

引用:张慈浩,董筠.董筠辨治腹泻型肠易激综合征经验[J].中医导报,2023,29(8):202-205.

董筠辨治腹泻型肠易激综合征经验

张慈浩,董筠

(南京中医药大学附属医院,江苏 南京 210029)

[摘要] 肠易激综合征是一种常见的功能性胃肠病,往往与焦虑、抑郁及不良的生活习惯有密切的关系。董筠认为肝郁脾虚、寒热错杂是本病的基本病机,重视疏肝郁,强脾胃,明辨虚实寒热。临床上常以四君子汤、痛泻要方、香连丸、理中汤等加减化裁,博采众长,自拟肠复安汤一方,同时辅以中医特色外治,配合饮食、心理调摄,屡获佳效。

[关键词] 腹泻型肠易激综合征;泄泻;脾虚;肝郁;董筠;名医经验

[中图分类号] R249.1 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1672-951X(2023)08-0202-03

DOI: 10.13862/j.cn43-1446/r.2023.08.041

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)表现为腹痛、腹胀,排便习惯和频率的改变,是消化科常见的胃肠道疾病。其久病不愈、易复发的特点严重影响患者的生活和工作。IBS常好发于年轻人,且女性发病率高于男性^[1]。随着饮食结构改变、社会环境、工作压力等影响,就诊人数呈逐年增加趋势。我国以腹泻型肠易激综合征(IBS-D)最为常见^[2]。目前认为本病与胃肠道动力异常、内脏高敏、黏膜通透性增加、肠道免疫激活、肠道微生态紊乱等多种因素共同作用致肠-脑互动异常有关^[3]。西医治疗以调整饮食结构、解痉止痛、调节肠道菌群等为主,尚无特效药物,且复发率高。中医药治疗安全可靠,复发率低,在功能性胃肠疾病的诊治中有独到的优势及显著的疗效^[4]。

董筠教授,医学博士,硕士研究生导师,全国名老中医药专家学术经验第五批学术继承人,先后师从国医大师徐景藩、周仲瑛及中西医结合专家俞荣青教授,从事消化系疾病研究二十余年,辨治思路清晰,方药简洁,临床诊治IBS-D经验丰富。董筠教授认为本病总以脾虚肝郁为主,虚实寒热错杂相兼。治疗上强调疏肝郁,健脾胃,明辨虚实,调其寒热,结合外治,身心同调。笔者有幸跟师学习,获益良多,现将董筠教授辨治IBS-D临证经验总结如下。

1 病因病机

IBS-D在中医学中可纳入“泄泻”“腹痛”范畴,其发生与感受外邪、饮食不节、情志不调、体虚劳倦等因素相关。本病病位在肠,涉及肝、脾、肾等脏腑。针对IBS-D病机特点,各医家划分有脾胃虚弱、肝郁脾虚、脾虚湿盛、脾肾阳虚、脾胃湿热、寒热错杂、大肠湿热等不同证型^[5]。董筠教授临床见IBS-D患者脾虚湿阻者有之,脾阳虚者有之,但尤以脾虚肝郁者最为常见。本病证实寒热错杂相兼。病机多为肝气郁滞,横逆乘

犯脾胃,失其和降。脾虚有寒,运化功能失司,而肠腑常夹有湿热,每遇饮食不节、情志变化、感受实邪反复发作。

1.1 脾胃功能失常是发病关键 胃以和降为主,脾以升清为要。脾胃之气升降协调,纳运相合,共同完成饮食水谷的消化和精微物质的吸收转输。《景岳全书》曰:“泄泻之本,无不由于脾胃。”^[6]感受外邪、饮食失节、情志不遂等多种因素损伤脾胃功能。胃腐熟水谷失司,脾运化精微失调,则水反为湿,谷反为滞,清浊不分,混杂而下。《素问·阴阳应象大论篇》云:“清气在下,则生飧泄;浊气在上,则生瞋胀。”^[7]即脾弱不能升清,浊气不得下降,阻滞于中,精微物质下流,则见脘腹胀满、泄泻便溏等症。

