

引用:严子谦,邓娜. 脾虚湿盛型肠易激综合症的中医研究进展[J]. 湖南中医杂志,2021,37(5):182-184.

# 脾虚湿盛型肠易激综合症的中医研究进展

严子谦,邓娜

(湖南中医药大学,湖南长沙,410208)

[关键词] 肠易激综合征;脾虚湿盛证;中医药疗法;综述;学术性

[中图分类号]R259.744 [文献标识码]A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.05.064

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是目前临床上常见的一种慢性功能性肠道疾病,其特点是以腹痛或腹部不适为主,伴有大便性状及排便习惯的改变<sup>[1]</sup>。临床上将 IBS 根据罗马 III 标准分为腹泻型( IBS-D)、便秘型( IBS-C)、混合型( IBS-M)和不定型( IBS-U)4种亚型,其中又以 IBS-D 最为常见。目前尚未完全阐明 IBS 的发病机制,一般认为影响 IBS 发病的因素包括胃肠动力学异常、内脏感觉异常、肠黏膜屏障异常、免疫与感染、脑-肠轴失调、精神社会心理因素与遗传因素等<sup>[2]</sup>。根据 IBS 主要临床表现,中医学将其归于“泄泻”“便秘”“腹痛”范畴<sup>[3]</sup>。关于脾虚湿盛型 IBS 的症状,在各种经典中也可找到相应的记载,如《素问·阴阳应象大论》载:“风盛则动……湿盛则濡泻”;《素问·脏气法时论》载:“脾病者……虚则腹满,肠鸣飧泄”;《类经·卷三十》记载了肝脾与泄泻的关系:“木强则侮土,故善泻也”;《医宗必读》中亦有论述脾虚生湿导致的泄泻:“脾土强者,自能胜湿,无湿则不泄”。脾虚湿盛型 IBS 作为临床上胃肠疾病方面常见的证型之一,其诊断与治法的归纳对于日后的治疗与研究具有重要意义,笔者将近年来脾虚湿盛型 IBS 的中医临床研究进展综述如下。

## 1 诊断依据

郑立升提出脾虚湿盛型 IBS 表现为大便时溏时泻,反复发作,饮食方面稍有偏颇即导致大便次数增多,并出现水谷不化的现象<sup>[4]</sup>。任才厚<sup>[5]</sup>认为脾虚湿盛型 IBS 其症状表现为腹痛或不适、大便稀溏,缠绵反复,饮食偏于寒凉或者多食肥甘厚腻则大便次数增多,同时伴面色萎黄、神疲倦怠、脘腹满闷、纳差食少等症状,舌淡胖、边有齿痕,苔白腻,脉弱。不同医家对脾虚湿盛证的诊断各有见解,但其描述中都有共同症状表现,如反复便溏、神疲乏力、舌淡、苔白腻、脉弱等。《肠易激综合征中医诊疗专家共识意见(2017)》<sup>[3]</sup>中指出脾虚湿盛型 IBS 的主要症状表现为大便溏泻、腹痛隐隐,其次症表现为劳累、受凉后发作或加重、神疲倦怠,伴有

纳呆、舌淡、舌边可有齿痕,苔白腻,脉虚弱。

## 2 病因病机

中医学认为,本病病因多与先天禀赋不足和(或)后天失养,饮食不节、感受外邪、情志失调有关<sup>[3]</sup>。后世医家对其病因病机又有诸多阐发。徐景藩认为“脾虚湿盛为其发病之本,湿热瘀血是其发病之标,病久不愈则可恙及肝肾”<sup>[6]</sup>。沈舒文认为脾虚湿盛型 IBS 由脾虚失运、湿滞气机或脾虚清阳不升,湿浊壅滞大肠所致,前者脾虚则不能收纳、运化精微,以致水湿清浊混杂而下形成腹泻,脾气不能升运,则大便秘结。是故“脾虚湿盛则泄,脾呆气滞则结”,治宜健脾渗湿、理气行滞;后者脾虚不升清而反下陷,则成腹泻,脾不运转,谷不为精,反成湿滞,湿滞于肠,腹气不降则大便滞,治宜运脾升阳、渗湿导滞<sup>[7]</sup>。唐喜玉认为,脾气虚弱,脾失健运而致湿浊内生,进而下注大肠,阻遏气机及血行,相互搏结而形成泄泻,治宜补气健脾、除湿止泻<sup>[8]</sup>。张声生等<sup>[3]</sup>认为素体脾胃虚弱或久病伤脾而导致脾失健运,运化失司,则可产生水湿、食积、痰瘀等有形实邪,阻滞中焦气机,进而导致肠道功能紊乱,治宜化湿消滞、健脾益气。

