

# “寒结旁流”之证治探讨

于博文<sup>1,2</sup> 朱佳杰<sup>1,2</sup> 陶夏平<sup>1</sup>

(1.中国中医科学院广安门医院,北京 100053; 2.北京中医药大学,北京 100029)

**摘要** 古有“热结旁流”之证,而无“寒结旁流”之说。“寒结旁流”多表现为自利清水,秽臭不显,腹痛,四肢不温,面色无华,口淡不渴,舌淡苔白滑或腻,脉弦紧。该证以寒实冷结为基本病机,治疗以温下为法,根据寒结程度可选用大黄附子汤、三物备急丸或温脾汤加减。

**关键词** 寒结旁流 中医病机 大黄附子汤 三物备急丸 温脾汤

**中图分类号** R228 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2016)04-0014-03

“热结旁流”一证,乃大、小承气汤主症之一,《伤寒论》第374条、《金匱要略·呕吐下利病脉证治》均载:“下利谵语者,有燥屎也,宜小承气汤。”《伤寒论》第321条:“少阴病,自利清水,色纯青,心下必痛,口干燥者,可下之,宜大承气汤。”这是“热结旁流”概念最早的源头,前者指出证属阳明里实,肠中燥屎阻结,邪热迫津从旁而下所导致的实热下利;后者则指出少阴热化,转属阳明,燥实内结,迫液旁流,应用大承气汤急下阳明之实以救阴,两者有轻重之别。明代吴又可可在《温疫论·大便》<sup>[1]</sup>中正式提出“热结旁流”一说:“热结旁流者,内热壅闭,先大便闭结,续得下利,纯臭水,全然无粪,日三四度,或十数度,宜大承气汤,得结粪而利止。服汤不得结粪,仍下利并臭水及所进汤药,因大肠邪胜,失之传送之职,知犹在也,病必不减,宜更下之。”至于“寒结旁流”之证治,历代文献鲜有系统论述,笔者查阅文献,追本溯源,“寒结旁流”一词最早实由近代著名医家严苍山先生提出<sup>[2]</sup>,兹就“寒结旁流”的证治探讨如下。

## 1 “热结旁流”与“寒结旁流”病机探析

1.1 “热结旁流”病机 “热结旁流”的机理是:(1)胃肠热结,燥屎结于距肛门较远部位,因肠道津液缺乏,故不足以使大便下趋,而肠中少量水液从旁流出肛门,故自利臭水,色纯青,全无粪便;(2)肠道实邪阻滞,化燥生热,燥热迫津下趋,使其沿肠道燥屎之空隙而下,出现结者自结,下者自下的现象<sup>[3]</sup>。印会河老师认为“热结旁流”形成的原因是燥粪结在直肠以上的部位,在燥粪以下的肠道空而无粪,但里热熏蒸,体内的水津又可以夺直肠的空隙而外渗,从而增加直肠空处之分泌,故而出现纯便清水<sup>[4]</sup>。这种纯便清水,正是由燥粪所造成的,与大便秘结不通的病理

基本一致,仅有燥粪停结部位高低不同,故治疗相同。笔者认为印会河老师的解释结合西医更明确详实,易于理解,且指出了治疗方法应与便秘相同。

1.2 “寒结旁流”病机 严苍山先生认为慢性泄泻中有一种属“寒结旁流”的病症,该证乃寒滞凝结,阻塞肠道,水液污浊从旁渗泄而出,每经年累月,迁延不愈,病久则结深而泻更甚<sup>[2]</sup>。肖士熹<sup>[5]</sup>认为“寒结旁流”之证,临床往往误诊,中医易把它与泄泻并论,西医常以肠炎、痢疾施治。其实,它自成体系,独属一证,既不属于泄泻、阳虚便秘,更不同于热结旁流,而是由寒邪凝滞,粪结肠道,水湿内停,溢泻于外而致。施小平<sup>[6]</sup>对“固瘕”证的病因病机进行了剖析,“固瘕”出自《伤寒论·辨阳明病脉证并治》第191条:“阳明病,若中寒者,不能食,小便不利,手足濈然汗出,此欲作固瘕,必大便初硬而后溏,所以然者,以胃中冷,水谷不别故也。”她认为“固瘕”证的实质是“寒结旁流”,是由于便秘导致粪块嵌塞于直肠腔内难于排出,但有少量水样粪质绕过粪块自肛门流出,而形成假性腹泻,其病因病机为寒结阳明。