1.2 肝郁脾虚为重要因素 《素问·上古天真论篇》曰:“恬淡虚无,真气从之,精神内守,病安从来。”^[8]现代社会,人们生活节奏加快,面对源自生活、工作、学习的诸多压力,实难达到“恬淡虚无”“精神内守”的状态。慢性压力犹如身心健康的隐形杀手,临床上患者因紧张焦虑、忧思郁怒等情绪致病的比例正在逐步上升。中医认为肝疏泄功能正常,气机调畅,气血调和,则心情舒畅;反之情志异常,易致脏腑精气功能的紊乱。《素问·举痛论篇》云:“百病生于气也。”^[9]当患者情绪受扰,气机逆乱,肝失条达之性,疏泄失司,横逆乘犯脾胃,脾胃受损,运化失职,则泄泻作矣。所谓“肝病必犯土,是侮其所胜也,克脾则腹胀,便或溏或不爽”^[10]。

1.3 寒湿、湿热、食滞兼夹 董筠教授认为本病常因患者体质、生活工作环境的不同,在肝郁脾虚的病机基础上,常易兼夹寒湿、湿热、食滞。脾喜燥恶湿,湿气内盛遏制脾阳,则水液失于运化,水湿下注则成泄泻。即“无湿不成泻”。外感寒凉或饮食生冷,则寒凉伤中。《素问·举痛论篇》云:“寒气客于小肠,小肠不得成聚,故后泄腹痛矣。”^[11]寒性收引,凝滞筋脉则腹

通信作者:董筠, E-mail: yfy0022@njucm.edu.cn

痛;寒迫气机,内遏脏气,脾阳受损则大便稀溏。湿邪郁滞肠腑,久可化热,湿热相合,或嗜食肥甘厚味,湿热内生,致使气机升降失常,纳化失司而成腹泻。《素问·奇病论篇》亦云:“肥者令人内热,甘者令人中满。”《素问·痹论篇》又言:“饮食自倍,肠胃乃伤。”^[7]饮食失节最易损伤脾胃肠正常功能。

1.4 迁延反复,脾阳受损 在肝郁脾虚的病理基础上,受饮食、情志、环境等影响,反复发作是本病的特征。太阳脾土,喜燥恶湿,常需阳气温煦推动运作。寒湿阴邪久稽,亦或素体虚弱、久病,脾肾阳气受损,气血生化乏源,肾中精气又无以充养,固摄失司,则精微下泻;肾中阳气温养五脏,反之脾失温煦,运化失常,肝失濡养,疏泄失司,病情缠绵难愈。如《景岳全书·泄泻》所言:“今肾中阳气不足,则命门火衰……阴气盛极之时,即令人洞泄不止也。”^[8]

董筠教授认为IBS-D之病机,单纯阴阳偏盛者少见,虚实相伴、寒热错杂者居多。实乃后天之本不固,又因情志不畅,肝气郁结,反复诱发,日久累及脾肾阳气,致使脾阳受损,虚寒内生;饮食厚味,酿生湿热,留滞肠腑,夹杂湿热之实,而成寒热错杂之候。

2 治则治法

2.1 健运脾胃 脾胃乃后天之本,同居中焦,为气机升降之枢。李东垣曰:“百病皆由脾胃衰而生也。”^[9]脾胃虚弱者,稍有饮食不慎即易作泻,食少胀满,易倦怠疲劳。湿浊蕴结,有碍脾之运化,湿注肠道,则大便溏泻,迁延反复。治疗上当健运脾胃,使其纳运正常,升清降浊,促中焦气机升降,但不可过用补益,以防壅滞,正所谓“治中焦如衡,非平不安”。脾虚盛者,以香砂六君子为基,重用党参、白术、茯苓等健脾之品;湿浊偏重者,方宗健脾化湿之参苓白术散、藿香正气散,药选藿香、佩兰、白豆蔻、法半夏等。

