

辨证分型治疗肠易激综合征 172 例

★ 赵爱莲 (山东省泰安市中医医院肛肠科 泰安 271000)

关键词:肠易激综合征;中药;辨证论治

中图分类号:R 259.744 文献标识码:A

近年来,我们对 172 例肠道易激综合征(IBS)患者分 6 个证型进行辨证论治,并联合心理、饮食疗法,取得了满意疗效,现报告如下:

1 临床资料

172 例 IBS 患者均符合罗马 II 标准^[1],男 56 例,女 116 例;年龄最小 19 岁,最大 68 岁,其中以 30~40 岁居多,共 130 例;病程最短 3 个月,最长 13 年,以 1~5 年居多,共 116 例。临床症状中,腹痛者 164 例(95.35%),腹泻 143 例(83.14%),单纯便秘 6 例(3.49%),便秘腹泻交替者 14 例。各个证型中以脾胃虚弱,肝旺乘脾和湿浊困脾三个证型居多,共 136 例(79.07%)。

诊断标准:(1)在过去 12 个月内至少累计有 12 周(可以是非连续性)存在腹部不适或腹痛,并伴有下列特点中至少 2 项:①症状在排便后缓解;②症状发生伴随排便次数改变;③症状发生伴随粪便性状改变。(2)以下症状不是诊断所必备,但属常见症状,这些症状越多越支持 IBS 的诊断:①排便频率异常(每天排便>3 次);②粪便性状异常(块样/硬便或稀水样便);③粪便排出过程异常(费力、急迫感、排便不尽感);④粘液便;⑤胃肠胀气或腹部膨胀感。(3)缺乏可解释症状的形态学改变和生化异常。

2 治疗方法

2.1 分型证治 (1)脾胃虚弱型:临床表现为大便溏泻,水谷不化,饮食减少,腹胀闷不舒,面色萎黄,乏力,舌淡白,脉细弱,代表方参苓白术散,常用药选党参、炒白术、陈皮、茯苓、煨诃子各 10 g,山药 20 g,苡仁、莲肉、扁豆各 15 g,砂仁、甘草、桔梗各 6 g 水煎服。(2)肝旺乘脾型:临床表现为腹痛泄泻或便秘,伴胸胁胀闷,嗳气食少,恼怒紧张时病情加重,舌淡红,脉弦。代表方用痛泻要方合四逆散,常用药选白芍 30 g,白术 20 g,陈皮、防风、柴胡、枳壳、党参、

木香、川楝子各 10 g,甘草 6 g,水煎服。(3)湿浊困脾型:临床表现为腹痛泄泻或泻下不爽,多伴脘闷食少,身体困重,乏力,舌淡、苔白腻,脉濡缓。代表方胃苓汤、二陈汤,常用药选苍术、白术各 12 g,厚朴、陈皮、泽泻、法夏、藿香、佩兰各 10 g,茯苓、苡仁各 15 g,桂枝、甘草各 6 g,水煎服。(4)脾肾阳虚型:临床表现为五更泻,腹部作痛,肠鸣即泻,泻后则安,伴有形寒肢冷、腰膝酸软,舌淡、苔白,脉沉细。常用方以附子理中汤、四神丸加减,常用药选补骨脂、肉豆蔻、煨诃子、赤石脂、炮姜、党参各 10 g,炒白术、白芍各 15 g,吴茱萸、五味子、炙甘草各 6 g,水煎服。(5)寒热夹杂型:临床表现为腹痛,大便时溏时干,可伴有胃热肠寒或胃寒肠热不同表现。代表方乌梅丸,常用药如乌梅 20 g、细辛、炮姜黄、川连各 5 g,党参、白术、川椒、制附子、黄柏、茯苓各 10 g,甘草 6 g,水煎服。(6)阴虚肠燥型:临床表现为大便干结,可伴有潮热,盗汗,腰膝酸软,五心烦热,舌红、苔少,脉细数。常用方以增液汤合五仁丸加减,常用药如玄参 30 g,麦冬 30 g,生地、甘草各 15 g,当归、郁李仁、瓜蒌仁、火麻仁各 10 g,柏子仁、首乌各 15 g,水煎服。7~10 天复诊,1 个月为一疗程,一般服用 2~3 个疗程。

2.2 心理疗法 精神上给予支持,采用劝导、启发、鼓励、说服、调整环境等方式,帮助病人找出引起本病症状或使症状持续存在的心理应激因素。让患者对自己的疾病有足够的认识,根据检查的事实做出强有力的、有逻辑性的耐心解释。帮助患者了解排便生理,解除忧虑、紧张、抑郁情绪。改变忽视便意、随意延长排便时间等不良习惯,建立规则的排便时间。纠正患者曲解的认识,缓解或消除心理障碍。使病人对医者深信无疑,增强战胜疾病的信心和勇气,保持心情愉快,调动病人的个体积极性,可产生

事半功倍的效果。

2.3 饮食疗法 便秘患者宜食用含足量水份、纤维素和具有通便作用的食物,如粗粮、新鲜蔬菜、水果、蜂蜜、花生、核桃等。腹痛、腹泻型患者宜食用少渣、易消化、低脂肪、高蛋白饮食。对于某些食物如牛奶制品、豆制品、咖啡等,应尽量避免,同时要禁忌辛辣刺激性食物、调味品及烟酒。

