

本文引用: 包金豆, 陈鸿鑫, 郑亮, 王媛媛. 郑亮从风邪动络理论辨治腹泻型肠易激综合征经验[J]. 湖南中医药大学学报, 2026, 46(9): 1941–1947.

郑亮从风邪动络理论辨治腹泻型肠易激综合征经验

包金豆, 陈鸿鑫, 郑亮, 王媛媛*

南京中医药大学第二附属医院, 江苏 南京 210017

〔摘要〕总结郑亮教授从风邪动络理论辨治腹泻型肠易激综合征(IBS-D) 的临证经验。郑亮教授认为, 风邪动络、肠络失和为 IBS-D 的核心病机。初期以风湿相搏、气机逆乱、肠络拘急为主; 中期风邪渐伏于络, 与瘀血相结, 兼见肝脾失调; 后期则脾虚络弱、络虚不固, 呈正虚邪恋之势。临证实行分期论治, 初期重在疏风胜湿、调肝安络、缓急止痛, 方选痛泻要方合藿香正气散化裁; 中期重在祛风安络、理气活血、疏肝健脾, 方选加味抑肝散化裁; 后期则以健脾益气、固表御风、养络防复为要, 方选参苓白术散合玉屏风散化裁。诸方随证加减, 灵活化裁, 临床疗效显著。附验案一则, 以资佐证。

〔关键词〕腹泻型肠易激综合征; 风邪动络; 肠络; 分期论治; 临证经验; 郑亮

〔中图分类号〕R259

〔文献标志码〕A

〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2026.09.028

ZHENG Liang's experience in differentiating and treating diarrhea-predominant irritable bowel syndrome from the theory of pathogenic wind stirring the collaterals

BAO Jindou, CHEN Hongxin, ZHENG Liang, WANG Yuanyuan*

The Second Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing, Jiangsu 210017, China

〔Abstract〕 This paper summarizes Professor ZHENG Liang's clinical experience in differentiating and treating diarrhea-predominant irritable bowel syndrome (IBS-D) based on the theory of pathogenic wind stirring the collaterals. Professor ZHENG holds that pathogenic wind stirring the collaterals and disharmony of the intestinal collaterals constitute the core pathogenesis of IBS-D. In the early stage, wind-dampness contention, disordered qi movement, and spasm of the intestinal collaterals are predominant. In the middle stage, pathogenic wind gradually lurks in the collaterals and binds with static blood, accompanied by disharmony between the liver and spleen. In the late stage, the pattern is characterized by spleen deficiency and collateral weakness, with collateral deficiency and insecurity, presenting a state of healthy qi deficiency with lingering pathogen. In clinical practice, stage-based treatment is implemented. In the early stage, the focus is on dispersing wind and eliminating dampness, regulating the liver and calming the collaterals, and relieving spasm and alleviating pain; the selected formula is a modified combination of Tongxie Yaofang and Huoxiang Zhengqi Powder. In the middle stage, the focus is on eliminating wind and calming the collaterals, regulating qi and circulating blood, and soothing the liver and strengthening the spleen; the selected formula is modified Jiawei Yigan Powder. In the late stage, the key is to strengthen the spleen and supplement qi, secure the exterior and resist wind, and nourish the collaterals to prevent recurrence; the selected formula is a modified combination of Shenling Baizhu

〔收稿日期〕2026-05-02

〔基金项目〕江苏省中医药科技发展计划项目(QN202513)。

〔通信作者〕* 王媛媛, 女, 博士, 主任中医师, 硕士研究生导师, E-mail: wangyuanyuan0831@163.com。

Powder and Yupingfeng Powder. All formulas are modified according to the differentiated patterns and flexibly adjusted, with remarkable clinical efficacy. A verified medical record is appended for corroboration.

[**Keywords**] diarrhea-predominant irritable bowel syndrome; pathogenic wind stirring the collaterals; intestinal collaterals; stage-based treatment; clinical experience; ZHENG Liang

腹泻型肠易激综合征(diarrhea-predominant irritable bowel syndrome, IBS-D)是临床最为常见的功能性肠病,以反复发作的腹痛、腹胀为主要表现,腹痛多在排便后得以缓解,同时伴随大便稀溏或呈水样、排便次数与性状明显异常,且经检查无明确器质性病变为核心特征。在排除提示器质性疾病的警示征象后时,可依据罗马Ⅳ诊断标准并结合血常规、C 反应蛋白、粪便钙卫蛋白等针对性检查,排除炎症性或其他器质性疾病,从而作出阳性诊断^[1-3]。该病在全球范围内的患病率为 4%~10%,以中青年人群为高发,女性发病率略高于男性^[4-5]。现代医学尚未完全阐明 IBS-D 的发病机制,目前多认为其发病与脑-肠轴功能紊乱、内脏高敏感性、肠道菌群失调、胃肠动力异常以及精神心理因素密切相关^[1-2,5-7]。临床治疗以止泻、解痉、调节肠道菌群、抗焦虑抑郁等对症处理为主,但普遍存在症状易反复、长期用药易产生依赖、整体远期获益有限、难以有效阻断复发等局限性^[1-3]。

