馮玖教授治療腹瀉型腸易激綜合征驗案舉隅

Efficacious case examples of Professor *FENG Jiu* to treat diarrhoea-type of irritable bowel syndrome

黃　潔　馮　玖　*HUANG Jie, FENG Jiu*

（香港註冊中醫師）

[摘要]　腸易激綜合征（IBS）是一種常見的消化系統疾病，其中以腹瀉型腸易激綜合征（IBS-D）最為多見。本文總結了馮玖教授治療IBS-D的臨床經驗，曾以柔肝健脾、補虛溫陽之法恢復患者的腸道功能，並列驗案舉隅，以期為臨床上治療腹瀉型腸易激綜合征提供借鑒和參考。

[關鍵詞]　腹瀉型腸易激綜合征；洩瀉；腹痛

腸易激綜合症（Irritable Bowel Syndrome，縮寫為IBS）是一種功能性腸道疾病，其主要特點是腸道運動異常和腸道敏感性增加。伴隨着腹痛、腹脹、腹部不適，排便異常或排便習慣改變等症狀，且症狀反復。但通過臨床常規檢查，尚無法發現能解釋這些症狀的器質性疾病。根據羅馬IV診斷標準，IBS分為4個亞型：即腹瀉型（IBS-D）、便秘型（IBS-C）、腹瀉和便秘混合型（IBS-M）以及IBS未分類型（IBS-U）。其中以IBS-D最為常見[1]。因其漫長的病程、反復發生的腹痛和腹瀉等症狀嚴重影響了患者的生活品質。

隨着近年來研究的深入，越來越多研究表明其發病機制可能與內臟敏感性增高、胃腸道動力異常、腸道炎症反應、腦 - 腸軸調節異常、精神心理障礙等多種途徑相關。IBS複雜的發病機制為其治療帶來一定的困難和挑戰[2]。腹瀉型腸易激綜合征屬中醫「洩瀉」「腹痛」範疇，中醫對此認識久遠。在治療方面，中醫強調辨證論治，病證結合。馮玖教授認為運用傳統醫學在治療IBS-D方面具有顯著優勢。馮玖教授從事中醫臨床工作40餘載，長期遣方用藥為中醫治療本病累積了豐富的經驗以及獨特的見解。

1　中醫對腹瀉型腸易激綜合征病因病機的認識

腹瀉型腸易激綜合征屬於中醫「腹痛」、「洩瀉」範疇。《靈樞·邪氣臟腑病形》載：「大腸病者，腹中切痛而鳴濯濯」，《素問·陰陽應象大論》曰：「清氣在下，則生飧洩……春傷於風，夏生飧洩」。《諸病源候論·腹病諸侯》云：「久腹痛者，臟腑虛而有寒，客於腹內，連滯不歇，發作有時，發則腸鳴而腹絞痛，謂之寒中……寒中久痛不瘥，冷入於大腸則變下利」。該病的病因為先天稟賦不足、後天失養，情志失調，感受外邪（主要為濕邪），飲食不節等。發病病位在腸，與脾（胃）、肝、腎密切相關。馮玖教授認為此病以濕為中心，以肝失疏洩、氣機失調為標，而脾腎陽虛為本。

脾主運化，腐熟水穀精微，化生氣血，是為「後天之本」。脾氣上升，喜燥而惡濕，諸多原因導致脾失健運，濕從中生，脾無法發揮升清降濁的作用，則出現洩瀉、脹滿等病症；肝為剛臟，其氣主升、主動，肝失疏洩，橫逆犯脾，脾胃為氣機升降之樞紐，脾升胃降功能若受到肝氣上逆的影響，會使脾不升清，胃不降濁。這時「清氣在下，則生飧洩」故而出現腸鳴、腹瀉等症狀；若腑氣通降不利則腹痛、腹脹。然而脾氣虛日久易傷及脾陽，溫煦推動功能下降，以致虛寒內生，出現腹痛喜溫，大便清稀等症狀。繼而累及腎陽，終致脾腎俱虛，病程遷延難愈。在整個發病過程中，肝失疏洩，脾失健運，脾陽及腎陽失於溫煦，最終導致IBS-D的病機轉歸由實轉虛，虛實夾雜。