## 3 治疗方法

3.1 中药内服 脾虚湿盛型 IBS 现临床主要运用参苓白术散或部分自拟方进行治疗。王红霞等<sup>[9]</sup>运用参苓白术散加减对照马来酸曲美布汀分散片治疗脾虚湿盛型 IBS 患者各 35 例,总有效率治疗组为 91.43%,高于对照组的 77.14%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。周燕<sup>[10]</sup>运用自拟方醒脾祛湿饮(茯苓 20 g、党参 15 g、泽泻 10 g、黄芪 20 g、山药 25 g、肉豆蔻 30 g、炒薏苡仁 25 g、佩兰 15 g、藿香 10 g、炒白术 20 g、芡实 10 g、炙甘草 10 g)治疗脾虚湿盛型 IBS 65 例,对照组 65 例口服匹维溴铵片进行治疗,结果显示其总有效率治疗组为 92.31%,对照组为 76.92%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。陈建新等<sup>[11]</sup>采用久泻宁颗粒加减治疗 IBS-D

基金项目:湖南省教育厅项目(17C1612);湖南中医药大学中医学国内一流建设学科项目(2018ZYX21);湖南中医药大学校级科研基金项目(2018XJJJ18)

第一作者:严子谦,男,研究方向:中医学

通讯作者:邓娜,女,医学硕士,讲师,研究方向:脾胃病防治及《内经》教学研究,E-mail:243671178@qq.com

脾虚湿盛证 64 例, 对照组 60 例采用口服马来酸美布汀胶囊治疗, 结果显示总有效率治疗组为 95.3%, 高于对照组的 91.7%, 证实久泻宁颗粒加减治疗 IBS-D 脾虚湿盛证疗效确切。

3.2 针灸 目前, WHO 已将“泄泻”作为针灸疗法的优势病种之一<sup>[12]</sup>, 其在治疗脾虚湿盛型 IBS 方面也有其独到之处。研究显示, 针刺具有镇痛、双向调节肠道运动、调节脑肠肽、神经系统和免疫系统的作用<sup>[13]</sup>, 而艾灸在改善患者腹痛、腹泻、腹胀的症状上优势明显, 热敏灸尤甚<sup>[14]</sup>。林智源<sup>[15]</sup>采用健脾止泻法(取穴太溪、大都、商丘、支沟、阴陵泉、束骨穴)治疗脾虚湿盛型 IBS 患者, 其有效率为 84.38%; 对照组口服匹维溴铵, 其有效率仅有 61.29%, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 证实健脾止泻针刺法的临床疗效优于口服匹维溴铵。孙令军等<sup>[16]</sup>采用腧穴热敏化悬灸疗法(主穴取足三里、关元、命门、天枢、大肠俞)治疗脾虚湿盛型 IBS 患者, 有效率为 85.0%, 明显优于采用马来酸曲美布汀胶囊口服治疗的对照组(有效率为 67.5%), 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。韩秀芬<sup>[17]</sup>采用参苓白术散加味结合针刺(选穴足三里、双侧合谷、天枢、上脘、关元)对照蒙脱石散治疗脾虚湿盛型 IBS 患者各 30 例, 治疗组治疗总有效率为 96.67%, 明显高于对照组的 53.33%。综上所述, 以上研究证实针灸疗法在脾虚湿盛型 IBS 治疗方面的疗效优于匹维溴铵以及马来酸曲美布汀胶囊口服治疗, 且参苓白术散加味结合针刺治疗脾虚湿盛型 IBS 疗效较佳。

