

肠易激综合征中医证候学特点的认知和探索

汪红兵, 张声生

■背景资料

肠易激综合征(IRS)是一种以腹痛或腹部不适伴排便习惯改变为特征的功能性肠病,根据罗马Ⅲ标准可分为腹泻型、便秘型、腹泻便秘交替型、未分型四型,临床上以腹泻型(IRS-D)最为常见。该病依据其临床表现多属于中医学之“泄泻”、“腹痛”、“便秘”等范畴。中医治疗IRS相对于目前西医对症治疗更具有优势,因而日益受到重视。

汪红兵, 张声生, 首都医科大学附属北京中医医院消化中心
北京市 100010
国家自然科学基金资助项目, No. 30973746
北京市自然科学基金资助项目, No. 7102083
北京市教委基金资助项目, No. KM201010025027
首都医学科技发展基金资助项目, No. SF-2005-9
通讯作者: 张声生, 主任医师, 博士生导师, 100010, 北京市东城区美术馆后街23号, 首都医科大学附属北京中医医院消化中心。
zss2000@sohu.com
电话: 010-52176720
收稿日期: 2010-03-31 修回日期: 2010-06-20
接受日期: 2010-07-05 在线出版日期: 2010-07-28

Characteristics of Chinese medicine syndromes of irritable bowel syndrome: understandings and thoughts

Hong-Bing Wang, Sheng-Sheng Zhang

Hong-Bing Wang, Sheng-Sheng Zhang, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University, Beijing 100010, China
Supported by: National Natural Science Foundation of China, No. 30973746; the Beijing Municipal Natural Science Foundation, No. 7102083; the Capital Medical Science and Technology Development Foundation, No. SF-2005-9
Correspondence to: Professor Sheng-Sheng Zhang, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University, Beijing 100010, China. zss2000@sohu.com
Received: 2010-03-31 Revised: 2010-06-20
Accepted: 2010-07-05 Published online: 2010-07-28

Abstract

The advances in the understanding of Chinese medicine (CM) syndromes of irritable bowel syndrome (IRS) bring new ideas to the treatment of IRS. Here, we review the distribution of IRS syndromes, syndrome evolution, CM diagnostic criteria, the material basis of syndromes, and formula-syndrome relationship for IRS, with an aim to explore new directions for the research of IRS syndromes.

Key Words: Irritable bowel syndrome; Chinese medicine; Chinese medicine syndrome

Wang HB, Zhang SS. Characteristics of Chinese medicine syndromes of irritable bowel syndrome: understandings and thoughts. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2010; 18(10): 2210-2215

■同行评议者

沈克平, 主任医师, 上海中医药大学附属龙华医院肿瘤科

摘要

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IRS)证候学的研究进展,为IRS证候学特点认知带来新的思路。本文就IRS证候分布规律,证候演变,中医证候诊断标准,证候物质基础研究及方-证相关性研究等方面做一综述与展望,期望为IRS证候学研究探索新的方向。

关键词: 肠易激综合征; 中医; 证候

汪红兵, 张声生. 肠易激综合征中医证候学特点的认知和探索. 世界华人消化杂志 2010; 18(21): 2210-2215
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/18/2210.asp>

0 引言

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IRS)是一种以腹痛或腹部不适伴排便习惯改变为特征的功能性肠病,根据罗马Ⅲ标准^[1]可分为腹泻型、便秘型、腹泻便秘交替型、未分型四型,临床上以腹泻型(diarrhea-predominant irritable bowel syndrome, IRS-D)最为常见。该病依据其临床表现多属于中医学之“泄泻”、“腹痛”、“便秘”等范畴。中医治疗IRS因相对于目前西医对症治疗更具有优势而日益受到重视^[2],辨证则是治疗的关键。证候是疾病过程中某一阶段机体对内外致病因素作出的综合反映,在宏观上表现为特定的症状、体征(舌象、脉象等)的有机组合,具有“整体性”和“时相性”的特征,其内在因素包含了体质特征、机体脏腑、经络、气血、阴阳等的失衡及其相互间关系的紊乱,反映了疾病的病因、病位、病性以及邪正相争的状况和趋势。证候的规范化以及揭示证候本质的研究为中医现代化发展奠定了基础。因此对IRS的证候学特点的认知研究意义重大。

1 证候分布规律研究

1.1 证候分布存在差异性 关于IRS的临床文献报道中尚无统一的辨证分类标准,由于地域气候、饮食习惯、社会节奏等诸多因素的影响,存在少则2-3型多则6-7型的状况,多辨证为四个

和5个证候类型^[3]。如张艳萍等^[4]将IBS-D分为肝胃不和、脾胃虚弱、脾肾阳虚3型, 并认为泄泻之作, 多责之于脾胃与大小肠病变, 肝胆病变亦可导致。脾虚湿胜为泄泻之主要病机。刘敏^[5]将IBS分为肝郁脾虚、寒热错杂、脾胃虚弱、津亏肠燥4型, 并认为主要病机在于肝脾不调, 运化失常, 大肠传导失司。肝郁脾虚是临床最常见的证型。张帆^[6]将IBS-D分为肝气乘脾、湿热内结、脾胃虚弱、脾胃虚寒、脾肾阳虚5型, 认为该病与肝、脾、肾关系密切, 多因肝郁、脾虚、肾阳虚、气机升降失常所致。尚录增^[7]将IBS分为脾胃虚弱、肝木乘脾、脾胃阴虚3型, 并认为本病病位在脾胃与大肠, 多由感受外邪、饮食所伤、七情不和及内脏虚弱所致。

1.2 证候分布情况统计 使用中国生物医学文献数据库(BMBisc)及中文生物医学期刊数据库(CM-CC), 查阅2000-2008年关于IBS中医辨证分型及论治的文章共346篇, 选择文献报道病例数大于30例的相关文献69篇, 发现相关文献报道最常见的证候依次为肝郁脾虚、脾胃虚弱、肝气郁结、脾虚湿盛、肝脾不和等5个证候, 占全部纳入统计的研究病例的80%以上, 与我们前期的统计一致^[3]; 证候类型超过50例的13个主要证候中, 主要病因病机涉及肝郁、脾虚、湿盛3个方面, 占总数的90%以上。而且, 主要证候类型地域分布情况存在地域差异性, 在南方地区肝郁脾虚证较其他证候类型相对更为多见, 其余证候类型分布较为平均, 而在北方并无此分布特点。

据此不难发现, 虽然辨证不外肝郁、脾虚、肾虚、气滞、湿阻、血瘀或各型兼杂, 但有的分型随意性强, 普遍存在分型重复的现象, 难以体现本病的特异性; 同时过多地分型也不利于筛选药物进行规范化研究和临床辨证组方的选择和应用。在占主导地位的专病专方治法中, 自拟方过多过杂, 多数方剂名称各异而药味几近相同, 常见此方与彼方仅一两味药物之差使整体研究缺乏系统性。所以, IBS中医证候学研究的科学性和适用性就显得尤为重要。

1.3 IBS证候研究方法

1.3.1 临床流行病学: 从宏观或群体的角度, 采用人群对照设计方案, 研究疾病的分布特点、流行因素以及消长规律, 从而探讨疾病在人群中发生和流行的原因。由于患者体质、饮食及生活习惯、所处地域等不同因素, 运用临床流行病学的方法描述及研究IBS的证候分布特征是

一种行之有效的研究方式。

1.3.2 系统评价研究: 将具有严格科研方法学设计的临床试验研究系统的进行评价, 作为指导临床实践的循证医学依据, 近年来系统评价研究逐渐成为中医证候研究的有效方法。苏冬梅等^[8]通过纳入163篇随机对照试验的IBS系统评价研究, 结果表明中药(或联合西药)干预措施能明显改善IBS-D症状, 与单纯西药干预或安慰剂比较, 在提高总体症状痊愈率、总有效率、症状积分改善及复发率方面有明显优势, 且未发现严重不良反应。

1.3.3 其他研究方法: 对于IBS的证候学研究还有一些其他的研究手段可以借鉴。如数据挖掘技术, 近年来随着人工智能和数据库技术的发展, 越来越多的研究人员借鉴其方法来研究中医证候的构成特点及规律。如对应分析方法, 可通过证候要素与证候的关联原则及逻辑关系, 为IBS中医证候研究提供有力帮助^[9]。另外, 由于IBS证候因素较多, 运用“降维升阶”法^[10]将在临床辨证施治过程中有效地将证候因素化繁为简, 同时可作为IBS证候研究的有力工具。

2 证候演变研究

《医方考》云: “泻责之脾, 痛责之肝, 肝责之实, 脾责之虚, 脾虚肝实故令痛泻”。《景岳全书·泄泻》云: “凡遇怒气便作泄泻者, 必先以怒时夹食, 致伤脾胃, 故但有所犯, 即随触而发, 此肝脾二脏病也。盖以肝木克土, 脾气受伤使然”。IBS的病因病机较为复杂, 证候演变主要有以下几方面。

2.1 责之于肝 IBS患者的致病和诱发与情志因素有着密切的关系, 祖国医学则认为肝与情绪变化联系最为密切。肝为将军之官, 主疏泄气机。肝木有病则气机拂郁, 脾运化受制, 是为肝气横逆犯脾。申亚东等^[11]认为该病病机主要为情志内伤, 肝气郁结, 横逆犯脾, 脾胃失和, 传导失职, 升降失调。刘保成^[12]认为IBS临床表现复杂, 主要病机是以肝气(阳)虚为特征的脾胃功能紊乱。因肝“体阴而用阳”, 肝气(阳)虚可表现为疏泄不及, 故腹泻或便秘。此时肝脏本身的调节能力较低, 对情绪刺激耐受力差, 易在情绪或(和)寒冷等因素刺激下, 肝气虚而亢进, 横逆脾胃, 故腹痛、腹胀, 且便后痛减, 便量不增加, 睡眠中不发作等特点。肝的疏泄失常, 内生痰浊, 故黏液便。姜寅光^[13]认为IBS发病多责之于肝, 但并非只局限于土虚木乘, 还包括肝阳虚疏泄无

■研发前沿

关于IBS的临床文献报道中尚无统一的辨证分类标准, 由于地域气候、饮食习惯、社会节奏等诸多因素的影响, 存在少则2-3型多则6-7型的状况, 多辨证为4个和5个证候类型。

■相关报道

刘敏将IBS分为肝郁脾虚、寒热错杂、脾胃虚弱、津亏肠燥4型,并认为主要病机在于肝脾不调,运化失常,大肠传导失司。肝郁脾虚是临床最常见的证型。

力的木不疏土及肝疏泄太过之木旺乘土。洛洁恒^[14]认为本病病因与肝气不畅,情志失调密切相关。情志不畅,郁怒伤肝,肝失疏泄,肝气克脾,肝脾失调,引起升降失调,脾失健运,饮走肠间,气滞肠壅,寒热错杂,虚实夹杂,本虚标实。

2.2 责之于脾 叶桂川云:“肝病必犯脾土,是侮其所胜也,克脾则腹胀,便澹或不爽”。朱耀群等^[15]认为本病肝旺脾虚为多,病机多以脾胃虚弱为本,肝气郁结为标,病机主要为肝郁脾虚、寒热夹杂,而以脾虚为中心环节。范京国等^[16]强调土虚则木乘,脾虚在先,脾虚之人易受情志刺激而产生症状。崔莉红^[17]认为本病主要责之于脾,“脾”是以消化系统为主的多功能的综合单位,他的功能除包括胃肠道的消化、吸收功能外,还包括自主神经、能量代谢、内分泌、免疫及运动等多系统功能在内。当脾虚时,运化功能失常,他的主要病机目前认为是胃肠功能紊乱,其证涉及消化系统功能障碍和胃肠道激素的异常等。刘同坤等^[18]认为IBS为发作性疾病,脾阴虚为本,肝郁、脾气虚、积滞则为标,肝脾不调为主要病机。

2.3 肝脾互为影响 不少学者认为脾虚与肝郁结合为患。蔡淦认为肝脾不和,脾虚肝旺为其病机要点^[19]。肝为刚脏,体阴用阳,其性疏泄调达,且有赖于脾生化气血以滋养,才能刚柔相济,即“脾土营木”。IBS之腹泻以情志不遂为诱因,以腹痛急迫、痛而欲泻、排便不畅、泄后痛减为特点,患者亦常出现肝脾不调、气机郁滞之胸胁满闷,急躁易怒、四肢倦怠、精神不振等症。彭志允等^[20]认为情志不舒或者过极易伤肝,思虑过度则损脾,伤肝则气机不畅,伤脾可致运化不及,若肝脾同病则大肠既不能得脾气之运化,又不得肝气之疏泄,糟粕内蕴,留而不去则发病。董爱峰^[21]认为由于长期的情志不遂而损脾伤肝,肝伤则气机郁结,疏泄失常;脾虚则运化失健。肝脾不和则会导致一系列证候群。由于患者的体质差异主要可概括为两方面的病机转归。一肝气乘脾,脾失健运,水湿下趋肠道致泄泻、腹痛、肠鸣;二肝脾气滞,气机不利,肠腑传导失司,糟粕内停致便秘、腹胀、腹痛等症状。张涛^[22]认为IBS从其临床表现和诱发因素看,中医辨证以肝脾不和,木旺乘土或木不疏土范畴多见。“肝为起病之源,脾为传病之所”,肝、脾两脏在生理上相互协调,相互为用;在病理上则相互影响。

疾病后期,因久病不愈可导致脾阳和肾阳亦

虚,致寒湿内生;气机不调可生湿、生热、生痰,也可形成寒热互结、虚实夹杂的征候。我们认为,IBS其实脾脏已虚,肝郁则气滞,脾气虚则运化失常。因此本病中医病机常责之为肝郁脾虚。不同病变阶段的临床表现均不相同,但基本病机总离不开脾虚肝郁,他贯穿于疾病发展的始终。

3 中医证候诊断标准

我国迄今为止,IBS中医辨证和分型标准逐渐规范。到目前为止,关于本病的中医证候诊断标准共有以下四种不同方案。

3.1 《实用中医消化病学》李乾构等^[23]将IBS的临床症状分为主症、次症,并且根据不同的主症和次症将本病分为:肝郁脾虚证、肝肠气滞证、肠道津亏证、湿热阻滞证、寒湿困脾证、脾气虚弱证以及脾肾阳虚证等7个证候类型,其中肝郁脾虚、湿热阻滞、寒湿困脾、脾气虚弱、脾肾阳虚证为腹泻型。根据IBS证候演变规律,将IBS中医证候分为实证(肝肠气滞证、湿热阻滞证、寒湿困脾证)、虚实夹杂证(肝郁脾虚证)和虚证(肠道津亏证、脾气虚弱证、脾肾阳虚证)三大类。实证则攻之,虚证则补之,虚实夹杂证则攻补兼施,各取其法。

3.2 《中药新药临床研究指导原则》国家药品监督管理局制定的《中药新药临床研究指导原则》^[24]中没有本病的证候分类标准,将中医范畴中相关疾病“泄泻”的证候分类标准作为本病的诊断标准:寒湿证、湿热证、食滞证、肝郁乘脾证、脾胃虚弱证、肾阳虚衰证等六型,可作为IBS-D中医证候分类标准的参考。针对IBS-D的中医证候特点,根据外邪与内伤两种致病因素,制定的证候诊断标准囊括了腹泻型肠易激综合征的全部证候特征,但没有涉及IBS其余类型的中医证候特点。

3.3 IBS中西医结合诊治方案(草案)中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会于2003年制定了IBS中西医结合诊治方案(草案)^[25],将本病分为肝郁气滞证、肝气乘脾证、脾胃虚弱证、寒热错杂证和大肠燥热证5个证候类型。将症状特征与证候因素相结合,突出了中西医结合诊疗方案的特点,为腹泻型、便秘型的IBS均提供了相应的证候诊断依据。

3.4 《中医消化病学诊疗指南》中华中医药学会脾胃病分会集全国各省市脾胃病专家共同制定了《中医消化病学诊疗指南》^[26],将本病分为肝郁脾虚、脾胃虚弱、肝郁气滞、脾肾阳

虚、脾胃湿热、肠燥津伤6个证型, 其中肝郁脾虚、脾胃虚弱、肝郁气滞、脾肾阳虚、脾胃湿热等5个证型为腹泻型。《中医消化病学诊疗指南》在借鉴以往本病中医证候诊断标准的基础上, 综合采纳了全国各地权威中医专家的意见, 充分结合中医临床实际特点, 并全面地考虑了我国的地域差异性, 对IBS患者的治疗有指导性意义。

4 方-证相关性研究

范汉淮^[27]将此病分为3型: 肝气乘脾型, 方选痛泻要方加味; 脾胃虚弱型, 方选参苓白术散加味; 寒热夹杂型, 方选乌梅丸加味。原培谦^[28]认为本病可分为4型: 肝郁脾虚型, 方用痛泻要方加味; 气滞肠涩型, 方用柴胡厚朴汤合增液承气汤; 脾虚湿困型, 方用参苓白术散合胃苓汤化裁; 脾肾阳虚型, 方用四神丸合理中汤加味。刘水章^[29]对便秘型IBS分为5型: 气郁型, 治以行气导滞之方药; 气虚型, 治以益气通便之方药; 血虚型, 治以养血润肠通便之方药; 阴虚型, 治以滋阴通便之方药; 阳虚型, 治以温阳通便之方药。赵爱莲^[30]将IBS分为6型: 脾胃虚弱型, 方用参苓白术散; 肝旺乘脾型, 方用痛泻要方合四逆散; 湿浊困脾型, 方用胃苓汤、二陈汤; 脾肾阳虚型, 方用以附子理中汤、四神丸加味; 寒热夹杂型, 方用乌梅丸; 阴虚肠燥型, 方用以增液汤合五仁丸加味。周军丽等^[31]把IBS分为4型: 肝气郁结型, 用柴胡疏肝散或调气散加味; 脾胃虚寒型, 用参苓白术散加味; 肠道湿热型, 用葛根芩连汤加味; 肾阳虚衰型, 用四神丸加味。李熠萌^[32]将IBS辨证分为3型: 肝郁脾虚型, 痛泻要方治疗; 脾气虚弱型, 予参苓白术散治疗; 脾肾阳虚型, 予四神丸合理中汤治疗。徐继璞^[33]将IBS分为8型: 肝胃郁热型, 治宜清热泻火、解郁和胃, 方用丹桅逍遥散; 肝郁气滞型, 治宜疏肝理气通便, 方用柴胡疏肝散加味; 肝郁脾虚型, 治宜疏肝理脾, 方用逍遥散加味; 气滞血瘀型, 治宜行气活血通腑, 方用桃核承气汤加味; 脾胃虚寒型, 治宜温中健脾和胃, 方用参苓白术合理中丸; 气血亏虚型, 治宜养气养血、滋阴通便, 方用增液承气汤加味; 肝气乘脾(肝木克土)型, 治宜抑肝调脾, 方用痛泻要方加味; 肾阳虚衰型, 便秘者以温阳通便, 方用右归饮合温脾汤或济川煎, 便溏者以温肾固涩、健脾, 方用四神丸合六君子汤。由此可见, 虽然因辨证分型的差异而导致选方种类繁多, 但基本还停留在遵循治疗法则而选择相应经典

方剂, 如肝郁脾虚多选痛泻要方、脾气虚弱多选参苓白术散, 缺乏一些创新性的或有独到见解的组方, 值得大家进一步思考。

5 证候物质基础研究

胃肠动力紊乱和内脏感觉异常是IBS症状发生的主要病理生理学基础。胃肠激素是调节胃肠运动的重要因素, 目前大量研究显示胃肠激素的分泌、释放紊乱在该病的发病中占有重要的地位。近年来, 许多学者从胃肠激素与IBS中医各个证候间的关系进行了深入的探讨。如陈芝芸等^[34]将94例IBS患者, 按中医分型标准分为肝郁脾虚组42例、脾胃虚弱组30例、脾胃阴虚组22例, 采用放免法检测患者血清神经肽Y(nuropeptide Y, PY)、P物质(substance P, SP)、血管活性肠肽(vasoactive intestinal peptide, VIP)、胰高糖素(Glucagon, Glu)的含量, 并于健康对照组比较, 结果显示肝郁脾虚组患者血清VIP、Glu含量较健康对照组增高, NPY、SP含量与健康对照组比较差异无显著性。马军等^[35]按中医分型标准将IBS患者分为肝郁气滞组、肝气乘脾组、脾胃虚弱组、大肠燥热组, 检测患者血清中SP、生长抑素(somatostatin, SS)、VIP、胆囊收缩素(cholecystokinin, CCK)的含量, 并于健康对照组比较, 结果显示肝气郁结组SS、CCK较健康对照组升高, SP下降; 肝气乘脾组SS、VIP、CCK明显升高。谢建群等^[36]选取24例肝脾不和型IBS患者进行空腹血清胃动素(motilin, MOT)水平测定, 结果显示IBS患者血清MOT含量明显高于正常对照组, 提示肝脾不和型IBS患者MOT释放异常, 可能是其发病的物质基础之一。常东等^[37]将IBS患者分为肝郁气滞证组、肝郁脾虚证组、脾胃虚弱证组、正常对照组, 运用放射免疫同位素测定血清MOT、CCK和SS水平, 结果肝郁脾虚证组CCK、SS高于正常对照组。以上各种研究结果表明了IBS患者体内确实存在着胃肠激素的异常变化。以肝郁脾虚证为例, SS、SP、CCK、VIP、MOT等胃肠激素含量明显高于正常, 而中医健脾疏肝治疗对于胃肠激素的调节亦具有明显疗效, 如李国霞等^[38,39]对24例IBS患者以疏肝健脾汤治疗, 检测治疗前后血清5-羟色胺(5-HT)及MOT, 结果显示治疗后过高的血清5-HT、MOT均显著下降($P<0.01$)。同时, 现有的研究结果也表明IBS不同中医证候中胃肠激素水平的变化确实有差异, 提示胃肠激素可能是IBS各中医证候基础调节机制之一, 两

■同行评价

本文综述了中医对肠易激综合征的认识, 及其对肠易激综合征诊断、治疗的研究进展, 有一定学术意义。

者之间有着密切的联系。

然而, IBS中医证候和胃肠激素也存在着自身研究方面的缺陷。第一, 对于实验室相关指标的检测与利用, 应注意疾病发展的不同时段指标的指标特异性, 避免指标泛化, 应从以往追求与证候相关的单一特异性指标的思路上拓展到研究指标间的关联与证候演变的关系, 以揭示疾病与证候的内在关联及其生物学意义。第二, 尽管许多胃肠激素的生理功能已经明确, 但胃肠激素在IBS发病机制中所扮演的确切作用尚无定论, 目前的报道多集中激素含量的检测, 可以尝试从激素受体和受体后信息传递系统的改变等多方面加深研究, 并通过将研发的相关激素受体激动剂或拮抗剂应用于临床, 提高IBS的诊疗水平。

6 目前研究中存在的问题

IBS中医证候学特点的研究目的是为了掌握该病的病因病机及证候演变规律, 为中医临床辨证治疗IBS提供准确有效的治疗方法, 但目前研究中仍存在以下问题。(1)诊断标准不一: 使得对IBS诊断的准确性及精确性有待提高, 也使得研究资料的一致性和可重复性存在缺陷;(2)干预措施的多样性和缺乏重复验证: 由于诊断标准不统一, 临床研究干预措施多样, 导致没有统一的治疗方案, 因此, 结果缺乏可比性, 很难对具体的药物或疗法进行定量分析, 从而增加了对结果解释的难度;(3)方法学缺陷: 大多数辨证治疗的临床研究仅述及样本量, 但对于是否采用随机分组, 对随机方法及隐匿并未详细描述, 没能对结局进行盲法评估, 从而可能导致选择、测量和报告偏倚。缺乏大样本多中心的重复验证;(4)缺乏多学科研究人员团队协作: 多数的证候学研究由基础理论研究人员或实验人员或临床医师独立完成, 缺乏上述人员之间的沟通和合作, 因此部分研究仅仅局限在某个领域而进展缓慢, 或不能取得突破性的进展。

7 结论

有鉴于此, 为进一步探索IBS中医证候学特点及疾病演变规律, 制定具有中医特色、在全国范围、甚至可推广至海外的切实可行的IBS中医药临床诊疗指南, 提高中医药治疗该病的临床疗效, 我们认为未来研究应从以下几个方面入手。第一、制定全国统一的中医证候诊断和疗效判定标准, 证候类型应具有广泛地域的代表

性, 以重点学科、重点专科建设为依托, 借助相关国家重点扶持的科研项目, 确定少数几个能反映该病特征的证型为主要证型, 并以此为重点研究对象进行临床研究, 应尽可能进行大样本、多中心的病例随机对照盲法研究, 结合国内外先进的科研统计方法, 科学评价临床疗效, 疗效评定应尽量做到量化; 第二、搭建由多学科技术人员共同构成的技术平台, 采用数据挖掘的统计方法, 在整理挖掘名老中医经验和文献回顾的基础上, 从众多的自拟方、固定方中筛选出1-2个使用频率较高、疗效确切的方剂, 重点对其进行药理和临床试验研究, 探讨专方作用机制; 第三、以重点实验室为单位, 运用现代实验手段, 制备IBS常见证候的动物模型, 深入开展临床基础研究, 阐明IBS常见的, 如肝郁脾虚等证的本质; 第四、以临床药理基地为基础, 运用现代制剂新技术进行中药剂型改革, 根据不同证候类型开发研制一批疗效肯定, 使用方便, 便于保管的中成药, 以利于在此基础上进行实验与临床研究。

8 参考文献

- 1 Rome Committee. Rome III criteria. *Gastroenterology* 2006; 130: 1459
- 2 张声生, 汪红兵, 李振华, 唐旭东, 王新月, 刘建平, 张福文, 陈明, 陶琳, 唐博祥, 朱培一, 吴兵, 李保双, 宋秀江, 刘敏, 查波. 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. *中国中西医结合杂志* 2010; 30: 9-12
- 3 吴兵, 张声生. 肠易激综合征腹泻型的证候学研究进展. *北京中医* 2007; 26: 312-314
- 4 张艳萍, 杨成玲, 谷潇. 肠易激综合征(腹泻型)的辨证论治. *中国冶金工业医学杂志* 2009; 26: 246-247
- 5 刘敏. 中医药辨证治疗肠易激综合征. *中国医药导报* 2008; 5: 84
- 6 张帆. 辨证论治腹泄型肠易激综合征疗效观察. *中国中医药信息杂志* 2009; 16: 48-49
- 7 尚录增. 辨证治疗肠易激综合征42例. *陕西中医* 2008; 29: 47-48
- 8 苏冬梅, 张声生, 刘建平, 汪红兵. 中医药治疗腹泻型肠易激综合征的系统评价研究. *中华中医药杂志* 2009; 24: 532-535
- 9 何庆勇, 王阶. 对应分析技术在中医证候研究中的应用. *中国中医基础杂志* 2009; 15: 74-76
- 10 张志斌, 王永炎. 证候名称及分类研究的回顾与假设的提出. *北京中医药大学学报* 2003; 26: 1-4
- 11 申亚东, 张峰. 加味逍遥散治疗腹泻型肠易激综合征85例. *河南中医药学刊* 2000; 15: 37
- 12 刘保成. 从肝气(阳)虚论治肠易激综合征临床研究. *中国中西医结合消化杂志* 2001; 9: 170-171
- 13 姜寅光. 从肝辨治腹泻型肠易激综合征验案2则. *新中医* 2007; 39: 68-69
- 14 骆浩恒. 自拟痛泻疏肝散合黛力新治疗肠易激综合征临床观察. *辽宁中医药大学学报* 2009; 11: 120
- 15 朱耀群, 陈军贤, 李军. 补中益气汤加减治疗肠易激综合征89例疗效观察. *实用医学杂志* 1996; 12: 399-400
- 16 范京国, 周东民. 缓急汤治疗腹泻型肠易激综合征42

