

腹泻型肠易激综合征脾虚湿阻型论治探微

张成明¹, 刘力¹, 王捷虹², 唐旭东³, 刘争辉², 高彦斌¹, 袁旭潮¹

(1. 陕西中医药大学, 陕西 咸阳 712046; 2. 陕西中医药大学附属医院消化科, 陕西 咸阳 712000;
3. 中国中医科学院西苑医院脾胃病科, 北京 100091)

摘要: 肠易激综合征(IBS) 是临床常见的、多发的功能性肠病, 其严重影响了患者的生活质量及身心健康。腹泻型乃其常见临床类型, 中医将其主要归于“泄泻”、“腹痛”等范畴。近年来随着对其认识和研究的深入, 中医药在本病治疗中具有一定的优势。脾虚湿阻型是其重要临床类型之一, 从病因病机、临床表现、治法方药及体会等方面作以探讨。

关键词: 脾虚湿阻型; 肠易激综合征; 论治探讨

中图分类号: R574.4

文献标志码: A

文章编号: 1673-7717(2017)05-1167-04

Treatment for Diarrhea Type Irritable Bowel Syndrome of Spleen Deficiency and Dampness Obstruction

ZHANG Chengming¹, LIU Li¹, WANG Jiehong², TANG Xudong³, LIU Zhenghui², GAO Yanbin¹, YUAN Xuchao¹

(1. Shaanxi University of Traditional Chinese Medicine, Xianyang 712046, Shaanxi, China;

2. Digestive Department, Shaanxi University of Traditional Chinese Medicine, Xianyang 712046, Shaanxi, China;

3. Spleen and Stomach Disease Department, Xiyuan Hospital of The China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100091, China)

Abstract: Irritable bowel syndrome (IBS) is a clinical common functional bowel disease and the seriously influences the patients' quality of life and health of body and mind. Diarrhea type of IBS is the common clinical type. In Chinese medicine it mainly attributes to diarrhea, pain and so on. In recent years, with the deepening of cognition and research, traditional Chinese medicine in the treatment of the disease has a certain advantage. Spleen deficiency and dampness obstruction is one of the important clinical type. Now from the etiology and pathogenesis, clinical manifestation, treatment and experience and so on were investigated.

Key words: spleen deficiency and dampness obstruction; irritable bowel syndrome; treatment discussion

肠易激综合征(IBS) 是一组以腹痛或腹部不适伴排便习惯改变(腹泻、便秘或腹泻便秘交替) 及大便性状异常为特征的临床综合征, 缺乏可解释症状的形态学和生化学异常的证据。目前临床上分为腹泻型、便秘型、腹泻便秘交替型。而临床常见类型为腹泻型, 有研究表明其占到 74%。张声生等^[1] 根据 Rome III 标准, 将其分为腹泻型、便秘型、腹泻便秘交替型、未分型 4 个亚型, 其中以 IBS-D 最为多见, 约占 40%~45%。近年来本病发病率呈上升趋势, 现代医学对本病的疗效不甚满意, 而临床研究表明中医药治疗本病有独特优势, 个体化辨证治疗成为本病重要疗法。正如苏冬梅等^[2] 认为中药(或联合西药) 干预能明显改善 IBS-D 症状, 与单纯西药或安慰剂比较, 在提高痊愈率、总有效率、症状积分改善及复发率方面优势较大, 且严重不良反应

鲜有提及。黄绍刚等^[3] 经聚类分析得到 IBS-D 主要证型分别为肝郁脾虚证、脾胃气虚证、脾肾阳虚证、脾胃湿热。李梅等^[4] 认为 IBS 可分为肝气郁结、脾胃虚弱、肝脾不和、肝郁脾虚、脾胃湿热等 5 型。可见脾胃虚弱及脾胃湿热两型常见, 实则此两型可归结为一大类型及脾虚湿阻型, 而有湿盛内停、寒湿阻滞及湿热内蕴之不同。可见脾虚湿阻型是其重要临床类型之一, 其既有着本型的一般表现, 但更有着 IBS-D 独特之处, 临证当注意鉴别。