2.2 重视疏肝、情志调摄 《血证论》载:“肝之清阳不升,则不能疏泄水谷,渗泄中满之症,在所不免。”^[10]肝为刚脏,体阴用阳,主升主动。肝之疏泄,促脾胃气机之升降,维持全身气机协调平衡。《知医必辨》有言:“人之五脏,惟肝易动而难静……肝气一动,即乘脾土,作痛作胀,甚至作泻。”^[11]肝郁脾虚者,腹痛肠鸣即泻,每因焦虑紧张、情志不畅而诱发,常伴胸胁胀痛,矢气频多。治疗上补脾柔肝之痛泻要方素有盛名。防风一味大有深意,风药能助肝之升发,土得木疏则中焦之气升降有序而不壅滞。风性走散,其性升浮,助发散湿邪,即“诸风药皆是风能胜湿也。”^[12]故董筠教授临床常借防风、升麻、葛根等药鼓舞清阳之气、发散湿邪以止泻。肝气郁结重者,可宗以柴胡疏肝散,取柴胡、炒枳壳等加强疏肝行气之力。疏肝亦是舒情志。形神一体、人与自然环境一体是中医的基本观点。IBS患者体质与焦虑、抑郁显著相关^[13],焦虑抑郁情绪是诱发IBS的重要因素^[13]。无情草木难治有情之病。本身因情绪所致之病,难以简单通过药物根治。治疗当重视情志调摄,加强健康宣教,减少患者因忧思郁怒等不良情绪诱发或加重本病。

2.3 明辨虚实,调其寒热 脾胃阴阳不调者,升降失和,寒热格拒,中焦痞塞,湿邪内生。董筠教授临床常治以泻心汤类方,寒热并用,补泻同施,升降同行。寒湿偏重者,加广藿香、佩兰的同时佐以炮姜顾护脾阳,即所谓“太阴湿土得阳始运”^[14];

肠腑湿热者,加黄连、木香等药,取自清热化湿之香连丸;肠腑湿热不显者,可选清热化湿药,并酌加乌梅等酸涩收敛之品以助止泻、恢复正气;饮食积滞者,宗以枳术丸、保和丸等,药常选焦楂曲、炒谷麦芽、法半夏、炒鸡内金、姜厚朴等;久泻者,寒多热少、虚多实少,取真人养脏汤、乌梅丸以温肾补虚,涩肠止泻,药常选肉豆蔻、补骨脂、石榴皮、醋乌梅、金樱子、芡实、五味子等。此外,董筠教授还强调,临床对于虚实夹杂者,清热时不可过用苦寒,以免损伤脾阳;补虚不可纯用甘温,以免助湿。

3 统筹兼顾,特色鲜明

3.1 方药独创,药简效优 董筠教授认为,临床上本病非单独偏向某一证型,受患者体质、情志、饮食、气候等诸多因素影响,也少见单一病机致病。故董筠教授认为本病多为肝郁脾虚、寒热错杂的重叠病机特点。经多年临床积累、疗效反馈,董筠教授总结出肠复安汤^[14]一方。药物组成:党参12 g,炒白术10 g,茯苓10 g,炙甘草3 g,防风6 g,陈皮6 g,黄连2 g,煨木香8 g,炮干姜4 g,炒白芍15 g,制香附10 g。临证时董筠教授常以此为基础方进行加减化裁,灵活运用。本方取健脾益气之四君子汤。党参、白术健脾益气力强,配茯苓健脾渗湿,以助运化;炙甘草补益和中,能复脾胃升清降浊之用;黄连、木香相伍乃辛开苦降、寒热并用之香连丸,辛能发散行气,苦可降泄通下,清热化湿以除实邪,行肠胃气滞而止痛;少佐炮姜可制黄连寒凉之性,兼可顾护脾阳;防风辛散疏肝郁,舒脾气;陈皮理气燥湿;白芍缓急柔肝;伍以防风散收同用,升清止泻;合白术即为抑土扶木之痛泻要方。气病之总司香附,疏理肝气而止痛,为肝气郁结所首选。全方补泻兼施、寒热共投、升降相合、敛散相因、阴阳相济,共奏健脾疏肝、安肠止泻之效。临床验之可显著改善IBS-D患者症状积分,提高临床综合疗效^[14]。

3.2 辨证为基,辅以外治 在内治基础上,董筠教授提倡对证施以不同中医特色疗法辅助治疗,巩固疗效。(1)耳穴压贴疗法可提高IBS-D患者的临床疗效,降低患者的SDS及SAS评分,缓解抑郁、焦虑情绪^[15],适于肝郁明显且常受情绪诱发者。(2)脾阳虚、脾虚湿盛,尤腹部冷痛者可施用中药封包热敷。其操作简单、显效快速,易于被患者接受。(3)艾灸疗法可用于脾虚湿阻、脾肾阳虚者,其温经散寒、温补脾肾之力可显著改善IBS-D患者腹泻症状。(4)中药足浴适于阳气偏虚,畏寒肢冷者。临床观察此法患者接纳度高,常反馈其温通经络、舒缓情绪、改善睡眠效果较好。此外,董筠教授常倡导八段锦、太极拳等功法运动。上述功法运动既可增强体质,又兼具对精神意识活动进行自我锻炼,调控情绪,有利于患者做到“精神内守”。功法运动可有效改善身心症状,降低患者的焦虑、抑郁水平,改善肠道微生态失衡,促进胃肠道功能康复^[16]。

