



# 寒热错杂型腹泻型肠易激综合征的中医研究进展

林学敏<sup>1</sup>, 黄适<sup>2</sup>, 周丽洁<sup>1</sup>, 方威龙<sup>1</sup>, 曾繁钦<sup>1</sup>

(1. 广西中医药大学, 广西南宁 530001; 2. 广西中医药大学附属瑞康医院, 广西南宁 530011)

**摘要:**腹泻型肠易激综合征(diarrhea-predominant irritable bowel syndrome, IBS-D)是消化系统中一种常见的功能性疾病。中医药治疗腹泻型肠易激综合征多注重调畅气机,调和阴阳,以平为期,旨在恢复肠腑通降、传导的生理特性。该文总结和分析近年来中医在寒热错杂型IBS-D诊断、治疗方面的研究成果,梳理现有文献中的治疗原则、方法及其效果评价,旨在为中医临床提供更加精准的治疗指导。此外,通过对存在问题的探讨与分析,有助于发现研究空白,推动后续研究的深入,进而促进中医在该领域的发展,提高疗效,为患者提供更好的治疗选择。

**关键词:**腹泻型肠易激综合征;寒热错杂;中医药疗法;综述

中图分类号:R259

文献标志码:A

文章编号:1671-7813(2025)02-0012-04

## Research Progress of Traditional Chinese Medicine on Diarrhea-predominant Irritable Bowel Syndrome of Cold-heat Mixed Type

LIN Xuemin<sup>1</sup>, HUANG Shi<sup>2</sup>, ZHOU Lijie<sup>1</sup>, FANG Weilong<sup>1</sup>, ZENG Fanqin<sup>1</sup>

(1. Guangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanning 530001, Guangxi, China;

2. Ruikang Hospital Affiliated to Guangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanning 530011, Guangxi, China)

**Abstract:**Diarrhea-predominant irritable bowel syndrome (IBS-D) is a common functional disease in the digestive system, and its treatment with traditional Chinese medicine (TCM) focuses on regulating qi movement, harmonizing yin and yang, and maintaining balance to restore the physiological characteristics of intestinal downward movement and conduction. This paper summarizes and analyzes the research results of TCM in the diagnosis and treatment of cold and heat mixed IBS-D in recent years, Organize and sorts out the treatment principles, methods, and effect evaluation in the existing literature, with the aim of providing more accurate treatment guidance for TCM. In addition, by discussing and analyzing existing problems, it is helpful to find research gaps, promote the deepening of follow-up research, and then promote the development of TCM in this field, improve the curative effect, and provide better treatment options for patients.

**Keywords:**Diarrhea-predominant irritable bowel syndrome; Cold heat complex; Therapy of tcm; Review

腹泻型肠易激综合征(diarrhea-predominant irritable bowel syndrome, IBS-D)是一种慢性、复发性的肠道功能障碍性疾病,我国发病率约为7.26%~11.5%<sup>[1]</sup>,无器质性改变,其特征为腹痛或腹部不适,排便后可改善,同时伴有大便频率和大便性状改变,患者的生活质量因而受到严重影响<sup>[2]</sup>。根据排便习惯变化,IBS主要分便秘型(IBS-C)、腹泻型(IBS-D)、混合型(IBS-M)、不确定型(IBS-U)4个亚型<sup>[3]</sup>。目前IBS-D的发病机制尚未完全阐明,一般认为影响IBS-D发病的因素包括内脏高敏度、胃肠道动力学异常、肠道细菌感染、脑-肠轴失调、精神情绪因素与遗传因素等<sup>[4]</sup>,在IBS-D的治疗策略中,现代医学强调了个性化的综合治疗方法,这包括对精