3.3 穴位敷贴 穴位敷贴疗法是以经络学说为依据的一种中医传统外治法, 其优点是可以持续刺激穴位, 并通过络脉直接将药物送达脏腑, 避免了胃肠道对药物作用的影响、肝的首关消除效应以及药物对上消化道的刺激等<sup>[18]</sup>。栾彦鹤等<sup>[19]</sup>予以对照组参苓白术散随症加减结合针刺治疗, 治疗组加予敷贴治疗, 总有效率为 90%; 对照组为 66.7%, 且治疗组患者的症状积分也较对照组明显降低。王艳艳<sup>[20]</sup>使用具有益气健脾、祛湿疏肝作用的穴位敷贴(主穴中脘、肝俞、脾俞、胃俞及足三里)联合匹维溴铵片治疗 IBS-D, 对照组予匹维溴铵片及复方乳酸菌胶囊治疗, 结果显示总有效率治疗组为 87.88%, 对照组为 66.67%, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。以上研究皆证实联合敷贴治疗可以明显提高脾虚湿盛型 IBS 的临床有效率。

3.4 中药保留灌肠 保留灌肠法的优点在于可以使药液直达病位并持续作用一段时间, 适用于病位在左半结肠的患者<sup>[8]</sup>, 并且药物直接通过直肠静脉丛吸收, 可在一定程度上减少药物在肝脏中的代谢并减少其对上消化道的刺激、避免胃和小肠中的消化液对药物的影响, 提高药物的有效利用率<sup>[21]</sup>。时晶<sup>[22]</sup>予治疗组健脾化湿涩肠方中药保留灌肠治疗, 对照组口服阿米替林+易蒙停治疗, 结果显示, 总有效率治疗组为 88.2%, 明显高于对照组的 60.0%, 凸显出中药保留灌肠法的优势。

3.5 其他疗法 潘文斌等<sup>[23]</sup>选取 IBS 脾虚湿阻证患者共

60 例进行临床观察, 其中治疗组 30 例采用瑶医火攻疗法(穴选足三里、三阴交、脾俞、胃俞、大肠俞、天枢、章门)进行治疗, 对照组 30 例口服马来酸曲美布汀片治疗。结果: 总有效率治疗组为 86.7%, 显著高于对照组的 70.0%, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 体现了瑶医特色火攻疗法的临床优势。朱慧渊<sup>[24]</sup>提出可以通过食疗的方法达到健脾止泻的目的, 其根据药食同源理论, 运用甘淡健脾的药物或兼有健脾的食物同煮健脾助运化, 如薏苡仁粥、百合山药粥等, 取得一定疗效。雷森娜等<sup>[25]</sup>采取穴位注射(足三里、天枢、气海、太冲、内关、中脘、大肠俞)黄芪注射液对照匹维溴铵片治疗脾虚生湿型 IBS-D 患者, 结果显示, 总有效率治疗组为 93.3%, 高于对照组的 86.7%, 差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。

#### 4 小 结

IBS 作为日前发病率不断增高的一种常见的肠道疾病, 西药治疗可达到一定临床疗效, 但易产生药物依赖性。中医学对本病所表现的腹痛、腹泻等症状经过正确辨证施治后具有较高的治愈率及较低的不良副反应率。中药内服、针灸治疗、穴位敷贴、中药保留灌肠及其他疗法的有效性及安全性在临床中均已得到证实。虽然中医疗法在上述方面有显著成效, 但其研究主要是通过临床疗效观察为主, 缺乏大样本、多中心、随机双盲的对照研究, 部分中药的作用机制也尚未明确, 缺乏系统的深入研究, 相关病证结合的动物实验较少。中医学对于脾虚湿盛型 IBS 的治疗还须进一步研究, 增加样本量, 确立多中心的随机对照实验, 探究合适的造模方法并进行病证结合的动物实验, 优化循证医学水平。

