基于“焦膜伏风”理论辨治腹泻型肠易激综合征

岑诗华[1]，谢春娥[2]，程宏辉[2]

1. 广州中医药大学第七临床医学院，广东 深圳 518133
2. 广州中医药大学附属宝安中医院，广东 深圳 518133

［摘要］腹泻型肠易激综合征（IBS-D）是一种常见的功能性肠病，以腹痛、腹泻及排便习惯改变为主要表现，其病因复杂、发病率高，且发病机制尚未完全明确。“焦膜伏风”理论认为其核心病机为风邪伏藏于三焦焦膜，遇新邪引动则下扰肠腑，致肠道气机紊乱，发为IBS-D。IBS-D“发作突止、部位游走、反复难愈”的临床特点与伏风“善行数变、其性主动、伏而后发”的致病特性高度契合。据此，治疗上当分期论治，发作期侧重疏风透邪为法，缓解期注重调理焦膜及脏腑、息风搜风。

［关键词］腹泻型肠易激综合征；焦膜伏风；风药
［中图分类号］R245.6 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2026）13-0138-07
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2026.13.017

Syndrome Differentiation-Based Treatment of Diarrhea-Predominant Irritable Bowel Syndrome Based on the Theory of "Latent Wind in the Triple Energizer Membrane"

CEN Shihua[1], *XIE Chun'e*[2], *CHENG Honghui*[2]

1.The Seventh Clinical Medicine College, Guangzhou University of Chinese Medicine, Shenzhen Guangdong 518133, China; 2. Bao'an Traditional Chinese Medicine Hospital Affiliated to Guangzhou University of Chinese Medicine, Shenzhen Guangdong 518133, China

Abstract: Diarrhea-predominant irritable bowel syndrome (IBS-D) is a common functional bowel disorder characterized by abdominal pain, diarrhea, and altered bowel habits. It has a complex etiology, high incidence, and with no identifiable pathogenesis. The theory of "latent wind in the triple energizer membrane" proposes that the core pathogenesis of IBS-D is the latency of pathogenic wind in the triple energizer membrane. When triggered by a new pathogenic factor, this latent wind disturbs the intestines, leading to disorder of intestinal qi movement and the development of IBS-D. The clinical features of IBS-D—sudden onset, wandering of the affected sites, and recurrent and refractory nature—closely align with the pathogenic characteristics of latent wind, which is known for "being good at rapid migration and frequent change, governing stirring up, and lurking before onset." Accordingly, treatment should be stage-specific: during the acute phase, the focus is on dispersing wind and dispelling pathogenic factors; during the remission phase, emphasis is placed on regulating the triple energizer membrane and the zang-fu organs, as well as extinguishing and expelling wind.

Keywords: Diarrhea-predominant irritable bowel syndrome; Latent wind in the triple energizer membrane; Wind-dispelling medicinals

［收稿日期］2026-01-29
［修回日期］2026-04-27
［基金项目］首都卫生发展科研专项重点攻关项目（首发2022-1-4201）；广东省中医药局科研项目（20261342）
［作者简介］岑诗华（1998-），女，在读硕士研究生。
［通信作者］程宏辉（1972-），男，主任医师，医学博士。

肠易激综合征(IBS)是常见的功能性肠病，以腹痛、腹胀、排便习惯和(或)大便性状改变为主要临床表现，长期反复发作，严重影响患者的生活质量，且还易引发焦虑、抑郁等精神心理问题，形成身心交互影响的恶性循环[1]，临床上以腹泻型肠易激综合征(IBS-D)为主。目前关于IBS-D发病机制尚不十分明确，主要涉及肠道动力异常、内脏高敏感性、肠道微生态失衡、脑-肠轴功能紊乱以及精神心理因素等多个方面[2-3]。

IBS-D属于中医学泄泻、腹痛等范畴。中医治疗IBS-D主要围绕肝郁脾虚、脾虚湿盛、脾肾阳虚等核心病机展开，大量临床研究证实，中医药治疗可有效改善患者临床症状[4]。然而现有理论不能完美解释IBS的即时发作性及病情反复性，也不能解释IBS患者为什么多伴有躯体疼痛、疲劳和睡眠障碍等肠外症状[5]。笔者导师程宏辉主任基于多年的临床实践及理论研究，提出“焦膜伏风”理论，认为IBS-D为风邪(外感或内生)伏藏于三焦焦膜，遇邪引动，内扰肠腑所致，核心病机是焦膜失司、伏风扰肠。焦膜伏风具有隐匿性、突发性和反复性等致病特点，和IBS-D的即时发作、时发时止、迁延难愈等临床特征相似，因此正确理解焦膜伏风致病的病机特点并辨治是临床上治疗IBS-D的新切入点。

