

肠易激综合征的中西医研究进展

王海¹, 陆远贵¹, 陆廷飞^{2*}

¹镇宁县中医院消化内科, 贵州 镇宁

²贵州中医药大学第一临床医学院, 贵州 贵阳

收稿日期: 2024年9月9日; 录用日期: 2024年10月2日; 发布日期: 2024年10月11日

摘要

肠易激综合征(Irritable bowel syndrome, IBS), 属于功能性肠病中的一种, 是一组以腹痛、腹胀、排便习惯为主, 并伴随大便性状改变的非器质性临床症候群, 病程常呈持续或间断发作, 目前缺乏明确的生物化学及形态学检测依据。IBS被公认为是一种世界性功能性肠病, 随着生活节奏的加快及饮食习惯的改变, 其发病率呈逐年上升趋势, 据大量流行病学研究显示, 南美洲国家总体发病率最高, 约为21.0%; 其次为非洲国家, 约为19.0%; 北欧国家相对较低, 约12.0%; 东南亚国家最低, 约为7.0%。不同国家之间发病率相比, 法国为3.3%, 偏低, 而尼日利亚为31.6%, 较高, 相同国家不同地区IBS发病率亦有不同, 美国国内不同地区IBS发病率差别偏大, 约为7.0%~16.0%, 而澳大利亚约为7.0%~14.0%, 新加坡不同地区发病率则偏小, 约为5.0%~10.0%。IBS并非危及生命的疾患, 但由于目前尚无针对IBS的特效药, 并且常常反复发作, 最终给患者带来较大的精神及经济负担, 从而降低患者生活质量。

关键词

肠易激综合征, 中西医, 研究进展

Research Progress of Chinese and Western Medicine in Irritable Bowel Syndrome

Hai Wang¹, Yuangui Lu¹, Tingfei Lu^{2*}

¹Gastroenterology Department, Zhenning County Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhenning Guizhou

²The First Clinical Medical College of Guizhou University of Traditional Chinese Medicine, Guiyang Guizhou

Received: Sep. 9th, 2024; accepted: Oct. 2nd, 2024; published: Oct. 11th, 2024

*通讯作者。

文章引用: 王海, 陆远贵, 陆廷飞. 肠易激综合征的中西医研究进展[J]. 临床医学进展, 2024, 14(10): 315-321.

DOI: 10.12677/acm.2024.14102658

Abstract

Irritable bowel syndrome (Irritable bowel syndrome, IBS) is one of functional bowel diseases. It is a group of non-organic clinical symptoms, mainly abdominal pain, abdominal distension, defecation habits, and accompanied by changes in stool traits. The course of the disease is often continuous or intermittent, and there is no clear biochemical and morphological testing basis. IBS is recognized as a worldwide functional bowel disease. With the acceleration of the pace of life and the change of dietary habits, its incidence is increasing year by year. According to a large number of epidemiological studies, South American countries have the highest overall incidence rate at approximately 21.0%; followed by African countries at approximately 19.0%; Nordic countries were relatively low at approximately 12.0%; and Southeast Asian countries at approximately 7.0%. Compared with different countries, the incidence in France is 3.3%, low, but in Nigeria, 31.6%, the incidence of IBS in different countries, different regions, the United States, different parts of the United States, about 7.0%~16.0%, while Australia, about 7.0%~14.0%, Singapore, about 5.0% to 10.0%. IBS is not a life-threatening disease, but because there is no specific drug for IBS, and often recurrent attacks, and eventually bring greater mental and economic burden to patients, thus reducing the quality of life of patients.

Keywords

Irritable Bowel Syndrome, Traditional Chinese and Western Medicine, Research Progress

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 肠易激综合征机制研究概况

1.1. 病因与发病机制

就 IBS 的发病原因及发病机制而言, 尽可能查阅资料显示并无统一准确的定论, 而大多数研究者认为, IBS 并非一种原因造成, 而是由多种要素共同相互作用导致[1]-[3], 其原因有以下几种: 内脏高敏感性、胃肠动力异常、脑-肠轴异常、肠道感染与炎症、肠道菌群紊乱、精神心理等[4] [5]。

