

腹泻型肠易激综合征中西医结合治疗研究进展

林婷婷¹, 陈一斌^{2*}

¹福建中医药大学第一临床医学院, 福建 福州

²厦门市中医院脾胃病科, 福建 厦门

收稿日期: 2026年2月16日; 录用日期: 2026年3月9日; 发布日期: 2026年3月19日

摘要

肠易激综合征(Irritable Bowel Syndrome, IBS)是临床常见的消化系统疾病, 其发病率逐年升高, 目前发病机制尚未完全清楚, 治疗以改善症状为主, 中医在整体观念指导下, 在治疗IBS-D中发挥较大作用。本文就中西医结合治疗IBS-D研究进展综述如下。

关键词

肠易激综合征, 腹泻型, 中西医

Research Progress in Treatment of Diarrhea-Predominant Irritable Bowel Syndrome with Traditional Chinese Medicine and Western Medicine

Tingting Lin¹, Yibin Chen^{2*}

¹The First Clinical Medical College, Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou Fujian

²Department of Spleen and Gastric Disease, Xiamen Hospital of Traditional Chinese Medicine, Xiamen Fujian

Received: February 16, 2026; accepted: March 9, 2026; published: March 19, 2026

Abstract

Irritable bowel syndrome (IBS) is a common clinical gastrointestinal disorder, and its incidence has been increasing year by year. The pathogenesis of IBS is not yet fully understood, and current

*通讯作者。

treatment primarily focuses on symptomatic relief. Guided by holism concept, Traditional Chinese Medicine (TCM) plays a significant role in the treatment of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome (IBS-D). This paper provides a review of the research progress in the treatment of IBS-D with both TCM and Western medicine.

Keywords

Irritable Bowel Syndrome, Diarrhea Type, Chinese and Western Medicine

Copyright © 2026 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. 引言

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是消化内科常见的功能性肠病,其特征为慢性、反复性腹痛和腹部不适,伴有大便性状及习惯改变,诊断前症状至少出现6个月,且近3个月症状持续存在[1]。目前尚缺能完全解释症状的形态学改变及生化检验异常。在《2020年中国肠易激综合征专家共识意见》[2]中指出,我国普通人群中的总体患病率为1.4%~11.5%,女性略高于男性,18~59岁中青年更为常见,60岁以上老年人中则有所下降。IBS有四个亚型,临床上以腹泻型(IBS-D)多见。本文从中医病因病机认识、辨证施治、中医其他疗法及西医病因、治疗等方面对IBS-D研究进展做一综述。

2. 中医对 IBS-D 的认识

2.1. 病名沿革

中医古籍文献中无“肠易激综合征”病名的记载,根据其临床表现,中医将其归为“腹痛”、“泄泻”等范畴,《黄帝内经》中有“鹜溏”“洞泄”“飧泄”“注下”等病名的记载,并对病因病机有论述。《难经·五十七难》曰:“大肠泄者,食已窘迫,大便色白,肠鸣切痛”,指出其症状。汉代医家张仲景在《金匱要略·呕吐下利病脉证治》篇中根据其症状统称为下利。宋金元时期,首次出现“泄泻”病名。

2.2. 病因病机

IBS-D的病因可以归纳为感受外邪、饮食失宜、情志不调、禀赋不足及久病失治、病后体虚等[3]-[5]。《素问·至真要大论》:“暴注下迫,皆属于热”;《素问·举痛论》:“寒客于肠,肠不得成聚,故后泄腹痛矣”;《素问·阴阳应象大论》云:“湿盛则濡泻”,“春伤于风,夏生飧泄”,提示外邪可致泄泻,并指出病变部位;《素问·脏器法时论》曰:“脾病者,虚则腹满肠鸣,飧泄不化”;《素问·脉要精微论》:“胃脉实则胀,虚则泻”,指出脾胃虚弱可致泄泻;《医方考》指出:“泻责之脾,痛责之肝;肝责之实,脾责之虚;脾虚肝旺,故令痛泻”;《三因极一病证方论》则从三因学说析泄泻的病因病机,指出不仅外感邪气可致泄泻,情志不畅导致泄泻的发生。

近年来,现代医家根据自身临床实践及经验总结,运用中医理论对IBS-D的病因病机做了探求剖析。国医大师徐景藩[6]认为肝郁脾虚为IBS-D的病机关键,起病迅速、阵发性、腹痛急迫等特点与风邪致病特点一致,为肠风内扰之征象。郭邵举[7]认为IBS-D的根本病机是脾胃虚弱,湿邪内蕴,肝郁是经常贯穿该病始终的关键因素,日久一般多发展为脾胃、脾肾阳虚。IBS病情迁延反复,病机特点为虚实夹杂,