1 “焦膜伏风”的理论背景及内涵

1.1 焦膜及伏风 “焦膜”是对三焦理论的重要补充和深化。《黄帝内经》中关于三焦的阐述，已为焦膜理论埋下伏笔。明代医家张景岳在《类经》中言三焦为“一腔之大腑”，包裹诸脏，位于躯壳之内、脏腑之外，明确了其形态与位置的重要性。至清代，张锡纯在《医学衷中参西录》中提出：“三焦即是膜，发源于命门，下焦为包肾络肠之膜，中焦为包脾连胃之膜，上焦为心下膈膜及心肺一系相连之膜。”延伸了三焦焦膜的概念。现代医家姚荷生进一步指出焦膜为三焦的实质，焦膜为分布于胸膜、腹膜、筋膜等处的膜状结构，处于皮肤与脏腑之间，是气机运转与津液输布的关键通路，焦膜还具有免疫调节与防御功能，可视作人体抵御外邪的一道屏障[6]。

伏风理论脱胎于传统“伏邪”学说。《素问·阴阳应象大论》中“冬伤于寒，春必病温”的论述，是邪气留而后发的最早体现，《灵枢·百病始生》曰：“是故虚邪之中人也……留而不去，传舍于肠胃。在肠胃之时，贲响腹胀，多寒则肠鸣飧泄，食不化；多热则溏出糜。”指伏邪传于脾胃肠腑，伏而后发为泄泻之态[7]。这里的邪气涵盖六淫之风、寒、暑、湿、燥、火。后世《时病论》进一步指出，春感风邪未即时发病，至夏可致飧泄、洞泄，正是伏风为患的表现。伏风作为伏邪，平时隐匿体内，证候不显，一旦正气亏虚或遇外因引动，如气候剧变、饮食失宜或情志失调，则伺机而发，表现为非典型外感，出现单一或多脏腑功能失调之象。

1.2 “焦膜伏风”理论的提出 伏邪学说关于伏邪的病位一直颇有争议。程主任认为伏风主要伏于焦膜，《重订通俗伤寒论》：“新感从口鼻而内袭三焦，伏气多匿于焦膜。”焦膜遍布全身，是脏腑之外、身体之内的一个大网膜，可为伏风潜伏体内提供场所，伏而后发[8]。三焦焦膜既为风邪潜伏提供了隐蔽空间，也为伏风游走窜动创造了路径，正虚邪发之时伏风经焦膜网络可下达肠道，外达腠理及肌表，引发腹泻、皮疹及结膜炎等疾病，且病程迁延难愈，此外，三焦焦膜主司水道，若功能失调，水液代谢障碍则易酿生痰湿水饮，也成为IBS-D发生的内在病理基础。

根据风邪来源不同，伏风可分为外感和内生两类。外感可由邪气经口鼻、皮肤腠理入里，或因卫外不固，正气不足，难以祛邪外出，内传并留伏于焦膜。“风邪伤人，必入空窍，而空窍惟肠胃为最。”待正气不足或再感新邪，伏风便随之发动，随三焦气机流转，下袭肠腑为病，症见腹痛、腹泻等里证，如IBS-D患者常在受凉或饮食不节后发作，却少见典型外感表现，即为外风内伏下扰肠腑之征。此外，《素问·至真要大论》的“病机十九条”中提出“诸风掉眩，皆属于肝”，肝为风木之脏，木气冲和条达，主疏泄，肝郁失疏，易从阳化，亢而生风，此为内生之风邪；肝主筋，而筋与焦膜相连，因此肝风内郁易伏于焦膜，遇到诱因时则郁勃而动，风动内传肠道，发为腹痛、肠鸣、泄泻[9-10]。