笔者认为“寒结旁流”辨证当属便秘中之“阴结”,而“旁流”则为寒实冷结于肠道导致水湿内停并趋向于外的特殊表现。《伤寒论·辨脉法第一》说:“脉有阳结、阴结者,何以别之?答曰:其脉浮而数,能食,不大便者,此为实,名曰阳结也,期十七日当剧。其脉沉而迟,不能食,身体重,大便反鞭,名曰阴结也,期十四日当剧。”而张景岳在《景岳全书·秘结》中也主张将便秘分为阴结、阳结两类<sup>[7]</sup>,有火的便是阳结,无火的便是阴结。笔者认为此“寒结”还应有实寒和虚寒之分,素来体健,因外感寒邪直中或过食生冷而导致的大寒内凝,出现“寒结旁流”者

当属实寒结;而脾阳素虚或年老体衰之人,阳虚而阴寒内生,留滞于肠胃而凝阴固结,致阳气不通,水湿内停,肠道艰于传送,出现燥屎与泄泻并见的当属虚寒结。

1.3 “热结旁流”与“寒结旁流”病机比较 “旁流”是现象,而“寒结”或“热结”为其本质:“热结旁流”为少阴热化转属阳明之证,是少阴三急下证之一;“寒结旁流”则为寒实冷结,闭阻阳气,水湿内停,肠道失于传导之证。虽然“旁流”之象两者皆有,但“寒结”、“热结”迥然不同。史仁杰<sup>[8]</sup>结合二十多年从事肛肠科工作的经验认为“旁流”的实质是因粪块长时间在直肠滞留,粪块中的水分被直肠黏膜逐渐吸收,致使粪块越来越硬,嵌塞在肛管和直肠下段排不出来,影响肛门的自制功能;同时嵌塞的粪块压迫和刺激直肠黏膜,导致直肠黏膜水肿、糜烂,黏液和分泌物增多,在肛门自制功能受影响、肛门闭合不严的情况下,会从肛门流出;若最后数天不排便,服用过通便药或泻药,导致肠蠕动加快,肠道通过时间变短,后面的粪质较稀,从干硬粪块的两旁流出,从而出现“旁流”现象。可以由燥热津伤便秘所致,也可以由其他非热结甚至是阳虚便秘或排便不正常所致。不能简单认为“热结旁流”就都是有“热结”。“旁流”可由多种原因导致,不能仅考虑到“热结”的因素,还应考虑到“寒结”的可能。从多例临床病例报道可知,不论“热结旁流”还是“寒结旁流”均相当于西医的不全性肠梗阻或肠道高位梗阻,梗阻的原因多为粪块,属于粪滞留肠内伴有腹泻的范围。

## 2 临床表现与类证鉴别

“寒结旁流”与“热结旁流”临床表现均有腹泻与燥屎内结同时出现,但“热结旁流”热象显著,不仅可见“自利清水,色纯青,心下必痛,口干燥”,还可表现为面红目赤,烦闷不安,甚则神昏,腹胀痛拒按,下利臭秽,肛门灼热,舌质红、苔黄厚乏津或焦,脉沉数有力。“寒结旁流”临床则多表现为自利清水,秽臭不显,腹痛,四肢不温,面色无华,口淡不渴,舌淡苔白滑或腻,脉多弦紧。“热结”与“寒结”,一热一寒,寒热迥异,不难区别,临床也有只见“旁流”而燥屎尚结于肠中未下的现象,此时则易与虚寒下利和湿热下利相混,必须慎加区别。虚寒下利是由脾肾阳虚,水谷不化所致。大便滑脱失禁,其利多稀薄清冷,或下利清谷,完谷不化,其气腥,小便清利,或伴四肢厥冷,恶寒倦卧,但欲寐,脉多无力。而湿热下利多由湿热蕴结大肠,邪热下迫肠道,传导失职所致。其下利黄水,臭秽难闻,肛门灼热,里急后重,口渴,但腹不硬痛,这是和“热结旁流”的根本区别。临床还可通过直肠指检判断有无燥屎内结,若扪及粪块嵌塞,则可排