既有脾气虚弱、脾胃虚寒、脾肾阳虚等虚证,又夹有肝郁、生风、湿邪、湿热、血瘀等实证。唐梅文教授[8]认为 IBS-D 的病位在肠,与肝脾肾相关。湿邪是引起 IBS-D 的主要病因,脾虚湿盛是 IBS-D 的关键病机。黄贵华教授[9]认为 IBS-D 的外因主要与感受外邪和饮食不当有关,六邪致病以湿邪为其主要病理因素,常兼夹寒、热、暑等病邪为病;其内因为脾阳不足,脾运失职发泄泻,日久可累及肾阳。关键病机为脾肾阳虚与寒湿、湿热蕴结,寒湿、湿热蕴结为标,脾肾阳虚为本。治疗以健脾温肾为法,随证辅以健脾益气、化湿和胃、温里散寒等治法。桑希生教授[10]认为 IBS-D 的病位在大肠腑之气分,可累及血分;病因为情志失调、邪气外侵、饮食失宜、先天禀赋不足,大肠气阳亏少,核心病机为气血不和,血行失司。国医大师周学文教授[11]重视喜、怒、忧、思、悲、恐、惊等七情内伤与本病的关系,认为它们与疾病的发生有关系。此看法与西医认为 IBS-D 发病与精神心理因素相关的理论不谋而合。魏玮教授[12]对 IBS-D 病机的认识可用“滞”、“瘀”、“郁”、“虚”四字来概括。滞为饮食积滞,损伤脾胃之气,气机失调,水湿、痰饮、瘀血等阻滞气机;郁乃情志愤郁,忧愁思虑过度等影响脾胃运化功能,肝失疏泄,肝乘脾土;虚则责之先天禀赋不足,后天调养不当,脾肾不足则发为脾肾阳虚泄泻。李佃贵教授[13]从浊毒论治 IBS-D,浊毒内郁,内化失司是本病的关键。王峻教授[14]指出 IBS-D 是典型的“肝强脾(胃)弱”,其病机根本为脾胃虚弱,肝强症状表现为脾胃虚弱所诱导,且多为脾胃阳虚,临床上除易见肝脾不和的症候外,多有脾胃阳虚的表现,出现泄出物清稀,味清,泄出后乏力更甚。刘启泉教授[15]以“胆”为切入点,认为气机病变责之于胆,胆为少阳枢机,调节周身气机升降,影响气血的运行,进而影响情志与消化。胆气虚弱,疏泄失职,脾胃功能受到影响,清浊异位,浊邪内生,发为泄泻。彭卓崙教授[16]认为 IBS 的发病与脾阴虚密切相关。IBS-D 反复发作,缠绵难愈,泄泻日久易伤阴耗气,脾阴亏虚,亦有久泻阳损及阴者,最终均致气阴两伤。李永成教授[17]从脾胃阴火论治寒热错杂型 IBS,认为平素饮食不节、劳逸过度、喜怒无常均可导致阴火的产生。阴火的发病机制为元阳不足,脾胃虚弱,造成清阳不升,气机升降紊乱,“火气”升降关系失常,临床表现常见虚象及热象,凡有内伤虚衰的临床表现皆属于寒证,火气失衡为热证的病机。治疗以培补中气,治病求本;甘寒泻火,标本同治。邱健主任医师[18]认为 IBS-D 的发病关键在于心-小肠藏象系统功能紊乱,心阳不足,温煦小肠不及,小肠化物失职,泌别清浊失司,清气不升反降,发为泄泻。

综上所述,本病多由素体脾胃虚弱,或久病损伤脾胃气机,水湿不化、痰瘀阻滞;情志失畅,日久肝郁乘逆脾土;饮食不节或不洁,损伤脾胃;长期贪食寒凉之品或日久失治误治,伤及脾肾;诸多因素致脾胃虚弱,健运失职,食积、水湿、痰瘀内生,阻滞气机,肠腑传导失司;肝木横乘脾土,腑气通降不利则见腹痛、腹胀、腹泻等不适。本病病位在肠,涉及肝脾肾等脏腑,脾胃虚弱贯穿于 IBS-D 的整个发病过程,肝郁脾虚是导致 IBS-D 发生的重要因素[19]。

3. 中医综合治疗 IBS-D

3.1. 证候及辨证论治

IBS-D 以肝郁气滞,乘犯脾土,脾失健运,湿邪中生,脾胃虚弱,清阳不升日久累及肾阳。本病以湿邪为中心,肝疏泄失职贯穿始终,以脾肾阳虚为本。中医治疗注重辨证施治,个体化治疗,较快改善临床症状,减少复发,具有较好的临床效果。《肠易激综合征中医诊疗专家共识(2024)》[20]根据 IBS-D 患者不同临床表现,分为四个证型进行辨证施治。分别为肝郁脾虚证(痛泻要方加减)、脾虚湿盛证(参苓白术散加减)、脾肾阳虚证(附子理中丸合四神丸加减)与大肠湿热证(葛根芩连汤加减)。现代医家根据不同的病因病机,结合亲身临床经验,形成独特的辨证施治理论。周晓波教授[21]根据自身临床实践,将 IBS-D 归纳为六个证型:(1)肝郁气滞证:以柴胡疏肝散加减疏肝理气,调脾止泻;(2)肝郁脾虚证:以痛泻要

