

引用: 韦静, 梁琪, 曾思敏, 罗鹏基, 刘熙荣, 林华胜, 周衡, 李生发, 程臣, 牟丽环. 黄贵华治疗腹泻型肠易激综合征经验[J]. 湖南中医杂志, 2020, 36(2): 23-25.

黄贵华治疗腹泻型肠易激综合征经验

韦静¹, 梁琪¹, 曾思敏¹, 罗鹏基¹, 刘熙荣², 林华胜², 周衡², 李生发²,
程臣², 牟丽环² 指导 黄贵华^{1,2}

(1. 广西中医药大学, 广西 南宁 530001;

2. 广西中医药大学第一附属医院, 广西 南宁 530001)

【摘要】 介绍黄贵华教授治疗腹泻型肠易激综合征(IBS-D)的经验。黄教授认为, 本病外因主要与感受外邪及饮食不当有关, 内因为脾阳不足。临床上前期辨证为寒湿内生证和湿热蕴结证论治, 其中寒湿内生证中, 邪偏上焦者予桂枝法加减治之, 偏中焦者予理中法或附子理中法加减治之, 偏下焦者予四逆法或寒湿风扰法加减治之; 湿热蕴结证中, 上焦湿热者予藿香法治之, 中焦寒热错杂者予半夏泻心汤治之, 下焦湿热者予黄连阿胶汤治之, 三焦寒热错杂者予乌梅丸治之。后期调理由脾肾阳虚证和肾阴亏虚证, 分别予淫羊藿法加减、甘酸固涩法治之。并附验案2则, 以资佐证。

【关键词】 腹泻型肠易激综合征; 中医药治疗; 名医经验; 黄贵华

【中图分类号】R259.744 **【文献标识码】**A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.02.009

根据《肠易激综合征中西医结合诊疗共识意见(2017年)》^[1]发布的罗马IV诊断标准, 将肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)分为IBS便秘型(IBS-C)、IBS腹泻型(IBS-D)、IBS混合型(IBS-M)和IBS不定型(IBS-U)4种类型, 其中我国以IBS-D最为常见。目前西医主要以止泻剂或通便剂、解痉剂、活菌制剂等对症治疗, 疗效不稳定。黄贵华教授从事临床、教学及科研工作三十余载, 善用《伤寒论》等中医经典理论及扶阳学派思想论治脾胃肝病及疑难病症。笔者有幸跟师学习、聆听教导和临床伺诊, 体会老师临证思辨的过程及特点, 受益匪浅。现将黄教授中医辨证治疗IBS-D的经验介绍如下。

1 病因病机

黄教授认为, IBS-D的外因主要与感受外邪及饮食不当有关, 两者常相互影响, 共同为患。六淫致病, 以湿邪为主要病理因素, 常兼夹寒、热、暑等病邪; 脾胃为仓廪之官, 饮食不当, 脾胃受损, 其运化腐熟水谷失常, 则易发腹泻。其内主因脾阳不足, 饮食难化, 则腹内不和, 脾运失职则发泄泻, 日久可累及肾阳, 命门火衰, 釜底无薪, 脾阳受困, 则水湿下行而作泄。其病机关键在于脾肾阳虚和寒湿、湿热蕴结, 以寒湿、湿热蕴结为标, 脾肾阳虚为本。

2 前期辨证诊疗

2.1 寒湿内生证 邪偏上焦治宜开发太阳。六淫之

邪自外而来伤人, 治疗当因势利导, 宣发太阳, 引邪外出, 使邪从皮毛而解, 予桂枝法加减治之。处方: 桂枝尖15g, 白术(或苍术)15g, 淫羊藿15g, 南山楂15g, 生姜20g, 饴糖炙甘草10g, 白豆蔻15g, 吴茱萸3~9g, 陈皮15g, 姜半夏15g。临证中可酌加茯苓健脾利湿; 砂仁走中焦, 理脾胃之气; 心神不宁者, 加茯神或朱茯神15g, 养心安神; 湿浊重者, 加五灵脂15g, 泄浊化痰。方中桂枝尖气味辛温, 引邪从皮毛而出; 淫羊藿温补肾阳; 白术(或苍术)泄土之湿, 其中“有汗用白术, 无汗用苍术”; 南山楂酸收, 化积谷顽食; 姜半夏和胃; 陈皮、白豆蔻宽中行气; 生姜、吴茱萸辛温散寒; 甘草调和药性。此法适用于腹泻兼夹表证者。

邪偏中焦治宜调理脾胃。脾胃者, 一阴一阳, 一升一降, 为气机运转之枢纽, 二者阴阳相调, 升降相宜, 燥湿相济则泻止, 且IBS-D患者久病可伤及肾阳, 应先予理中焦, 健脾胃, 后期方可补下焦, 予理中法加减治之。处方: 人参、干姜、白术各15g, 炙甘草10g。临证中, 炙甘草可选用饴糖炙甘草, 取其微温之性; 此外常可合用理气畅中之陈皮、焦神曲、焦山楂、吴茱萸, 使温中有运, 静中有动。若阳虚较重, 可将生晒参改为红参, 另加白附片30~45g(先煎1h)增强补脾助阳之力。亦可加干姜、肉桂、小茴香等。方中人参、炙甘草健脾补虚; 干姜温中散寒, 健运脾胃; 白术益脾气以助其运, 共奏益气健脾、温中祛寒之功效。

基金项目: 国家自然科学基金项目(GJJ14021); 广西中医药大学名中医黄贵华传承工作室建设项目(桂卫中医发[2017]2号)

第一作者: 韦静, 女, 2017级硕士研究生, 研究方向: 中医药防治脾胃病

通讯作者: 黄贵华, 男, 教授, 博士研究生导师, 研究方向: 中医药防治脾胃病, E-mail: hgh8828@163.com

此法适用于食欲下降、腹胀腹泻、水谷不化等脾阳虚表现者。此外,黄教授亦善用扶阳医学理中法即附子理中法调补脾胃之阳。处方:制附片(先煎2h)90g,生贡术(即白术)15g,淫羊藿20g,炙甘草15g,生姜90g,上安桂15g,补骨脂20g,西砂仁15g。临证化裁:阳虚者,加用巴戟天、益智仁、菟丝子与淫羊藿、上安桂相伍以益精温肾助阳;脉弦紧,肝阳不畅者,加公丁香以暖肝温肾;脾胃较弱,食不下者,加草果(即老蔻)以益胃气助脾运化。方中附子大辛大热大毒,至刚至烈,能通达上下内外以温肾水,佐以贡术补脾土,使脾土运化有方,津液化生有源,先后并茂;淫羊藿引阳入阴,水火互助,先后交固;生姜、炙甘草益火补土,强健脾胃;安桂能生离火,火旺则土生,土胜则气机宣降如常;西砂仁纳后天之气,归于坎宫;补骨脂入坤土,以助先天肾阳。先天得后天充养,后天赖先天资生,循环往复,则生生不息矣。此法用于扶脾胃之中阳。