4 验案举隅

4.1 病案1 患者,男,24岁,2021年8月4日初诊。主诉:左侧腹痛间作半年余。半年前无明显诱因出现左侧腹痛间作,呈窜痛,伴大便不成形,1~2次/d,曾予得舒特、菌群调节药物效果不佳。刻下症见:腹软,无压痛及反跳痛,纳寐尚可。舌质暗,苔白厚,脉细弦。辅助检查:腹部CT、肠镜检查均未见明显异

常。西医诊断:腹泻型肠易激综合征。中医诊断:腹痛(肝郁脾虚证)。治法:疏肝止痛,健脾止泻。方选痛泻要方合四君子汤加减,处方:炒白术10g,炒白芍20g,陈皮6g,防风6g,党参12g,茯苓15g,炙甘草3g,醋延胡索10g,徐长卿10g,白芷10g,焦六神曲15g,郁金10g,沉香曲3g,乌药10g,合欢花10g,醋柴胡5g。14剂,1剂/d,水煎服,分早晚温服。嘱忌食辛辣、油腻、煎炸食物,畅情志。

2诊:2021年9月11日,患者诉症状较前改善,但停药易反复。舌脉变化不显,病证同前。予原方醋柴胡增至8g,14剂,煎服法同前。医嘱同前。

3诊:2022年4月30日,患者诉症状已改善,半年来遇情志不遂仍觉有腹部不适,大便不成形,为求巩固,再次求诊。予原方去延胡索、徐长卿、合欢花,加梅花5g,炒莱菔子10g,黄芪12g。14剂,煎服法同前。

后随访,患者病情平稳,余无不适。嘱患者平素可练习八段锦、太极拳等运动强体魄、悦情志,不适随诊。

按语:本案患者以腹痛症状为主,呈走窜样疼痛,乃肝气郁结,疏泄不通,横逆乘犯脾胃,胃肠气滞所致。此类患者亦常见腹胀肠鸣、矢气频多等表现。脾胃受损,健运失常,则见大便不成形,甚则便溏。患者舌质暗红,苔薄白腻,脉细弦,均提示为肝郁脾虚证。方拟痛泻要方合四君子汤为基础,柔肝止痛,健脾止泻;乌药辛温香窜,善于疏通气机;徐长卿祛风除湿止痛;延胡索可用于肝胃气滞疼痛;白芷有悦脾土、升胃阳、除湿浊的功效;合白术共奏健脾燥湿、升清降浊之效;沉香曲可理脾胃气,止痛泻;焦六神曲和中止泻;柴胡、郁金、合欢花疏解肝郁,以祛致病之因。2诊时患者症状较前改善,已见成效,但停药反复,予醋柴胡加量,增强疏肝止痛之力,守方继进。3诊时患者腹痛未作,时有腹部不适,大便不成形。得知脾胃之气未健,运化能力不强,故去延胡索、徐长卿、合欢花,改予梅花疏肝和胃,莱菔子通胃肠积滞止泻,少加黄芪健脾益气,以防壅滞。

4.2 病案2 患者,男,32岁,2022年2月11日初诊。主诉:腹泻间作3年余。患者3年来每因情绪紧张或受凉、饮食辛辣生冷后出现大便溏烂味重,严重时达3~4次/d,无黏液血丝,时腹胀痛,喜按,肠鸣,四肢不温,纳谷尚可。查体:腹软,无压痛及反跳痛,舌质暗红,苔薄白腻,脉细。辅助检查:血常规(-),粪常规(-)。西医诊断:腹泻型肠易激综合征。中医诊断:泄泻(肝郁脾虚、寒热错杂证)。治法:补脾柔肝,寒热同调。拟肠复安方加减,处方:党参15g,炒白术10g,茯苓15g,炙甘草3g,醋香附10g,醋柴胡5g,炒白芍20g,黄连3g,木香6g,乌药10g,炒鸡内金10g,焦山楂15g,焦六神曲15g,砂仁3g。14剂,1剂/d,水煎服,分早晚温服。同时辅以耳穴压豆(心、脑、神门、肝、脾、胃),按压约2min/次,4次/d。嘱患者调畅情志,饮食清淡,避免进食生冷辛辣之品。