#### 参考文献

- [1] 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.
- [2] 吴扬, 曾斌芳. 腹泻型肠易激综合症的中医治疗进展[J]. 新疆中医药, 2018, 36(6): 98-101.
- [3] 张声生, 魏玮, 杨俭勤. 肠易激综合征中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中医杂志, 2017, 58(18): 1614-1620.
- [4] 高双静, 郑立升. 郑立升主任治疗腹泻型肠易激综合征脾虚湿盛证经验[J]. 内蒙古中医药, 2019, 38(3): 32-33.
- [5] 任才厚. 辨证治疗腹泻型肠易激综合征疗效观察[J]. 中国中医基础医学杂志, 2010, 16(5): 414-419.
- [6] 叶柏, 陈静. 国医大师徐景藩教授治疗肠易激综合征临床经验[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(6): 1746-1748.
- [7] 张耀之, 惠建萍, 赵菲, 等. 沈舒文教授从肝脾肾论治腹泻型肠易激综合征[J]. 现代中医药, 2017, 37(2): 3-5.
- [8] 盛红艳, 王晓戎, 查景园. 唐喜玉治疗肠易激综合征腹泻型辨证思路探析[J]. 中医药临床杂志, 2015, 27(11): 1525-1527.
- [9] 王红霞, 朱永钦, 付凯. 参苓白术散治疗肠易激综合征脾虚湿盛证的临床研究[J]. 黑龙江中医药, 2018, 47(2): 27-29.
- [10] 周燕. 醒脾化湿饮治疗腹泻型肠易激综合征(脾虚湿盛型)的临床研究[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2017, 5(33): 122.

引用:郑笑,张琳,喻影,李栋妮. 多发性骨髓瘤肾功能损害的中西医研究概况[J]. 湖南中医杂志,2021,37(5):184-187.

# 多发性骨髓瘤肾功能损害的中西医研究概况

郑笑<sup>1</sup>,张琳<sup>2</sup>,喻影<sup>1</sup>,李栋妮<sup>1</sup>

(1. 天津中医药大学,天津,300193;2. 天津中医药大学第一附属医院,天津,300193)

[关键词] 多发性骨髓瘤;肾损伤;游离轻链;综述;学术性

[中图分类号]R273.33 [文献标识码]A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.05.065

多发性骨髓瘤(multiple myeloma,MM)是一种起源于骨髓的恶性浆细胞病,以骨髓浆细胞异常增生同时伴有单克隆免疫球蛋白(M蛋白)或轻链过度生成成为特征<sup>[1]</sup>。MM约占血液系统恶性肿瘤的10%,位居第二位。MM患者肾功能不全发生率可达25%~75%,其中20%~40%的患者确诊时即合并肾功能损害<sup>[2]</sup>。肾脏是常累及的器官之一,有时甚至可表现为早期唯一的症状,达数年之久<sup>[3]</sup>。肾小球损害是影响患者预后及生存质量的高危因素。研究发现,MM患者中位生存时间约为34.5个月,而伴有肾小球损害患者中位生存时间只有8.6个月,伴有肾功能损害的MM患者的死亡风险为肾功能正常患者的4倍<sup>[4]</sup>,是MM仅次于感染的主要致死原因。肾功能的恢复主要在治疗开始的3个月以内,对于轻度肾功能不全、高钙血症或者出现少量轻链蛋白尿的患者,在得到及时的治疗后,绝大部分患者的肾功能可得到明显改善。现将MM肾功能损害的中西医研究概况综述如下。