1.1.1. 胃肠动力异常

目前绝大多数研究者认为 IBS 发病的重要病理生理机制是胃肠动力障碍, 但目前对胃肠动力异常产生机制并无一个明确说法, 在 IBS 患者存在的众多动力障碍中, 暂时无任何一种动力异常能够完全诠释 IBS 所有症状产生机制, IBS 不同分型当中, 其动力障碍也大不一样, IBS-D 主要是结肠高幅收缩波及小肠移行性复合运动增多所致, 便秘型 IBS-C: 结肠慢波节律加快、高幅收缩波减少[6]。近年来对 IBS 病人进行全消化道动力探索, 从食道至肛门以及胆囊、胰腺等均有不同程度的动力异常。

1.1.2. 内脏高敏感性

内脏高敏感性是 IBS 的核心发病机制[7], 内脏高敏感性是指内脏应对各种生理刺激时表现出痛阈、容量阈降低等, 从而出现腹痛、腹胀、便秘、泄泻等不适, 目前内脏高敏感性发生发展机制仍不确切, 有研究显示, 多种内外复合因素刺激 IBS 患者肠道免疫及神经系统, 使内脏传入神经兴奋阈值保持在一个较低水平, 通过神经网络通路传入脊髓传入神经, 使得脊髓传入神经元感觉及传导刺激功能保持在相对

高的状态，最终中枢神经系统对冲动感知异常，导致内脏高敏感性[8]。

1.1.3. 脑 - 肠轴功能异常

脑 - 肠轴是通过脑肠肽来调节脑与肠道之间的神经通路，常常将中枢与肠道的神经、中枢 - 内分泌 - 免疫有效连接在一起，脑肠肽即是神经递质，又是胃肠激素，既存在于中枢神经系统，又分布于肠神经系统，在脑 - 肠轴稳态平衡调节过程中起到至关重要的作用，脑肠肽中与肠易激综合征发病相关肽类物质包括：5-羟色胺、血管活性肠肽、P 物质、神经肽 Y、生长抑素、促肾上腺皮质激素释放因子、胃动素等[9]。卓冰帆等[8]将 IBS-D 患者 53 例随机分 2 组：治疗组给予痛泻要方联合四君子汤加减；对照组采用得舒特片合思连康片；疗程 4 周，观察 2 组患者治疗前后 NPY、CGRP 及 VIP 水平的变化，治疗后两组 NPY 水平明显上升，CGRP 和 VIP 水平显著下降($P < 0.05$)，其作用机制可能通过升高血浆 NPY 水平，降低 CGRP 及 VIP 水平，从而使脑肠肽保持均衡有关。

1.1.4. 肠道感染与炎症

肠道感染也参与 IBS 发病，目前认为其发病主要是因为促炎因子过度释放和抑炎因子减少所引起的[10]，据相关研究表明[11] IBS 中部分患者被称为感染后肠易激综合征(Postinfectious IBS, PI-IBS)，其中几乎所有患者均有急慢性胃肠炎病史，即使本身肠道感染症状得以控制，但肠道微生态仍处于低度炎症状态。盛好等[12]选取 68 例 IBS-D 病人，随机分两组，对照组常规西药治疗，研究组应用痛泻要方合四君子汤加减治疗，分析其治疗效果及炎症反应，结果显示研究组能抑制机体炎症反应，明显缓解患者临床症状。

1.1.5. 肠道菌群紊乱

随着对 IBS 研究的进一步加深，肠道微生态在对 IBS 调控中起着至关重要的作用，肠道微生态中包含种类繁多的厌氧菌、兼性厌氧菌及好氧菌组，其中以厌氧菌为主，既能做为防御屏障抵御病菌侵袭，同时又能补充人体所需的有益菌，肠道微生态的平衡对人体健康非常重要，微生态一旦失衡就会引发各类身体疾病。

陈玉林等[13]将 124 例 IBS-D 患者随机分为对照组 62 例和研究组 62 例，对照组给予马来酸曲美布汀 + 复方谷氨酰胺胶囊治疗，研究组在对照组基础上加用双歧杆菌四联活菌片，经过 4 周干预后，研究组的粪肠球菌、大肠杆菌数目明显低于干预前及对照组，而类杆菌、乳酸杆菌、双歧杆菌数目明显较干预前及对照组增加。