方加减抑肝扶脾, 胜湿止泻; (3) 肝火犯胃证: 治以清肝和胃, 泄热止泻; (4) 肝阴不足证: 以滋水清肝饮加减柔肝养阴, 补血止泻; (5) 脾胃虚弱证: 以参苓白术散加减健脾益气, 渗湿止泻; (6) 脾肾亏虚证: 以附子理中汤合四神丸加减补益脾肾, 渗湿止泻; 孙志广教授[22]则将 IBS-D 分为三个主要证型: (1) 脾虚夹湿证: 此证为脾胃虚弱兼有寒湿, 以补气运脾化湿为基本治法, 选用参苓白术散为主方; (2) 肝气犯脾证: 多为脾虚伴有肝失疏泄的表现, 治以疏肝健脾理气, 以参苓白术散合痛泻要方为主方; (3) 脾肾阳虚证: 此为脾肾阳气俱虚的表现, 治以温肾暖脾, 涩肠止泻为主, 选用附子理中汤加减。林寿宁教授[23]则分四型论治, (1) 湿郁肠腑证: 以行气解郁, 健脾化湿为法, 予自拟肠病方治疗; (2) 寒热错杂证: 治以化湿健脾, 清热利湿, 予自拟肠病方合葛根黄芩黄连汤为基础方加减治疗; (3) 脾胃虚弱证: 治以健脾益胃, 渗湿止泻, 予参苓白术散加减治疗; (4) 脾肾阳虚证: 治以温肾暖脾, 化湿止泻, 予四神丸加减治疗。徐陆周教授[24]认为 IBS-D 的治疗当分期而为, (1) 前驱期和初期, 湿热是关键, 治以清热化湿, 辅以健脾助运; (2) 病至中期, 寒从中生, 脾气渐虚, 脾阳虚衰, 土虚木乘, 治当温阳健脾, 调和土木; (3) 病及后期, 脾阳亏虚累及肾阳, 治当重视温肾助阳, 养阴柔肝; (4) 此外, 徐教授认为风邪是客观存在的, 治疗应兼以升举清阳, 祛风除邪。朱世楷教授[25]强调治疗应分期与辨证相结合, 急性期以健脾化湿, 行气解郁为法; 慢性期以疏肝健脾为主, 兼顾益肾温阳、利湿化浊、行气活血等治法, 迁延期当以补益脾肾为主, 行气、活血为辅。

3.2. 自拟方加减治疗 IBS-D

现代医者在临床实践中, 依据中医理论及临床经验, 自拟方剂治疗 IBS-D, 疗效确切。苏健彬等[26]将 72 例肝郁脾虚型 IBS-D 患者采用随机数字表法将患者随机分为观察组 36 例, 对照组 36 例, 观察组予自拟培土顺木汤(党参 25 g, 白术 15 g, 山药 15 g, 茯苓 10 g, 陈皮 5 g, 赤芍 10 g, 炙甘草 5 g, 柴胡 5 g, 桂枝 5 g, 防风 5 g)治疗, 对照组予布拉氏酵母菌口服。总有效率: 观察组 93.33%, 对照组 70%; 观察组中医证候疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。国医大师周学文[11]认为 IBS-D 的核心病机为脾虚湿盛, 七情不畅, 治疗中结合七情辨证, 应用复方石榴皮煎取得满意疗效。李军祥教授[27]以脾虚肝旺为核心病机, 自拟痛泻安肠方, 并根据证型的偏盛进行论治: 脾虚湿盛偏盛者, 予痛泻安肠方合参苓白术散加减; 脾肾阳虚偏盛者, 予痛泻要方合附子理中丸、四神丸加减; 寒热错杂者予痛泻要方加减治疗。邱健等[18]从心小肠藏象系统论治 IBS-D, 自拟桂枝荔枝汤调畅心阳, 厚肠补土。

4. 中医外治法

中医药不仅在内服中药上独具特色, 中医外治法如针刺、灸法、穴位贴敷等, 毒副作用小, 疗效显著, 广受好评。陈培[28]运用毫火针治疗脾虚湿盛型 IBS-D, 观察组运用毫火针, 选穴: 中脘、天枢(双)、阴陵泉(双)、上巨虚(双)、脾俞(双)、肾俞(双)、大肠俞(双), 总有效率 97.14%, 对照组运用普通针刺, 选穴与观察组一致, 总有效率 77.14%, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 结果表明毫火针疗法优于普通针刺疗法。李铎夷[29]运用随机数字法将 60 例 IBS-D 肝郁脾虚证患者分为治疗组与对照组各 30 例, 对照组予口服匹维溴铵片治疗, 治疗组予先予灵龟八穴法开穴, 予针刺天枢(双侧)、足三里(双侧)、太冲(双侧)、膻中, 并予神阙予隔盐灸治疗。治疗组总有效率为 96.6%, 对照组有效率为 80.0%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。灵龟八法结合常规针灸治疗肝郁脾虚型 IBS-D 疗效确切, 改善患者临床症状的同时, 降低其严重程度及对生活干扰度, 提升患者生活质量, 效果优于纯西药治疗。李慧玲[30]将 IBS-D 患者分为脐药组与西药组, 西药组予匹维溴铵片, 脐药组将木香、大茴香、肉豆蔻、吴茱萸、补骨脂、五味子碾末, 填满脐孔, 用艾柱置于填满药末的脐部, 艾灸时长约 10 分钟, 艾灸过程中以患者感觉透热而不烫为宜。治疗结束后, 比较 IBS-SSS 各项评分, 脐药组在腹胀、排便满意度、生活质量影响等方面效果优于西药组,

