胃不和是该病发展的关键 中医典籍《难经》及《金匮要略》中都提出了“肝病传脾”的理论,说明肝脏功能失调会严重影响脾胃病。肝属木,主疏泄,其性喜条达而恶抑郁。脾属土,为后天之本,主运化,以升为健,其运化赖于肝之疏泄。若烦恼郁怒,可以导致肝疏泄失常,或肝疏泄太过,则易横逆脾土,脾失健运,升降失调,发为腹痛、泄泻,此即叶桂云:“肝病必犯土,是侮其所胜也,克脾则腹胀,便或溏或不爽”。或疏泄不及,木不疏土,土壅失运,影响大肠传导,致大便干结,出现便秘。《医学求是》云:“木郁不达,风郁不达,风木冲击而贼脾土,则痛于脐下”。除此之外,心胃不和也是本病的关键病机,患者脾失运化,水谷运化不及,气血生化无源,心血不足,或输布不及,水湿内停,蒙蔽心窍出现心主神志失调,我们在临床上观察到病程较长的患者大多有抑郁、焦虑、睡眠障碍等精神情志异常;另外,在患者受到有害性刺激时,心神受扰无所主,进而影响脾主运化的功能,这与临床上应激性消化系统疾病多见也是一致的。因此,“心胃不和”也是本病发生发展的关键因素之一。

3.3 常兼夹痰湿 脾主运化,包括运化精微和运化水湿,正如《素问·经脉别论》中描述的:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺”。只有患者脾胃功能健旺,才能保证机体气血充足,水湿输布正常。IBS 患者脾胃虚弱,加之肝旺侮脾,心神不定而失所主,导致脾运化不及,水湿停聚而为痰湿,正如

《素问·至真要大论》有云：“诸湿肿满，皆属于脾。”

4 用药特点

4.1 注重顾护脾胃,药性平和 周师认为此病责之脾胃虚弱,因此在选方用药上多选药性平和的方剂和药物,如周师常选用四君子汤治疗脾胃虚弱型 IBS,选用四逆散、痛泻要方治疗肝郁脾虚型 IBS。用药上也多选用太子参、党参、佛手、木香、藿香、佩兰等平和药物。避免应用滞气碍胃,耗伤气阴的大甘大苦之药。正如《证治汇补·泄泻》所云:“补虚不可纯用甘温,太甘则生湿,清热不可纯用苦寒,太苦伤脾,兜涩不可太早,恐留滞余邪,淡渗不可太多,恐津枯阳陷。”

4.2 重视调心安神 针对肠易激综合征患者常有抑郁、焦虑、睡眠障碍等精神情志异常的情况,周师喜用调心安神之法,常于基本方中加用合欢皮、夜交藤等,尤喜用合欢皮,因此药既入肝经又可入心经,既可解郁又可安神。如有心阴不足而出现心烦失眠、多汗等症状,可选用酸枣仁、百合、地黄等滋阴养心安神。

4.3 注重兼夹,灵活加减施治 周师认为 IBS 病机虚实夹杂,以肝郁脾虚夹湿为主,症状反复多变,治法宜标本兼治^[8]。夹湿者,常选用藿香、佩兰、白豆蔻、法半夏、陈皮、佛手、大腹皮等芳香醒脾,化湿止泻;夹气滞者,常选用木香、枳实、枳壳等行气消滞,乌药行气止痛、温肾散寒;便秘型气阴亏虚者,常重用生白术以益气养阴,用玄参清热凉血,滋阴降火,麦冬养阴生津。