1.1.6. 精神心理

随着经济社会、生存环境、生活节奏等的改变，精神心理因素对于 IBS 患者影响越来越重要，有研究[14]显示：IBS 患者中 50%具有精神创伤史，54%至 100%有心理及精神上问题，大约 36%的 IBS 病人确诊后又被诊断伴有创伤后应激综合征(PTSD)。张伟等[15]将 100 例 IBS 患者作为观察组；并在同时期将 100 例无 IBS 及精神障碍病史且能进行正常社会活动的患者作为对照组，两组患者均通过 EPQ 问卷、SCL-90 评定，最终表明 IBS 患者与正常人对比，在心理因素及个性特征上差异较为明显，故在 IBS 治疗过程中应综合考虑，特别要考虑心理及精神方面。

1.2. 治疗概况

1.2.1. 一般治疗

(1) 心理治疗

IBS 症状常常反复发作，加上近年来生活节奏加快及社会压力增大，使得 IBS 患者带来了极大心理

及精神负担,可见对 IBS 患者进行心理上的干预是多么重要。首先帮助患者了解 IBS 发病原因是尽量从生活当中各个方面预防,这是最重要的。在规避危险因素的同时创建和谐友善的医患关系,提高患者治愈疾病的信心,从而提高患者生活质量。

(2) 合理饮食

饮食偏嗜往往也是 IBS 发病的重要原因,对于 IBS 患者应对他们进行饮食健康教育,规律饮食,饮食有节,饮食有洁,少食生冷肥甘厚味、辛辣刺激等食物,切勿过量服用严重刺激性食物如:咖啡、酒、浓茶等。

1.2.2. 药物治疗

(1) 解痉剂:是腹痛患者常用药,因其能缓解胃肠道平滑肌痉挛,故又称抗痉挛药,例如:匹维溴胺,奥替溴胺,马来酸曲美布汀等,适用于 IBS 以腹痛为主的病人。(2) 止泻剂:常常用于 IBS-D 患者,常用:洛哌丁胺、复方苯乙哌啶、思密达等。(3) 泻药:适用于 IBS-C 及 IBS-M 患者,一类为容积性泻剂如聚卡波非钙,另一种为渗透性泻剂如聚乙二醇等[16]。(4) 微生态制剂:通过调节肠道菌群使肠道微生态处于均衡状态,进而改善 IBS 相应症状,适用于所有类型 IBS 患者,常见的微生态制剂有双歧杆菌乳杆菌三联活菌片,酪酸梭菌肠球菌三联活菌片等。(5) 抗抑郁药:适用于 IBS 伴焦虑状态病人,对伴有抑郁患者,常使用三环抗抑郁。

1.2.3. 粪菌移植

粪菌移植(FMT)是近年对 IBS 治疗研究的新方向,适用于难治性并伴随明显肠道微生态失调的病人,FMT [17]是指将健康人粪便当中的正常功能性菌群移植到 IBS 患者肠道内,重新构建功能正常的肠道微生态。郭锐芳等[18]将 42 例 IBS-D 患者随机分成治疗组和对照组,2 组患者均进行生活饮食调理,对照组给予口服益生菌制剂,治疗组在此基础上给予粪菌移植,2 组治疗后菌群数量均较治疗前有所增加,治疗组增加更显著,从而得出结论,粪菌移植能明显调节患者肠道菌群并能缓解 IBS-D 患者的临床症状。

2. 祖国医学对腹泻型肠易激综合征的研究概况

详尽历朝历代各类中医医籍,均无对“肠易激综合征”记载,依据其临床特征,可纳入中医“腹痛”、“泄泻”、“便秘”范畴。对 IBS-D 来说,则属于中医之“泄泻”,“泄”初见于《黄帝内经》,但未提及其“泄泻”,其中《素问·气交变大论》最早提出类似病名:“飧泄”、“注下”、“鹜溏”、“濡泄”、“洞泄”等,直至宋代陈无择才在《三因极一病证方论》提出泄泻之名,并将泄泻进行分类,其中包括冷热泄泻、时气泄泻、实热泄泻、虚寒泄泻。