差异具有统计学意义。朱莹超[31]将符合入组的 60 例脾肾阳虚型的 IBS-D 患者按随机数字表法分成对照组与治疗组, 对照组予以中药健肾温脾方治疗, 治疗组在对照组基础上联合穴位贴敷治疗, 穴位贴敷取穴: 天枢(双侧)、中脘、关元、脾俞(双侧)、肾俞(双侧), 两组临床有效率分别为对照组 68.96% 和治疗组 83.33%, 两组治疗 IBS-D 脾肾阳虚型皆有效, 健脾温肾方联合穴位贴敷的内外治方案总体疗效优于单纯内服中药。

5. 西医对 IBS-D 的认识

5.1. 流行病学

IBS 是一项在全世界广泛分布的疾病, 2016 年 Nature Reviews Disease Primers 发表的针对 IBS 的综述中指出, IBS 的全球总患病率约为 11.2% [32], 不同国家、区域患病率不同。其中西方国家发病率为 5%~24% [32]-[34], 亚洲发病率为 5%~10% [34], 根据我国的研究统计数据, IBS 在我国的发病率为 5.67%~17.10% [35], 其中 IBS-D 的患病率可高达 20%~30% [33], 是临床中常见的发病类型。

5.2. 病因、发病机制

目前现代医学对 IBS 的病因及发病机制尚未完全明确, 通过对 IBS 患者在临床试验中的观察, 部分发病机制得到验证。然而能够全部解释临床症状的单一发病机制仍需进一步的研究发现。目前学界认为是多种发病机制及多种因素共同作用的结果。

5.2.1. 胃肠道动力异常[36]

胃肠动力异常主要分为结肠动力异常、肛门直肠动力异常、小肠及其他部位动力异常 3 种类型[36]。IBS 患者胃肠动力异常多见于食管、胃肠乃至全消化道[37], IBS 患者的胃肠动力改变形式多样, 常随患者的症状变化而发生改变, 但这些异常改变都无法完全解释临床症状。胃肠动力异常[38]是 IBS 症状诱发的病理基础, 目前导致胃肠动力异常的机制尚未完全明确, 可能与肠道黏膜损伤、肠道菌群紊乱、胃肠激素分泌紊乱等有关[39] [40]。

5.2.2. 内脏高敏感性

内脏高敏感性及内脏对平滑肌收缩及外界刺激的感受性增强, 包括痛觉过敏、痛觉异常等[34], 可表现为对伤害性刺激的敏感性增强和感受阈值降低, 容易产生腹胀、腹痛等症状。大量动物或人体实验研究均表明焦虑、抑郁、认知障碍等精神心理应激可引起痛觉相关的高级中枢、脊髓通路及内脏传入神经的敏感化、加重内脏高敏感状态[41]。

5.2.3. 肠道炎症影响[42]

据数据统计分析, 超过 10% 的 IBS 由感染性肠炎发展而来[42], 在炎症性肠病(inflammatory bowel disease, IBD)患者中有 25%~46% 同时患有 IBS, IBS 患者也更容易患上 IBD, 说明 IBS 患者肠道同时存在低度炎症[43]。因此胃肠道感染容易导致 IBS 的发生, 其中 PI-IBS 即被定义为感染后肠易激综合征的新发展, 63% PI-IBS 患者发展成 IBS-D [44]。肠道感染可以破坏肠道中正常的微生物屏障, 通过物质代谢影响正常肠道黏膜修复, 增强肠黏膜上皮的通透性, 激发肥大细胞数量, 进而增强内脏敏感性及内分泌功能[45]。可以推测, IBS-D 的发生与肠道感染后免疫应答机制的启动密切相关, 因此如何抑制肠道炎症反应, 降低肥大细胞活化有望成为治疗 IBS 肠道疾病的新靶点[46]。

5.2.4. 肠道生态失调

正常的肠道菌群能维持人体正常的胃肠功能活动。当人体受到外界、饮食、药物以及精神心理刺

激等因素影响时, 有益菌减少, 有害菌增多, 肠道菌群稳态被破坏, 引起肠道动力紊乱, 可能导致肠道增加产气, 破坏肠黏膜屏障, 致使免疫应答异常, 内脏敏感性增强从而产生腹泻、腹胀等症状[47]。