2　驗案舉隅

2.1　病例1

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved

患者，女，79歲，2024年6月22日初診。主訴：間斷腹瀉伴腹痛、腹脹不適6年餘。現病史：患者於6年前行淋巴癌治療後，出現間斷腹瀉伴腹痛、腹脹不適。受涼、飲食不慎或情緒緊張後大便明顯次數增多，時有食後脘悶不舒，嚴重時大便一天十幾次，嚴重影響外出及日常社交。自覺全身乏力明顯，形寒肢冷，腰膝酸軟。刻診：臍腹隱痛，喜溫喜按。自述因需前來看診而緊張，已經大便4次。腸鳴即瀉，糞質稀溏，形寒肢冷，易出汗，腰膝酸軟，乏力明顯，納欠佳，寐差、有時服安眠藥仍不能眠。小便清長。舌淡苔白，脈沉細。西醫診斷：腸易激綜合征。中醫診斷：洩瀉（脾腎陽虛型）。治則：健脾溫腎止瀉。自擬方，方藥組成：炮附子9g（先煎），黨參12g，白朮12g，乾薑6g，茯苓12g，半夏9g，枳實6g，陳皮6g，白芍12g，延胡索12g，鉤藤12g，遠志12g，牡蠣30g（先煎），浮小麥20g，炙甘草3g。3劑，水煎，每日1劑，每日2次，每次200~250mL，溫服。

2024年6月26日二診，服藥後晨起未有腹瀉。大便時有成形，大便次數明顯減少，一日1-2次。乏力稍有緩解，仍有腹部及四肢怕涼，腰膝酸軟，納尚可，偶有腹脹、噯氣，小便可，眠欠佳，舌淡苔白，脈沉細。效不更方，囑患者續服6劑鞏固療效。

2024年7月2日三診，患者自訴前症明顯減輕，偶有腹部隱痛，大便基本成形，偶溏，1-2次/天，納增，偶感乏力、腰膝酸軟。睡眠改善。起身轉側時偶覺頭暈，肩頸不適。血壓正常。舌淡紅苔薄白，脈沉。方藥組成：炮附子9g（先煎），黨參12g，白朮12g，乾薑6g，茯苓12g，半夏9g，白芍12g，延胡索12g，鉤藤12g，遠志12g，牡蠣30g（先煎），浮小麥20g，葛根12g，桂枝3g，炙甘草3g。14劑，水煎，每日1劑，每日2次，每次200~250mL，溫服。

2024年7月16日四診，患者自訴諸症好轉，大便1-2次/天，偶有受涼後大便不成形，無腹痛腹脹。乏力改善，納可，睡眠較前改善。舌淡苔白，脈沉細。方藥組成：炮附子9g（先煎），黨參12g，白朮12g，乾薑6g，茯苓12g，半夏9g，白芍12g，延胡索12g，鉤藤12g，遠志12g，牡蠣30g（先煎），浮小麥20g，葛根12g，白扁豆12g，山藥12g，蓮子12g，薏苡仁12g，桔梗9g，砂仁6g。炙甘草3g。10劑，水煎，每日1劑，每日2次，每次200~250mL，溫服。囑患者禁食生冷，避免腹部着涼，飲食規律，適當運動。