1 IBS-D 脾虚湿阻型病因病机

《素问·藏气法时论》曰:“脾病者, 虚则腹满, 肠鸣, 飧泄, 食不化”。可见中医很早就已认识到泄泻乃脾之功能失常。《素问·阴阳应象大论》曰:“湿胜则濡泄。”明确了湿邪是泄泻的主要致病因素。《金匮要略》云:“大肠有寒者, 多鹜溇”。其进一步认识到泄泻与肠寒相关, 研究仲景所用方药则发现其实际为中焦虚寒。李东垣云“内伤脾胃, 百病由生”。《景岳全书·泄泻》言“泄泻之本, 无不由于脾胃。”其指出了脾胃乃泄泻之本。李中梓提出燥脾法是治疗久泻的重要方法之一。IBS-D 属中医“泄泻”范畴, 中医素来重视异病同治思想, 可见 IBS-D 病因

收稿日期: 2016-12-26

基金项目: 国家“十二五”科技支撑计划项目(2013BAI02B05)

作者简介: 张成明(1990-), 男, 陕西商洛人, 硕士研究生, 研究方向: 中医药诊治炎症性肠病的临床与实验研究。

通讯作者: 唐旭东(1963-), 男, 江苏沐阳人, 主任医师, 博士。E-mail: txdlly@163.com。

病机与其类似。脾喜燥恶湿,脾阳最易被湿邪困遏,致脾运失职,水谷混杂而下,引起泄泻。脾虚为本,湿滞为标,二者互为因果,互相影响,脾虚而致湿浊内阻,湿滞又可困遏中土,影响脾的运化,故本病病程缠绵,常反复发作。正如叶天士曰:“太阴湿土,得阳始运”,泄泻的病因虽然纷繁复杂,但其基本病机变化为脾病与湿阻。IBS-D脾虚湿阻证长期反复发作,多为慢性久病,其当归为慢性泄泻,而慢性泄泻脾虚最为关键,乃病机之核心,湿邪实由脾虚健运失职,水湿内停所致。饮食不节,情志不畅,思虑过度,病后体虚,先天禀赋不足,感受外邪等致脾气虚弱,气虚及阳,脾阳受损,虚寒内生,浊邪内阻发为本病。IBS-D主病之脏为脾,脾胃为泄泻之本,脾主运化水湿,脾胃当中又以脾为主,脾阳亏虚,健运失职,清气不升,清浊不分,自可成泻。因此可谓脾虚乃IBS-D脾虚湿阻证病机之关键,脾虚实以阳虚为其病理本质。

脾虚实则气虚及阳虚为主,脾气虚即脾阳虚之早期,气虚日久或过甚可见阳虚。湿为本病的主要致病因素,亦是脾虚的病理产物;肝郁常为发病诱因,而脾虚则贯穿始终,气机失调为疾之标,而脾阳虚乃病之本。张声生等^[1]认为无论传统辨证还是聚类分析的结果,皆证明IBS-D主要分为肝郁脾虚证、脾虚湿阻证、脾肾阳虚证、脾胃湿热证4个证候,符合临床实际。不难发现在本病常见四大证几乎均与脾密切相关。时乐等^[5]将211例IBS患者予中医辨证分型,其中186例与脾相关,占88.2%;其认为脾虚在IBS中的处在关键地位,因而治疗时无论是哪一类型都应注意“健脾”“补脾”,即使患者以肝胃郁热、肝肠气滞等实证表现为主的证候,也时刻注意将补益脾胃贯穿于本证的整个治疗过程中。此亦证实了脾乃本病的关键。陈婷^[6]等认为随着历史的沿革,无论证型如何演变,肝郁脾虚、脾虚湿阻、脾肾阳虚仍为IBS-D的主流证候。IBS-D的中医辨证主要以肝郁气滞为基础,从脾气虚、脾阳虚、脾肾阳虚3个层面进行施治。

《金匱要略》曰“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”及“实脾则肝自愈,此治肝补脾之要妙也”。《医林绳墨》曰:“人以脾胃为主,而治疗以健脾为先。”这足以表明治未病之重要性和在疾病的治疗中,均非常重视固护脾胃。中医IBS-D将其主要归于“泄泻”范畴。中医素来重视异病同治思想,总之温阳健脾之法,当为治泻第一要旨,不仅应体现在慢性泄泻的不同证型中,亦须贯穿于治疗之始终,因澄源方能清流,诸邪失去了其赖以生存的病理基础则难以为患,正所谓“正气存内,邪不可干;邪之所凑,其气必虚”。研究亦表明脾胃虚弱(脾阳虚、脾气虚),是其发病之根本,贯穿疾病始末,其本质乃为脾气虚、脾阳虚及脾肾阳虚,归根结底仍是阳虚。本病病程常迁延漫长,加之功能性病变,临床诊断率不高及重视程度不够常可加重其阳虚程度,此为温阳法治疗本病的理论及临床依据。以上足以证明本病与阳虚密切相关,因此临证治疗本病当重视温阳法,灵活权衡辩证运用,不可拘泥。

明末绮石善提出“阳虚之证统于脾”,所以要使脾运化功能恢复正常,水谷精微得以化生,就要在补益脾气的基础上温补脾阳,而温补脾阳也有补益脾气之效,气阳相互资

生,促进疾病的恢复。清《名医方论》:“阳之动始于温,温气得而谷精运”。可见阳气须得温才行,阳气运行正常,脾阳才能健运。

2 IBS-D脾虚湿阻型临床表现

本型临床常分为脾虚寒湿证和脾虚湿热证。脾虚寒湿证及临床常见的脾虚湿盛证,临床表现多为:大便时溏时泄,食纳差,脘腹痞闷胀满,稍进油腻及寒凉饮食,则大便质稀或次数增加,面色萎黄,身困乏力,神疲倦怠,舌质淡,苔白,脉细弱。病程迁延反复常致脾阳虚,可见大便溏稀,肠鸣泄泻,纳少腹胀,腹痛绵绵,喜温喜按,身寒怯,四肢不温,乏力,形体消瘦,面色萎黄无华或浮肿,小便短少或白带多而清晰色白,舌苔白滑或舌淡苔白或腻,脉缓而弱。丁冠福^[7]认为脾胃气虚证的辨证要点:大便时溏时泻,或常夹有黏液、餐后即泄、腹痛绵绵、劳累或受凉后症状发作或加重、食少纳差、食后腹胀、脘闷不舒、神疲懒言、体倦乏力、舌淡苔白或苔白腻、舌体胖有齿印、脉细。

临床IBS-D脾虚湿热证可见于疾病早中期,或湿热体质的患者,此型鲜有提及,但临床的确可见。张文昊等^[8]以健脾益气,清热祛湿法临床治疗60例,确有良好疗效,其认为症状为久泻不止,或反复发作,大便稀薄,或呈水样,色褐而臭,可有黏液,肛门灼热,小便短赤,神疲纳呆,面色少华,舌质淡红,苔薄黄腻,脉数而无力。丁冠福^[7]认为本型的辨证要点:腹痛即泄,泻后痛减、泻后急迫、泻而不爽,粪色黄而臭、口干口苦、小便黄、烦渴引饮、肛门灼热、舌红苔黄腻、脉滑。本型辨证当注意其既有脾虚的一般临床表现,更有湿热内蕴的特殊之处。患者嗜食肥甘辛辣,呆胃滞脾,内生湿热,或湿邪内蕴,寒湿蕴久化热或劳倦内伤,均可致湿热内蕴,损伤脾胃,大肠传导失常,发为湿热泄泻。本证属寒热虚实错杂之证,临床单纯湿热实证不多见。

3 治法方药

脾虚湿阻是总病机,因此临证当以温阳健脾祛湿法为总治法。温阳主要为温补脾阳亦包括温补肾阳及脾肾双补。因临证常可见寒湿型与湿热型,自然治法有别,具体分为温阳散寒化湿法和温阳清热祛湿法,温阳即温脾阳,本型常反复发作,日久脾阳亏衰,亦可波及肾阳,后期要适当注意并用温肾阳,以达先后天相互滋生之效。

3.1 温阳散寒化湿法 本法适用于脾虚寒湿证,临床医家对于本型选方用药基本一致,但因地域、体质、个人经验及用药习惯而稍有差异。高志远等^[9]认为本型常用痛泻要方合参苓白术散化裁。张声生等^[10]以参苓白术散加减治疗本型,且显示出较好的疗效。迟莉丽等^[11]对于本型治以参苓白术散加减,以健脾益气,祛湿止泻。

齐英娜等^[12]治疗本型以调肝理脾方为基本方,其由党参、白术、八月札、白芍、陈皮、绿萼梅、白扁豆、芡实、防风、甘草等组成。赵健等^[13]认为脾胃气虚证用方主要为参苓白术散与七味白术散,脾虚湿困证主要为参苓白术散合胃苓汤。脾胃气虚与脾虚湿盛均有共同病机及脾虚,只是在脾虚及邪滞主要是湿邪内停程度不同。胡丽娟^[14]治疗脾虚湿阻型IBS-D,以参苓白术散为基础方,痊愈率为50%,总有效率为90%。彭向国等^[15]运用参苓白术散加味治疗IBS,与对照组(口服黄连素)对比,结果提示治疗组优于对

照组,且差异有统计学意义。李春涛等^[16]应用参苓白术散治疗,与对照组(帕罗西汀)比较,中药组能明显改善腹痛、腹泻及焦虑症状,并可明显改善患者的肛周不适症状。韩淑凯^[17]运用健脾化浊通络法配合口针疗法治疗 IBS-D 有良好的临床疗效,且在减少复发率方面优势明显。可见参苓白术散在以上论述中几乎均有提及,因此参苓白术散作为本型的基本方乃是众临床医家的共识。

脾阳虚弱是其核心和本质。久泻以脾虚为主,多因脾虚健运无权,水谷不化精微,湿浊内生,混杂而下,发生泄泻。脾虚为本,湿滞为标,二者互为因果,互相影响,脾虚而致湿浊停滞,湿滞又可困遏中土,影响脾的运化,故本病病程缠绵,正如《罗氏会约医镜·泄泻》谓:“泻由脾湿,湿由脾虚。”《正因脉治·内伤泄泻》:“脾虚泄之因,脾气素虚,或大病后,过用寒冷,或饮食不节,劳伤脾胃,皆成脾虚泄泻之症”。饮食不节,情志不畅,思虑过度,病后体虚,先天禀赋不足,感受外邪等致脾气虚弱,气虚及阳,脾阳受损,虚寒内生,浊邪内阻发为本病。本型早期为脾气虚,后期主要为脾阳虚或脾肾阳虚。因病程迁延,反复发作,病久正虚,气虚本就容易致阳虚,脾气虚失治误治或传变,阳气亏虚,脾土失于温煦,渐致脾阳虚,虚寒内生,日久甚则致肾阳亏虚,可见脾肾阳虚。脾阳受损,加重本病进展,致病情缠绵难愈。本型多是由脾阳虚导致的慢性泄泻,单纯的脾气虚少见。脾体阴而用阳,喜燥而恶湿,脾虚易致湿浊停滞,湿邪最易困遏脾阳,脾虚为本,湿滞为标,二者可相互为病,形成恶性循环。治疗关键为温阳健脾,治疗以温补脾阳化湿止泻为大法。本型临证注意忌用过甘温补脾;甘味虽益脾胃,但碍祛湿,应守“补脾不过甘”的原则,酌情合用苦温燥湿之法。若病久或其他因素伤阳致脾阳虚衰,当重用温阳健脾。轻证治疗可选参苓白术散化裁,但本方重在补益脾气化湿止泻,温补脾阳力弱,临床可参脾阳虚损程度的轻重灵活把握温补脾阳的力度。阳虚明显常用理中丸或桂附理中丸等化裁,可适当加用补骨脂及肉豆蔻等。

3.2 温阳清热祛湿法 本法适用于 IBS-D 脾虚湿热证,临床对于本型治法基本一致,而方药运用各有特点。高志远^[9]等常将痛泻要方合葛根芩连汤以达清热祛湿、疏肝缓脾的目的。齐英娜等^[12]认为本型治疗在健脾疏肝的基础上,注重消积导滞和清热祛湿。池美华等^[18]以葛根芩连汤为基础方化裁组成葛连藿苏汤,药用葛根、黄芩、黄连、炙甘草、藿香、苏叶、陈皮、半夏、茯苓、厚朴、大腹皮、桔梗、六神曲等,总有效率 94.3%。李丽娟^[19]辨证治疗本型取葛根芩连汤之意,常用葛根、黄芩、黄连、白花蛇舌草、布渣叶等清热化湿之药。可见葛根芩连汤在以上论述中常有提及,然本方乃为湿热泄泻的主方,临证可取其之为本型所用,尤其是湿热内蕴较盛,而脾虚不显者可择之为用,效果理想,对于脾虚湿热型则不可以一概全。

仲景半夏泻心汤为治伤寒误下成痞者基础方,其寒温并用,辛开苦降,攻补兼施,阴阳并调的配伍,适宜于脾虚湿热型 IBS-D,然其温阳健脾略显不足,临床运用时当灵活化裁,适当加重温阳健脾的分量,亦可合附子理中丸化裁。

本证脾虚为本,湿热是标,治当标本兼顾,灵活权衡主次,但首当温阳健脾,其义有三,一本病本在脾虚,故应重视

温阳,此为治本之法;二因湿本易困脾,致脾阳不足,重视温阳可使脾健而湿邪可祛;三乃治疗必得清热祛湿,但清热易伤阳,温阳健脾意在佐治,可防阳气受损。因此治疗当循扶正祛邪,寒热并用,辛开苦降之法,以温阳健脾、清热祛湿为大法。对于本法,可能会误认为存在一定矛盾,然审证立法,却是恰中病机,温阳健脾可使运化得健,湿邪易祛;清热祛湿,病邪祛除,则脾运易复,二者相反相成,相互为用,使得病邪易祛,脾运得健,疾病向愈。

4 体会

IBS-D 在中医学属于“泄泻”范畴,综上所述脾虚湿阻证,脾胃虚弱(脾阳虚),是其病机之根本,贯穿疾病始末,其本质可分为脾气虚、脾阳虚及脾肾阳虚,痰湿、水饮、瘀血是气阳虚损的病理产物,归根结底仍是阳虚。近年来临床发现部分 IBS 患者发病或症状诱发除与情志不畅密切相关外,常与饮食刺激相关。这与文献报道不谋而合。食物因素与 IBS 的关系一直受到重视^[20]。近年在欧洲已有多项科学实验证实 IBS 是患者食用特定的食物或调料后的症状^[21]。因此临床除重视药物治疗,还需重视饮食调整等疗法配合,以图良效。

《医宗必读》曰“脾土强者,自能胜湿,无湿则不泄,故曰湿多成五泄。若脾虚不能制湿,则风寒与热,皆得干之而为病”。因此临证当尤重温阳健脾,以复脾主运化之职,以杜生湿之源。温阳健脾乃为治本之法。IBS-D 脾虚湿阻证以脾虚为病机根本,病理性质为本虚标实、虚实夹杂,治疗当以扶正祛邪为原则,以温阳健脾祛湿法为基本治法。此法也深刻体现了中医辨证论治、治病求本的原则。临证宜标本兼治,本型主要病理因素是湿,可夹寒、热、滞及他邪,临证应依兼夹之异或据病理因素的不同佐以相应治法。临证时当依标本虚实的轻重缓急,或扶正为主,或祛邪为先,或标本兼顾。注意应辅以醒脾和胃使补而不滞;肠腑以通为用,以降为顺,对于积滞实证当加消积化滞之品;不可见泻即独治以止泻;补虚不可纯用甘温,太甘则生湿;清热不可纯用苦寒,大苦伤脾;禁淡渗太过,防津亏阳虚;忌分利太过之弊;不可过早补涩,或固涩太过以免闭门留寇之弊。《幼科指南》云“故欲补脾胃于未衰之先,宜用白术散补之。”临证当尽早应用温阳健脾法,应随不同阶段、不同兼症灵活运用之。总之,温阳健脾祛湿法在 IBS-D 脾虚湿阻证治疗中应受到重视,当随患者具体情况,灵活运用,不可拘泥,临证以灵活变通为要。随着实验与临床对 IBS-D 的研究进一步深入,中医药防治 IBS-D 的理论与实践将会达到一个新的水平。

参考文献

- [1] 张声生,汪红兵,李振华,等. 360 例 IBS-D 的聚类分析及证候特征研究[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(8): 1183-1187.
- [2] 苏冬梅,张声生,刘建平,等. 中医药治疗腹泻型肠易激综合征的系统评价研究[J]. 中华中医药杂志, 2009, 24(4): 532-535.
- [3] 黄绍刚,丁冠福,黎颖婷. 基于聚类分析的腹泻型肠易激综合征中医证候特征研究[J]. 新中医, 2013, 45(8): 40-43.
- [4] 李梅,刘凤斌,李培武. 基于因子分析与聚类分析对肠易激综合征中医证候的初步研究[J]. 中华中医药学刊, 2013, 31(8): 1605-1608.

从“疏肝气,调营卫”角度探讨柴胡桂枝汤 治疗冠心病的用义与内涵

周欢¹ 张军平²

(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)

摘要: 冠心病与抑郁共病现象的普遍存在,以及诸多造影正常却反复胸痛患者与心脏X综合征、冠脉慢血流现象、冠脉痉挛的密切关联,证实精神心理因素在冠心病心绞痛发病中具有重要作用。然而由于患者对抑郁状态的主观不认同及药物本身的一些不良反应,抗抑郁药临床处方率低。从中医疏肝解郁角度可较好的改善患者的情志障碍,达到调“神”以利血脉的作用。又经典有云“荣卫不通,血凝不流”,“损其心者,调其营卫”,予桂、芍之剂调和营卫在冠心病血脉病变中具有确切的理论依据,故从“疏肝气,调营卫”角度入手,结合柴胡桂枝汤的组方特点,古方新用,探讨其“双心同治、心神同调”的机理。

关键词: 冠心病; 柴胡桂枝汤; 疏肝气; 调营卫; 双心同治

中图分类号: R541.4

文献标志码: A

文章编号: 1673-7717(2017)05-4170-04

Explore the Connotation of Bupleurum Cassia Twig Decoction in Treating Coronary Heart Disease from the Point of “Soothing the Liver Qi, Regulating Ying and Wei”

ZHOU Huan¹ ZHANG Junping²

(1. Tianjin University of TCM, Tianjin 300193, China;

2. First Teaching Hospital of Tianjin University of TCM, Tianjin 300193, China)

Abstract: The widespread phenomenon of coronary heart disease (CHD) and depression comorbidity, and the

收稿日期: 2016-12-26

基金项目: 国家中医药管理局国医大师阮士怡名医传承工作室项目(2015.09—2018.12)

作者简介: 周欢(1985-),女,湖北孝感人,博士研究生,研究方向: 中医药治疗动脉粥样硬化。

通讯作者: 张军平(1965-),男,甘肃平凉人,教授、主任医师,博士研究生导师,博士(后),研究方向: 中医药防治心脑血管疾病。E-mail: zjtc@163.com。

- [5] 时乐,卜平,郑新梅,等. 211例肠易激综合征证候病机的研究[J]. 中医研究, 2006, 18(11): 24-26.
- [6] 陈婷,唐旭东,王风云,等. 腹泻型肠易激综合征中医辨证的源流及发展趋势[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(8): 2671-2674.
- [7] 丁冠福. 基于聚类分析的腹泻型肠易激综合征中医证候特征研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2013.
- [8] 张文昊,张汉涛. 半夏泻心汤加减治疗脾虚湿热型慢性泄泻的体会[J]. 云南中医学院学报, 2006, 29(3): 40-41.
- [9] 高志远,张正利. 蔡淦治疗腹泻型肠易激综合征经验[J]. 辽宁中医杂志, 2008, 35(1): 1474-1475.
- [10] 张声生,汪红兵,李振华,等. 中医药辨证治疗腹泻型肠易激综合征多中心随机对照研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2010(1): 9-12.
- [11] 迟莉丽,吕隆杰,孙大娟. 中西医结合论治腹泻型肠易激综合征[J]. 吉林中医药, 2011, 31(8): 733-736.
- [12] 齐英娜,张声生. 张声生教授论治腹泻型肠易激综合征经验[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(8): 2796-2798.
- [13] 赵健,严季澜,李柳骥. 中医药治疗肠易激综合征用药规律分析[J]. 中医学报, 2015, 30(4): 586-589.
- [14] 胡丽娟. 参苓白术散加味治疗腹泻型肠易激综合征40例临床观察[J]. 新中医, 2012, 44(6): 28-29.
- [15] 彭向国,王爱华. 参苓白术散加味治疗腹泻型肠易激综合征52例[J]. 中医临床研究, 2012, 4(3): 4-5.
- [16] 李春涛,郭美萍,王立恒,等. 参苓白术散治疗40例腹泻型肠易激综合征临床研究[J]. 中国现代医药杂志, 2010, 12(1): 78-79.
- [17] 韩淑凯,曹文杰,杨新伟,等. 健脾化浊通络法配合口针疗法治疗腹泻型肠易激综合征临床研究[J]. 中华中医药学刊, 2012, 30(1): 222-224.
- [18] 池美华,王忠建,姚憬,等. 葛连藿苏汤治疗腹泻型肠易激综合征35例[J]. 浙江中西医结合杂志, 2012, 22(6): 483-484.
- [19] 李丽娟,刘凤斌,侯政昆,等. 中医药治疗肠易激综合征经验[J]. 辽宁中医杂志, 2011, 38(11): 2145.
- [20] Saito Y A, Schoenfeld P, Locke III G R. The epidemiology of irritable bowel syndrome in North America: a systematic review[J]. The American journal of gastroenterology, 2002, 97(8): 1910-1915.
- [21] Gremse D A. Alternative approach to IBS and migraine is winning over providers[J]. Dis Manag Advis, 2004, 10(1): 6-10.