中医学中并无“IBS-D”病名,根据其临床表现可归属于中医学“腹痛”“泄泻”“飧泄”“肠风”“痛泻”等病证范畴^[8]。《素问·风论篇》云“久风入中,则为肠风,飧泄”,指出外感风邪是引发泄泻的重要病因,初步确立了“风泄”之名,临床特征以完谷不化、腹中雷鸣为主,治法为祛风散邪、升举清阳。后世医家治疗本病多从脾虚湿盛^[9-10]、肝郁脾虚^[11]、寒热错杂^[12]等角度入手,虽能取得一定临床疗效,但对本病起病骤急、痛位游走等突出的风邪致病特征阐释不足^[13-14]。

郑亮教授是江苏省名中医,全国第二批中医优秀临床人才,国家名老中医师承指导老师,从事中医脾胃病临床、科研与教学工作三十余年,精研《黄帝内经》《伤寒论》《金匮要略》等经典著作,并深入研习叶天士络病学说。结合 IBS-D 起病急、变化快、疼痛游走、泻无脓血、易于复发等临床特点,郑亮教授创新性提出风邪动络理论为 IBS-D 的核心病机,据此分期论治,形成了较为系统的辨治思路。现将其从风邪动络理论辨治 IBS-D 的临证经验系统整

理如下,以飨同道。

1 风邪动络理论内涵

1.1 理论溯源

风为百病之长,善行数变、主动、主开泄,易兼夹寒邪、湿邪、热邪为患,且可深入细小络脉伏藏,日久不散^[15],这与 IBS-D 的发病规律高度契合。《医门法律·论飧泄》云“风邪既客于肠胃……如顺风扬帆,不候脾之运化……即泄泻也”,言明风邪客于肠胃,使传导过亢,水谷未及运化即下趋为泄。《张氏医通·大小府门》载:“飧泄者,《史记》名迴风。水谷不化,湿兼风也。”此论述说明风邪致泻常与湿邪相合,风湿相搏则水谷不化、泄泻骤作,且湿性黏滞,又使病情易于迁延反复。《医学心悟·泄泻》所言“风泄者,由于风邪入里,木克土也”,则将外风入里与肝木乘脾相联系,提示外风可引动内风,扰乱肝脾气机而加重腹痛泄泻。《诸病源候论·恶脉候》云“由春冬受恶风入络脉中,其血瘀结所生”,明确提出风邪可入络脉,伏留日久成瘀。《灵枢·百病始生》又载“留而不去,则传舍于络脉……在肠胃之时,责响腹胀,多寒则肠鸣飧泄”,说明邪气伏留于络,可进一步影响肠腑传导。

综上,自《黄帝内经》奠定风邪致泄之根基,至后世医家逐层阐发风湿合邪、内外风相引、风邪入络致瘀之理,形成完整学术脉络,为郑亮教授提出的“外风入肠、风湿相合、邪伏肠络、久则成瘀”的风邪动络理论体系提供坚实的理论支撑。

1.2 肠络为病位核心与风邪动络的病机阐释

络脉理论肇始于《黄帝内经》。《灵枢·脉度》曰:“经脉为里,支而横者为络,络之别者为孙。”络脉由经脉支横别出,逐级细分,广布脏腑形体之间,是气血运行的重要通路。《素问·灵兰秘典论篇》谓:“大肠者,传道之官,变化出焉。”大肠以通降为顺,其传导功能有赖于肠络气血和畅、津液充盈。肠络内布肠壁,外通诸脏,既濡养肠体,又调节肠腑气机。肠络气血调畅,则腑气通降、传导有序;若肠络失和,