2.1. 病因病机认识

《素问·生气通天论》曰:“因于露风,乃生寒热,是以春伤于风,邪气留连,乃为洞泄。”说出外感风邪是本病重要病因;《素问·阴阳应象大论》“湿盛则濡泄”“清气在下,则生飧泄”论述了湿气治病性;《素问·至真要大论》曰:“诸呕吐酸,暴注下迫,皆属于热。”提出热邪也是引起泄泻病因。究其病因病机,经无数历代名医名家探究,普遍认为是因外感风寒湿邪,情志失调,饮食失节,先天禀赋失常,后天失养等因素导致脾胃虚弱,运化失司,清浊不分,水湿不化,客于肠道,最终导致泄泻。但现代医家对本病病因病机认知却有所差异。章美玲等[19]总结胡珂珂主任多年治疗 IBS 经验,认为本病病机以木郁土中、土虚木乘为主,病因以痰湿为主。谭祥等[20]总结李军祥教授多年治疗 IBS 经验,认为其病机关键为肝旺脾虚,脾虚湿盛贯穿始终,病因主要和感受外邪、饮食内伤、情志不调及禀赋不足等相关。

2.2. 治疗概况

2.2.1. 单用中药

曾会燕[21]纳入 106 例 IBS-D 病人, 随机分为研究组 53 例与对照组 23 例, 研究组运用加味四君子汤, 对照组采取常规诊疗, 结果: 研究组总有效率(92.45%)超过对照组的 81.13% ($P < 0.05$); 刘卓等[22]将 56 例 IBS-D 肝郁脾虚型病人给予痛泻理中汤治疗, 2 周为一疗程, 治疗后临床治愈率 69.6%, 总有效率 94.6%。

2.2.2. 中西药联合

谢燕东等[23]将 89 例 IBS 患者随机分成研究组 46 例和对照组 43 例, 对照组口服复方谷氨酰胺肠溶胶囊, 研究组口服参苓白术散联合复方谷氨酰胺肠溶胶囊, 治疗后研究组总有效率显著高于对照组 [93.47%/72.09%] ($P < 0.05$); 中医症状积分、肠黏膜屏障功能, 血清 5-HT、IFN- γ 、IL-8 水平均较对照组降低, 故能得出结论: 参苓白术散结合复方谷氨酰胺肠溶胶囊能显著改善 IBS 病人临床症状, 改善肠黏膜屏障功能及 5-HT、IFN- γ 、IL-8 水平。黄秀杰等[24]将 IBS-D (寒热错杂) 46 例患者分为实验组、西药组, 实验组 23 例予匹维溴铵, 4 mg/次, 2 次/d, 治疗组 23 例乌梅丸 1 剂/d, 2/d, 连续治疗 2 疗程(6 周), 结果: 实验组总有效率 86.96% 优于西药组总有效率 65.22%, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2.3. 针刺

针刺作为治疗 IBS-D 的常规中医外治法, 能使其腹痛、腹泻等症状得以显著缓解。毛文姣[25]将 IBS-D 80 例病人随机分成实验组 40 例, 对照组 40 例, 实验组给予针刺疗法, 对照组给予匹维溴铵口服, 治疗 6 周, 结果实验组总有效率为 82.5%, 明显优于对照组的 57.5% ($P < 0.05$); 韦东[26]收入 48 例 IBS-D 例病人, 西药组 22 人给予匹维溴铵片、丽珠肠乐胶囊、蒙脱石散口服, 研究组 26 人在西药组基础上给予针刺疗法, 结果: 研究组总有效率为 92.3% 明显超过西药组 54.5%, 故针刺疗效更佳。

2.2.4. 艾灸

艾灸作为 IBS-D 常规中医外治法, 临床中取得不错疗效, 临床上常用灸法以艾柱灸(隔药灸、隔姜灸、癍痕灸)、艾条灸(温和灸、热敏灸)、温针灸为主。何雨霞等[27]发表一篇关于艾灸治疗 IBS-D 的 Meta 分析文章中显示, 艾灸或艾灸联合西药治疗 IBS-D 在提高临床诊疗有效率和改善症状积分方面均优于单纯用西药治疗, 且艾灸疗法安全性高。丁艳丽[28]在艾灸结合易蒙停治疗肠易激综合症的疗效研究中将患者分为艾灸联合易蒙停治疗的实验组和单独使用易蒙停的对照组, 结果治疗组的治愈率(56%)、有效率(94%), 都远远超过对照组。

