

有制半夏,半夏反乌头,若与含附子的制剂如附子理中丸联用,便会出现配伍禁忌;若与含有相同成分的中药汤剂联用,则可能会出现药物用量超出安全范围。

2.4 合理引导 医生应提高自身及患者合理使用中药和中成药的意识,并可通过耐心解释、宣传教育等方法,让患者意识到中药“安全、无毒,可以长期、大量服用”的观念是错误的,从而使患者更加科学、合理的使用中药及中成药,提高患者的依从性。

3 讨论

正如张仲景所云:“药以治病,因毒为能。所谓毒者,因气味之有所偏也。”中医正是用药之偏性去纠正机体偏盛,以达到治疗的目的。因此,我们只要应用得当,便可以取得最满意的治疗效果。作为临床医生,应最大限度地发挥中药的疗效,同时应重视中药肾毒性,并了解中药肾毒性的发病机制及预防措施,尽可能地避免毒副作用的发生。只有减少中药毒副作用的发生,合理应用中药,才能使中医药得到更好、更快的发展。

参考文献

[1]孙蓉,冯群,赵庆华,等.益母草毒性研究进展[J].中国药物警戒,2014,11(2):70-73
[2]谢敏妍,杨柏雄.短期大剂量益母草对大鼠肾脏的影响[J].中国医药指南,2012,10(19):8-9
[3]孙蓉,吴旭东,刘建伟,等.雷公藤、关木通、益母草对大鼠肾毒性的比较研究[J].中药药理与临床,2005,21(2):26-28
[4]罗毅,冯晓东,刘红燕,等.益母草总生物碱对小鼠肝、肾的亚急性毒性作用[J].中国医院药学杂志,2010,30(1):7-10
[5]俞捷,王璟,赵荣华,等.益母草肾脏不良反应研究进展[J].中国中药杂志,2010,35(9):1213-1216
[6]黄伟,孙蓉,张作平.益母草不同炮制品的小鼠急性毒性实验研究[J].中国药物警戒,2010,7(2):65-69
[7]张贺,王芳,葛平,等.雷公藤不良反应及其配伍减毒增效研究进展[J].中国中医药信息杂志,2014,21(8):126-129
[8]陈利欣,李晶.雷公藤的肾毒性作用及其防治[J].山东医药,2009,49(37):113-114

[9]童静,马瑶,吴建元,等.雷公藤长期毒性作用及其时间节律性研究[J].中药材,2004,27(12):933-935
[10]孙毅,付滨.黄葵胶囊联合雷公藤多甙片治疗原发性肾病综合征临床观察[J].吉林中医药,2012,32(6):596-597
[11]杜佳林,崔明昊,苏忠伟,等.雷公藤与甘草配伍对大鼠生化指标的影响[J].实用中医内科杂志,2008,22(5):71-72
[12]田婷,陈华,冯亚龙,等.泽泻药理与毒理作用的研究进展[J].中药材,2014,37(11):2103-2108
[13]汪春飞,成旭东,顾俊菲,等.泽泻化学物质基础及其毒性研究进展[J].中国中药杂志,2015,40(5):840-846
[14]祝建辉,鲍晓荣,何华平,等.泽泻肾毒性研究[J].中药药理与临床,2007,23(3):60-62
[15]姜淋洁.泽泻不同提取物对小鼠肾毒性的研究[D].武汉:湖北中医药大学,2012.
[16]徐建兵,文竹,杨国正.细辛毒性研究进展[J].西部医学,2011,23(12):2473-2475
[17]宋立群,王丽哲,马艳春,等.细辛对大鼠肾功能及组织形态学的影响[J].中医药学刊,2004,22(11):1979-1982
[18]耿鲁骏,李保国.高效液相色谱法测定细辛及其制剂中马兜铃酸A的含量[J].化学分析计量,2005,14(2):25-27
[19] 陈文霞. 细辛长期毒性对SD大鼠肾组织形态学和功能的影响[D].武汉:湖北中医学院,2009.
[20]于悦,王亚静,皮佳鑫,等.补骨脂酚研究进展[J].山东中医药大学学报,2013,37(2):174-176
[21]张玉顺,刘玉琦,吴子伦,等.补骨脂酚对小鼠肾脏毒害作用的研究[J].中药通报,1981,6(3):30-32
[22]江芳,周昕睿,王旗,等.补骨脂酚及其与补骨脂素合用对HK-2细胞的毒性及其机制[J].中国药理学与毒理学杂志,2010,24(1):50-58
[23]胡超,汤响林,李杰,等.补骨脂醇提物对大鼠尿内源性代谢产物的影响[J].中国药理学与毒理学杂志,2015,29,(6):931-938
[24]赵子婧,巩政,史少泽,等.补骨脂及其与甘草配伍单次给药大鼠的毒代动力学及肝肾毒性初探 [J]. 中国中药杂志,2015,40(11):2221-2226
[25]李淑娟,董晓华,武海霞,等.大黄及其有效成分药理作用研究进展[J].医学综述,2005,11(1):76-78
[26]笪红远,江振洲,王翠芬,等.大黄酸和大黄素在体外对人肾小管上皮细胞的毒性作用研究[J].中草药,2009,40(1):102-105
[27]柴宝娟,李祥,陈建伟.大黄配伍前后对大鼠肝肾的影响[J].中药药理与临床,2012,28(3):66-69