则肠体失养、拘急挛迫,遂见腹痛、肠鸣、泄泻诸症。肠络支横旁达、内连诸脏,既受肺肝气血之濡养与调节,亦可成为外风内传、肝风下扰之所。《素问·咳论篇》曰:“皮毛者肺之合也,皮毛先受邪气,邪气以从其合也。”外风先犯皮毛,继而入肺。《灵枢·经脉》指出,手太阴肺经“下络大肠”,手阳明大肠经“络肺,下膈,属大肠”,表明肺肠两经相互属络。外风可由肺络下传于肠。而内风之动则多责之于肝:肝为风木之脏,主疏泄而主筋,肝气条达则肠络舒缓、腑气通降;情志不遂,肝郁化风,此正《素问·至真要大论篇》“诸风掉眩,皆属于肝”之谓,而“诸暴强直,皆属于风”,亦揭示了风邪致筋脉拘急之机制。肝风既可循络下扰,又易横逆乘脾。脾失健运,则清阳不升、水湿不化,湿浊下趋肠腑,与风相合而发为腹痛泄泻。若肠络素虚,风邪留恋,则络中气血失和,肠腑调节失常,故稍遇风寒、情志或饮食之变,诸症易复发。

风性善行数变,故本病症状常发作突然、变化较快,腹痛部位可游走不定,泄泻程度亦时轻时重;风性主动,入络则牵引肠络,故腹痛多呈拘急、阵作之势;风易兼邪,夹湿则大便稀溏、黏滞不爽,夹寒则腹痛喜温、遇冷加重,夹热则肛门灼热、泻下急迫。临床所见证候,多于受凉、饮食生冷、情志波动后诱发或加重,亦提示风邪为诸症发作之先导。若病程迁延,风邪由浅入深,伏留肠络,与湿、瘀、虚相互胶结,则可形成腹痛泄泻反复发作、久治难愈之势^[16-17]。郑亮教授据此明确指出,IBS-D的病位并非在肠腑本体,而在于大肠络脉;其病机核心也并非单一脾虚、肝郁或湿盛,而是风邪动络、肠络失和,逢内外诱因,则风动发病。

2 从风邪动络理论辨析 IBS-D 病机演化

2.1 外风引动、内风扰络、风湿相搏为发病始动因素

外风引动是本病最常见的初始诱因。起居失宜、淋雨受风、久居空调寒凉环境、饮食生冷之物,均可使风邪自皮毛口鼻而入,循肺肠表里络脉下入肠络,扰动大肠传导功能,进而发为腹痛泄泻。《灵枢·百病始生》云“风雨寒热,不得虚,不能独伤人”,提示正气不足、卫外不固是风邪得以客居肠络的内在基础。内风扰络主要与情志不遂及脾虚失运有关。情志抑郁、急躁易怒、长期焦虑紧张,可导致肝气失于疏泄,

郁久则化生内风;肝风循经脉下扰肠络,络脉拘急则腹痛,气机逆乱、清浊不分则泄泻。现代研究认为,长期焦虑或抑郁会通过下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴和脑-肠轴影响肠道感觉、动力及神经免疫调节功能,从而加重 IBS-D 患者腹痛、腹泻等症状^[18]。脾胃气虚则清阳不升,土虚木乘,虚风内生;脾失健运,湿浊内生,随风流窜肠间,肠腑固摄失司,则发为久泻。正如《素问·脏气法时论篇》载:“脾病者,虚则腹满肠鸣,飧泄食不化。”现代研究发现,脾虚泄泻动物模型结肠组织中水通道蛋白 3、水通道蛋白 4 等表达下调,提示肠道水液转运障碍,而参苓白术散或平胃散可上调相关蛋白表达,改善水液代谢和腹泻症状^[19-21]。风邪伏留肠络,易与内生湿邪交争。风性开泄,易使肠腑固摄失司,故见大便稀溏;湿性黏滞,故病程缠绵。风湿相搏,使病情既有风邪所致的骤发多变,又有湿邪所致的黏滞难愈,构成 IBS-D 反复发作的主要病理基础。

本期病机以邪实为主。其风邪病机突出表现为骤、鸣、急、变,临床可见起病急骤、肠鸣阵作、腹痛挛急、疼痛游走不定,兼见泻后痛减、大便稀溏或呈水样,可伴恶风、脘腹胀满等症;舌质淡红,苔薄白或白腻,脉弦滑或弦紧。

2.2 气机逆乱、肠络拘急、风瘀互结为病情进展关键

风湿相互搏结,进一步阻滞气机,肺失肃降则大肠通降失司;肝失疏泄则气机横逆犯肠;脾失健运则清阳不升、湿浊下注。三脏气机失调,清浊升降紊乱,发为腹痛、肠鸣、排便不尽。肠络之通畅依赖气机的升降出入,气行则络通,气滞则肠络拘急。风邪牵络、湿浊痹阻,气血运行不利,肠络拘急挛缩,故而腹痛多呈阵发性、拘急性,痛处攻窜不定,常见痛则欲泻、泻后气机暂通而痛缓。相关研究已经证实,心理应激刺激可激活肠道黏膜肥大细胞,释放组胺和 5-羟色胺,增强肠道平滑肌收缩、内脏敏感性和肠道通透性^[22-23],与“风动络急”所表现的腹痛、便意急迫和肠道痉挛具有一定相似性。随着病程迁延,伏藏肠络之风邪由经脉深入微细络脉、由气分渐入血分。风邪久羁,血行涩滞,络脉瘀血内生,又进一步阻滞肠络,使气血运行愈滞,风邪愈难外达,遂形成风瘀互结之势。

本期病机由邪实渐转为本虚标实。临床可见腹

痛攻窜、部位不定、胸胁胀闷、矢气频作、大便时溏时干、便意不尽,常伴抑郁易怒、睡眠不安、神疲乏力等症;舌淡红或暗淡,苔白、白腻或稍黄腻,脉弦、弦细或弦滑。

2.3 络虚不固、伏风难除为病情迁延与复发环节

瘀血阻滞肠络,妨碍新血化生与运行,形成旧瘀不去、新血难复的病理状态,加之久泻耗伤气血津液,使肠络失于濡养,固摄能力下降,形成络虚不固。临床观察发现,长期反复发作的 IBS-D 患者存在肠道低度炎症反应、屏障受损、肥大细胞持续活化及应激相关黏膜血流调控异常^[24],上述改变提示肠道局部防御、调节及修复功能受损,且病理刺激持续存在,与中医学“久病入络、络脉失养、邪恋难去”的病机特点具有一定相似性,可为“络虚不固”的认识提供现代医学依据^[25]。络虚不能抵御新感风邪,也难以驱邪外出,伏风深藏肠络,形成“邪伏于络,遇触即发”之势。因此,稍受风寒、饮食不慎、情志波动或劳倦,即可再次引动伏邪。风邪入络渐生瘀血,络脉失养而固摄无力,伏风每易为诱因引动,与瘀血、脾虚相互胶结,形成三者循环往复之势,此亦为 IBS-D 缠绵数年、反复难愈之根本症结。

本期病机以正虚邪恋为主。临床上虽腹痛、泄泻较前缓解,但大便仍时溏时干,质稀不成形,夹有未化水谷,腹痛隐隐或肠鸣阵作,遇受凉、情志紧张、饮食生冷油腻后诱发加重,可伴纳食不香、脘腹胀满、神疲乏力、面色少华、自汗等症;舌质淡或淡红,边有齿痕,苔薄白或白腻,脉细缓或细弦。

综上,郑亮教授认为风邪动络、肠络失和是 IBS-D 的核心病机,风邪推动疾病进展,肠络为疾病传变提供场所,二者相互作用。风邪动络理论贯穿 IBS-D 发生、发展及复发全过程:初期,外风引动、内风扰络,风湿相搏,直犯肠络,为发病始动因素;中期,气机紊乱、肠络拘急,风邪渐伏于络、风瘀相结,为病情迁延关键;后期,久泻伤络,络虚不固,伏风难除、遇触易发,为病情加重与复发环节。肠络既虚,伏风愈难外达,遇外感、饮食、情志或劳倦则触而复发,遂成邪伏络虚、虚实夹杂之势。

3 从风邪动络理论分期论治 IBS-D

郑亮教授从风邪动络理论辨治 IBS-D,紧扣风

邪动络、肠络失和之核心病机,根据风邪在络之浅深及邪正盛衰变化进行分期施治。初期邪实为著,风湿相搏、肠络拘急,治以疏风胜湿、调肝安络、缓急止痛,重在祛邪截势;中期虚实夹杂,邪入于络,肝脾失和、气血不畅,治以祛风安络、理气活血、疏肝健脾,重在调畅气血、通利肠络;后期正虚邪恋,脾虚络弱、伏风难除,治以健脾益气、固表御风、养络防复,重在扶正固本。三期治法前后相承,又随病机进退而各有侧重,层次清晰。