2 从“焦膜伏风”阐释IBS-D的发病机制

2.1 IBS-D具有伏风的致病特点 伏风致病的特性与IBS-D的发病特点非常相似。伏风潜藏在焦膜之中，待正气不足或遇到诱因触发而动。临床上，患者常因饮食不节、情志刺激或劳倦内伤等因素诱发或加重，症状呈突发突止、时作时休的阵发性特点，完美诠释了伏风“动摇”“伏而后发”的特性。伏风致泻阵发、反复的特点与普通泄泻的持续性症状形成鲜明对比，成为伏风致病的重要辨证要点。IBS-D患者以痛泻、泻后痛减及肠鸣为主要临床表现，这与伏风“善行数变”的特性相似，且风性主动，伏风传于肠腑，形无定处，故患者常常出现腹痛部位不固定的特点[11]。风者，百病之始也，善行而数变，发病迅速、变化多端。IBS-D患者不仅出现典型肠道症状，还常伴有肠外症状或情绪焦虑、抑郁等精神心理问题，呈现多系统、多部位的症状特点。正如《脉要精微论》所说“久风生飧泄，脏风生飧泄……肠风飧泄”，伏风致病与IBS-D密切相关。

2.2 焦膜伏风内传肠道为IBS-D的核心病机 焦膜功能失调为风邪内伏提供了内在条件，焦膜分布广泛，遍布体腔内外，外与肌表腠理相连，内与三焦脏腑相通，焦膜的生理功能以“气与液”为核心，是气机运转与津液输布的通路，共同行使屏障与保护、营养与代谢、运输与联通功能[12]。孔光一在焦膜理论的基础上提出，三焦膜系可划分为外通性膜系与内通性膜系，外通性膜系直接与外界相通，内通性膜系则贯通于脏腑气血运行之中，共同构成人体正气与外界相连的门户[13]。正如《灵枢·小针解》所言：“邪循正气之所出入也。”焦膜功能失调则抵御新邪能力减弱，外来邪气亦可借外通性膜系侵入人体，隐伏于焦膜。伏风亦属风邪，善行而数变，而焦膜内连五脏六腑，布散于周身，焦膜成为了伏风藏匿的场所。焦膜功能失调也会导致其对邪气的清除能力下降，使风邪久伏难除，伺机而动，故IBS-D易反复发作，迁延难愈。风邪潜伏于焦膜后，并非孤立为患，易兼夹它邪，常与湿邪交阻影响焦膜气机，影响肠道传导，导致泄泻迁延，使病情及症状复杂多变。焦膜为伏风深潜之窠臼，而伏风入肠是IBS-D的致病根本，伏风的特性是静时可潜伏体内，动时则发病于外。《素问》：“春伤于风，夏生飧泄。”一旦遭遇新邪引动，或人体正气亏虚，潜藏之伏风便会伺机而动，沿焦膜网络下趋肠腑，伏风在肠，风盛则动，扰乱肠道气机，水谷未得运化便旋即传输而出，故见痛泻[14]。这种“焦膜失司-伏风扰肠”的病理模式，揭示了IBS-D不同于普通泄泻的特殊性，其病位不仅在肠腑，更在焦膜；病邪重在伏风，多兼夹湿邪。因此，治疗上当以调畅焦膜、搜剔伏风为要，方能切中病机。

3 以“焦膜伏风”理论指导IBS-D的辨治

风伏焦膜、风动扰肠是IBS-D的发病机制，焦膜正虚为本，伏风入肠为标，新邪引动伏风是其发病契机。基于“焦膜伏风”理论，认为IBS-D的病位在焦膜，涉及肝、脾、肾，核心病机为风邪内伏焦膜，风动扰肠，发为泄泻。临证治疗上，可将IBS-D分为发作期及缓解期，发作期以疏风透邪、透达焦膜为法，缓解期注重调理焦膜及脏腑、息风搜风。

3.1 发作期：疏风透邪，透达焦膜 当外感六淫、饮食不节或情志失调等新邪侵袭时，伏风借新邪之势外发，壅滞于焦膜之间，导致焦膜气机阻滞、通降失常，伏风进而下扰大肠，出现腹痛、腹泻、肠鸣等急性发作症状。临床辨证要点为腹痛骤作、大便稀溏，伴肠鸣，便意急迫或兼见恶风、鼻塞等表症。发作期的核心病机是新邪引动焦膜伏风。此阶段“邪实”为主要矛盾，伏风与新邪交结为患，若不能及时驱邪外出，内外合邪壅滞焦膜，邪气会进一步阻滞水气通调之路，元气敷布受阻，加重病情或延长病程。因此，治疗的关键在于详辨新邪，祛邪为要，法以疏风透邪，同时透达焦膜，畅通气机，从而缓解发作期症状。