5 病案举例

5.1 病例 1 患者胡某,男,36 岁,2014 年 10 月 15 日以“腹痛腹泻 5 年余”就诊。以脐周胀痛为主,痛则腹泻伴大便不尽,大便日行 2~4 次,痛甚时欲吐,自服西药(具体不详)后反酸,反复发作,食少,烦躁,寐欠佳,舌淡黯,边有齿印,苔薄白,脉细。理化检查均无异常。周师诊断为 IBS,泄泻型,辨证为肝郁脾虚夹湿,治以健脾疏肝利湿。处方:党参 20 g,炒白术 15g,白芍 15 g,佛手 10 g,木香 10 g(后下)、法半夏 10 g,乌药 10 g,延胡索 15 g,夜交藤 30 g,陈皮 10 g,防风 10 g;14 剂后,患者于 2014 年 10 月 29 日复诊,患者症状较前缓解,大概 1 个月发作 1 次,大便日行 1~3 次,寐尚可,烦躁减轻,舌脉如前,上方去夜交藤,另加合欢皮 20 g、厚朴 15 g、枳壳 15 g,续服 14 剂后,患者症状基本缓解。按语:此型为 IBS 中最常见的类型,病程一般较长,患者脾虚为本,运化失职,清浊不分而发为本病,主症泄泻,肝郁气滞,不痛

则痛,心神失调,烦躁、夜寐欠佳。方用痛泻药方疏肝健脾,加用党参健脾益气,法半夏燥湿化痰,佛手、木香、延胡索疏肝行气,乌药理气消胀,全方共奏健脾疏肝利湿之效,并先后用夜交藤、合欢皮等调心安神之品,不仅可以改善患者情志心理症状,对于患者消化系统症状的改善也往往可以收到意想不到的效果。

5.2 病例 2 患者龙某,女,28 岁,2015 年 2 月 4 日以“腹痛、便秘 2 年余”就诊。伴腹胀明显,大便 2~3 d 行 1 次,质软不爽,便意频,排不尽感明显,无口苦口干,月经周期基本正常,量少,行经 2~3 d,抑郁,烦躁易怒,夜寐尚可,尿频、尿急、尿不尽,舌淡嫩,苔薄白,脉细。理化检查均无异常。周师诊断为 IBS 便秘型,辨证为脾胃气虚夹滞。处方:太子参 15 g,生白术 30 g,厚朴 15 g,枳壳 15 g,木香 10 g(后下),当归 10 g,陈皮 10 g,乌药 15 g,延胡索 15 g,香附 15 g,槐花 20 g,大腹皮 20 g,合欢皮 20 g,砂仁 10 g;7 剂后,患者矢气较多,大便偏干,小便频次减少,舌淡黯,边有齿印,苔微黄,脉细,上方将太子参改为党参 20 g,续服 7 剂,症状缓解明显,仅腹胀较明显;继续以上方调理 14 剂,患者症状基本缓解。按语:结合舌脉,患者脾胃气虚,水谷运化不及,肠道津亏失润,传导不利发为便秘,因此,选择四君子汤为主方健脾益气,重用生白术以益气养阴,用厚朴、枳壳、木香、延胡索、大腹皮以条畅气机。该患者有抑郁、烦躁等情志症状,因此,选用了既可入肝经又可入心经的合欢皮,以养心解郁安神,获得了较好的疗效。

参考文献

[1]Simsek I.Irritable bowel syndrome and other functional gastrointestinal disorders [J].J Clin Gastroenterol,2011,45 (Suppl): S86-S88

[2]周福生,程宏辉,祝淑贞.心胃相关理论的临床应用[J].云南中医学院学报,2003,26(4):10-11

[3]解朕,王巧民.肠易激综合征与精神心理因素的关系及心理治疗[J].中国临床保健杂志,2012,15(3):334-336

[4]EI-Salhy M.Irritable bowel syndrome: diagnosis and pathogenesis[J].World J Gastroenterol,2012,18(37):5151-5163

[5]Surdea-Blaga T,Baban A,Dumintrascu DL.Psychosocial determinants of irritable bowel syndrome [J].World J Gastroenterol,2012,18 (7): 616-626

[6]朱文莲.电针不同经穴对肠易激综合征模型大鼠脑肠轴相关神经肽的影响机制[D].北京:北京中医药大学,2012

[7]姜庆宇,李华南,张玮,等.腹部推拿对便秘型肠易激综合征患者组织中脑肠肽 CGRP、SP、VIP、CCK 的影响 [J].辽宁中医药大学学报,2014,16(12):70-72

[8]程宏辉.周福生治疗肠易激综合征经验[J].中医杂志,2004,45(3): 175