3.1 初期:疏风胜湿、调肝安络、缓急止痛

IBS-D 初期多由外风引动或内风扰络而发,风邪与湿邪相搏,进而导致气机逆乱、肠络拘急,病机以邪实为主。治疗当以疏风胜湿、调肝安络、缓急止痛为法,选用痛泻要方合藿香正气散化裁。组成:防风 10 g,炒白术 12 g,炒白芍 15 g,陈皮 10 g,广藿香 10 g,紫苏叶 6 g,茯苓 15 g,煨木香 6 g,葛根 15 g,炮姜 3 g,炙甘草 6 g。方中防风疏风胜湿、疏肝安络,为治疗风邪致泻之要药;炒白术、陈皮健脾燥湿、理气和中;炒白芍与炙甘草相配,酸甘化阴,柔肝缓急;合用藿香正气散之广藿香、紫苏叶,芳香宣化,祛散在表在里之风寒湿邪;茯苓健脾渗湿;煨木香理气和中;葛根升清阳、止泄泻;炮姜温中散寒、护养脾阳。全方疏风而不温燥,缓急而不壅滞,可速祛在络之风邪,畅通气机,舒缓肠络。郭军雄等^[26]研究证实,痛泻要方可改善肝郁脾虚型 IBS-D 模型大鼠的肠道高敏性,为本方应用提供依据。临证则可结合寒热、湿盛及疼痛轻重等随证加减。若夹热而见口苦、肛门灼热、舌苔黄腻者,加黄连 3 g、秦皮 10 g 以清热燥湿;寒邪偏重而腹痛喜温、畏寒肢冷者,加桂枝 6 g、淡吴茱萸 3 g 以温中散寒;湿浊偏盛而大便黏液多、脘腹痞闷者,加炒苍术 10 g、薏苡仁 20 g 以燥湿渗湿;腹痛剧烈难忍者,加延胡索 15 g、川楝子 10 g 以理气活血止痛。

3.2 中期:祛风安络、理气活血、疏肝健脾

IBS-D 中期风邪渐入于络,气机不畅,肠络拘急,风瘀互结,兼见肝脾失调,病机由邪实渐转为本虚标实。治疗当以祛风安络、理气活血、疏肝健脾为法,选用加味抑肝散化裁。组成:钩藤(后下)10 g,醋柴胡 8 g,制香附 10 g,炒枳壳 10 g,当归 10 g,川芎 10 g,炒白术 10 g,茯苓 10 g,炙甘草 5 g。方中

钩藤清肝平肝、息风缓急,可平肝木之亢逆,使肠络拘急得舒;制香附、炒枳壳疏肝理气、和中止痛;醋柴胡疏肝解郁、升达清阳,配炒枳壳一升一降,调畅肝脾气机;当归与川芎相配,既养血柔肝又活血化瘀止痛;炒白术、茯苓健脾和胃、运化水湿;炙甘草调和诸药、护养中焦。全方疏肝而不耗气,健脾而不壅滞,活血而不破血,祛风而兼安络,切合此期病机。本团队既往研究表明,IBS-D合并焦虑抑郁患者服用加味抑肝散的临床有效率(87.88%)高于服用匹维溴胺组(66.67%)^[27],提示其对情志因素相关IBS-D具有一定临床应用价值。此外,临证尚需根据肝郁、郁热、脾虚及心神不宁等灵活化裁。若肝郁明显,见胸胁胀满、情绪抑郁、暖气频作者,加八月札10g、绿梅花6g以疏肝解郁、理气和中;若烦躁易怒、口苦、舌苔微黄者,加焦栀子6g、牡丹皮10g以清肝泄热;若脾虚较甚,见神疲乏力、纳少便溏者,加党参12g、炙黄芪15g、山药15g以益气健脾;若失眠多梦、夜间焦躁者,加煅龙骨30g、煅牡蛎30g以镇肝安神、潜阳定悸。

3.3 后期:健脾益气、固表御风、养络防复

IBS-D后期久泻伤脾,气血渐耗,肠络失养,络虚不固,伏风难除,病机以正虚邪恋为主。治疗当以健脾益气、固表御风、养络防复为法,选用参苓白术散合玉屏风散化裁。组成:黄芪15g、党参15g、炒白术15g、防风6g、茯苓15g、山药15g、莲子肉12g、炒白扁豆12g、炒薏苡仁20g、砂仁6g(后下)、桔梗6g、炙甘草6g。方中黄芪甘温益气、固表实卫,为补气御风、防邪复感之要药;与防风相配,既走表以祛残存之余风,又固表而不留邪;党参、炒白术健脾益气、燥湿和中;合用山药、莲子肉、炒白扁豆健脾化湿、涩肠止泻;茯苓、炒薏苡仁甘淡渗湿,导湿浊下行,使补而不滞;砂仁芳香化浊、理气醒脾;桔梗宣利肺气、载药上行,与诸药相伍共奏培土生金之效;炙甘草调和诸药。全方使脾气复、卫表固、肠络养、伏风息,可于后期巩固疗效、防止复发。张全文等^[28]研究表明,参苓白术散可有效改善脾虚湿盛型IBS-D患者的腹痛、腹泻等症状,为其治疗IBS-D提供了一定的实验基础。此外,临证可根据久泻、纳呆及卫表不固等随证加减。若大便溏薄日久、滑脱不禁者,加芡实15g、莲子15g、石榴皮10g以固涩