3.1.1 详辨新邪 叶天士《临证指南医案·卷五》曰：“盖六气之中，惟风能全兼五气。”风邪是六淫之首，具有轻扬开泄的特性，能够使人体腠理打开，从而使其他邪气更容易侵入人体，形成风寒、风湿、风湿热等兼夹邪气。气温骤降或秋末冬初时易感寒邪，寒性收引、凝滞，寒邪依附焦膜伏风内传肠腑，内外合邪为妄，可使肠道气血凝滞，出现腹中冷痛、泻下清稀、肠鸣，卫阳被郁，伴有恶寒、发热等表证，急性期以解表散寒为法，予藿香正气散加减，临证中可加用防风、荆芥、麻黄、白芷等祛风散寒药。风邪终岁常在，岭南气候炎热雨水多，伏风最易与湿邪相夹，湿为阴邪，湿性趋下黏滞，风性善行，内外合邪下行肠腑，导致大肠传导过快，可出现腹泻、泻后不爽、大便黏滞不爽、肢体沉重，久则困脾，病程缠绵，以胜湿止泻为法，予胃苓汤加减，临证时可加威灵仙、秦艽、羌活、独活等祛风胜湿的药物，风行则湿散。若因饮食不节，过食辛辣、油腻食物，湿热外邪引动焦膜伏风，热邪易伤津耗气，易生风动血，热邪加剧伏风致病，两者合邪下迫肠腑，出现腹痛剧烈、泻下急迫、大便臭秽、肛门灼热感等症状，需祛风清热，予葛根芩连汤加减，可加用防风、白芷、白头翁、秦皮等入肝经祛风清热利湿药物。新邪不局限于六淫外邪，七情内伤、饮食劳倦皆可视为新邪，其临床表现随诱发因素的性质发生变化，故临床上根据新邪具体性质进行辨治。

3.1.2 祛风透邪 《瘟疫论》曰：“先伏而后行者，所谓瘟疫之邪，伏于膜原……邪毒渐张，内侵于府，外淫于经，荣卫受伤，诸证渐显。”IBS-D的核心病机为风邪内伏焦膜，下迫大肠发为泄泻，因此，祛风便成为治疗IBS-D的关键环节。补土派李东垣提出：“味之薄者，诸风药是也，此助春夏之升浮也。”风药其气味辛薄，轻扬升提，不仅具有疏风解表透邪的作用，还能祛风胜湿，助脾土升发清阳，又应肝木之条达。另外，风药还能调畅焦膜、肠腑气机，缓解肠道痉挛，改善痛泻的症状。故临证中佐用风药如柴胡、升麻、防风、荆芥等以增效。《内外伤辨惑论》中提到：“胃中清气在下，必加升麻、柴胡以引之。”柴胡、升麻是临床中治疗IBS-D的常用风药药对，二味苦平，味之薄者，阴中之阳，既能取其解表透发之义，透外邪，还能引脾气轻清上达诸经，清阳升则伏风可透，清气在上则洞泄止。

柴胡可疏达木郁，“引清气上行，而平少阳厥阴之邪热”，使肝舒脾运，风动得消，痛泻得止。防风、荆芥也是治疗IBS-D的常用风药对药。防风、荆芥穗味辛，性微温，药性润而不燥，善于透达发散，不仅有透表邪、疏外风之功，又可胜湿止泻、疏达肝气[15]；两者药性平和，为风中之润剂，故二者同用，可加强祛风除湿之力，无论湿热、寒湿皆可用之，且无助热助寒之弊。发作期外邪偏盛，可予薄荷、麻黄、白芷、葛根、前胡、羌活、独活、秦艽等偏重解表透邪风药。其中防风入肝经，既有升发之性，又可散风去湿，既可散外风，又能散内郁之风，是治疗焦膜伏风之佳药。