(收稿日期: 2016-05-08)

肠易激综合症的中医药研究初探

张涛龙¹ 张立¹ 王小辉¹ 葛来安^{2#}

(1 江西中医药大学 2014 级研究生 南昌 330006; 2 江西省中医院 南昌 330006)

关键词: 肠易激综合征; 中医病因病机; 辨证论治

中图分类号: R574.4

文献标识码: A

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.08.049

肠易激综合征(IBS) 是一种常见的慢性肠道功能紊乱疾病, 其病因和发病机制尚不明确, 临床上主要表现为肠道功能紊乱, 与排便或排便习惯性改变

相关的腹痛, 并伴有不正常的排便及腹胀症状。根据临床症状可分为腹泻型、便秘型和混合型。西医治疗主要以解痉药、止泻药、泻药、抗抑郁药、肠道微生态

通讯作者: 葛来安, E-mail: 13970998757@163.com

制剂配合心理和行为疗法为主,疗效不甚理想,且易反复,影响生活质量。中医治疗肠易激综合征疗效显著,拥有自己的特色和优势。本文就近年来中医药治疗肠易激综合征的进展进行了综述。现报告如下:

1 病因病机

本病属于中医的“腹痛、泄泻、便秘”范畴。国家标准《中国临床诊疗术语》中明确 IBS 病名为“肠郁”。该病多因情志失调、感受外邪、调养不当、饮食不节、禀赋不足等所致。李彦哲^[1]认为本病以湿为中心,肝气郁结贯穿始终,气机失调为此病之标,脾肾阳虚为此病之本,肝郁、脾虚、肾阳不足为 IBS 的主要病机。李培^[2]根据多年临床实践经验认为,肝郁脾虚,气机升降失调,大肠传导失司是本病发病的关键病机,同时强调肺肾与本病的关系。王景秀等^[3]则主张从肺论治 IBS,认为肺主一身之气,与大肠相表里,肺的宣发肃降会影响大肠的传导功能,一身之气机不调则致腹痛、腹部不适,且肺在志为悲(忧),情志失调是 IBS 的主要病因之一,肠腑气机失调、传导功能失司而成 IBS。王立恒^[4]则认为 IBS 与心密切相关,治疗 IBS 应重视调养心神。张振中^[5]认为 IBS 病程久,反复发作,故脾胃必虚,脾虚日久生湿,发病多与情绪有关,肝主疏泄,调畅气机、情志,肝郁气滞,肝郁脾虚,气滞湿阻是本病的基本和主要病机。

2 分型与辨证论治

刘占彦等^[6]将本病分为五型施治:(1)肝气郁滞型,治以疏肝解郁,方用六磨汤加减;(2)肝郁脾虚型,治以调和肝脾止泻,方用痛泻药方加减;(3)脾虚湿盛型,治以健脾除湿止泻,方用香砂六君子汤加减;(4)脾胃阳虚型,治以温补脾肾,厚肠止泻,方用四神丸加减;(5)阳明热结型,治以养阴除热,润肠通便,方用增液承气汤加减。李培^[2]认为治疗本病应以“六腑以通为补”为总则,并将其分为四型论治:(1)脾胃虚弱型,方用七味白术散加味;(2)肝郁脾虚型,方选四逆散加味;(3)脾胃湿热型,方选甘露消毒丹加味;(4)脾肾阳虚型,以腹泻为主者方选四神丸合五苓散加味,以便秘为主者方选四逆散合济川煎加味。冀萍等^[7]将本病辨证分为三型:(1)肝郁脾虚型,治以抑肝扶脾,方用痛泻药方加减;(2)脾胃虚弱型,治以健脾益胃,方选参苓白术散加减;(3)肾阳虚衰型,治以温肾健脾、固涩止泻,方选四神丸加味。肖艳辉^[8]则将本病分为八型论治:(1)肝气乘脾型,治以抑肝扶脾,调和气机,以痛泻要方为代表;(2)脾胃虚弱型,治以健脾益气,和胃渗湿,以参苓白术散为

代表;(3)脾肾阳虚型,治以温补脾肾,固涩止泻,以附子理中汤、四神丸为代表;(4)肝郁气滞型,治以顺气行滞,降逆通便,以六磨汤、柴胡疏肝饮为代表;(5)肝脾不和寒热夹杂型,治以泄木安土,寒热同调,以乌梅丸为代表;(6)脾胃阴虚型,治以养阴润便,以麻仁丸、增液汤为代表;(7)湿浊困脾型,治以健脾和胃燥湿,以胃苓汤、二陈汤为代表;(8)瘀阻肠络型,治以化淤通络,和营止痛,以少腹逐瘀汤为代表。范春琦^[9]依据临床上痛和泻的前后关系将腹泻型 IBS 分为三型:(1)泻前腹痛,辨证为肝气郁滞,横逆侵犯脾胃证,治以疏肝理气,健运脾胃,方用柴胡疏肝散、四逆散加减;(2)泻中腹痛,辨证为饮食停滞,气机不畅,治以消食导滞,调畅气机,方用保和丸、枳实导滞丸加减;(3)泻后腹痛,辨证为脾胃虚弱,肝气郁滞,治以温补脾胃,疏肝祛风,方用痛泻要方、六君子汤、参苓白术散加减。

3 经方治疗

左振素^[10]认为本病早期多属于肝郁脾虚,后期累及肾,表现为脾肾阳虚,故治疗以疏肝健脾、温肾健脾、化湿止泻为法,尤以疏肝健脾为主,主用痛泻要方加减,每获捷效。曾勇等^[11]认为本病以中虚为本,湿阻气机为标,多因内伤饮食或情志不畅致脾胃受损,运化失健,遂生寒湿,湿热或寒郁久化热,寒热错杂,主用半夏泻心汤治疗本病,疗效较好。沈文^[12]运用参苓白术散加减(党参、炒白术、茯苓、白扁豆、生山药、生薏苡仁、莲子、淡吴茱萸、五味子、炙甘草、苍术,腹胀明显加白芍、肉桂、防风,湿热者加黄柏,肾虚者加补骨脂、肉豆蔻)治疗腹泻型肠易激综合征 33 例,结果显效 24 例,有效 6 例,无效 3 例,总有效率 90.9%。张晓彬^[13]将 86 例腹泻型 IBS 门诊病例随机分为两组,治疗组口服谷维素、双歧杆菌和复方地芬诺酯治疗;观察组用自拟痛泻要方(炒白术、白芍、防风、陈皮、炒升麻、吴茱萸、补骨脂、五味子、肉豆蔻、藿香、厚朴、半夏、茯苓、生姜、红枣)治疗,1 个月为 1 个疗程。结果治疗组的总有效率为 46.51%,观察组的总有效率为 100.00%,观察组的治疗总有效率明显优于对照组。

4 专方治疗

李建华等^[14]认为痛、泻产生的基础是脾虚,肝郁则是致病的关键,久病累及于肾,并运用升阳除湿汤(炒苍术、陈皮、防风、茯苓、麸炒白术、升麻、柴胡、羌活、白芍、甘草、猪苓、泽泻、炒麦芽、炒谷芽、白蔻仁)治疗腹泻型肠易激综合征,疗效显著。苑静^[15]将腹泻型 IBS 患者随机分为两组,观察组用资生汤加减

(山药、茯苓、党参、白术、焦山楂、神曲、炒麦芽、木香、砂仁、陈皮、泽泻、甘草),对照组用蒙脱石散,结果观察组的总有效率 92.5%明显优于对照组的 75.0%。余秋焕^[16]运用益气养阴汤治疗老年便秘型肠易激综合征 62 例,治疗组服用益气养阴汤,对照组口服谷维素、维生素 B₁、乳果糖,治疗期间两组均忌食辛辣烟酒,多吃富含纤维素食物,适当运动,定时排便,结果治疗组治愈 30 例,显效 15 例,有效 10 例,无效 7 例,总有效率 88.7%;对照组治愈 10 例,显效 14 例,有效 9 例,无效 25 例,总有效率 56.9%。谭海川^[17]以健脾疏肝的中药治疗腹泻型肠易激综合征 95 例,其中治疗组 56 例,采用自拟中药方治疗,药物组成:防风、白术、苍术、白芍、陈皮、甘草、车前子(包煎)、莲子、淮山。对照组 39 例,口服盐酸洛哌丁胺,均治疗 6 个月,结果治疗组总有效率 92.9%,对照组总有效率 74.4%。

5 其他治疗

张应刚等^[18]将 IBS 患者随机分两组,其中西医治疗对照组 30 例,予以西药匹维溴铵 50 mg/ 次,3 次 /d, 双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊,3 粒 / 次,2 次 /d, 谷维素 30 mg/ 次,2 次 /d; 中西医结合治疗组 36 例,在上述西药治疗的基础上予以中药自拟方(党参、炒白术、炒防风、炒白芍、陈皮、柴胡、枳壳、山药、炒薏苡仁、茯苓、炙甘草),结果中西医结合治疗组总有效率为 97%, 高于西医对照治疗组总有效率 83%, 差异有统计学意义, $P<0.05$ 。李润楠等^[19]运用枢机散(柴胡、半夏、黄芩、陈皮、炒升麻、防风、蝉蜕、白芍、炙甘草)敷脐,配合身心疗法治疗,临床疗效满意。毛志龙^[20]将 98 例便秘型 IBS 门诊患者随机分为两组,对照组单用加味柴胡疏肝散(柴胡、白芍、陈皮、枳壳、川芎、香附、郁金、党参、白术、槟榔、紫苏梗、火麻仁、酸枣仁、炙甘草)治疗,治疗组用加味柴胡疏肝散联合穴位贴剂(木香、厚朴、延胡索、桃仁制成粉末,加适量蜂蜜调制而成)贴敷神阙穴、天枢、中脘及双侧足三里治疗,2 周为 1 个疗程,均连续治疗 2 个疗程。结果治疗组的总有效率为 83.7%, 高于对照组的 67.3%, 差异有统计学意义, $P<0.05$ 。

6 问题与展望

肠易激综合症病程长,病情缠绵,易复发,治疗难度较大,西医在其发病机制方面探索尚未明了,缺

乏特效的治疗, 中医采用辨证与辨病相结合的治疗原则,在缓解患者症状、提高生活质量、改善预后方面存在着一定的优势, 但缺乏统一的诊断标准和辨证分型。我们相信,随着信息技术及中医的发展,中医药在该病上的治疗上一定能取得长足的发展。

参考文献

[1]李彦哲.肠易激综合征的中医辨证论治[J].中西医结合心血管病杂志(电子版),2015,3(7):50-52
[2]樊斗霜,马兰,唐军伟.李培治疗肠易激综合征经验[J].中国中医药咨讯,2010,2(32):137-138
[3]王景秀,林平.肠易激综合征从肺论治浅析[J].浙江中医药大学学报,2011,35(1):9-17
[4]王立恒.中医治疗肠易激综合症应重视调养心神[A].2010 广东省中医、中西医结合脾胃消化病学术会议论文汇编[C].2010
[5]鱼涛.张振中治疗肠易激综合征临床经验[J].陕西中医,2012,33(10):1379-1381
[6]刘占彦,檀森.肠易激综合症的中医辨证治疗[A].2010 年中国杭州国际便秘专题学术论坛[C].2010
[7]冀萍,邓美玲,蒋加明.肠易激综合征的中医治疗[J].中国民间疗法,2012,20(6):67-68
[8]肖艳辉.中医治疗肠道易激综合征[J].中医临床研究,2010,2(16):102-103
[9]刘存勇.范春琦治疗腹痛而泻经验总结[J].中国临床医生杂志,2015,43(5):86-88
[10]庄步辉,周明爱.中医药治疗肠易激综合征的经验[J].内蒙古中医药,2010,29(4):27-28
[11]曾勇,练雄珍,林乐泓.半夏泻心汤治疗肠易激惹综合征临床疗效观察[J].中国医药导报,2009,6(19):127-128
[12]沈文.参苓白术散加减治疗腹泻型肠易激综合征 33 例[J].内蒙古中医药,2011,30(5):52-53
[13]张晓彬.腹泻型肠易激综合征的中医治疗临床观察[J].基层医学论坛,2014,18(20):2681-2682
[14]李建华,王德俊,张晓雪.升阳除湿汤治疗腹泻型肠易激惹综合征临床研究[J].光明中医,2014,29(1):55-57
[15]苑静.资生汤加减治疗腹泻型肠易激综合征临床观察[J].中外健康文摘,2010,7(8):77
[16]余秋焕.益气养阴汤治疗老年便秘型肠易激综合征 62 例[J].光明中医,2014,29(11):2327-2328
[17]谭海川.健脾疏肝治疗腹泻型肠易激综合征 95 例[J].中医临床研究,2011,3(16):32-33
[18]张应刚,郭营.中西医结合治疗肠易激综合征 66 例观察[J].中国伤残医学,2015,23(1):137-138
[19]李润楠,王绍臣,高午,等.腹泻型肠易激综合征的中医治疗体会[J].中国中医急症,2011,20(1):163
[20]毛志龙.加味柴胡疏肝散联合穴位贴敷治疗便秘型肠易激综合征疗效分析[J].浙江中西医结合杂志,2015,25(7):658-660

(收稿日期: 2016-15-19)