止泻;纳呆食少者,加鸡内金10g、焦山楂10g、炒麦芽10g以健脾消食;反复易感风寒、自汗明显者,可酌加浮小麦20g、煅牡蛎20g以益气敛汗、固护卫表。

4 验案举隅

徐某,女,17岁。初诊:2026年1月26日。主诉:下腹痛伴腹泻反复发作2年余。现病史:患者2年前无明显诱因出现下腹部疼痛,间歇性发作,进食生冷或情绪紧张时症状加重,腹痛后即出现腹泻,大便呈稀糊状。其间自行口服双歧杆菌、盐酸小檗碱止泻,未予系统治疗。因上述症状反复发作,遂于2026年1月26日至南京中医药大学第二附属医院就诊。刻下症见:下腹部隐痛间作,进食生冷或情绪紧张后易发,腹痛则泻,大便稀糊,无脓血;无反酸暖气,无恶心呕吐,手足偏凉,纳食尚可,夜寐欠安,小便调。舌质淡,苔薄白,边有齿痕,脉弦细。血常规、C反应蛋白、粪便常规及粪便隐血等检查均未见明显异常;肠镜检查未见明显器质性病变。西医诊断:IBS-D;中医诊断:腹痛(肝脾不调证)。治法:疏肝健脾、祛风安络。处方:加味抑肝散加减。方药:钩藤10g,醋香附10g,醋柴胡6g,麸炒枳壳10g,当归10g,川芎10g,炒白术10g,茯苓10g,麸炒白芍15g,陈皮6g,党参15g,炙甘草8g,防风10g,姜厚朴8g,炮姜3g,桂枝6g,乌药10g。14剂,每日1剂,水煎服,早晚分服。

二诊:2026年2月6日。患者临近考试,情绪紧张,腹痛腹泻发作较前频繁,腹痛部位不固定,腹痛时腹泻,腹泻有里急后重感,伴见恶心欲呕,手脚偏凉,夜寐欠安,小便调。舌质淡,苔白腻,边有齿痕,脉弦滑。在初诊方基础上加入马齿苋20g、海螵蛸20g、醋制乌梅8g、醋延胡索10g。14剂,煎服法同前。

三诊:2026年2月21日。患者腹痛明显减轻,发作频率下降,排便次数较前减少,每日1~2次,质软色黄,恶心欲呕消失,手脚仍偏凉,夜寐尚可,小便调。舌质淡,苔薄白,脉细。在二诊方基础上去除海螵蛸、醋制乌梅、醋延胡索。14剂,煎服法同前。

四诊:2026年3月10日。患者近半个月来腹痛仅发作1次,疼痛程度轻微且可迅速缓解,大便成形,每日1次,手脚偏凉明显好转,夜寐尚可,小便调。舌

质淡红,苔薄白,脉细。守三诊方继用 14 剂巩固,煎服法同前。

随访:2026 年 4 月 12 日。患者服用四诊方后,一般情况良好,已经停药 16 天,随访期间腹痛、腹泻及恶心呕吐等症状未见复发。目前精神状态佳,纳眠均正常,恢复良好。

按:患者,女,17 岁,以“下腹痛伴腹泻反复发作 2 年余”为主诉,进食生冷或情绪紧张时加重,血常规、C 反应蛋白、粪便常规及粪便隐血等检查均未见明显异常,肠镜检查未见明显器质性病变,西医诊断为 IBS-D,中医诊断为腹痛。患者病程日久,反复腹泻,手足偏凉,舌质淡、边有齿痕,提示脾阳不足,运化失司,水湿内停,为发病之本;情绪紧张则腹痛腹泻加重,痛必腹泻,脉弦细,说明肝气郁结,郁而化风,风邪扰动肠络。故本案病机为脾虚为本,肝郁为枢,兼有风邪动络、肠络拘急,辨为肝脾不调证。治以疏肝健脾、祛风安络,方用加味抑肝散加减。方中君药为钩藤、醋柴胡、醋香附,钩藤甘凉入肝经,善平肝息风、解痉定痛;醋柴胡入肝胆经,其味辛苦,既能疏肝解郁,又能透邪升阳;醋香附疏肝理气、调畅气机,三药相伍使肝气条达、风木得平、肠络拘急得舒。防风、炒白术、麸炒白芍、陈皮取自痛泻要方,防风为“风药中之润剂”,是治疗风邪致泻之要药,既可助钩藤息风,又可散肝舒脾;炒白术、陈皮健脾燥湿、理气和中,麸炒白芍柔肝缓急。另配伍炙甘草益气和中,与麸炒白芍相伍,酸甘化阴,柔肝缓急,直接缓解肠道痉挛性疼痛;醋香附、麸炒枳壳、姜厚朴、乌药四药联用,共奏理气导滞、消胀定痛之功,使气机调畅、升降复常,以防肝木横逆犯脾;炒白术、茯苓、党参补气健脾,培土以御木;当归养血活血,川芎为血中气药,二者相伍,养血而不滞、行血而不伤正,此法寓“治风先治血”之意,使血行络通,络通则痛随之而减;桂枝、麸炒白芍、蜜炙甘草相配,寓小建中汤温中缓急之意;炮姜温中散寒,针对患者手足偏凉、遇冷加重之虚寒表现。二诊时,患者临近考试,情绪紧张,腹痛、腹泻发作较前频繁,结合腹痛部位不定、脉弦,提示引动肝风,风邪扰络。又见里急后重感、恶心欲呕,苔白腻、脉滑,提示湿浊中阻;手足仍偏凉,舌质淡、边有齿痕,则为脾虚未复。故本阶段治疗应兼顾化湿和中、行气止痛、敛肠止泻。酌加马齿苋以清肠止