3.2 缓解期：调理焦膜及脏腑，息风搜风

经过急性期的治疗，新邪已除，痛泻等急性症状缓解，但伏风仍隐伏于焦膜深处，藏而不发，并未完全清除，患者仍有大便溏薄、排便不规律、腹胀时作，或兼见神疲乏力、气短懒言、情绪不调等症。脾、肝、肾三脏功能失调，水气通调受阻，郁滞三焦焦膜，脏腑正气耗伤，正虚之象显现。缓解期的核心病机是脏腑功能失调，水气郁滞、伏风留恋焦膜。此阶段脏腑“正虚”为主要矛盾，伏风伺机复动，治疗的关键在于“标本兼顾”，以息风搜风清除残余伏风，杜绝复发之源，以补益脏腑正气、调理焦膜气机为法，扶正以祛邪，祛邪以安正。

3.2.1 调理焦膜及脏腑 三焦焦膜是人体气机升降出入与水液输布的重要通道，其生理特性在于“通畅”，其病理变化多见气滞、水液代谢失常。百病生于气，三焦焦膜气机不畅，通道壅塞，为伏风之邪提供合适的蛰伏场所，深藏体内而不得尽除，导致病程缠绵难愈。三焦焦膜之气不行则郁，郁则不通，气滞则津液运行不畅，水湿内生，风邪鼓荡，伏风与湿邪相搏，沿焦膜通路下趋肠间，致使大肠传导失常，发为痛泻。正所谓“邪之所凑，其气必虚”，焦膜功能失调是伏风潜伏的内在条件，与IBS-D的发生发展密切相关，故疏利三焦焦膜、斡旋焦膜枢机是治疗IBS-D的关键，临证可选用分消走泄、疏利焦膜、辛开苦降等法。方剂则可选用小柴胡汤、柴平汤、三仁汤、连朴饮、半夏泻心汤等方加减治疗，并可适当加用如防风、羌活、桂枝等药物，风药升阳，鼓舞气行。具体药味加减方面，焦膜气机郁滞为主，予槟榔、陈皮、枳实等以理气健脾，通行全身焦膜，行三焦焦膜之气，三焦通畅，则气机调达。中下二焦多湿邪停滞，可予藿香、苍术、砂仁、茯苓、茵陈等药物，可消散焦膜之湿邪，湿邪去则伏风无所依。风伏焦膜多与湿郁有关，而湿郁则多与脾肾相关，因此缓解期重在健脾化湿，疏利三焦。

脾为后天之本，气血生化之源，焦膜及正气充盛均依赖脾之运化。IBS-D病程绵延漫长，脾气亏损，渐成虚劳，在遣方用药时要注意时时顾护脾气，使正盛而邪退，故加炒山药、炒白术、党参等健脾益气之品，增强脾运化功能，化生气血，滋养焦膜。肝主疏泄，司情志之调畅，亦调理焦膜气机。临床上IBS-D患者，多兼见焦虑、紧张、抑郁及睡眠障碍，此乃肝失疏泄、气机郁滞之症，故临证常配伍柴胡、郁金、合欢皮、白芍等疏肝理气、养肝柔肝之品，恢复肝之疏泄功能，使肝气条达，焦膜调畅无郁滞之弊。唐容川在《血证论》中提出“三焦其根蒂连于命门”，故肾为焦膜之本，治疗焦膜疾病还应当顾护肾脏，早期可既病防变，中后期可温补肾阳以助气化，滋填肾阴以安焦膜，可适当加用吴茱萸、菟丝子、沙苑子、金樱子等药物，既能补益命门，又能收敛肾精，固涩止泻[16]。

3.2.2 息风搜风 风药善行，喜走窜，可游走于三焦焦膜之中，长于搜剔伏风，伏风得除则泄泻得止。同时，风药轻灵，能通达全身上下、表里之玄府细微孔窍。玄府郁闭，则气滞津凝，伏邪内壅，病必不愈。风药多辛散可开腠理，透达焦膜，则内蕴之伏邪随汗、随气、随津而得以外泄，此即开通出路，透邪外出。故缓解期治疗不仅要调脏腑、疏通焦膜水气，仍要息风搜风，临证中常加用徐长卿、夜交藤、钩藤、白芍等风药以息风搜风。徐长卿味辛、性温，有祛风通络之用，善走窜，能深入焦膜，透达焦膜伏风，还有活血止痛之功，兼入血分，可搜焦膜、肠络之伏风。研究表明，徐长卿含有丹皮酚等成分，具有镇痛、镇静、抗炎、抗过敏、调节免疫等多种作用，减少炎症介质的生成，修复肠黏膜[17]。另外，在IBS-D发病过程中，患者常常情志不畅，气郁日久，郁而化风，伏于焦膜而不发，遇到诱因伺机而动，下传肠腑致痛泻。治疗肝郁生风引起的痛泻，应以柔肝息风为法，当选夜交藤、钩藤、白芍等药物。夜交藤性甘、微苦平，主要归于心肝二经，夜交藤养肝血以祛伏风，取“治风先治血，血行风自灭”之意。IBS-D的患者常常伴随失眠、焦虑等症状，夜交藤药性平和，能养能通，养心血以安心神，调神志以助睡眠。《本草新编》言：“钩藤，去风甚速，有风症者必宜用之。”钩藤味甘苦，有息风定惊、清热平肝的功效，重用钩藤可制约肝风的升动之性，使肝气柔和舒畅则伏风无以化，胃肠如常，泄泻得止，腹痛得祛[18]。缓解期伏风藏而不发，当辅以僵蚕、蝉蜕、丝瓜络、全蝎、蜈蚣、地龙等侧重走窜搜风的药物。

