

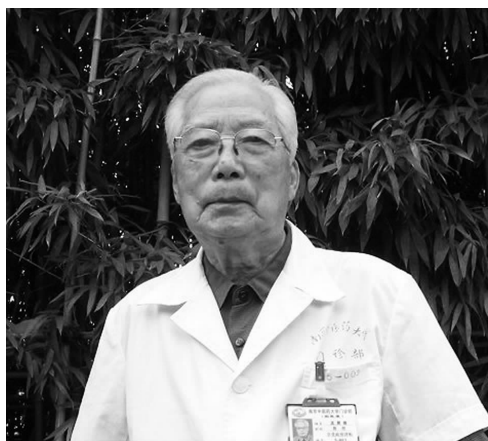
编者按：2016年2月，江苏省卫生和计划生育委员会、江苏省中医药局评选出首批10位江苏省“国医名师”，这是江苏推进老中医药专家学术经验传承工作的又一重要举措。为配合此项工作的开展，本刊今年推出江苏国医名师临床经验系列文章，由10位“国医名师”亲自撰稿，本期刊登孟景春教授的文章。

慢性泄泻临证辨治思路

孟景春 吴颢昕* 王佳* 孙龙*

(1.南京中医药大学,江苏南京 210023;

2.南京轩德堂中医诊所、南京中医药大学孟景春教授全国名老中医工作室,江苏南京 210023)



孟景春 (1922—),男,汉族,江苏张家港人,南京中医药大学教授,从事中医临床、教学、科研工作70余载,擅治内、妇科疑难杂症,尤对脾胃病有较深入的研究,临床经验丰富,效果显著。为首批硕士研究生导师(1978年),首届江苏国医名师,首届国务院政府特殊津贴专家,早年拜孟河医派丁甘仁先贤之门人汤礼门为师,为新中国中医高等教育中医《内经》学科奠基人之一。

摘要 慢性泄泻是消化科常见病症之一。本病病情迁延,症状反复,难以根治。慢性泄泻的基本病机为脾虚湿盛,亦和肝郁肾虚有关;治以健脾化湿为主,辨证施以治泻十法;泄泻多有兼邪,兼邪亦须兼顾;灵活运用治泻对药,治养结合,畅情志、适饮食,可获显著疗效。

关键词 慢性泄泻 健脾化湿 辨证施法 药对 名医经验

中图分类号 R256.34

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2017)04-0001-04

慢性泄泻是消化科常见病症之一,以反复发作的腹泻为主诉症状,可伴有黏液便、血便和不同程度的腹痛等症,且涉及多种相关疾病,较常见的如溃疡性结肠炎、慢性结肠炎、直肠炎、克罗恩病、肠功能紊乱、肠易激综合征、消化不良及肠道菌群失调等。症状时重时轻,病程较长,一般都会超过6个月,症状反复,难以根治,严重影响患者的工作和生活。中医在治疗慢性泄泻方面具有显著优势。多年来笔者进行了不断的探索,现将治疗慢性泄泻心得体会阐述

如下,期与同道分享。

1 健脾化湿为主,注重辨证施法

慢性泄泻的病因主要由于湿邪的太过及脾气之虚或脾阳不足,使脾气不升而致清气下陷,故泄泻从临床表现来看虽有多种证型,但从病邪而论无不以湿邪为患,从病位而言总与脾有关。泄泻虽不离脾,但亦与肝肾有关;治病求本,本于脾胃,健脾化湿为主;同时久及肝肾,变证多样,治顾肝肾。总结了治泻九法。

* 整理者

1.1 健脾化湿

1.1.1 脾虚生湿,健脾为主,配以化湿 脾虚生湿证常见大便濡泻,小便清,有时亦有肠鸣,不思纳谷,食后常有腹胀,面色萎黄,四肢乏力,舌边齿印,脉濡细虚,病程较长。常用参苓白术散、四君子汤、补中益气汤之类为主,配以化湿药白茯苓、生苡仁之类。若胃脘闷痛,舌苔白腻者,加白蔻仁;若纳差加麦芽、鸡内金。

1.1.2 湿胜脾虚,化湿为主,配以健脾 湿胜脾虚证常见大便溏,小便少,有时肠鸣辘辘,神疲倦怠,四肢无力,胸痞不思纳谷,苔白微腻,脉濡,病程较短者,常用胃苓汤加减。药如苍术、厚朴、陈皮、藿佩梗、赤白苓、泽泻、生苡仁、桂枝、车前草等。若湿邪过盛或夹风邪,肠鸣腹泻见泡沫者,加用防风、羌活,防风尤需用量加重至 15g 方效;若水湿内停较甚,加木瓜、车前子。