痢,醋延胡索行气活血止痛,醋制乌梅酸涩敛肠、缓急止泻,海螵蛸兼以收涩和胃。其中醋制乌梅、海螵蛸等虽属收涩之品,但配伍理气活血、清利湿浊之药,使涩中有通,避免闭门留寇。三诊时,患者腹痛明显减轻,恶心欲呕消失,排便次数减少,说明风邪渐平、肠络拘急已缓,但大便质软、手足偏凉,舌质淡、脉细,说明脾虚之本尚未尽复,故仍守基础方健脾和中,而去海螵蛸、醋制乌梅、醋延胡索等偏于止呕、收涩、止痛之品,以免过用收涩而恋邪。四诊时,患者腹痛仅偶发,大便成形,诸症好转,故守方继进,以健脾安络、巩固疗效。随访时患者已停药 16 天,腹痛、腹泻及恶心呕吐等症状均未复发,精神状态及纳眠正常,提示症状控制较为稳定。全案用药随证进退,初诊重在疏肝祛风、健脾安络,二诊兼顾湿浊与气滞,三诊减去治标之品,四诊守方固本,体现了郑亮教授从风邪动络理论辨治 IBS-D、随病机灵活化裁的临证特点。

5 结语

风邪动络理论聚焦风邪与肠络相互作用,对 IBS-D 起病急骤、反复发作及迁延难愈的病程特点具有一定指导意义。外风侵袭、情志不遂及脾虚失运均可引动内外之风,风与湿相搏则气机失畅、肠络拘急;病程迁延,风邪由浅入深、渐伏于络,与瘀血相结;久则耗伤脾气、损及肠络,终致络虚邪伏、遇触易发。临证辨治当把握风邪在络之浅深及邪正盛衰变化,注重分期施治、标本兼顾。初期,邪势偏盛,治宜疏风胜湿、调畅肝气,使肠络拘急得缓;中期,风邪渐伏,气血运行不畅,则在祛风安络的同时兼顾健脾疏肝、理气活血,以恢复肠络和畅;后期,正气渐虚,脾虚络弱,则当转以扶正固本为主,健脾益气、濡养肠络,以减少伏邪再动。郑亮教授从风邪动络理论辨治 IBS-D,理论溯源于经典,以肠络为病位,以风邪动络、肠络失和为病机核心,以经典方剂为基础并随证化裁,实行分期论治、标本兼顾,为中医药治疗 IBS-D 提供了新思路。

参考文献

- [1] Lacy B E, Pimentel M, Brenner D M, et al. ACG clinical guideline: management of irritable bowel syndrome[J]. American Jour-