4 病案举例

黄某，男，35岁，2025年2月12日初诊。主诉“反复腹痛、腹泻3年，加重1周”。患者3年前因工作压力大、长期精神紧张后出现腹泻、腹痛、泻后痛减，多在情志焦虑紧张时或受凉后发作，于深圳市宝安中医院行胃肠镜、大便常规及潜血等检查，均未发现异常，诊断为肠易激综合征，予止泻剂、解痉剂等药物治疗后症状缓解，症状时轻时重，反复发作。1周前因受风后，症状加重，遂至脾胃病科就诊。刻下症见：大便呈稀糊状，每天腹泻4～5次，伴有腹痛，以左下腹为主，呈阵发性绞痛，便后痛减，肠鸣，失气频作，头痛，畏寒，手足欠温，遇风后加重，平素多思多虑，纳差，睡眠差，入睡困难。初诊时，患者精神疲倦，舌质淡红、苔白腻，左脉弦，右脉浮濡。西医诊断：肠易激综合征(腹泻型)；中医诊断：泄泻(外寒引动内风)。病机核心为新邪引动焦膜伏风，治疗以祛风散寒、透邪止泻为法，予藿香正气散加减。处方：藿香15 g，紫苏叶15 g，姜厚朴10 g，半夏曲10 g，大腹皮10 g，白芷15 g，炒白术10 g，桔梗10 g，枳实10 g，陈皮10 g，白豆蔻10 g，甘草10 g，防风10 g，荆芥10 g，延胡索15 g，共7剂，每天1剂，水煎分2次温服。

2025年2月21日二诊：患者诉服药7剂后腹痛、腹泻明显缓解，大便较前成形，每天2次，精神转佳，无畏寒头痛，手足转温，但仍诉肠鸣，偶有腹痛，睡眠欠佳，情绪焦虑。舌淡红、苔薄黄，脉弦。予自拟方顺激方加减，处方：防风10 g，炒白术10 g，白芍20 g，陈皮10 g，柴胡15 g，枳实15 g，甘草10 g，桂枝5 g，茯苓10 g，徐长卿15 g，延胡索15 g，合欢皮10 g，首乌藤20 g。7剂，每天1剂，水煎分2次温服。