2诊:2022年3月4日,患者诉药后大便基本成形,诸症减轻。苔腻减轻,病证同前。予上方茯苓减至10g,炒鸡内金减至6g,醋香附减至6g,加仙鹤草15g。14剂,煎服法同前。医嘱同前。

3诊:2022年3月24日,患者诉大便成形,1次/d,腹部胀痛等诸症缓解。苔脉改善。时天气阴冷,湿气重,予2诊方茯苓

增至15g,加炮姜3g,生山药15g。14剂,煎服法同前。嘱患者避风寒,饮食宜忌同前。

后随访,患者腹泻等症状未作,未诉不适。

按语:本案患者饮食稍不慎、遇情志变化即作泻,乃肝郁失疏,横逆犯脾之象;脾虚有寒,故腹虽痛而喜暖喜按;粪质稀溏而味重,知其肠中湿热。患者舌质暗红,苔薄白腻,脉细,示肠中湿热不甚,脾胃虚弱为主。总结病机为肝郁脾虚、寒热错杂。方中党参、白术、茯苓、甘草合四君子,伍砂仁温脾利湿止泻;柴胡、香附疏肝解郁;白芍养血柔肝,补肝体、利肝用;乌药温中开郁止痛;黄连、木香清热燥湿以除肠中湿热,无闭门留寇之弊;焦山楂、焦神曲、鸡内金健运脾胃,消食和中,防积滞蕴热。同时耳穴压豆辅助治疗,安神定志,减少情绪诱发。2诊时患者诸症改善,提示方证相应,效不更方,酌加仙鹤草补虚收敛止泻。3诊时患者诸症缓解,大便恢复正常。考虑患者素体脾胃虚弱,恐遇寒再发,加炮姜温中补虚,助升脾气,寓生姜泻心汤之意;山药补养脾胃,守效求稳,以期巩固。

5 结 语

IBS-D虽无器质性病变,不会造成生命危险,但因其反复易发的特点导致患者的生活质量严重下降。受患者体质差异、病程长短、药物干预及生活环境影响,本病病机常虚实夹杂,疏肝、健脾等法虽为基础,但难以全效。董筠教授据临床疗效反馈,结合本病常虚实寒热错杂的特点,在疏肝健脾的基础上,提出寒温并用、补泻兼施等治法。道有常道,法无常法,针对不同患者寒热特点,辅以中医特色外治法,重视情志、饮食调摄,能有效缓解患者IBS-D症状,改善其生活质量。

参考文献

- [1] ZEESHAN M H, VAKKALAGADDA N P, SREE G S, et al. Irritable bowel syndrome in adults: Prevalence and risk factors[J]. Ann Med Surg (Lond), 2022, 81: 104408.
- [2] 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.
- [3] 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.
- [4] 丁佳媛,刘绍能.腹泻型肠易激综合征的中医诊治概况[J].环球中医药, 2018, 11(12): 2042-2047.
- [5] 李军祥,陈諝,唐旭东,等.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.
- [6] 李志庸.张景岳医学全书[M].2版.北京:中国中医药出版社, 2015.
- [7] 黄帝内经素问:影印校勘本[M].张永泰,校订.北京:中国中医药出版社, 2019.
- [8] 叶天士.临证指南医案[M].北京:中国中医药出版社, 2008.
- [9] 李东垣.脾胃论[M].张年顺,校注.北京:中国中医药出版社, 2007.
- [10] 唐容川.血证论[M].彭荣琛,齐玲玲,点评.北京:中国医药科技出版社, 2020.

引用:王姜,王道成,薛刚,屈长宏,吴文娟,孟令栋,陈玉,鲁月凤,殷俊,于丽敏.王道成从痰瘀论治顽固性失眠经验[J].中医导报,2023,29(8):205-208.

王道成从痰瘀论治顽固性失眠经验*

王姜¹,王道成²,薛刚²,屈长宏²,吴文娟¹,孟令栋²,陈玉²,鲁月凤²,殷俊²,于丽敏³

(1.扬州大学医学院,江苏 扬州 225009;

2.扬州大学临床中医学院,江苏 扬州 225009;

3.扬州市江都区中医院,江苏 扬州 225200)

[摘要] 总结王道成教授从痰瘀论治顽固性失眠的经验。王道成教授认为顽固性失眠病机在于痰瘀在体内胶着难除,致使机体气血阴阳平衡失调,且与肝脾密切相关。临床上王道成教授擅用药对兼顾化痰祛瘀,并根据整体观念、辨证论治结合患者自身状态辅以疏肝理气、健脾化痰、祛瘀生新等治法。

[关键词] 顽固性失眠;痰瘀;王道成;名医经验

[中图分类号] R249.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-951X(2023)08-0205-04

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2023.08.042

失眠是各种原因导致患者长期不能获得正常睡眠并影响日常生活质量的主观体验性疾病^[1],并常与其他神经精神疾病共病^[2]。病程6个月及以上,且排除躯体疾病或重度精神障碍症状所导致的继发性失眠称为顽固性失眠。目前,临床上治疗失眠的方式较为单一,西医以药物治疗即苯二氮草类和非苯二氮草类催眠药物为主,并在此基础上加用一些抗抑郁的药物,对于病情轻的患者可起到一定作用。但对于顽固性失眠患者,长期使用不仅疗效降低,需不断加大药量,且易产生依赖性及停药后反弹等问题。中医对此类慢性、顽固性疾病更注重整体观,审证求机,在宁(镇)心安神的同时,予以疏肝理气、健脾益胃、交通心肾等治法,从而达到标本兼治,疗效迭增。

王道成教授是全国名中医王少华学术经验继承人,江苏省第三批老中医药专家学术经验继承工作指导老师,南京中

医药大学首届名中医,从医35年,对于顽固性失眠治疗具有丰富的临床经验。王道成教授认为“痰瘀互结”是顽固性失眠重要病机,痰瘀既是久病产生的病理产物,又是重要的致病因素。王道成教授治疗本病喜用药对兼顾化痰祛瘀,兼以疏肝理气,健脾化痰。笔者有幸师从王道成教授,收益颇多,现将其治疗顽固性失眠的理论思想及临床用药经验总结如下。

1 顽固性失眠痰瘀互结证的理论溯源

顽固性失眠属于中医学“不寐”“目不瞑”范畴,其病机多以肝郁化火、痰热内扰、心脾两虚等为主。王道成教授认为痰浊、血瘀互结常是顽固性失眠发生发展的重要病机之一。正如《素问·逆调论篇》曰:“阳明逆不得从其道,故不得卧也。”^[3]盖“不得卧”^[4]乃阴阳相通“不得从其道”^[5],或痰湿中阻,或瘀血内遏,痰浊扰心,以致寤寐异常,此其一。其二,痰既是病理产物,又是重要的致病因素,如:痰热内扰,心神不宁即致“不

*基金项目:江苏省中医药科技发展计划专题研究(ZT202116);江苏省第三批老中医药专家学术传承指导项目(2019028);扬州市市级名师工作室项目(扬人才办202027);扬州市科技局项目(YZ2021062,YZ2020088)

通信作者:王道成,E-mail:dr.wdc@163.com

- [11] 吕萍,胡炜,鲍建敏,等.探讨中医“肝”的本义与肝脾相关的临床意义[J].浙江中医药大学学报,2021,45(9):985-989.
- [12] 黄惠风,高振军,倪亚平,等.肠易激综合征体质与焦虑抑郁相关分析[J].中医导报,2020,26(10):115-118.
- [13] KOLOSKI N A, JONES M, KALANTAR J, et al. The brain: Gut pathway in functional gastrointestinal disorders is bidirectional: A 12-year prospective population-based study[J]. Gut,2012,61(9):1284-1290.

- [14] 舒健,董筠,马豆.肠复安汤治疗腹泻型肠易激综合征临床观察及机制探讨[J].中国中医急症,2018,27(2):320-323.
- [15] 韩知付,任莉莉,阮晨,等.耳穴压贴治疗腹泻型肠易激综合征40例临床观察[J].浙江中医杂志,2018,53(11):831.
- [16] 姜菲,张新安.肠易激综合征非药物疗法研究进展[J].自然杂志,2020,42(6):479-486.

(收稿日期:2022-08-02 编辑:时格格)