按語：患者反復腹痛、腹瀉，糞質稀溏，腹部喜溫喜按，形寒肢冷，腰膝酸軟，乏力明顯，結合舌脈，為脾腎陽虛之象。患者數年前經歷淋巴癌治療，加之年老體衰，陽氣不足，脾胃運化失常，而致洩瀉、納差。脾陽虛則其溫煦、推動作用減弱，以致虛寒內生，出現腹部冷痛、喜溫喜按。病程遷延，日久及腎，脾腎陽氣不足，寒自內生，陽虛失溫，故形寒肢冷、腰膝酸軟；腎陽不足，膀胱氣化失司，小便清長；命門火衰，火不暖土，脾胃運化失職，以致清陽不升、清濁不分，而致下瀉。故治療時以健脾和胃，溫腎止瀉為法則；脾腎同治，上下同調，既資助後天脾胃之氣，又注重溫補先天腎陽，用附子理中湯合溫膽湯加減。方中以附子辛、甘、大熱，為「命門主藥」，與乾薑為伍，暖脾胃，溫腎陽，散寒止痛。黨參、白朮、茯苓益氣健脾；半夏、陳皮理氣健脾燥濕；枳實行氣除脹；白芍、延胡索柔肝行氣止痛；牡蠣固澀止瀉，配以遠志、鉤藤鎮靜安神；浮小麥益氣斂汗；炙甘草調和諸藥。全藥配伍，使命門之火得旺則脾土得暖，脾得健運則胃腸功能恢復，腸得固攝則久瀉可止。患者二診時洩瀉明顯緩解，繼用原方鞏固療效。三診時患者大便基本成形，腹部偶有隱痛，偶有晨起腹瀉。轉側時頭暈，肩頸不適，故去枳實、陳皮加葛根、桂枝舒筋解肌。四診時患者諸症好轉，無腹痛腹脹，乏力改善，眠較前改善，故去桂枝加白扁豆、山藥、蓮子、薏苡仁、桔梗、砂仁。考慮患者脾腎陽虛日久，偶有受涼後大便不成形，仍需顧護脾胃、補助腎陽，故以附子理中湯合參苓白朮散繼續鞏固療效，以恢復患者正氣，使正盛邪去，邪去則安。

2.2 病例2

患者，女，54歲，2024年10月29日初診。主訴：間斷腹瀉腹脹10年餘，加重一周。現病史：10年前因工作壓力較大，平時思慮較多，每遇情緒緊張則會出現腹瀉，大便溏薄，每日2-4次，伴下腹隱痛、腸鳴腹脹。口服抗生素、止瀉藥等西藥，症狀雖稍有緩解，但數年來仍反復發作。1周前，因過食生冷症狀再次發作且較前加重，經同事介紹遂前來就診。現主症：大便清稀3-4次/日，時有腹痛，瀉後痛緩，伴腹脹、腸鳴，納欠佳，偶口乾、噯氣，寐尚可，小便可。舌淡紅苔白膩，脈濡緩。中醫診斷：洩瀉（寒濕內盛型）。治則：散寒除濕、

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

健脾止瀉。自擬方，方藥組成：藿香12g，大腹皮15g，陳皮6g，茯苓15g，白朮12g，厚樸9g，半夏6g，木香6g，砂仁6g，黨參12g，佩蘭12g，葛根12g，延胡索12g，蘇梗12g，肉桂3g，白芍12g。3劑，水煎，每日1劑，每日2次，每次200~250mL，溫服。

2024年11月01日二診，仍大便稀，次數減少，腸鳴腹脹改善。方藥組成：藿香12g，大腹皮15g，陳皮6g，茯苓15g，白朮12g，厚樸9g，半夏6g，木香6g，砂仁6g，黨參12g，佩蘭12g，葛根12g，延胡索12g，蘇梗12g，肉桂3g，白芍12g，牡蠣30g（先煎）。4劑，水煎，每日1劑，每日2次，每次200~250mL，溫服。

2024年11月05日三診，大便成形，一日一次，偶腸鳴腹脹，矢氣多。納可。舌淡紅苔薄。方藥組成：藿香12g，大腹皮15g，茯苓15g，白術12g，厚樸9g，黨參12g，佩蘭12g，葛根12g，延胡索12g，蘇梗12g，肉桂3g，白芍12g，炮附子6g（先煎）、乾薑6g。8劑，水煎，每日1劑，每日2次，每次200~250mL，溫服。