神和心理行为的干预、饮食的调整以及药物疗法等<sup>[5]</sup>。在古代的医学文献中,根据IBS-D的临床表现,它可以被称为“泄泻”等<sup>[6]</sup>,表现为排便次数增加,便质稀溏或完谷不化。这种疾病最初在《内经》中被提及,而在《素问·气交变大论篇》里也有相关的病名描述,如“濡泄”“洞泄”“溏泄”“飧泄”“暴注”“下利”等<sup>[7]</sup>。对于功能紊乱性疾病中医有其不可替代的优势。中医各家对于腹泻型肠易激综合征的病因病机以及治疗都有着丰富的临床经验,而且临床效果显著。寒热错杂型IBS作为临床上IBS-D的常见的证型之一,其诊断与治法的归纳对于日后的治疗与研究具有重要意义,近年来,中医对于其研究逐渐深入,促使相关诊疗方法和临床实践持续发展。

### 1 诊断依据

中医学中的寒热错杂证是一个很宽泛的概念,寒热性质互逆症状的共现常常作为临床上诊断本证的着眼点,表现上还经常结合表里病位、病变脏腑以及阴阳偏虚偏实程度的不同<sup>[8]</sup>。寒热错杂型IBS-D常表现为大便时溏时泻,腹胀,伴有口苦

**基金项目:**国家自然科学基金项目(82060845)**作者简介:**林学敏(1997-),女,广东佛山人,硕士在读,研究方向:内科疾病的中西医结合防治。**通讯作者:**黄适(1966-),男,广西马山人,主任医师,硕士研究生导师,博士,研究方向:内科疾病的中西医结合防治。E-mail: 453636438@qq.com。



或口臭,畏寒,受凉则发,舌质淡苔薄黄,脉弦细或弦滑<sup>[9]</sup>。专家共识意见中指出寒热错杂型 IBS 的主要症状表现为大便时溇时泻,便前腹痛,得便减轻,腹胀或肠鸣。其次症表现为口苦或口臭,畏寒且受凉则发。伴有舌质淡,苔薄黄,脉弦细或弦滑<sup>[10]</sup>。寒热错杂型患者最多的症状为:四末欠温<sup>[11]</sup>。

各专家也有相应见解,黄贵华<sup>[12]</sup>认为三焦寒热错杂者,表现为久泻不止、腹痛绵绵、胸中烦热、四肢不温等。李永成<sup>[13]</sup>认为,寒热错杂型肠易激综合征的主要临床表现为大便时溇时稀,便下清稀黏液或肛门灼热,便前腹痛、便后缓解。王邦才<sup>[14]</sup>认为,久泻患者常累及厥阴。临床上可见腹痛绵绵,下利稀溇,但又可同时兼见腹部烧灼感,自感烦渴,更有甚者可见烧心反酸,却又四肢不温,舌质淡红,苔黄或黄腻,脉沉缓的寒热错杂之象。

## 2 病因病机

目前 IBS-D 分为 5 种证型<sup>[15]</sup>,寒热错杂型是其中一种,是由于机体阴阳失衡导致的,病程通常持续时间较长,病理机制复杂,常见原因是肝郁脾虚,胃热肠寒的虚实夹杂、寒热错杂,导致疾病持续时间长,难以治愈<sup>[9]</sup>。久泻之人,由于脾胃功能不足,温煦无力,体内湿浊难化,因此常发展为虚实夹杂,寒热互结之证,该证形成与外邪、体质、脏腑自身状况都有关,而体质是决定转归的最重要因素。戴朝明<sup>[16]</sup>认为,患者病程较长,机体长期处于阴阳失衡的状态,初期的症状相对较轻,但随着时间的推移或治疗不当,可能会导致寒、热、瘀、痰、湿等多种因素相互结合,最终对肝、脾、肾三脏造成伤害,并且在治疗时中寒热药味运用及饮食起居是否顺应病情需要,都会直接影响寒热错杂的具体形式及其发展过程,从而表现为寒热错杂之证。章浩军<sup>[17]</sup>及其团队将 IBS-D 分为五个证型论治;其中少阳太阴寒热利型 IBS-D 的实质是相火内郁上扰,太阴脏寒运化失司,寒湿内生,下渗肠道之上热下寒证。王小辉<sup>[18]</sup>认为,中医学的“升降失调”是导致本病的病因病机,通过运用半夏泻心汤加黄芪即辛开苦降,调和阴阳法,可以显著地改进肠道的功能异常,提高患者的生活品质<sup>[19]</sup>。查安生教授认为,IBS-D 患者肝郁日久易从阳化热,耗气伤阴,而脾胃虚弱,温煦失职,内寒易生,呈现虚实寒热错杂证候<sup>[20]</sup>。徐凤芹教授认为,寒热错杂证在 IBS-D 中多见于疾病的后期,这通常是由于身体本身的阳热过盛再受到寒邪的影响,过度食用生冷食物从而对脾胃造成损害,亦或是身体本身脾胃功能虚弱而受到寒邪的影响,再感受暑热的邪气,寒气郁结转化为热,因此,在 IBS-D 的后阶段,经常可以观察到寒热错杂、虚实共存的状况<sup>[21]</sup>。