1.2 温补脾阳 脾气虚反复不愈者,易从气虚发展成脾阳虚偏寒,用温补脾阳,以理中汤为主。阳虚明显,手足不温,加附子、桂枝;腹部畏寒,加炮姜、煨木香、附子;阳虚寒邪凝滞,表现为大便夹白色黏液,而经肠检、大便常规检查无异常者,用吴茱萸、肉豆蔻以温阳,藿香、苍术、佩兰以化湿,寒祛、湿化则黏液除矣;虚寒甚腹痛剧者,加附子、小茴香、川椒。

1.3 益气升阳 脾气虚明显,中气不振,清阳下陷,肛门坠胀甚或脱出,中气不足,言语无力者,舌淡苔白、脉细弱,以补中益气汤或四君子汤,配以化湿药。气滞腹腹痞胀,去白术,加枳壳、木香、砂仁;久泻不愈加莲子肉、诃子、肉豆蔻。

1.4 调理脾阴 “脾阴足而诸邪息”,脾阴在机体防御功能方面很重要,而久泻伤脾胃之阴,表现为大便溏泻,泻势不重,不思饮食,腹中不舒,便意甚急而量不多,口干唇燥,或形体消瘦,小便赤热,五心烦热,夜寐多梦,舌瘦红而干,苔少或无苔,脉细数。治以补脾阴,药如白扁豆、石斛、白芍、莲肉、太子参、生麦芽、乌梅、木瓜、麦冬、甘草等;肝气相乘太过,加玫瑰花、佛手;纳差加山楂、鸡内金;阴血亏虚,可用黄连阿胶汤。

1.5 扶土抑木 泻久使脾气日衰,脾虚则木乘,则形成土虚木贼的肝脾同病之泄泻,即叶天士谓“盖阳明胃土已虚,厥阴肝风振动内起”^[4],常见腹胀肠鸣,腹痛则泻,舌苔薄白,脉右部轻按弦,重按濡缓。常用痛泻要方加味。常用药如白术、白芍药、防风、陈皮、乌梅、炙甘草、怀山药、白茯苓、煨木香等。重用白芍 30~40g。若情志不畅,加玫瑰花、香附、佛手;脾虚食少神疲,加党参、白扁豆、炒谷芽;胁胀痛,加柴胡、枳壳。

1.6 疏肝解郁 肝郁犯脾而致泻者,治当以疏肝敛肝为主,症见腹中胀满,腹痛便泄,或粪如羊屎,或完

谷不化,或有寒热,名曰肝泄。治以乌梅丸加减,常用药如乌梅、淡吴萸、黄连、川椒、川楝子、生木瓜、白芍药、炙甘草、生麦芽等。肝郁明显,加香附、郁金、绿萼梅、佛手等;夜寐差加合欢花、夜交藤;情志不达,加甘麦大枣汤之意,甘药以缓肝之苦;腹痛明显,加延胡索、青皮;肝郁化热而口苦,加黄芩、菊花。

1.7 补火生土 泻久脾阳虚而致肾阳虚者,亦有肾阳先虚而后导致脾阳虚者,在临床上表现基本相似,故诊治时,当先辨其先后主次,权衡补脾补肾药物的主次轻重。常见症为黎明前泄泻,亦有食下即泻,不思饮食,食不消化,或腹痛,或腰酸肢冷,畏寒神疲力乏,舌淡苔白而润,脉沉迟而无力,病程较长。治以补火生土,或温补脾肾,如四神丸、附子理中丸。常用药如补骨脂、五味子、肉豆蔻、吴茱萸、党参、白术、炙甘草、熟附子、干姜、煨姜、红枣等。在本法温肾的同时,加用细辛、吴茱萸有宣发鼓舞之功,如燃火时加鼓风之理相似,使温肾之功敷布于下焦。少腹冷痛,加小茴香;大便黏腻不爽、里急后重,加槟榔、厚朴。

1.8 收敛固涩 泻久导致脾肾气虚者,常见症为泄泻滑泄不禁,腹不痛,大便无腥臭,无黏冻,而有腹胀满、喜按、神疲四肢乏力,或有腰酸、言语气短等。收敛固涩如赤石脂、禹余粮、椿根皮、罂粟壳等。本法更需配合脾虚、肾虚而分别调补,方能协同,如脾虚显著者,宜用补中益气汤为主,肾虚显著者,以四神丸为主。但注意肠道有湿邪滞留者禁用,需先祛邪,以防闭门留寇。