除虚寒下利和湿热下利的可能。

## 3 治法方药

《金匱要略浅注》<sup>[9]</sup>谓:“虚寒则温补之,热则寒下之,固也,然有阴寒成聚之证,治法当法外有法也。”《类经》<sup>[10]</sup>云:“火热内蓄,或大寒内凝,积聚留滞,泻利不止,寒滞者以热下之,热滞者以寒下之,此通因通用之法也。”因此,针对阴寒成聚、寒实冷结的病机,治疗大法应为温下法。《医宗金鉴·删补名医方论》<sup>[11]</sup>指出:“世徒知有温补之法,而不知有温下之法,所以讲寒虚,不论及寒实也。”单纯祛寒,积滞难去,仅予通下,沉寒不除,故应以温里散寒与通下并用,以达糜阴不消、糜坚不破之效。方药多以大黄附子汤加减,“是以非温不能散其寒,非下不能去其积”(《成方便读·卷之一》)。大黄附子汤首载于《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证治第十》:“胁下偏痛,发热,其脉紧弦,此寒也,以温药下之,宜大黄附子汤。”组成为大黄三两,附子三枚(炮),细辛二两。方中附子辛甘大热,温阳祛寒,其性善走,为通行十二经纯阳之要药。大黄苦辛大寒,直达下焦,开闭泻结,荡涤积垢,有犁庭扫穴、攘除奸凶之功。细辛辛散温通,助附子温里散寒而止痛。本方大黄与附子配伍,寒热并用,气血并调,附子善走之性可增强大黄的通腑泻下作用,大黄之苦辛大寒可制附子之刚燥,从而减毒增效,故仲景以之名方,创后世温下剂之先河。现代研究表明,该方能显著增强肠运动能力,使寒积便秘型小鼠排便时间明显缩短,排便量明显增多,量效成正比相关<sup>[12]</sup>。临床可根据病情程度适当加减,瘀血内停者可适当配伍当归、桃仁、虎杖等活血润肠药;水湿滞留肠间者,可酌情加甘遂以泻水逐饮;寒凝气滞、腹胀突出者,可配合行气药,如厚朴、木香。

寒实冷结重症或暴急寒实之证,出现腹胀痛较剧、四肢厥冷等表现时,则可速投三物备急丸以攻逐寒积。经曰:“升降息则气立孤危是也,以平药与之,性缓无益于治。”故用巴豆、大黄夺门之将军以主之,佐以辛热之干姜助巴豆祛寒散结。柯琴谓:“是方允为阴结者立,干姜散中焦寒邪,巴豆逐肠胃冷积,大黄通地道,又能解巴豆毒,是有制之师也。”<sup>[13]</sup>根据严苍山先生的经验,本药用量一般掌握在0.9~1.8g之间<sup>[14]</sup>,空腹汤药送服,得畅下七、八次至十数行而止。除有短暂腹痛外,无其他副作用。邹维德先生用三物备急丸治疗多例生冷食滞病例,总结经验认为,本方主要治寒积,而对其可治坚硬燥屎不下之症,则人多忽视<sup>[15]</sup>。《医方集解》:“三药峻厉,非急莫施,故曰:‘备急’。”可见其药峻力猛,临床要注意中病即止,勿徒伤正气。服药后,患者大多可下燥屎数枚至数十枚,下后方觉腹宽,“旁流”之症消失。

笔者认为还应有“寒结旁流”伴脾阳虚症状属虚寒结者,针对虚寒结的病机,可选用温脾汤以温补脾阳,攻下冷积。温脾汤最早见于晋代葛洪《肘后方》,由人参、附子、干姜、大黄四药组成,主治“脾胃中冷结实,头痛壮热,但苦下痢,或冷滞赤白如鱼脑,脾气不足,虚弱下利”。方中人参、干姜温中补虚以振奋脾阳,大黄配伍附子以泻下通便攻逐冷结。后世在此四味药的基础上加减,衍化出多首以温脾汤命名的方剂,笔者认为唐·孙思邈在《备急千金要方》卷十三中记载的温脾汤更适合“寒结旁流”证属虚寒结者,其在葛洪温脾汤基础上加当归、芒硝、甘草三味药。当归温润,养血润肠;甘草和中缓急,调和诸药;芒硝润燥软坚,与大黄相须为用,且能改变肠道渗透压,使肠内容积增大,促进肠蠕动。