2024年11月12日四診，腸鳴腹脹較前改善，大便一日一次。方藥組成：藿香12g，大腹皮15g，茯苓15g，白朮12g，厚樸9g，黨參12g，佩蘭12g，葛根12g，延胡索12g，蘇梗12g，肉桂3g，白芍12g，炮附子6g（先煎）、乾薑6g，炒麥芽15g，石斛10g。8劑，水煎，每日1劑，每日2次，每次200~250mL，溫服。

2024年11月19日五診，大便常，服藥續服前方4劑，鞏固療效。

後因感冒前來就診，自述腸胃症狀穩定。

按語：患者平素工作緊張，憂思過度，導致脾氣受損，脾胃運化失司，濕從中生，脾無法發揮升清降濁的作用，則出現洩瀉、脹滿等病症；然而脾氣虛日久易傷及脾陽，溫煦推動功能下降，以致虛寒內生，出現腹痛喜溫、大便清稀等症狀；繼而累及腎陽，終致脾腎俱虛。雖服消炎止瀉藥物治療，但終歸為治標之法，即使腹瀉暫時緩解，但病因未除，故使病情遷延。初診時，患者因過食生冷出現症狀發作且較前加重，初診之方藥重在止瀉與健脾理氣，當以治標為主，將藿香正氣散與香砂六君子湯合用共同施治。方中藿香味辛微溫，芳香化濕，為治霍亂吐瀉之要藥；黨參、白朮、茯苓健脾益氣除濕；陳皮、厚樸、大腹皮理氣消痞；法半夏、佩蘭醒脾燥濕；砂仁化濕醒脾、行氣和胃；木香、蘇梗理氣寬中止痛；白芍、延胡索柔肝行氣止痛；葛根升陽止瀉；佐以肉桂溫中助陽；炙甘草調和諸藥。諸藥合用，共奏散寒除濕、健脾寬中之效，至濕濁內化，恢復脾胃功能，而洩瀉自止。二診，患者仍大便稀、次數減少，加牡蠣固澀止瀉。三診，患者大便已成形，但偶腸鳴腹脹、矢氣多，前方去牡蠣、木香、砂仁、陳皮、半夏加炮附子、乾薑，溫補命門之火以治其本。四診，患者症狀基本消除，前方加炒麥芽、石斛益胃生津；五診，患者症狀穩定，予以前方加以鞏固。仍囑調整飲食習慣，重視日常調養。

3　小結

《黃帝內經》雲：上古之人，其知道者，法於陰陽，和於術數，食飲有節，起居有常，不妄作勞，故能形與神俱，而盡終其天年，度百歲乃去。這種思想對於疾病防治有重大的意義。馮玖教授認為腸易激綜合征的發病，患者日常的情志狀態及飲食習慣是重要誘因。不規律的生活方式，不良的飲食習慣，不健康的心理狀態均會影響IBS-D的疾病轉歸。對於患者來說，單純的藥物治療難於根治，應多考慮洩瀉發生的原因，保持心理健康，生活起居規律，養成良好的飲 食習慣，加強護理方面的幹預，加強患者對疾病的認知，提高患者對疾病的重視，從而使IBS-D患者的生活品質得以保障。

參考文獻：

[1] 李彥楠，楊麗旋，趙鐘輝，等.《2020年中國腸易激綜合征專家共識意見》解讀[J].中國臨床醫生雜誌，2021，49（10）：1151-1155

[2] 張聲生，魏瑋，楊儉勤，腸易激綜合征中醫診療專家共識意見（2017）[J].中醫雜誌，2017，58（18）：1614-1620.

（編委：董爽審校2025.01.12）

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved