

肠易激综合征中医证候规律的研究

吴皓萌 徐志伟 敖海清

(广州中医药大学, 广州, 510405)

摘要 目的:研究肠易激综合征(IRS)的中医证型分布规律。方法:对309 肠易激综合征患者进行中医临床流行病学调查,提出症状、舌象、脉象,运用聚类分析法对130 个变量进行分析。结果:分为肝郁脾虚、脾肾阳虚、肝阳上亢、湿邪中阻、肝气郁滞、肝气乘脾、脾胃虚弱、大肠湿热、脾胃气滞等9 个证型。结论:IRS 病位在大肠但证型分布紧紧围绕肝和脾胃,并与湿邪密切相关,主要证素有肝实、脾虚、湿热、寒湿等,病性多虚实错杂;所得证型与中医理论和临床契合,可为临床提供一些较为客观的诊断和治疗依据。

关键词 肠易激综合征;中医证型;聚类分析

Factor Analysis and Cluster Analysis of the TCM Pattern of Irritable Bowel Pattern

Wu Haomeng, Xu Zhiwei, Ao Haiqing

(Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405, China)

Abstract **Objective:** To research the TCM pattern of irritable bowel pattern (IRS). **Methods:** We extracted data of symptoms, tongue manifestation and pulse condition from TCM epidemiology research of 309 cases of IRS, then used the factor analysis and cluster analysis on 88 variables. **Results:** It broken down to 12 TCM patterns, i. e. pattern of liver depression and spleen deficiency, pattern of liver qi invading the Stomach, pattern of dual deficiency of the heart and spleen, spleen-kidney yang deficiency pattern, pattern of ascendant hyperactivity of liver yang, pattern of depressed gallbladder with harassing phlegm, spleen deficiency pattern, pattern of liver depression and qi stagnation, liver qi invading the spleen, pattern of dampness-heat in the spleen and stomach, large intestinal dampness-heat pattern, qi stagnation of the spleen and stomach. **Conclusion:** The research reflects the potential factors which determines the correlation between the variables, and provides some objective clinical diagnosis and treatment basis.

Key Words Irritable bowel pattern; TCM pattern; Factor analysis; Cluster analysis

doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2013.02.004

肠易激综合征(Irritable Bowel Syndrome, IRS)全球患病率为2%~15%,是临床常见的肠道功能紊乱性疾病,以腹痛或腹部不适为主要症状,排便后可改善,常伴排便习惯改变,但缺乏可解释症状的形态学和生化异常,且迁延难愈,易于反复发作^[1]。IRS在中医学中属于腹痛、泄泻、便秘的范畴,目前缺乏基于大样本的临床流行病学调查的中医证型分布规律的研究,本文针对这一现状,对309 例 IRS 患者进行了临床流行病学调查,并进行了多元统计以研究患者的证型分布规律,现将结果就教于同道。

1 资料

1.1 病例来源

病例来自2011 年11 月至2012 年6 月,广州中医药大学第一附属医院、广东省中医院、山西中医学院第二附属医院、山西省中西医结合医院、山西中医学院、太原铁路医院肠易激综合征(IRS)患者,共309 例,年

龄18~78 岁,其中男118 例,女191 例。其中便秘型32 例,腹泻型219 例,混合型44 例,不确定型14 例。

1.2 西医诊断标准

参照罗马Ⅲ标准。反复发作的腹痛或不适(不适意味着感觉不舒服而非疼痛),最近3 个月内每个月至少有3 天出现症状,并符合下述2 条或多条:1)排便后症状缓解。2)发作时伴有排便频率改变。3)发作时伴有排便性状(外观)改变。诊断前症状出现至少6 个月,近3 个月满足以上标准。

1.2.1 分型诊断标准 参照罗马Ⅲ标准。1)便秘型(IRS-C):硬块或块状便排便比例 $\geq 25\%$,稀便(糊状便)或水样便排便比例 $< 25\%$ 。2)腹泻型(IRS-D):稀便(糊状便)或水样便排便比例 $\geq 25\%$,硬块或块状便排便比例 $< 25\%$ 。3)混合型(IRS-M):硬块或块状便排便比例 $> 25\%$,稀便(糊状便)或水样便排便比例 $\geq 25\%$ 。4)不确定型:粪便的性状不符合上述3 个亚

基金项目:国家重点基础研究发展计划(973 计划),课题名称:肠易激综合征从肝论治的作用机制及证治规律研究(编号:2011CB505103)

通信作者:徐志伟,地址:机场路12 号广州中医药大学国家重点学科实验室大楼6 楼616 室,510405, E-mail: gzxzw@gzhtcm.edu.cn

型中的任意一者。

1.2.2 纳入标准 1)符合肠易激综合征罗马Ⅲ诊断标准;2)近3个月内电子结肠镜、电子胃镜、消化道钡餐未见器质性病变;3)签署知情同意书者。

1.2.3 排除标准 1)不符合纳入标准者;2)妊娠或哺乳期妇女排除标准;3)因器质性疾病出现腹痛、腹泻或便秘者;4)有腹部手术者;5)伴有严重心、肝、肾功能不全的抑郁症患者;6)不同意参加调查者。

2 研究方法

2.1 制定临床流行病学调查表

采用数据挖掘技术对近20年肠易激综合征(IBS)相关文献进行整理,得出相关的症状信息,然后参照《中医消化病诊疗指南》《中药新药临床研究指导原则》《实用中医消化病学》《中医诊断学》《中医内科学》,并结合临床,制定《肠易激综合征临床信息采集表》;采集表经咨询专家和修改后进行信度检验,测得Cronbach's Alpha系数=0.910,提示信度高。

2.2 开展临床流行病学调查

制定调查医师工作手册,并对调查医师统一培训,《肠易激综合征临床信息采集表》的填写由调查医师对患者进行现场访谈时完成。成立质量控制小组,对每天完成的采集表进行复核,发现问题及时解决,之后将采集到的资料录入excel 2007。

2.3 统计学处理方法

将excel 2007中的数据导入SPSS 19.0,建立数据库,采用聚类分析。数据变量共162个,选取累积百分比大于10%的130个变量分析。分别按症状、舌象、脉象提取出现百分比较大的变量,症状和累积百分比(括号内为百分数):便溏(82.2)、腹泻(78.6)、痛泻(69.6)、腹痛(68)、泻势急迫(67.3)、畏寒(57.7)、紧张(54.0)、腹胀(52.1)、乏力(51.8)、矢气(50.2)、大便不爽(49.2)、闭经(47.6)、神疲(46.9)、急躁易怒(46.3)、肠鸣(46.3)、烦躁(46.0)、焦虑(45.1)、失眠(44.7)、多梦(42.7)、心烦(42.4)、因饮食不慎加重(41.7)、胃胀(41.1)、因精神情绪加重(40.5)、口干(40.1)、纳呆(39.15)、腰痛(36.2)、大便黏滞(35.9)、注意力不集中(35.9)、忧郁(35.6)、情绪低落(34.6)、暖气(33.7)、咽干(32.7)、完谷不化(31.7)、脐腹痛(30.7)、目涩(29.8)、头晕(29.7)、腹胀痛(29.1)、腹胀便后缓解(28.8)、肢冷(28.9)、腰膝酸软(27.9)、自汗(27.8)、健忘(26.5)、大便臭秽(26.5)、便秘(25.9)、厌食油腻(25.7)、痛经(25.6)、头痛(25.2)、太息(25.2)、口苦(25.2)等;前4位脉象和累积百分比:弦脉(43.0)、细脉(41.7)、沉脉(28.2)、弱脉

(24.9)等;前8位舌象和累积百分比:舌厚苔(22.7)、胖舌(21.7)、嫩舌(20.7)、腻苔(19.4)、舌边红(18.8)、黄苔(18.4)、淡白舌(17.5)、少苔(16.8)等。

3 结果

运用系统聚类分析,将上述变量作为分群对象,聚类方法选择组内联结法,选择聚类范围2至15类。结合中医理论及临床实际情况逐个分析结果,并参照《中医消化病诊疗指南》《中药新药临床研究指导原则》《实用中医消化病学》《中医诊断学》和《中医内科学》等资料,认为聚9类时证型相对明确,最终分为9类证型,具体是肝郁脾虚、脾肾阳虚、肝气郁滞、湿邪中阻、脾胃气滞、肝阳上亢、肝气乘脾、大肠湿热,其中第9类只有舌脉变量,推断与脾胃虚弱有关。输出聚9类树状图,整理聚9类结果(表1)。

表1 聚9类结果

类别	证型	症状
第1类	肝郁脾虚证	因精神情绪加重、精神抑郁、忧郁、心烦、太息、目涩、饮食不慎加重、厌食油腻、纳呆、疾病劳累加重
第2类	脾肾阳虚证	畏寒、自汗、神疲、乏力、健忘、腰痛、腰膝酸软、肢冷、完谷不化
第3类	肝气郁滞证	头痛、少苔、闭经、痛经、便秘
第4类	湿邪中阻证	胃脘胀满、暖气、胃中嘈杂、胃脘痛、便溏、口干、淡白舌、厚苔、腻苔
第5类	脾胃气滞证	腹胀、腹胀便后缓解、腹痛、脐腹痛、肠鸣
第6类	肝阳上亢证	急躁易怒、烦躁、焦虑、口苦、紧张、失眠、多梦、舌边红
第7类	肝气乘脾证	大便次数增多、泻势急迫、痛泻、矢气、黄苔
第8类	大肠湿热证	大便黏滞、大便秽臭、大便不爽、弦脉
第9类	脾胃虚弱证	嫩舌、胖舌、沉脉、弱脉

4 讨论

本文病例资料有来自多中心的309例,样本量大,且病例鉴别排除较全面;同时临床流行病学调查资料完整,流调表Cronbach's Alpha系数=0.910信度高;另外,本研究中证型的划分采取了辨病-辨证的证型判断模式,利于开展中西医结合诊疗。本文IBS证型的分类基于多元统计学,并在中医理论的指导下,参照相关论著及标准制定而得,降低了主观因素对证型分类的影响。所得结果基本上弥补了IBS目前缺乏基于大样本临床流行病学调查的中医证型分类这一不足,既能与中医理论很好的契合,又能反映现代研究的结果,可较为全面的与临床印证。

中医古籍中对IBS无专门论述,但根据疾病表现当属于“泄泻”“便秘”“腹胀”“腹痛”等范畴。本文所得证型与古今代医家对泄泻和现代医学对IBS的认识和辨证相契合,具体如下:1)认为泄泻与脾土相关,如《素问·举痛论》言“脾病者,虚则腹满肠鸣,飧泄食不

化”,本文证型涉及脾虚者共 6 类,占总证型数的三分之二,故 IBS 的证型分布中脾虚是一关键因素。2) 重视肝木与泄泻的关系,如《血证论》言“食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之,而水谷乃化,设肝不能疏泄水谷,渗泄中满之证在所不免”,本研究发现与直接肝相关的证型共 4 个。3) 重视肝脾间的关系,如《素问·宝命全形论》言“土得木而达”,又如吴鹤皋云“泄责之脾,痛责之肝,肝责之实,脾责之虚,脾虚肝实,故令痛泻”,本研究直接得到肝脾相关的证型 3 个,其中需注意肝气乘脾证与肝郁脾虚证的鉴别。肝郁脾虚证主要是肝气疏泄不及为基础,进而导致肝失疏泄、气郁不舒,生生之气不展,故见抑郁、忧郁、太息,久则累及脾胃气机升降,临证治疗当疏肝解郁,益气健脾,如后世之柴胡舒肝散加减;而肝气乘脾证是由于肝气疏泄太过,进而横逆犯脾,治疗上当平敛肝气,益气健脾,如用痛泻药方加减。4) 强调久泻及肾,如《医方集解》云“久泻皆由命门火衰,不能专责脾胃”,盖因火虚不能生土,肾气不足则开阖无度,前后二阴失司,本研究得出以虚寒为主的脾肾阳虚证,可与传统理论相印证。5) 认为“湿”与泄泻关系密切,如《医宗必读·泄泻》言“无湿则不泄”,其中湿又有寒湿和湿热之分,本研究得出大肠湿热证和湿邪中阻证,从聚类症状结合理论来分析湿邪中阻证与寒湿相关,病位以胃为主,其次在脾,而研究发现腹泻型 IBS 的结肠传输明显加快^[2],又提示病位在大肠。6) 现代研究发现女性行经期 IBS 典型症状有所加重,这可能与女性在月经期间,直肠感觉敏感,结肠运转加快,并由于激素作用,痛阈下降^[3]有关,同时便秘型 IBS 以女性较常见^[4]。本研究中的肝气郁滞证与之相应,从聚类症状上看主要与女性相关,由于肝气不足或肝血亏虚导致肝失疏泄、气机不能调畅而见少苔、闭经、痛经,气血无力上养故见头痛,气机郁滞故见便秘。7) 现代研究发现胃肠动力异常是 IBS 的机制之一,研究发现,有腹胀症状的 IBS 患者结肠顺应性和回盲部感觉正常,但近端结肠对逆行灌注气体清除障碍^[5];中医学认为脾胃气机升降失常是泄泻的病机之一,故《素问·举痛论》言“脾病者,虚则腹满肠鸣,飧泄食不化”,本文所得脾胃气滞证反映出传统理论与现代研究的共通之处。8) IBS 患者常存在焦虑等问题,且具有神经质个性特征^[6];同时中医学认为七情内伤是泄泻的重要原因之一,如《景岳全书·泄泻》曰“凡遇怒气便做泄者,必先以怒时挟食,致伤脾胃”,上述机理与本文

所得肝阳上亢证相吻合,阴虚阳亢,将军之官骄纵,上扰心神可见失眠多梦,横逆犯脾可见泄泻,胆汁疏泄太过可见口苦,肝气疏泄太过,失于调节情志实则焦虑、烦躁甚则恼怒不休。综上所述^[7-9],可见 IBS 病位在大肠但证型分布紧紧围绕肝和脾胃,并与湿邪密切相关,主要证素有肝实、脾虚、湿热、寒湿等,病性多虚实错杂。

本研究不足之处是,对便秘型 IBS 的相应中医证型分类较少,考虑有以下几点原因:第一,研究者学术水平有限,未能深入研究;第二,由于便秘型 IBS 病例较少,信息贡献较小,运用统计学分析时该类患者的相关变量被剔除或因载荷过小未被选用;第三,便秘也可见于脾胃虚弱证、脾肾阳虚证、肝郁脾虚证、脾胃气滞证等,由于 IBS 泄泻型比例较大,可能造成了一定程度的掩盖。本研所得证型分型全面,符合中医理论及现代研究成果,紧密联系临床,希望能有益于更好地辨证论治 IBS。

参考文献

- [1] 贾方圆,李学良. 肠易激综合征发病机制的研究进展[J]. 胃肠病学, 2011,16(11):686-688.
- [2] Manabe N, Wong BS, Camillier M, et al. Lower function Gastrointestinal disorders: evidence of abnormal colonic transit in a 287 patient cohort. *Neurogastroenterol Motil*, 2010, 22(3):293-e82.
- [3] Wrz0s HF, Li Q, Mauger D T, Ouyang A. Visceral and somatic Pain thresholds in healthy and IBS volunteers across the menstrual cycle[J]. *Am J Gastroenterol*, 2003, 98:5265.
- [4] Hernando - Harder AC, Serra J, Azpiroz F, et al. Colonic responses to gas loads in subgroups of patients with abdominal bloating[J]. *Am J Gastroenterol*, 2010, 105(4):876-882.
- [5] Herman J, Pokkunuri V, Braham L, et al. Gender distribution in irritable bowel syndrome is proportional to the severity of constipation relative to diarrhea[J]. *Gend Med*, 2010, 7(3):240-246.
- [6] Tosic - Golubovic S, Milkjkovic S, Nagorni A, et al. Irritable bowel syndrome, anxiety, depression and personality characteristics[J]. *Psychiatr Danub*, 2010, 22(3):418-424.
- [7] 邓铁涛,陈群,郭振球,等. 中医诊断学(修订版)[M]. 2 版. 上海:上海科学技术出版社,2006:94-129.
- [8] 李梅. 肠易激综合征中医证候临床流行病学调查研究[D]. 广州:广州中医药大学,2012.
- [9] 邴永平,温淑云. 中医证候量化研究的理论探讨[J]. 中医杂志, 2008, 8(49):677-679.

(2013-01-06 收稿)