## 3 治则治法

脾虚湿盛被认为是 IBS-D 的主要发病原因,而寒热并存则是 IBS-D 的重要病机特点。因此,调畅气机和运脾化湿被视为 IBS-D 的关键治疗策略。由于这种证型的病理机制复杂,仅依赖单一的补法或泻法很难取得预期效果,治疗时应同时考虑补泻,寒温并用,因此,平调寒热、燮理阴阳是 IBS-D 中寒热错杂治法的核心。常用治法为辛开苦降法,可以平调寒热、燮理阴阳、调畅气机,其中,乌梅丸、半夏泻心汤等是其代表

性的方剂,并已在临床上得到广泛应用<sup>[22]</sup>。另外,在治疗寒热错杂慢性腹泻的整个过程中,健脾祛湿清热法起到了重要作用。董筠教授<sup>[23]</sup>指出,IBS-D 单纯阴偏盛或阳偏盛的患者少见,而虚实并存、寒热错杂的情况则较为常见。因此,基于疏肝健脾的原则,董筠教授提出了寒温并用、补泻兼施的治疗方法。

## 4 治疗

### 4.1 中药治疗

中医药治疗腹泻型肠易激综合征多注重调畅气机,调和阴阳,以平为期,旨在恢复肠腑通降、传导的生理特性。寒热错杂型 IBS-D 现临床主要运用乌梅丸、半夏泻心汤加减、柴胡桂枝干姜汤等经典方剂,经典方剂组合以及部分自拟方等进行治疗。

对于 IBS-D 寒热错杂证的治疗指南建议使用乌梅丸<sup>[10]</sup>,谢志明<sup>[24]</sup>在治疗寒热错杂型慢性腹泻时,多选用乌梅丸调和脾胃气机。苏保红及其团队<sup>[25]</sup>对 26 例慢性腹泻寒热错杂证患者使用乌梅丸加减进行治疗,对照组 26 例患者则使用双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊口服治疗。经过连续 6 周的治疗,治疗组的总有效率达到 88.46%,而对照组为 65.38%。两组之间的差异有显著统计学意义( $P < 0.05$ )。证实乌梅丸加减明显改善慢性腹泻寒热错杂证患者的临床症状,疗效显著,值得临床推广应用;并从组方原则和药理成分两方面论述了乌梅丸加减治疗寒热错杂型慢性腹泻的科学依据。Meta 分析<sup>[26]</sup>表明,以乌梅丸为主导的治疗方法在治疗腹泻型肠易激综合征方面具有良好的临床效果和高安全性。

刘添文等<sup>[27]</sup>运用半夏泻心汤加减治疗寒热错杂型 IBS-D 患者 30 例,对照组 20 例予匹维溴铵片口服治疗,疗程 4 周。结果显示其总有效率治疗组为 93.33%;对照组为 75.00%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),证实半夏泻心汤加减治疗 IBS-D 寒热错杂证疗效确切。其作用机制可能与遏制 5-HT 的过度表达有所关联。

曾萍<sup>[17]</sup>采取随机对照的研究方法,纳入 70 例“少阳太阴寒热利”IBS-D 患者,并随机分为各 35 例的对照组与观察组,对照组口服马来酸曲美布汀片治疗,观察组使用柴胡桂枝干姜汤,疗程 4 周。治疗后,观察组总有效率(90.63%)明显高于对照组(69.70%),差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),表明柴胡桂枝干姜汤围绕少阳太阴寒热利的病理机制,即少阳郁火不降和太阴虚寒,在改善患者的整体症状特别是肠道外症状上展现出了明显的优越性。冯大伟<sup>[28]</sup>对 60 名寒热错杂型 IBS-D 患者进行了随机分组,分为治疗组和对照组,每组各 30 名患者。治疗组接受柴胡桂枝干姜汤口服治疗,而对照组则服用乌梅丸,整个治疗周期为 4 周。结果发现治疗组总有效率(92.5%)高于对照组(64.3%),在腹痛、腹泻、排便频率和胸胁胀闷等症状上,治疗组的积分普遍比对照组低( $P < 0.05$ )。结论:柴胡桂枝干姜汤治疗 IBS-D 疗效确切。

李佩泉等<sup>[29]</sup>用外台六物黄芩汤治疗寒热错杂型 IBS-D,结果显示患者大便性状以及腹痛、腹胀等临床症状显著改善,腹泻频率减少,精神心理情况得到调节。



杨先达<sup>[8]</sup>运用谢晶日教授自拟泄泻3号方(柴胡15g,炒白术15g,党参10g,黄连5g,黄芩5g,炮姜8g,肉桂10g,诃子10g,肉豆蔻10g,枳壳10g,厚朴10g,砂仁5g,炒白芍15g,生牡蛎30g,炙甘草5g)治疗寒热错杂型腹泻型肠易激综合征45例,对照组45例口服匹维溴铵片进行治疗,治疗4周后,中医证候积分的比较结果显示其总有效率治疗组为95.50%,对照组为79.50%,疗效总体分布情况下,治疗组明显优于对照组( $P < 0.01$ )。随访时治疗组总有效率为84.10%,对照组为43.20%,可见,中药组在远期疗效上亦优于对照组。

部分医者选择中药联合西药治疗,如黄秀杰等<sup>[30]</sup>采用乌梅丸联合匹维溴铵治疗IBS-D寒热错杂证23例,而对照组的23例患者则采用口服匹维溴铵片进行治疗,连续进行了两个疗程(4周)。治疗结果表明,总有效率在治疗组达到了91.30%,高于对照组的65.22%,临床疗效治疗组优于对照组( $P < 0.05$ ),证实乌梅丸治疗IBS-D寒热错杂证疗效确切。

朱春良<sup>[19]</sup>选择了100名寒热错杂型腹泻型肠易激综合征的患者,并将他们随机划分为各有50名患者的中药治疗组与对照组。对照组选择双歧杆菌乳杆菌三联活菌片和蒙脱石散;中药治疗组在对照组治疗的基础上额外添加半夏泻心汤和黄芪,疗程4周。治疗组的总有效率为91.84%,这明显优于对照组的71.43%( $P < 0.05$ )。总结来说,半夏泻心汤与黄芪对于寒热错杂型IBS-D患者在症状和不良情绪上具有较大的改善作用,通过调整肠道内的双歧杆菌和大肠杆菌的数量,改善患者胃肠功能,提升他们的生活质量。

潘文倩<sup>[31]</sup>选取确诊为腹泻型肠易激综合征寒热错杂型的患者60例,并将患者随机分成治疗组和对照组各30例。对照组予以马来酸曲美布汀片口服,治疗组在对照组的基础上予以中药汤剂“乌痛汤”,即经方乌梅丸合痛泻药方加减[乌梅30g,细辛9g,干姜15g,黄连12g,附子9g(先煎),当归6g,蜀椒6g,肉桂9g,人参9g,黄柏9g,陈皮15g,白芍18g,防风12g,炒白术15g,炙甘草6g]治疗,结果:治疗组患者服药后总有效率为93.33%,优于对照组的73.33%( $P < 0.05$ ),证实“乌痛汤”可治疗IBS-D寒热错杂证安全有效,能较快促进胃肠功能的恢复。

#### 4.2 中成药

韩秀秀等<sup>[15]</sup>运用黄厚止泻滴丸对照双歧杆菌四联活菌片治疗寒热错杂型IBS-D患者各30例,疗程4周,结果:治疗组总有效率(90.00%)优于对照组(76.67%),差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),且停药后观察组复发率为25.93%,低于对照组的56.62%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),说明黄厚止泻滴丸改善IBS-D寒热错杂证患者的临床症状疗效确切,远期疗效较为理想。

#### 4.3 中药联合中医外治

罗秀清等<sup>[32]</sup>运用柴胡桂枝干姜汤加减联合雷火灸治疗IBS-D少阳太阳寒热利证,临床显示柴胡桂枝干姜汤加减联合雷火灸效果较马来酸曲美布汀片联合双歧杆菌三联活菌胶

囊更好,在改善患者症状及降低复发率方面有较大优势。这可能是因为该方可以改善胃肠激素水平,雷火灸可以缓解局部血管痉挛。骆洁恒等<sup>[33]</sup>在临床中运用乌梅丸联合中药敷贴神阙穴治疗40例寒热错杂型腹泻型肠易激综合征患者,治疗后,患者症状得到显著缓解,持续时间长且安全性高,可能的机制是穴位贴敷可以通过药物与穴位的共同作用,使药物从表皮吸收,或通过神经-体液的作用而调节神经、内分泌、免疫系统的功能,从而改善消化系统的活动,促使肠道恢复正常。马军等<sup>[34]</sup>用乌梅丸联合中药贴敷治疗寒热错杂型IBS-D,患者Th1型细胞因子(IFN- $\gamma$ 及IL-2)的表达显著降低,Th2型细胞因子(IL-4、IL-10)的表达显著升高,Th1/Th2失衡状态向Th2方向转化,说明乌梅丸联合中药敷贴疗效优于单纯西药治疗,其作用机理可能与调节Th1/Th2细胞因子平衡有关。

#### 4.4 中医特色疗法

在内治基础上,董筠教授<sup>[23]</sup>提倡对证使用中医特色疗法,如脾阳虚、脾虚湿盛,尤其是腹部冷痛者可使用中药封包热敷;中药足浴适于阳气偏虚,畏寒肢冷者,其温通经络、舒缓情绪、改善睡眠效果较好;灸灸疗法具有温经散寒、温补脾肾之力,现代药理研究表明,艾灸可通过刺激相应腧穴以影响5-羟色胺受体、调节血管活性肠肽和P物质等神经递质、调控c-Kit/SCF信号轴及调整肠道菌群<sup>[35]</sup>,显著改善患者腹泻症状。此外,如针灸、推拿、拔罐、按摩、耳穴压贴、八段锦、太极拳等多种传统中医特色疗法,为治疗IBS-D提供了新的视角和方法。虽然目前针对该证型的临床研究尚不充分,但已有的研究结果提示,中医特色疗法在改善IBS-D患者症状、提高生活质量方面具有明显优势。未来需要开展更多规范化、系统化的研究,以明确各种中医特色疗法的确切效果和适应证。

#### 5 建议与展望

与传统医学相比,现代医学对IBS-D的发病机制进行了更为深入和明确的研究。然而还存在一些不足,比如,关于IBS-D寒热错杂证这一分型与现代医学提出的多种发病机制之间的相关性,目前的研究分析还相对较少。由于缺少客观的评价标准,中医治疗效果的评估不可避免地会受到患者的主观体验所带来的干扰。如果未来的研究能够在明确和细化IBS-D的疾病诊断和辨证标准的基础上,进一步加强对该疾病具体证型与现代医学发病机制之间相关性的研究,并结合现代医学生物技术,在疗效评估过程中加入客观的生化学指标,那么将有助于提高病例纳入和疗效评价的准确性,从而使研究结果具有更强的指向性。

另外,未来可以从这些方面进一步优化和深化对中医治疗此类疾病的认识和实践:

加强基础理论研究:针对寒热错杂型IBS-D,应结合现代医学与中医理论的交叉学科知识,探究其生理、病理及中医辨证分型的更深层次机制。

科学验证和标准化研究:在中医药治疗中,进行更多的随机对照试验来验证中医方剂的临床疗效和机制。此外,对实验设计和结果进行标准化,以便更容易地将中医药治疗与现代医



学证据基准进行比较。

扩大临床研究规模:建议采用更大样本量的临床随机对照试验,以提高研究结果的可靠性。强调对照组设计,以及长期随访观察,以评估治疗效果的持续性和复发率。

探索个体化治疗:将来的趋势将强调对患者寒热错杂状态的个体化诊断与治疗。通过深入分析患者的个人体质、病情特点、生活习惯、寒热错杂的具体表现以及心理社会因素等,制定出更为精细化和个性化的治疗方案。

跨学科合作:鼓励中医学和其他学科如心理学,营养学等的合作,以多角度、多学科联合研究的方式,深化对寒热错杂型IBS-D的认识和治疗策略的优化。

研究中药复方的整合效应:在现有中药单方的基础上,应用系统药理学等方法研究复方中各药材成分之间的相互作用及其对该病治疗的协同效应。

完善评价体系:建立和完善中医治疗寒热错杂型IBS-D的评价标准和指标系统。除了临床症状改善,还应当包括患者生活质量、心理状态、免疫功能等多维度评价指标。

安全性和不良反应评估:虽然中药通常被认为安全性较高,但仍建议在今后研究中加强对治疗方案安全性和可能不良反应的评估,促进中医药的规范化和标准化治疗。

通过上述研究建议的实施,预期能够推动寒热错杂型腹泻型肠易激综合症的中医研究与临床治疗向更加精准、系统化的方向发展。

### 参考文献

[1] LI C Y, LI S C. Treatment of irritable bowel syndrome in China: a review[J]. World J Gastroenterol, 2015,21(8): 2315-2322.

[2] 黄兰叶,唐一洲,韦维,等. 中医药治疗腹泻型肠易激综合征的研究进展[J]. 湖南中医杂志, 2021,37(11): 207-210.

[3] LACY B E, PIMENTEL M, BRENNER D M, et al. ACG Clinical Guideline: Management of Irritable Bowel Syndrome[J]. Am J Gastroenterol, 2021,116(1): 17-44.

[4] 陈茜,魏玉霞. 腹泻型肠易激综合征临床研究进展[J]. 智慧健康, 2023,9(23): 50-54.

[5] 周荣华,陈一斌. 腹泻型肠易激综合征的中西医治疗研究进展[J]. 中国医药导刊, 2022,24(11): 1119-1122.

[6] 周仲瑛. 中医内科学:脾系病证概要[J]. 南京中医药大学学报, 2020,36(6): 783-787.

[7] 杨柏,口锁堂,王晓梅,等. 《内经》论治飧泄初探[J]. 陕西中医, 2024,45(3): 376-379.

[8] 杨先达. 泄泻3号方治疗寒热错杂型腹泻型肠易激综合征的临床观察[D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学, 2020.

[9] 苏南,张凯. 针灸治疗腹泻型肠易激综合征研究进展[J]. 中国城乡企业卫生, 2022,37(6): 79-82.

[10] 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.

[11] 谢登露. 腹泻型肠易激综合征的中医证型特点、分布规律及其发病因素相关性研究[D]. 昆明:云南中医药大学, 2023.

[12] 韦静,梁琪,曾思敏,等. 黄贵华治疗腹泻型肠易激综合征经验[J]. 湖南中医杂志, 2020,36(2): 23-25.