3 结果

本组 172 例,治愈(临床症状完全消失,排便次数恢复正常)142 例,好转(临床症状基本消失,每日排便比以前明显改善或接近正常)25 例,无效(临床症状无改善或服药后好转近期又复发者)5 例。总有效率 96.8%。

4 讨论

肠易激综合征是一种发病率较高的慢性功能性疾病,其特征是肠壁无器质性病变,但整个肠道对刺激的生理反应有过度或反常现象,临床表现为腹痛、腹泻,或便秘或腹泻和便秘交替,粪便有时带大量粘液。目前病因尚不十分明确,多数学者认为本病的发生是心理因素所导致的肠道动力、分泌和吸收功能的改变。免疫功能的改变也与本病相关。以往对

本病的治疗多采用对症治疗方法,镇静、解痉、止泻、通便等,效果均不够理想。中医学把 IBS 列入“泄泻”、“便秘”等范畴,认为本病的发生主要是正气不足,感受外邪,饮食不节或七情失调损伤脾胃而导致脾胃功能障碍。多与脾、肝、肾关系密切,其中以脾为主,脾虚湿胜是导致本病的重要因素,肝、肾致病多以脾虚为基础,所谓“湿胜则濡泄”,“泄泻之本,无不由于脾胃”。在临床治疗中,单纯实证或虚证少见,以虚实夹杂多见,因此在用药时应辨证论治,根据患者的不同病情,采用不同的方药治疗,调整机体功能,达到疏肝健脾和胃、调畅气机、温补脾肾、固涩止泻、理气止痛等功效。心理因素虽非直接病因,但可诱发或加重症状,在用药的同时,对病人的安慰,去除心理应激因素对治疗也有非常大的帮助。饮食不当也会引发本病,选择合理饮食也是控制病情、增强疗效的有效方法。

参考文献

- [1] Thompson WG, Longstreth GF, Prosser DA, et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain[J]. GUT, 1999, 45 (suppl 2): II 43~II 47

(收稿日期:2005-12-13)

疏肝健脾汤治疗乳腺囊性增生病 75 例

★ 庄建宣 (河南省洛阳市东方医院 洛阳 471003)

关键词:乳腺囊性增生病;疏肝健脾汤

中图分类号:R 289.5 文献标识码:B

乳腺囊性增生病是多发于青壮年妇女的常见病,其病程较长,治疗颇难,笔者近几年采用先师史法璋自拟的疏肝健脾汤治疗该病 75 例,取得满意效果,现报道如下:

1 临床资料

本组患者 75 例,均为女性,年龄 20~52 岁,其中 30 岁以下 21 例,31~40 岁 36 例,41~52 岁 18 例;病程 2 个月~7 年;单侧发病者 23 例,双侧发病者 52 例。硬块所在部位以外上象限为多,其次为乳头周围、内上象限。临床表现多见情志不舒,烦躁易怒,饮食、睡眠欠佳,月经不调,经前硬块增大,胀痛明显,经后有所缓解。检查时发现一侧或双侧乳房内有单个或多个大小不等、圆形或条形块状硬结节,与周围组织分界尚清,无粘连,推之能移。诊断标准依据顾伯康主编的《中医外科学》。

2 治疗方法

方药组成:当归 15 g,白术 12 g,台乌、香附、郁金、婆罗子、枳壳、瓜蒌仁、桔梗各 10 g,白芍 15 g,陈皮、青皮各 6 g。气虚加黄芪、党参各 15 g;胀痛甚加川楝子、桔核仁各 10 g;结块大、坚硬难消者加炮山甲 10 g、夏枯草 30 g;冲任不调者加仙灵脾、仙茅各 10 g。于月经前 10 天开始服药,每日 1 剂,15 天为一疗程,间隔 4~5 天,于下次月经前 10 天继续第

2 个疗程,也可连续不间断服药。

3 治疗结果

痊愈(自觉症状及体征消失,肿块完全消散)48 例;显效(肿块较治疗前缩小 1/2 以上,疼痛消失,其他症状及体征显著改善)15 例;有效(肿块明显缩小,疼痛减轻,但劳累后或情志不畅及月经等因素刺激后症状有反复)8 例;无效(症状不减,肿块无缩小或比治疗前加重)4 例。所治病例全部采用中药治疗。在治疗及随访过程中均未发现恶性病变。

4 体会

乳腺囊性增生病属中医学“乳癖”范畴。《外科正宗》曰:“乳癖乃乳中结核,形如丸卵,或垂坠作痛,或不痛,皮色不变,其核随喜怒消长。多由思虑伤脾,恼怒伤肝,郁结而成。”根据经脉的循经分布,乳头属肝经,乳房属胃经,盖肝为将军之官,性喜条达,如受情志刺激,气郁滞留,难于疏泄,横逆犯胃,则肝郁胃阻,两经经络均受到影响,积聚于胃络乳房而成本病。现代医学认为精神因素对内分泌有一定影响,故其治法多从肝、胃论治,笔者经多年临床实践,认为本方治疗乳腺囊性增生病确有疗效,具有疏肝解郁、软坚散结、理气止痛、健脾和胃等作用,且无不良反应。

(收稿日期:2005-01-17)