- nal of Gastroenterology, 2021, 116(1): 17–44.
- [2] Vasant D H, Paine P A, Black C J, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of irritable bowel syndrome[J]. Gut, 2021, 70(7): 1214–1240.
- [3] Lembo A, Sultan S, Chang L, et al. AGA clinical practice guideline on the pharmacological management of irritable bowel syndrome with diarrhea[J]. Gastroenterology, 2022, 163(1): 137–151.
- [4] Sperber A D, Bangdiwala S I, Drossman D A, et al. Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of Rome foundation global study[J]. Gastroenterology, 2021, 160(1): 99–114.e3.
- [5] Huang K Y, Wang F Y, Lv M, et al. Irritable bowel syndrome: epidemiology, overlap disorders, pathophysiology and treatment[J]. World Journal of Gastroenterology, 2023, 29(26): 4120–4135.
- [6] Hillestad E M R, van der Meeren A, Nagaraja B H, et al. Gut bless you: the microbiota–gut–brain axis in irritable bowel syndrome[J]. World Journal of Gastroenterology, 2022, 28(4): 412–431.
- [7] Camilleri M, Boeckstaens G. Irritable bowel syndrome: treatment based on pathophysiology and biomarkers[J]. Gut, 2023, 72(3): 590–599.
- [8] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 肠易激综合征中西医结合诊疗专家共识 (2025 年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2025, 33(3): 183–194.
- [9] 王垂杰. 腹泻型肠易激综合征中医辨证思路与策略[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2025, 33(10): 901–906.
- [10] 沈梦文, 郭昕悦, 王玮佳, 等. 肠易激综合征的中医时间医学时序治疗策略[J]. 中医杂志, 2026, 67(8): 845–849.
- [11] 苗艳芳, 王玉贤. 腹泻型肠易激综合征(肝郁脾虚证)的中医研究进展[J]. 上海中医药杂志, 2021, 55(7): 91–94.
- [12] 卞立群, 黄绍刚, 魏玮, 等. 肠易激综合征中医诊疗专家共识 (2024)[J]. 中医杂志, 2024, 65(18): 1948–1956.
- [13] 徐旻, 姜威, 陈以平. 陈以平基于《内经》理论从风论治肾病经验[J]. 上海中医药杂志, 2021, 55(9): 1–5.
- [14] 吴子越, 赵吉平, 陈晟, 等. 基于“形神同调”论针灸治疗腹泻型肠易激综合征[J]. 中医杂志, 2026, 67(12): 1334–1338.
- [15] 于明霞, 王妍妍, 张艺, 等. 伏风理论在肺系疾病中临床运用[J]. 中国实验方剂学杂志, 2024, 30(16): 92–99.
- [16] 李红蓉, 吴以岭. 络病研究的传承与创新[J]. 南京中医药大学学报, 2022, 38(12): 1075–1085.
- [17] 胡雨峰, 何晓瑾, 奚飞飞, 等. 金实教授从络论治血运性肠梗阻[J]. 南京中医药大学学报, 2025, 41(8): 1100–1107.
- [18] Schaper S J, Stengel A. Emotional stress responsivity of patients with IBS—a systematic review[J]. Journal of Psychosomatic Research, 2022, 153: 110694.
- [19] Camilleri M, Carlson P, Chedid V, et al. Aquaporin expression in colonic mucosal biopsies from irritable bowel syndrome with diarrhea[J]. Clinical and Translational Gastroenterology, 2019, 10(4): e00019.
- [20] Su M, Tang T, Tang W W, et al. Astragalus improves intestinal barrier function and immunity by acting on intestinal microbiota to treat T2DM: a research review[J]. Frontiers in Immunology, 2023, 14: 1243834.
- [21] Staudacher H M, Black C J, Teasdale S B, et al. Irritable bowel syndrome and mental health comorbidity: approach to multidisciplinary management[J]. Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology, 2023, 20(9): 582–596.
- [22] Hasler W L, Grabauskas G, Singh P, et al. Mast cell mediation of visceral sensation and permeability in irritable bowel syndrome[J]. Neurogastroenterology & Motility, 2022, 34(7): e14339.
- [23] Yu Y J, Huang Y C, Weng T H, et al. Bidirectional associations between irritable bowel syndrome and psychological distress: a longitudinal population-based study[J]. Psychological Medicine, 2026, 56: e45.
- [24] Yuan Y, Wang X Y, Huang S, et al. Low-level inflammation, immunity, and brain–gut axis in IBS: unraveling the complex relationships[J]. Gut Microbes, 2023, 15(2): 2263209.
- [25] 李彤, 王再见, 李会霞, 等. 基于久病入络理论探讨腹泻型肠易激综合征的治疗思路[J]. 四川中医, 2023, 41(9): 48–51.
- [26] 郭军雄, 马丽, 葛生虎, 等. 痛泻要方对肝郁脾虚型腹泻型肠易激综合征大鼠肠道高敏性的治疗作用[J]. 中国现代应用药学, 2022, 39(10): 1283–1288.
- [27] 刘亚丽, 郑亮, 陈国华, 等. 加味抑肝散治疗腹泻型肠易激综合征合并焦虑抑郁患者的临床疗效[J]. 临床与病理杂志, 2018, 38(11): 2447–2452.
- [28] 张全文, 冯硕, 夏世信. 参苓白术散治疗腹泻型肠易激综合征对症状、脑肠肽、IFN- γ 、IL-8 水平的影响[J]. 中药材, 2023, 46(4): 1030–1033.

(本文编辑 陈 晨)