邪偏下焦治宜温补肾阳。肾阳虚衰多为脾阳不足进一步发展,脾肾为先后天之本,脾需得肾阳之温煦方能健运,若肾阳不足,火不暖土,又将进一步加重脾阳虚衰,故治之当补火助阳,予四逆法或寒湿风扰法加减治之。四逆法处方:附子(先煎2h)60g,干姜20g,饴糖炙甘草10g。临证中,附子多选用道地药材四川江油白附片,且此处附子直入坎中补火助阳,用量宜大,可用60~90g,而在理中汤证中,若阳虚明显加用附子30~45g即可,正所谓“治中焦如衡、非平不安,治下焦如权、非重不沉”;此外可将干姜改为炮姜,炮制后守而不走、直达入肾;另加肉桂、淫羊藿、巴戟天、补骨脂增强温肾助阳之功;加白术、小茴香益气暖脾,温后天以助先天;砂仁纳气归肾;枳壳行气宽中,使全方补而不滞。此法适用于腹中冷痛,大便烂而无臭味、夹不消化食物,手足冰凉等表现者。方中附子辛热补火助阳,干姜辛温散寒,饴糖炙甘草甘温益气补中,共奏温肾驱寒之功。寒湿风扰法处方:白附片(先煎2h)60g,白术45g,干姜30g,清半夏45g,炒车前子30g,独活30g,炙甘草15g。方中白附片、炙甘草、干姜补火助阳,纳下归根;白术化中土之湿,随附子化气行水;加以独活由内而外,驱风逐浊,借附子温化坎水之机,使阴霾之邪从皮毛而解;清半夏降湿浊归于呕中,二药合用使邪气上下分消;更加一味车前子,济生肾气,泄下同时又可滋补肝肾。

2.2 湿热蕴结证 上焦湿热者,予藿香法治之。处方:广藿香15~20g,苍术15g,茯苓15g,姜半夏15g,陈皮15g,白豆蔻15g,薏苡仁60g,焦神曲15g,焦山楂15g,饴糖炙甘草10g。热重者,可加黄连、黄芩、葛根清热。方中广藿香、白豆蔻芳香化湿,犹如大风将地

上之积水吹干;薏苡仁、茯苓利水渗湿,犹如铁锹挖沟排水,四药合用,通上达下。此处不用干姜、肉桂,是因患者体内本有湿热之邪,其性温,恐有助热之弊,故弃之。姜半夏、陈皮、苍术理气燥湿;焦神曲、焦山楂消食化积、通调胃肠;炙甘草调和诸药以和中。此法适用于肠鸣泄泻、胸闷、脘痞纳呆、口不渴或渴不欲饮等湿重于热表现者。

中焦寒热错杂者,予半夏泻心汤治之。处方:姜半夏15~30g,黄连3~6g,黄芩10g,干姜10~15g,党参15g,饴糖炙甘草10g。口干口苦者,可加木蝴蝶或蒲公英。方中半夏、干姜合用辛开散结除痞,辛温散寒和中;配黄芩、黄连苦降泄热开痞;陈皮、白豆蔻宽中行气;焦神曲、焦山楂消食化积,截断湿热之源。然中虚脾胃运化无力,又有助寒热互结之弊,邪气乘虚内陷,致使气机升降失常加重,故以党参、炙甘草甘温益气补虚,以助脾胃推动气机升降枢。诸药合用,寒去热清,苦辛并进,调其升降,合其阴阳,使气机升降有序,诸症自除。此法适用于腹痛腹泻,大便稀烂,畏寒喜暖,烦渴,四肢不温,舌质红、苔黄腻,脉弱等寒热错杂表现者。

下焦湿热者,予黄连阿胶汤治之。处方:黄连、黄芩各15g,白芍20g,阿胶15g,鸡子黄2枚。方中以黄连、黄芩之苦寒清泻肠中热毒,苦燥厚肠;阿胶、鸡子黄甘润滋阴补血,使阴长火消;白芍酸收敛阴以泄邪热,邪祛则大肠功能自复。此法适用于腹痛泄泻,肛门灼热,粪色黄褐而臭,小便短赤,心烦口渴,夜寐不安等证。

三焦寒热错杂者,予乌梅丸治之。处方:乌梅15g,黄连6g,黄芩10g,人参10g,当归15g,细辛3g,桂枝尖15g,白附片10g,花椒10g,干姜10g。食积者,加焦神曲、焦山楂;寒重者,去黄连、黄柏。方中乌梅酸平以涩肠止泻;配合细辛、桂枝、干姜、附片、花椒辛温以温肾暖脾而助运祛寒;黄连、黄柏苦寒,清热燥湿;人参、当归补益扶正。全方酸、苦、辛、甘并进,寒热并行,邪正兼顾。此法适用于久泻不止、腹痛绵绵、胸中烦热、四肢不温等寒热错杂表现者。

3 后期调理

3.1 脾肾阳虚证 脾肾为先后天之本,二者相互促进,相互资生,IBS-D患者久病不愈,或因脾阳久虚不能充养肾阳,或因肾阳虚衰不能温养脾阳,终致脾肾阳气俱衰,治当温补脾肾,予淫羊藿法加减治之。处方:淫羊藿30g,白术15g,茯苓(或茯神)15g,炮姜15g,生姜20g,小茴香20g,饴糖炙甘草10g。寒甚者,加白附片、生姜、肉桂(油);腹痛甚者,加吴茱萸;便血者,加地榆炭;腹胀明显、里急后重者,加蒲黄炭。方中淫

羊藿温补肾阳而不燥,白术、茯苓健脾渗湿,炮姜、生姜温脾胃之阳,小茴香温补下焦,且能引阳气下行,怡糖炙甘草调和诸药。此法适用于泻下完谷不化,腹胀,腹部冷痛,饮食减少,形寒肢冷等脾肾阳虚表现者。

3.2 肾阴亏虚证 久泻多伤肾阴,阴阳本为互根,肾阴亏虚则肾阳无以化生,釜底无薪,火不暖土,治当以四逆理中之辈,然阴津不足者,补火温土显而不宜,予甘酸固涩法治之。处方:炒乌梅 15g,生晒参 15g,赤石脂 10g,禹余粮 10g,干姜 6g,大米适量。方中乌梅与人参酸甘化阴,益气生津,余药仿赤石脂禹余粮丸、桃花汤之意,干姜少许以反佐。

4 典型病案

案1 林某男,24岁,2018年9月3日初诊。主诉:腹痛腹泻2年。患者诉2年前因患过敏性紫癜,经治疗(具体不详)后反复出现腹痛腹泻,大便日行5~6次,内夹不消化食物,无血便,泻后痛减,平素畏寒,多汗,口干口苦,偶有胸闷心慌,纳可,寐欠佳,小便频数,舌淡红,苔薄白,脉滑。处方:桂枝尖 15g,白术 15g,淫羊藿 15g,南山楂 15g,生姜 20g,白豆蔻 15g,砂仁 15g,鹿角霜 30g,炒麦芽 15g,白附片 15g。7剂,每天1剂,水煎服。9月20日复诊:诉上症仍存,舌脉象大致同前。初诊予7剂通路方开路后,复诊黄教授调整处方如下:白附片(与粳米 10g同煮先煎 30min) 30g,干姜 30g,炙甘草 15g,补骨脂 15g,五味子 10g,白豆蔻 20g,吴茱萸 6g,人参 10g。7剂,水煎服。10月8日三诊,患者诉大便已成形,次数较前减少,日行1~2次,仍时有不消化食物,偶见有泡沫,无黏液血便、腹痛,仍畏寒,多汗,纳可,寐欠佳,小便少,舌质淡红,苔薄白,脉细。守上方去五味子,加鹿角霜 30g。7剂,水煎服。

按语:初诊时黄教授不直接予四逆法治之,是因恐其通路未开,温补不得预期之效,故先予扶阳医学建中法作为开路之方。方中桂枝尖气味辛温,拨动太阳透达少阴,使得内外通达,为后期变方治疗开辟通路;白术泄中土之湿;淫羊藿、鹿角霜、白附片温补肾阳以暖脾土;南山楂酸收化积谷顽食,炒麦芽增消食之力,尚可健脾和胃;陈皮、砂仁、白豆蔻理气开胃,燥湿醒脾;生姜温胃散寒。景岳有云“肾为胃关,开窍于二阴,所以二便之开闭,皆肾脏之所主,今肾中阳气不足,则命门火衰……即令人洞泄不止也。”汪昂有言“久泻皆由肾命火衰,不能专责脾胃。”故泻痢日久多责脾肾阳虚,见虚寒之象。复诊时,黄教授调整予四逆法加减治之,脾肾兼顾,温暖下元,命门火旺则可上煦脾土,脾之运化功能如常,久泻便可自己。方中以附子补火助阳,粳米与附子同煮,滋脾安胃止腹痛;干姜辛热,与附子相须配伍,以增其温阳之力,又温中散寒;炙甘草益气补中,又可甘缓姜附辛热峻烈之性;补骨脂温

肾助附子壮元阳而温脾土;五味子温敛收涩,固肾止泻;吴茱萸温暖脾肾以散阴寒;加白豆蔻增其温中之功。然久泻易伤及气阴,兼见口干、口苦、心烦胸闷、汗多等气阴两虚之象,故酌予人参益气生津,亦有健脾安神之效。三诊,患者症状较前明显好转,其效可证,黄教授于原方基础去五味子酸收,改予鹿角霜既可收敛,又可温补其肾。仍要求患者予粳米 10g与白附片同煎,此为黄教授治疗脾胃病用药特色,取粳米滋脾安中之功。

案2 黄某男,54岁,2018年9月26日初诊。主诉:腹泻反复发作6年。患者自诉6年前无明显诱因反复出现腹泻,时呈水样,内夹不消化食物,日行十余次,夜间尤甚,无黏液脓血便,腹泻与情志变化有关,心情差及着凉后易发作,口干,无口苦,纳尚可,寐欠佳,小便正常,舌暗淡,苔白,脉弦。处方1:白附片(先煎 2h) 60g,干姜 30g,白术 20g,车前子 30g,独活 15g,怡糖炙甘草 15g,砂仁 15g,豆蔻 15g,补骨脂 15g,鹿角霜 20g,炒麦芽 15g。4剂。处方2:守上方,白附片减至(先煎 30min) 30g,6剂。嘱患者先服方1,再服方2,每天1剂,水煎 200ml分早晚2次温服。10月8日复诊:诉大便情况明显好转,已成形,仅时有糜烂,每天2次,纳可,睡眠质量较前好转,小便调,舌淡红,苔薄黄,脉弦。患者症状明显改善,疗效显著,观其舌脉,知其肾阳渐复。

按语:本案患者症状与案1不尽相同,但细辨其证,其根本同属于脾肾阳虚,且该患者病情轻重与天气变化有关,故予寒湿风扰法治之,加补骨脂、鹿角霜二药温肾助阳、收涩固肾;砂仁、豆蔻温中行气,炒麦芽健脾和胃。处方1取白附片 60g,以求速救肾阳之效,处方2白附片减半,以防温阳太过之弊。

由上述两则病案可知,黄教授虽力倡经方,但也并不拘泥于古方,根据临床四诊辨证施治,灵活取舍,做到古方今用。

5 体会

目前,IBS-D病因病机尚不完全明确,随着其发病率逐年攀升,人们生活质量和健康水平受到严重影响。单纯的西医治疗其疗效尚无法达到预期效果,更突显了中医药治疗IBS-D的优势,但临床上对于IBS-D辨证分型及选方用药,各家意见不一,疗效参差不齐。故而笔者认为,对于中医临床实践中遇到的疑难病症,应当以中医经典为基础进行辨析,巧妙结合现代医学理论,“古今接轨”,为治疗临床疑难杂病寻求新方法,为发展人类健康事业开拓新途径。

参考文献

- [1] 李军祥,陈静,唐旭东,等. 肠易激综合征中西医结合诊疗共识意见(2017年)[S]. 中国中西医结合消化杂志,2018,26(3):227-232. (收稿日期:2019-02-26)