5.2.5. 精神与心理因素

大量研究表明, IBS 患者焦虑、抑郁积分显著高于正常人, 生活中应激事件的发生频率高于正常人, 应激反应更为敏感与强烈。精神心理因素可提高胃肠感觉的敏感性, 从而引起 IBS 症状。

5.2.6. 脑 - 肠轴调节异常

神经系统及内分泌系统参与肠道运动的调节, 脑肠轴胃肠道系统与中枢神经系统的神经内分泌网络, 起连接作用。是由中枢神经系统及肌间神经丛间的联系组成, 在胃肠道感觉和运动功能中起重要作用。脑 - 肠轴功能障碍可能导致神经系统的感知和反射的异常, 导致胃肠功能障碍、内脏敏感性增加而诱发 IBS [48]。

6. 西医对 IBS-D 的治疗

IBS-D 的治疗策略为强调综合治疗及个体化治疗原则, 及积极寻找发病因素并予之解除, 对症治疗, 以消除患者顾虑, 改善症状, 防治疾病复发, 提升生活质量为目的。

6.1. 饮食管理

在 IBS 的症状控制中, 饮食管理的作用不可被忽视。近年来, 临床研究[49][50]发现, IBS 患者减少 FODMAPS 饮食摄入可明显改善消化道症状。但是低 FODMAPS 饮食对患者产生的心理压力、经济压力及营养不良、菌群的改变等负面影响是仍需解决的问题[51][52]。

6.2. 药物对症治疗

现代医学尚未有某一种药物证实对 IBS-D 完全有效, 针对 IBS-D 主要采取对症治疗, 期于改善患者的症状, 提升工作及生活质量。

6.2.1. 解痉药

解痉剂是解除胃肠痉挛的一类药物, 具有协调平滑肌缓解腹痛, 抑制胃液等腺体分泌的作用。包括抗胆碱能药物(东莨菪碱、阿托品、薄荷油), 薄荷油具有解痉、抗炎、镇痛等作用[53]。钙离子通道拮抗剂(匹维溴铵、奥替溴铵、美贝维林), 匹维溴铵通过阻滞胃肠道平滑肌电压依赖性钙通道, 可发挥抗痉挛作用, 促进正常肠动力恢复, 控制 IBS 症状, 在我国应用广泛。离子通道调节剂(马来酸曲美布汀), 曲美布汀具有双向调节作用, 对腹泻、便秘都有效。均可缓解 IBS 腹痛症状[54]。

6.2.2. 止泻药

止泻药可以抑制胃肠蠕动, 使大便次数减少, 如蒙脱石散, 能修复肠黏膜, 可以缓解腹泻、黏液便等状况[55]。外周阿片受体激动剂可抑制肠黏膜的触感和肠液分泌, 进而缓解腹泻症状。洛哌丁胺被证实可改善 IBS-D 大便次数、形状和紧迫感, 但作用有限, 并不能缓解腹痛、腹胀等腹部症状[56]。

6.2.3. 抗抑郁药[57]

抗抑郁药是治疗 IBS 有效的药物之一, 《中国肠易激综合征专家公示意见(2015 年上海)》指出合并心理障碍的患者可以联合抗抑郁药物, 对于未合并精神障碍的患者接受常规治疗效果不明显或者不满意时也可以采用抗抑郁药物。相关研究指出, 与单纯使用胃肠治疗药物相比, IBS 患者服药小剂量抗抑郁药物, 消化道症状明显改善的同时, 精神情绪也明显好转[57]。一项 Meta 分析显示三环类抗抑郁药(TCAs)

能改善 IBS 的各种症状, 特别是缓解腹痛方面是安全的而选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs)治疗 IBS 的疗效尚无确切证据[58]。

6.2.4. 肠道微生物制剂

益生菌可以影响肠道菌群的构造, 可以产生抗微生物物质, 干扰肠黏膜粘附, 从而影响黏膜免疫屏障功能[59], 常用的益生菌有思连康(双歧杆菌四联活菌片)、金双歧(双歧杆菌乳酸杆菌三联活菌片)、整肠生(地衣芽孢杆菌活菌胶囊)、亿活(布拉氏酵母菌)等。

6.2.5. 调节内脏高敏感性药物

5-HT₃ 是调节胃肠道功能的重要神经递质, 5-HT₃ 受体拮抗剂可延缓肠道运输、减少肠道分泌以减轻腹泻症状。5-HT₃ 受体拮抗剂有阿洛司琼、昂丹司琼、雷莫司琼等。大型高质量 RCT 的荟萃分析表明, 阿洛司琼可明显改善 IBS-D 的总体临床症状, 但有潜在的严重便秘及缺血性肠炎风险, 仅适用于女性以腹泻为主的严重 IBS 患者[60]。

6.2.6. 抗生素

利福昔明是广谱肠道抗生素, 由利福霉素衍生而来, 口服时不被肠道所吸收。据报道, 利福昔明具有降低内脏敏感性、修复肠道屏障功能, 抑制结肠和回肠的炎症反应等作用, 且与肠道菌群改变无关[61]。

6.3. 行为心理疗法

由于 IBS-D 的病程长及症状复杂, IBS-D 患者的精神压力及抑郁焦虑程度明显高于非患病人群。在经过饮食管理及药物口服治疗后无明显见效的 IBS-D 患者可考虑行为心理治疗, 疗法包括放松训练、催眠疗法、认知行为疗法等, 通过行为心理疗法可以缓解患者心理症状, 减少患者痛苦程度, 从而达到治疗目的[2]。

7. 结语

以上所述, 现代医学对 IBS-D 的发病机制尚未完全阐明, 也尚无疗效确切的治疗方法。中医强调整体辨证思维, 具有标本兼治、副作用少等优势。其中肝郁脾虚导致的泄泻与脑肠轴调节异常引起的 IBS-D 关系密切, 目前针对脑肠轴调节异常的中药和西药治疗的报道较少, 若能结合现代技术, 挖掘中药与西药对脑肠轴调节的作用, 再结合中医特色疗法, 则可使 IBS-D 的治疗日趋完善。

参考文献

- [1] 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.
- [2] 李彦楠, 杨丽旋, 赵钟辉, 等. 《2020 年中国肠易激综合征专家共识意见》解读[J]. 中国临床医生杂志, 2021, 49(10): 1151-1155.
- [3] 卜祥会, 屠庆祝. 屠庆祝主任医师治疗腹泻型肠易激综合征临床经验总结[J]. 中国民族民间医药, 2018, 27(1): 94-95.
- [4] 柯水芳, 陆敏. 陆敏教授治疗腹泻型肠易激综合征经验[J]. 中国医药导报, 2018, 15(1): 99-101+105.
- [5] 曹俊, 赵智强. 赵智强教授辨治腹泻型肠易激综合征经验介绍[J]. 西部中医药, 2018, 31(4): 56-58.
- [6] 陆为民, 徐丹华, 周晓波, 等. 徐景藩教授论治腹泻型肠易激综合征的经验[J]. 江苏中医药, 2012, 44(11): 1-3.
- [7] 林欣蓉. 郭氏疏肝止泻汤治疗腹泻型肠易激综合征(肝郁脾虚证)的疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 广州: 广州中医药大学, 2021.
- [8] 姚佳敏. 唐梅文教授治疗腹泻型肠易激综合征的临证经验及用药规律研究[D]: [硕士学位论文]. 南宁: 广西中医药大学, 2022.
- [9] 刘覃雁. 黄贵华教授治疗腹泻型肠易激综合征的临证经验及用药规律研究[D]: [硕士学位论文]. 南宁: 广西中医