2.2.5. 穴位贴敷

穴位贴敷是祖国医学外治法之一, 通过把弄好药物贴敷于穴位、患处(阿是穴)从而起到治疗病痛的目的, 无创、无痛, 安全性高, 在治疗 IBS 治疗中不容小觑。周丽等[29]把 62 例 IBS-D 病人分成研究组 31 例及西药组 31 例, 研究组采用中药穴位贴敷治疗, 西药组给予口服匹维溴铵片, 经不同干预措施后研究组的各临床症状评分均较西药组大幅度下降($P < 0.05$)。

2.2.6. 埋线疗法

柴增辉等[30]将 IBS-D 脾肾阳虚型病人 110 例根据患者就诊顺序将其分成针刺组 55 例和埋线组 55 例, 给予针刺组普通针刺治疗, 给予埋线组穴位埋线治疗, 观察分析两组各自的治疗价值, 治疗后埋线组的治疗有效率为 98.18% 明显高于针刺组治疗 87.27% ($P < 0.05$), 可见穴位埋线疗效更佳。

2.2.7. 其他疗法

对于 IBS 中医外治法多种多样, 另外还包括耳穴压豆、电针、药浴、眼针等外治法, 均对 IBS 患者

临床症状的改善起到一定的作用。

综上所述, 目前对 IBS-D 病因病机、治疗研究各式各样, 可谓百花争鸣、百花齐放, 治疗上均对改善患者临床症状有显著疗效, 但目前并没有任何标准化治疗方案, 对 IBS-D 治疗上, 祖国医学通过辨证论治在疗效上略胜一筹, 针对同一种疾病运用“望、闻、问、切”收集患者症状和体征, 运用中医理论进行综合分析, 从而辨别病因、病位、病性, 得出疾病病型, 根据病型制定治疗原则, 根据原则选用不同方药, 既为“同病异治”, 真正达到因人而异, 这不仅显著改善患者临床症状, 而且可以降低疾病复发率, 从而在治疗上凸显出巨大优势。