## 1 西医研究

1.1 诊断标准 MM由于恶性浆细胞单克隆增殖,广泛浸润和大量M蛋白的出现及沉积,导致正常多克隆浆细胞的增生以及多克隆免疫球蛋白的分泌受抑制,进而导致CRAB症状,其中C表示血清钙浓度升高(calcium elevation),R表示肾功能损害(renal insufficiency),A表示贫血(anemia),B表示骨质破坏(bone disease)<sup>[5]</sup>。根据《中国多发性骨髓瘤诊治指南(2017年修订)》,出现以下靶器官损害症状,即CRAB症状:校正血清钙>2.75 mmol/L;肌酐清除率<40 ml/min或肌酐>177 μmol/L;血红蛋白低于正常下限20 g/L或<100 g/L;溶骨性破坏,X线片、CT或PET-CT等影像学检查提示有1处或者多处溶骨性病变。骨髓穿刺结果显示:1)骨髓单克隆浆细胞比例≥10%和(或)组织活检有浆细胞瘤;2)血清和/或尿出现单克隆M蛋白,即可诊断为MM<sup>[6]</sup>。

基金项目:国家自然科学基金项目(81503509)

第一作者:郑笑,女,2017级硕士研究生,研究方向:中西医结合诊治肾病

通讯作者:张琳,女,医学硕士,副主任医师,研究方向:慢性肾脏病的中医诊治,E-mail:kathy@163.com

- [11] 陈建新,阮时宝. 久泻宁颗粒加减治疗腹泻型肠易激综合征64例[J]. 福建中医药,2016,47(1):4-5.
- [12] 白竹君,李聚林. 腹泻型肠易激综合征脾胃阳虚证中医研究进展[J]. 山西中医学院学报,2019,20(2):149-151.
- [13] 陈祥林,王鸿鹏,蔡腾,等. 针灸治疗肠易激综合征的作用机制研究进展[J]. 广州中医药大学学报,2018,35(6):1011-1015.
- [14] 任苏妍,崔松香,杨进,等. 艾灸治疗脾胃病的临床研究进展[J]. 光明中医,2019,34(11):1773-1776.
- [15] 林智源. 健脾止泻法针刺治疗脾虚湿盛型肠易激综合征(腹泻型)的临床疗效观察[D]. 福州:福建中医药大学,2019.
- [16] 孙令军,杨文,郭彦层,等. 膻穴热敏化悬灸治疗腹泻型肠易激综合征临床研究[J]. 广州中医药大学学报,2016,33(3):338-341.
- [17] 韩秀芬. 参苓白术散加味结合针刺治疗脾虚湿盛证腹泻型肠易激综合征的临床疗效观察[J]. 中国实用医药,2019,14(5):147-149.

- [18] 许海芹. 中药穴位敷贴辅助治疗气血亏虚型原发性高血压患者62例[J]. 中医外治杂志,2019,28(4):26-27.
- [19] 栾彦鹤,王荣. 穴位贴敷联合针刺治疗脾虚湿盛型肠易激综合征疗效观察[J]. 云南中医中药杂志,2019,40(4):61-62.
- [20] 王艳艳. 穴位贴敷治疗腹泻型肠易激综合征疗效分析[J]. 辽宁中医药大学学报,2015,17(5):217-219.
- [21] 尚政琴,柯娟,朱奎华. 自拟中药方灌肠治疗腹泻型肠易激综合征58例[J]. 西南国防医药,2012,22(3):292-293.
- [22] 时晶. 中药灌肠治疗肠易激综合征腹泻型的疗效观察[J]. 中医药导报,2012,18(1):95-96.
- [23] 潘文斌,陆廷信,王丽荣. 瑶医火攻疗法治疗肠易激综合征60例临床疗效观察[J]. 中国民族民间医药,2015,24(1):10-11.
- [24] 朱慧渊. 基于“脾主运化”探讨IBS内脏高敏感性的临床辨证分型及治疗[J]. 辽宁中医药大学学报,2013,15(6):100-101.
- [25] 雷森娜,朱叶珊,石志敏. 穴位注射治疗腹泻型肠易激综合征30例[J]. 河北中医,2014,36(7):1043-1044,1050.

(收稿日期:2020-09-26)