[13] 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.

[14] 陈坚毅,毛天成,王邦才. 王邦才治疗慢性腹泻经验[J]. 中医文献杂志, 2023,41(4): 77-79.

[15] 韩秀秀,李晟玮. 黄厚止泻滴丸治疗腹泻型肠易激综合征的效果[J]. 实用临床医药杂志, 2022,26(22): 107-110.

[16] 戴朝明,靳松. 平调寒热法治疗寒热错杂型肠易激综合征40例[J]. 江西中医药, 2015,46(5): 35-37.

[17] 曾萍. 柴胡桂枝干姜汤治“少阳太阴寒热利”腹泻型肠易激综合征的临床研究[D]. 福州:福建中医药大学, 2019.

[18] 王小辉,黄慧芝,葛来安. 半夏泻心汤加加减联合针灸治疗腹泻型肠易激综合征30例[J]. 江西中医药, 2016,47(6): 50-51.

[19] 朱春亮. 半夏泻心汤加黄芩治疗寒热错杂型腹泻型肠易激综合征的临床研究[D]. 福州:福建中医药大学, 2019.

[20] 程龙艳,查安生. 查安生教授治疗腹泻型肠易激综合征经验[J]. 陕西中医药大学学报, 2019,42(3): 25-27.

[21] 郭曼萍,赵俊男,徐凤芹. 徐凤芹教授基于脑-肠轴理论运用经方治疗肠易激综合征经验举隅[J]. 世界中医药, 2022,17(10): 1444-1448.

[22] 申中美,刘万里,苏坤涵. 辛开苦降法在腹泻型肠易激综合征治疗中的应用[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020,22(3): 166-169.

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

[24] 谢志明. 乌梅丸治疗寒热错杂型慢性腹泻的临床观察[D]. 武汉:湖北中医药大学, 2017.

[25] 苏红宝,王妮娜. 乌梅丸加减治疗慢性腹泻寒热错杂证26例临床观察[J]. 甘肃中医药大学学报, 2022,39(6): 52-55.

[26] 丁晓洁,杨毅,于东林,等. 以乌梅丸为主的干预措施治疗腹泻型肠易激综合征的Meta分析[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2019,21(4): 596-602.

[27] 刘添文,陈新林,缪旺冬,等. 半夏泻心汤治疗腹泻型肠易激综合征临床观察[J]. 新中医, 2016,48(8): 76-79.

[28] 冯大伟. 柴胡桂枝干姜汤治疗寒热错杂型腹泻型肠易激综合征的临床观察[D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学, 2020.

[29] 李佩泉. 外台六物黄芩汤治疗腹泻型肠易激综合征的疗效观察及其对肠道菌群的影响[D]. 南宁:广西中医药大学, 2023.

[30] 黄秀杰,涂云,潘婧,等. 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.

[31] 潘文倩. 基于阴阳平衡理论治疗腹泻型肠易激综合征寒热错杂证的疗效观察[D]. 济南:山东中医药大学, 2023.

[32] 罗秀清,章浩军,范文东,等. 柴胡桂枝干姜汤加加减联合雷火灸治疗腹泻型肠易激综合征少阳太阴寒热利证临床研究[J]. 新中医, 2020,52(22): 18-21.

[33] 骆洁恒,肖波,郑春霞. 乌梅丸联合中药敷贴治疗寒热错杂型腹泻型肠易激综合征[J]. 湖北中医杂志, 2016,38(4): 32-34.

[34] 马军,韩棉梅,宋雨鸿. 乌梅丸联合中药敷贴治疗寒热错杂型肠易激综合征疗效及对Th1/Th2细胞因子的影响[J]. 陕西中医, 2017,38(2): 156-158.

[35] 杨灿灿,孙建华. 艾灸治疗腹泻型肠易激综合征研究进展[J]. 中国中医药图书情报杂志, 2024,48(2): 244-248.