临床对于干硬粪块位于直肠下部的情况,若直接使用下法,则可能会导致结肠内容物快速下送,造成堵塞上方肠腔内的压力急剧增高而加重肠道梗阻的症状。因此可在使用温下法之前灌肠治疗,或用手指抠碎粪块。曹昌霞<sup>[15]</sup>用大黄附子汤加枳实、厚朴、芒硝等煎汁灌肠治疗急性机械性肠梗阻,30分钟后随药液排出干结大便。再以该方去芒硝改为口服,服药3剂后症状消失。刘维强<sup>[16]</sup>用三物备急丸制成栓剂纳入肛门治疗寒结肠胃百余例,尽皆治愈。

“寒结旁流”的治疗目的,不仅仅是攻下寒结,还应包括建立正常胃肠道传输功能。《医宗必读》云:“积之成也,正气不足,而后邪气踞之。”此类患者多脾胃虚寒,因此峻下之剂不仅要中病即止,还要注意善后调理,温补脾胃并助其恢复胃肠功能,可据病情施以附子理中汤、香砂六君子等,所谓“补令胃厚,不致再伤,其利广矣”。

#### 4 结语

“寒结旁流”一证可暴急发病,也可为很多慢性疾病或全身性疾病的并发症,大凡导致肠道蠕动减弱、敏感性降低的因素均可致“寒结旁流”:如慢性肠炎、结肠炎、溃疡性结肠炎、肠麻痹、胆结石;以及长时间卧床行动不便的病人如脑卒中、严重营养不良、全身衰竭、腹部手术后、肛肠病术后、骨折术后;一些内分泌代谢性疾病如甲状旁腺功能亢进或甲状腺功能减退、垂体前叶功能减退、糖尿病并发神经病变等;医源性的原因如长期服用抗生素致肠

道菌群失调,滥用泻下药,长期依赖灌肠等。脾阳虚之人,尤其是老年人,元阳已衰,极易发生寒结之证。此外,现代人多喜饮冷、嗜食鱼蟹及生冷瓜果,从而导致脾阳被伤,也易造成寒结。对于“寒结旁流”之证,临证时一定要详细询问病史,依据临床表现,全面了解病情,四诊合参以准确把握病机,掌握用药时机,避免延误病情。对尚未出现“旁流”现象,而已有“寒结”之机,也应及时予以温通治疗,以截断病情。

#### 参考文献

- [1] 吴又可.温疫论[M].北京:中国医药科技出版社,2011:29.
- [2] 严世芸,陈丽云.严苍山学术经验简介[J].中医文献杂志,2008,26(6):34.
- [3] 张迎泉.热结旁流证概念探讨[J].世界中西医结合杂志,2011,6(6):464.
- [4] 王世民.夜读拾零[J].山西中医,2012,28(4):44.
- [5] 肖士焘.寒结旁流证治[J].江西中医药,1990,21(1):45.
- [6] 施小平.《伤寒论》固痼证实质探析[J].山东中医杂志,2004,23(6):328.
- [7] 张介宾.景岳全书[M].上海:第二军医大学出版社,2006:715.
- [8] 史仁杰.对中医古籍中若干肛肠病症之认识[J].江苏中医药,2009,41(3):61.
- [9] 陈修园.金匱要略浅注[M].福州:福建科学技术出版社,1988:99.
- [10] 张介宾.类经(上)[M].北京:学苑出版社,2005:468.
- [11] 吴谦.医宗金鉴(第二分册)[M].北京:人民卫生出版社,1973:84.
- [12] 金若敏,李仪奎,朱申成,等.大黄附子汤温阳通便作用的研究[J].中药药理与临床,1992,8(6):3.
- [13] 严世芸,潘华信,李国兴,等.著名老中医严苍山在内科杂病方面的临床经验[J].上海中医药杂志,1981(5):7.
- [14] 陈雅琴.邹维德运用三物备急丸的经验点滴[J].江苏中医杂志,1983(6):13.
- [15] 曹昌霞.大黄附子汤在急腹症治疗中的应用体会[J].云南中医中药杂志,2004,25(5):15.
- [16] 刘维强.三物备急丸新用[J].中医杂志,1988,29(2):66.

第一作者:于博文(1991—),女,硕士研究生,中医脾胃病学专业。

通讯作者:陶夏平,博士后,主任医师。taoxiaping@163.com

收稿日期:2015-07-02

编辑:傅如海

中医药学——中华文明的结晶,世界文化的瑰宝!