- 例. 山东中医杂志 2002; 21: 31-32
- 17 崔莉红. 从脾论治腹泻型肠易激综合征. 陕西中医 2008; 29: 46-47
- 18 刘同坤, 闫书文. 从临床特点探讨肠易激综合症的中医辨证思路. 中国中医药现代远程教育 2008; 6: 547-548
- 19 沈芸. 蔡淦教授从肝脾论治肠易激综合征临床经验拾零. 新中医 2002; 34: 12-13
- 20 彭志允, 陈利国. 从肝脾论治便秘型肠易激综合征. 四川中医 2007; 25: 23-24
- 21 董爱峰. 从肝脾论治肠易激综合征的体会. 四川中医 2008; 26: 36-37
- 22 张涛. 从肝脾论治肠易激综合征考辨. 实用中医内科杂志 2008; 22: 11-12
- 23 李乾构, 周学文, 单兆伟. 实用中医消化病学. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 527-547
- 24 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 139-143
- 25 陈治水, 张万岱, 危北海. 肠易激综合征中西医结合诊治方案(草案). 中国中西医结合消化杂志 2005; 13: 65-67
- 26 李乾构, 周学文, 单兆伟. 中医消化病诊疗指南. 北京: 中国中医药出版社, 2006: 90-94
- 27 范汉淮. 辨证分型治疗腹泻型肠易激综合征40例. 辽宁中医学院学报 2006; 8: 47-48
- 28 原培谦. 辨证治疗肠易激综合征76例. 北京中医药大学学报(中医临床版) 2007; 14: 14-15
- 29 刘水章. 辨证治疗便秘型肠易激综合征45例. 山西中医 2006; 22: 12-13
- 30 赵爱莲. 辨证分型治疗肠易激综合征172例. 江西中医药 2006; 37: 28-29
- 31 周军丽, 张颖. 辨证治疗肠易激综合征疗效观察. 山西中医 2005; 21: 16-17
- 32 李熠萌. 中医辨证分型治疗腹泻型肠易激综合征的临床观察. 中华中医药杂志 2009; 24: 52-54
- 33 徐继璞. 肠易激综合征的中医辨治. 中国中医急症 2008; 17: 1010-1011
- 34 陈芝芸, 严茂祥, 项柏康. 肠易激综合征中医证型与胃肠激素关系的探讨. 中国中西医结合杂志 2002; 22: 664-666
- 35 马军, 潘锦瑶, 方穗雄, 郑德俊. 肠易激综合征不同中医证型与胃肠激素关系的临床研究. 辽宁中医杂志 2007; 34: 1099-1100
- 36 谢建群, 李国霞, 陆雄. 疏肝健脾汤对肠易激综合征血浆胃动素的调节作用. 上海中医药杂志 2001; 6: 13-14
- 37 常东, 樊亚巍, 陶永胜, 李辉, 何方, 冯春霞. 肠易激综合征中医证型与胃肠激素水平变化的相关性研究. 中国中医药信息杂志 2009; 16: 19-21
- 38 李国霞, 谢建群, 陆雄, 马贵同, 龚雨萍. 疏肝健脾法对肠易激综合征患者血清胃动素的影响. 中医杂志 2001; 42: 169
- 39 李国霞, 谢建群, 陆雄, 马贵同, 龚雨萍, 胡宏毅. 疏肝健脾法对肠易激综合征患者血清5-HT的影响. 辽宁中医杂志 2001; 28: 99

编辑 曹丽鸥 电编 何基才

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2010年版权归世界华人消化杂志

• 消息 •

WJG 成功通过评审被 PMC 收录

本刊讯 PubMed Central(PMC)是由美国国家医学图书馆(NLM)下属国家生物技术信息中心(NCBI)创立的开放存取(Open Access)的生物医学和生命科学全文数据库. 此数据库只收录采取国际同行评审制度评议的期刊, 并对收录期刊有较高的科学、编辑及数据文件质量要求.

截至目前, 我国只有两本期刊被PMC收录. 《浙江大学学报B》(英文版)(*Journal of Zhejiang University Science B*)是我国第一本通过PMC评审并于2006-03-15被收录的期刊. 《世界胃肠病学杂志》(英文版)(*World Journal of Gastroenterology, WJG*)第二本通过PMC评审并于2009-03-26被收录, 全文免费向公众开放, 见: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/tocrender.fcgi?journal=818&action=archive>(WJG编辑部主任: 程剑侠 2009-03-26)