- 药大学, 2021.
- [10] 潘慧琴. 桑希生教授治疗腹泻型肠易激综合征的临床经验研究[D]: [硕士学位论文]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2022.
- [11] 白光. 国医大师周学文应用复方石榴皮煎剂联合七情辨证治疗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(12): 883-886.
- [12] 刘倩, 毛心勇, 张涛, 独思静, 苏晓兰, 杨洋, 魏玮. 从“滞”“郁”“虚”“瘀”论肠易激综合征病机特点[J]. 中国中西医结合杂志, 2022, 42(1): 96-100.
- [13] 王辉, 吕金仓, 何华, 张瑞娟, 吴中秋. 李佃贵教授从浊毒论治腹泻型肠易激综合征经验[J]. 河北中医, 2014, 36(3): 329-331.
- [14] 许安, 王峻. 疏肝和中汤治疗腹泻型肠易激综合征临床观察[J]. 浙江中西医结合杂志, 2022, 32(12): 1116-1119.
- [15] 王俞铎, 王雨鸽, 许静茹, 赵倩文, 孙建慧, 韩增银, 王盼, 刘文静, 刘启泉. 刘启泉从胆论治腹泻型肠易激综合征[J]. 中医学报, 2022, 37(3): 561-564.
- [16] 彭卓崙, 陶丽芬, 李桂贤. 健脾养阴法在腹泻型 IBS 的应用探讨[J]. 光明中医, 2019, 34(1): 27-29.
- [17] 贾福运, 高望. 李永成从脾胃阴火论治寒热错杂型肠易激综合征经验[J]. 中国民间疗法, 2022, 30(15): 29-31.
- [18] 李连勇, 邱健. 邱健主任从心小肠藏象系统论治腹泻型肠易激综合征的临床经验[J]. 中国中医药现代远程教育, 2020, 18(5): 52-54.
- [19] 吴扬. 痛泻要方合酸枣仁汤治疗腹泻型肠易激综合征(肝郁脾虚证)的临床疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 乌鲁木齐: 新疆医科大学, 2019.
- [20] 李中玉, 卞立群, 徐晴, 等. 《肠易激综合征中医诊疗专家共识(2024)》解读[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2024, 32(10): 879-882+890.
- [21] 孙文恺, 周晓波. 周晓波教授治疗腹泻型肠易激综合征经验[J]. 天津中医药, 2019, 36(6): 543-546.
- [22] 李镇, 聂炜珏, 朱丽, 孙志广. 孙志广治疗腹泻型肠易激综合征的临床经验[J]. 中国民间疗法, 2021, 29(16): 25-26.
- [23] 何玉蓉, 朱永苹, 萧慧莹, 杨星星, 韩健, 许裕伟, 林寿宁. 林寿宁教授从湿论治腹泻型肠易激综合征经验[J]. 广西中医药大学学报, 2022, 25(3): 28-30.
- [24] 顾浩然, 徐陆周. 徐陆周治疗腹泻型肠易激综合征的临床经验总结[J]. 浙江中医药大学学报, 2019, 43(4): 350-353.
- [25] 李维. 朱世楷教授治疗肠易激综合征临床经验探析[J]. 光明中医, 2022, 37(24): 4465-4467.
- [26] 苏健彬, 张伦. 自拟培土顺木汤治疗肝郁脾虚型腹泻型肠易激综合征临床观察[J]. 广州中医药大学学报, 2022, 39(12): 2776-2781.
- [27] 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.
- [28] 陈培. 毫火针治疗腹泻型肠易激综合征(脾虚湿盛证)的临床观察[D]: [硕士学位论文]. 长沙: 湖南中医药大学, 2022.
- [29] 李铎夷. 灵龟八法合常规针灸治疗腹泻型肠易激综合征(肝郁脾虚证)的临床研究[D]: [硕士学位论文]. 南宁: 广西中医药大学, 2022.
- [30] 李慧玲. 脐灸治疗腹泻型肠易激综合征(脾肾阳虚型)的临床疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2020.
- [31] 朱莹超. 健脾温肾方联合穴位敷贴治疗腹泻型肠易激综合征脾肾阳虚证临床研究[D]: [硕士学位论文]. 天津: 天津中医药大学, 2022.
- [32] Enck, P., Aziz, Q., Barbara, G., Farmer, A.D., Fukudo, S., Mayer, E.A., et al. (2016) Irritable Bowel Syndrome. *Nature Reviews Disease Primers*, 2, Article No. 16014. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.14>
- [33] Sperber, A.D., Dumitrascu, D., Fukudo, S., Gerson, C., Ghoshal, U.C., Gwee, K.A., et al. (2016) The Global Prevalence of IBS in Adults Remains Elusive Due to the Heterogeneity of Studies: A Rome Foundation Working Team Literature Review. *Gut*, 66, 1075-1082. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2015-311240>
- [34] 寇会玲, 宗立永, 孙元熙. 肠易激综合征流行病学与发病机制研究新进展[J]. 医学理论与实践, 2015, 28(18): 2448-2449+2452.
- [35] 朱佳杰, 刘珊, 赵鹏程, 尹璐, 刘亚欣, 刘登科, 魏玮. 肠易激综合征的流行病学研究进展[J]. 国际消化病杂志,