参考文献

- [1] 刘杨, 梁广和. 基于抑木扶土法探析腹泻型肠易激综合征诊治思路[J]. 承德医学院学报, 2024, 41(3): 217-220.
- [2] 神和正, 程晓云, 王成宝, 等. 理肠丸治疗腹泻型肠易激综合征的疗效观察和对免疫球蛋白及肠道菌群调节的影响[J]. 山东医学高等专科学校学报, 2024, 46(3): 23-26.
- [3] 魏启鲁, 张双, 张向荣, 等. 枯草杆菌二联活菌肠溶胶囊治疗肠易激综合征效果和安全性 Meta 分析[J]. 中国医药, 2024, 19(6): 847-852.
- [4] 王海强, 王思颖, 李冰琪, 等. 基于肠道微生物菌群探讨针灸治疗肠易激综合征的效应机制[J]. 针灸临床杂志, 2024, 40(5): 81-86.
- [5] 崔韶轩, 付雅楠, 李姣, 等. 痛泻宁颗粒联合奥替溴铵治疗腹泻型肠易激综合征的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2024, 39(5): 1252-1256.
- [6] Vander Voort, I.R., Osmanoglou E, Seybold, M., et al. (2014) Electrogastrography Graphy as a Diagnostic Tool for Delayed Gastric Emptying in Functional Dyspepsia and Irritable Bowel Syndrome. *World Journal of Gastroenterology*, 20, 6725-6743.
- [7] 中华医学会消化病学会胃肠功能性疾病协作组, 中华医学会消化病分会胃肠动力学组. 中国肠易激综合征专家共识意见(2015年, 上海) [J]. 中华消化杂志, 2016, 36(5): 299-312.
- [8] 李海龙, 任维, 李彦敏, 袁芳, 姚树坤. 肠易激综合征相关致病因素及发病机制研究进展[J]. 医学与哲学, 2017, 38(4): 73-76.
- [9] 臧希, 窦志芳. 脑肠肽与肠易激综合征相关性研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(12): 110-115.
- [10] 卓冰帆, 张彦卿, 宁晓燕. 痛泻要方合四君子汤加减对腹泻型肠易激综合征患者脑肠肽的影响[J]. 南京中医药大学学报, 2019, 35(1): 25-28.
- [11] 彭云丽, 代迎欢, 何琴, 等. 感染后肠易激综合征小鼠 IL-17、Occludin 和 ZO-1 的动态改变[J]. 中山大学学报: 医学版, 2018, 39(3): 341-348.
- [12] 盛好, 何磊, 徐杰, 雷云霞. 痛泻要方合四君子汤加减对腹泻型肠易激综合征患者炎症反应的影响[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(88): 26.
- [13] 陈玉林, 张婷. 益生菌治疗腹泻型肠易激综合征的疗效及对肠道菌群的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2018, 3(26): 21-22.
- [14] 熊娜娜. 功能性胃肠病患者的心理社会行为特点研究[D]: [博士学位论文]. 北京: 北京协和医学院, 2016.
- [15] 张伟, 叶仁江, 陶艳华. 肠易激综合征患者的个性特征和心理因素探究[J]. 中国现代药物应用, 2019, 13(22): 59-60.
- [16] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 肠易激综合征中西医结合诊疗共识意见(2017年) [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(3): 227-232.
- [17] 马玉帛, 李婷婷, 曹海超, 等. 粪菌移植的临床研究进展[J]. 中华消化病与影像杂志(电子版), 2016, 6(1): 28-35.
- [18] 郭锐芳, 董琳, 康东, 冶正财, 邓燕红, 马岚, 刘晗, 高丽萍. 粪菌移植对腹泻型肠易激综合征的疗效观察[J]. 临床消化病杂志, 2018, 30(6): 366-368.
- [19] 章美玲, 姜劫琳, 胡珂, 洪婷. 胡珂主任辨治肠易激综合征经验探究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(88): 18.
- [20] 谭祥, 裴文婧, 谢春娥, 刘佳丽, 寇富舜, 李军祥. 李军祥教授辨治腹泻型肠易激综合征经验[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2019, 27(10): 788-789.
- [21] 曾会燕. 加味四君子汤治疗腹泻型肠易激综合征的临床疗效观察[J]. 中医临床研究, 2019, 11(31): 67-69.

-
- [22] 刘卓, 刘春龙, 朱叶珊, 薛妍, 王亚楠, 李岩. 痛泻理中汤治疗腹泻型肠易激综合征 56 例[J]. 实用中医药杂志, 2019, 35(11): 1323-1324.
- [23] 谢燕东, 张静瑜, 樊晴伶, 张义灵, 王成. 参苓白术散联合复方谷氨酰胺肠溶胶囊对肠易激综合征患者的肠黏膜屏障功能及 5-HT、IFN- γ 、IL-8 水平的影响[J]. 代生物学进展, 2019, 19(22): 4269-4272.
- [24] 黄秀杰, 涂云, 潘婧, 戴兆燕. 乌梅丸联合匹维溴铵治疗腹泻型肠易激综合征(寒热错杂)随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2019, 33(5): 42-45.
- [25] 毛文姣. 针刺治疗腹泻型肠易激综合征 40 例临床研究[J]. 江苏中医药, 2019, 51(9): 63-65.
- [26] 韦东. 针刺配合西药治疗腹泻型肠易激综合征 26 例[J]. 广西中医药, 2018, 41(1): 25-26.
- [27] 何雨霞, 储浩然, 仝理, 李难, 祝金豹, 吴立斌. 艾灸治疗腹泻型肠易激综合征的 Meta 分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 18(76): 30-33.
- [28] 丁艳丽. 艾灸结合易蒙停治疗肠易激综合征的疗效研究[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(24): 173-174.
- [29] 周丽, 刘晓君, 毛玮, 王丹, 刘冰寒, 张红星. 穴位贴敷治疗腹泻型肠易激综合征 32 例临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2017, 39(5): 28-29.
- [30] 柴增辉, 贾朋环, 赵嘉莹, 王红. 穴位埋线治疗脾肾阳虚型肠易激综合征疗效分析[J]. 实用中医内科杂志, 2019, 33(9): 65-67.