7日后患者复诊，予顺激方加减再服1个月，电话随访诉诸症悉除，未见复发。

按：患者以腹泻、便前腹痛、泄后痛减为

主症，症状时轻时重，反复发作，伴有肠鸣、失气频作等，结合患者工作压力大、长期精神紧张后发作、平素多思多虑、左脉弦等症，考虑此为肝郁生风内伏焦膜，本次因受风寒外邪后出现腹痛腹泻、头痛、畏寒、手足欠温等外邪内袭之症。肝为风木之脏，肝郁失疏则内生肝风伏于焦膜，外邪由腠理入焦膜内引动伏风，下扰肠腑，肠腑气机受伏风搅动，传导失司，发为泄泻。病机总属肝风内伏焦膜，外寒引动内风，予藿香正气散加减以祛风散寒，透邪止泻，加用防风、荆芥、延胡索。《黄帝内经》中言：“肝苦急，急食甘以缓之，辛以散之。”防风药性缓和，甘润而不腻，不仅可祛风解表，其味辛能散肝郁，甘能缓肝急。荆芥疏风解表，兼能疏肝理气，荆芥、防风合用，既能散外风，也能祛伏风。延胡索其辛味具有行走、发散的特性，可祛伏风止腹痛。二诊时，患者仍诉肠鸣，偶有腹痛，睡眠欠佳，情绪焦虑，此为外邪已除，但肝郁未疏，焦膜伏风未祛，肝郁日久，肝木可横犯脾土，法当疏肝健脾、搜风息风，故予自拟顺激方加减。方中风药防风疏泄肝气，散郁透邪，桂枝与防风配伍，既可防外来之风，又可防内生之风，共同疏通木气，使之不郁；炒白术健脾祛湿，防风与白术合用疏肝健脾；白芍养血柔肝、缓急止痛；柴胡、枳实疏肝理气；徐长卿祛风止痛；延胡索理气止痛；茯苓宁心安神，健脾渗湿；合欢皮解郁安神，疏肝和血；首乌藤养血安神助眠；甘草培植中州，蕴育四旁，且可调和诸药。经分期辨证论治，先散外邪、后解内因。外寒得散则表证可解，肝郁得舒则内风无所生，焦膜伏风去则痛泻难复，痛泻之本得治，病情向愈，不易反复发作。

[参考文献]

[1] 唐旭东，卞立群，马祥雪，等. 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.
[2] 周畅，谭嘉骞，刘杰民，等. 脑-肠-菌轴在肠易激综合征发病中的研究进展[J]. 胃肠病学和肝病学杂志，2024，33(11)：1557-1562.
[3] CRYAN J F，O’RIORDAN K J，COWAN C S M，et al. The microbiota-gut-brain axis[J]. Physiol Rev，2019，99(4)：1877-2013.
[4] 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.
[5] OHLSSON B. Extraintestinal manifestations in irritable bowel syndrome：a systematic review[J]. Ther Adv Gastroenterol，2022，15：17562848221114558.
[6] 马雪颜，田园硕，王洋，等. 基于膜系理论的疾病治疗原则[J]. 世界中医药，2024，19(13)：1983-1987.
[7] 张钰欣，刘雨昕，张硕，等. 东北地区名老中医对《黄帝内经》伏邪理论的发挥[J]. 中华中医药杂志，2025，40(4)：2026-2029.
[8] 任翎嘉，张霞，许济祥，等. 基于“邪伏焦膜”理论三期辨治儿童狼疮性肾炎[J]. 北京中医药大学学报，2025，48(8)：1115-1120.
[9] 曾涓焕，雷静，刘钰潇，等. 基于伏风理论探讨肠易激综合征的辨治思路[J]. 时珍国医国药，2024，35(8)：1959-1961.
[10] 唐毓，程宏辉. 基于伏风理论辨治腹泻型肠易激综合征[J]. 中国中医急症，2025，34(5)：917-919.
[11] 郭心怡，刘长兴，黄雅慧，等. 从“肠道伏风”论治儿童溃疡性结肠炎的临证撷萃[J]. 时珍国医国药，2023，34(8)：1947-1949.
[12] 马雪颜，马乾，刘铁钢，等. 膜系理论及其在疑难病诊疗中的应用[J]. 中华中医药杂志，2022，37(4)：2056-2061.
[13] 黎又乐，李坤莳，刘倩，等. 孔光一以三焦膜系理论指导治疗2型糖尿病经验总结[J]. 中医学报，2018，33(9)：1656-1660.
[14] 周颖，朱浩宇. 基于《黄帝内经》“脏腑之风”理论探讨小儿胃肠疾病临床辨治思路[J]. 中国医药导报，2025，22(8)：177-180，196.
[15] 宋健，孟凯强，雷根平，等. 基于“风升生”理论探讨陕西省名中医沈舒文使用“风药”治疗脾胃病的临床经验与学术思想[J]. 现代中西医结合杂志，2024，33(21)：2977-2981.
[16] 马雪颜，秦雪颖，谷晓红. 膜系理论探讨[J]. 北京中医药大学学报，2023，46(7)：931-936.
[17] 贺海辉，沈洪. 徐长卿对溃疡性结肠炎模型大鼠核因子κB信号通路的影响[J]. 世界中医药，2022，17(2)：192-195.
[18] 严静，潘以丰，陈升捷，等. 从风药论治腹泻型肠易激综合征经验[J]. 中国中西医结合消化杂志，2023，31(2)：142-145.

[责任编辑：郑锋玲，蒋维超(英文)]