- 2017, 37(5): 271-273.
- [36] 杨芳, 严晶, 刘丽娜, 叶柏. 肠易激综合征病因及发病机制研究的新进展[J]. 河北医科大学学报, 2020, 41(8): 987-992.
- [37] 彭珊, 赵钢, 李春艳. 肠易激综合征的发病机制研究进展[J]. 中国医药导报, 2016, 13(6): 54-57.
- [38] 李洁, 丁建平. 肠易激综合征磁共振脑影像学应用研究进展[J]. 磁共振成像, 2017, 8(12): 941-946.
- [39] Koloski, N.A., Jones, M. and Talley, N.J. (2016) Evidence That Independent Gut-to-Brain and Brain-to-Gut Pathways Operate in the Irritable Bowel Syndrome and Functional Dyspepsia: A 1-Year Population-Based Prospective Study. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, **44**, 592-600. <https://doi.org/10.1111/apt.13738>
- [40] Deiteren, A., de Wit, A., van der Linden, L., De Man, J.G., Pelckmans, P.A. and De Winter, B.Y. (2016) Irritable Bowel Syndrome and Visceral Hypersensitivity: Risk Factors and Pathophysiological Mechanisms. *Acta Gastroenterologica Belgica*, **79**, 29-38.
- [41] 刘通. 腹泻型IBS患者肠道菌群和代谢组学与焦虑抑郁共病的相关性研究[D]: [博士学位论文]. 济南: 山东大学, 2020.
- [42] Klem, F., Wadhwa, A., Prokop, L.J., Sundt, W.J., Farrugia, G., Camilleri, M., *et al.* (2017) Prevalence, Risk Factors, and Outcomes of Irritable Bowel Syndrome after Infectious Enteritis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Gastroenterology*, **152**, 1042-1054.e1. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.12.039>
- [43] 李子君, 肖冰. 肠易激综合征发病机制的研究进展[J]. 现代消化及介入诊疗, 2018, 23(1): 121-123.
- [44] Spiller, R.C. (2003) Postinfectious Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology*, **124**, 1662-1671. [https://doi.org/10.1016/s0016-5085\(03\)00324-x](https://doi.org/10.1016/s0016-5085(03)00324-x)
- [45] 贺星, 崔丽红. 肠道感染在肠易激综合征发病机制中的作用[J]. 世界华人消化杂志, 2013, 21(31): 3323-3329.
- [46] 郑倩倩, 李世刚, 柳蔚, 等. 肥大细胞对肠易激综合征影响的研究进展[J]. 华西医学, 2017, 32(9): 1452-1454.
- [47] 欧枢, 贾玉杰. 肠道菌群失衡诱发肠易激综合征的机制[J]. 中国微生态学杂志, 2017, 29(6): 742-745.
- [48] 曾灏瑜, 白涛, 侯晓华. 肠易激综合征发病机制研究进展[J]. 中国实用内科杂志, 2020, 40(2): 115-118.
- [49] Staudacher, H.M., Irving, P.M., Lomer, M.C.E. and Whelan, K. (2014) Mechanisms and Efficacy of Dietary FODMAP Restriction in IBS. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, **11**, 256-266. <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2013.259>
- [50] Halmos, E.P., Power, V.A., Shepherd, S.J., Gibson, P.R. and Muir, J.G. (2014) A Diet Low in Fodmaps Reduces Symptoms of Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology*, **146**, 67-75.e5. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2013.09.046>
- [51] Deng, Y., Misselwitz, B., Dai, N. and Fox, M. (2015) Lactose Intolerance in Adults: Biological Mechanism and Dietary Management. *Nutrients*, **7**, 8020-8035. <https://doi.org/10.3390/nu7095380>
- [52] 谷亚美. 肠易激综合征低FODMAPs饮食干预研究[D]: [硕士学位论文]. 扬州: 扬州大学, 2017.
- [53] 张洁, 顾妍晶, 樊晓明, 等. 肠易激综合征诊断及药物治疗的研究进展[J]. 世界临床药物, 2019, 40(5): 302-309.
- [54] 崔金. 健脾化湿方治疗腹泻型肠易激综合征脾虚湿盛证的临床研究及周正华主任从“湿”论治 IBS-D 经验介绍[D]: [硕士学位论文]. 天津: 天津中医药大学, 2022.
- [55] 汪龙德, 张萍, 任培培, 刘俊宏, 王淼蕾, 牛媛媛, 金三省, 李正菊. 腹泻型肠易激综合征相关发病机制及治疗的研究进展[J]. 实用中医内科杂志, 2022, 36(1): 16-19.
- [56] Ford, A.C., Moayyedi, P., Lacy, B.E., Lembo, A.J., Saito, Y.A., Schiller, L.R., *et al.* (2014) American College of Gastroenterology Monograph on the Management of Irritable Bowel Syndrome and Chronic Idiopathic Constipation. *American Journal of Gastroenterology*, **109**, S2-S26. <https://doi.org/10.1038/ajg.2014.187>
- [57] Jackson, J.L., O'Malley, P.G., Tomkins, G., Balden, E., Santoro, J. and Kroenke, K. (2000) Treatment of Functional Gastrointestinal Disorders with Antidepressant Medications: A Meta-Analysis. *The American Journal of Medicine*, **108**, 65-72. [https://doi.org/10.1016/s0002-9343\(99\)00299-5](https://doi.org/10.1016/s0002-9343(99)00299-5)
- [58] Xie, C., Tang, Y., Wang, Y., Yu, T., Wang, Y., Jiang, L., *et al.* (2015) Efficacy and Safety of Antidepressants for the Treatment of Irritable Bowel Syndrome: A Meta-Analysis. *PLOS ONE*, **10**, e0127815. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127815>
- [59] 尹晓岚, 王凤云, 田亚欣, 段园志, 唐旭东. 肠易激综合征肠道菌群失调与脑-肠轴调节紊乱的相关性[J]. 胃肠病学, 2017, 22(1): 59-62.
- [60] Ford, A.C., Talley, N.J., Schoenfeld, P.S., Quigley, E.M.M. and Moayyedi, P. (2008) Efficacy of Antidepressants and Psychological Therapies in Irritable Bowel Syndrome: Systematic Review and Meta-Analysis. *Gut*, **58**, 367-378. <https://doi.org/10.1136/gut.2008.163162>

- [61] Jin, Y., Ren, X., Li, G., Li, Y., Zhang, L., Wang, H., *et al.* (2018) Beneficial Effects of Rifaximin in Post-infectious Irritable Bowel Syndrome Mouse Model Beyond Gut Microbiota. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, **33**, 443-452. <https://doi.org/10.1111/jgh.13841>