1.9 活血化瘀 病久不愈,常可由气分转入血分,如肝郁气滞日久入络,或脾虚气滞行血无力,或脾肾阳虚日久阳虚寒凝气滞,均可导致气滞血瘀,瘀阻中焦清阳不升,瘀阻肠络,水谷不分,下注大肠,发为瘀血泄泻。瘀血泄泻之腹痛,痛如针刺,固定不移,腹中可触及结块。舌体可见瘀点或瘀斑,舌质多暗,舌底可见脉络瘀滞,脉沉涩或弦涩。治以柴胡疏肝散合桃红四物汤、少腹逐瘀汤、膈下逐瘀汤等。药如:赤芍、丹参、川芎、五灵脂、乳香、没药、三七、桃仁等。活血药具有消炎抑菌,改善微循环作用。腹胀加木香、乌药、枳壳、大腹皮;腹痛甚加金铃子散;气虚明显者,酌加太子参、黄芪扶正;寒凝血瘀腹痛,加花椒壳。

总之,按照以上方法,根据患者具体情况,阶段性地配合使用,在常法基础上适当加减。如患者中焦虚寒腹痛明显,常加芍药甘草汤,白芍用量为桂枝 3 倍;出血加赤石脂、仙鹤草止血止泻,白及护膜;肛门坠胀,少佐木香、槟榔;过敏性病症常加防风、蝉蜕、蚕沙祛风,以及炙乌梅、五味子,此参照已故名中医祝谌予的过敏煎;湿热内蕴加白头翁、败

酱草;湿热内蕴,遇情志刺激、饮食不洁时反复发作,可加白花蛇舌草解毒。

同时需注意的是,久泻固然多为虚证,但在病程中虚中夹实、寒热错杂常常出现,故临床上当辨证清晰,标本兼治,不宜纯补,需掌握攻补时机。久泻以恢复脾胃功能为要旨,尤其应先注重胃气,胃气的存亡是关键所在。

2 泄泻多有兼邪,兼邪治须兼顾

泄泻之所以有多种证型,除内脏传变外,更因有兼邪的不同。正如《类证治裁》中所云:一曰飧泄,完谷不化,脉弦肠鸣,湿兼风也;二曰溏泄,肠垢污积,脉数溺赤,湿兼热也;三曰鹜泄,大便澄清如鸭屎,脉迟尿白,湿兼寒也;四曰濡泄,身重肠鸣,所下多水,脉缓,腹不痛,湿自甚也;五曰滑泄,洞下不禁,脉微气脱,湿兼虚也^[2]。因此治疗时须兼顾。

2.1 兼食滞 症见腹痛阵作,痛时拒按,泻后痛减,纳食不嗜,食后胀痛,时有噎腐,或口臭吐酸,舌苔厚,根部尤甚。治用消导和脾,以保和丸加减。若有嗜酒史,或因酗酒引起泄泻者,宜用葛花解醒汤加减。常用药如神曲、山楂、谷芽、麦芽、陈皮、白茯苓、苍术、葛花、枳椇子等。

2.2 兼风邪 症见肠鸣便溏,或完谷不化,洞泄有声,便中多泡沫,脉见弦象者。治宜升阳除湿,常用升阳除湿汤。常用药如柴胡、升麻、羌活、防风、苍术、神曲、陈皮、炙甘草、泽泻、猪苓等。

2.3 兼痰浊 症见便溏挟黏稠物,解时不畅,腹痛绵绵,头晕呕恶,苔白腻,或黄腻,脉滑实。属湿痰者,治以苍白二陈汤加减;属痰热者,用温胆汤加味,甚者可用礞石滚痰丸;若痰浊壅积严重者,可用巴豆霜峻泻,痰去而泻自止。李时珍、李士材俱有治验例,此于泄泻久治不愈者,可资参考。但巴豆霜为有毒峻泻之品,使用时不能孟浪,必须有痰的症状或体征,这一点顾松园在《医镜》曾明确指出:“肥人泄泻责之痰,脉滑不调责之痰,不食不饥责之痰,昔肥今瘦责之痰”,颇可借鉴。

2.4 兼虫积 此症以儿童较为多见。症见腹痛猝作止,大便腥臭,面黄唇红,或嗜异物,或常自吐清痰。治以驱虫为主,健脾为辅。用化虫丸加减。重用药物如使君子、槟榔、鹤虱、榧子、苦楝根、白术、白芍药、苡仁、白茯苓等。

以上所述各种证型和兼邪所致的泄泻,在临床实际中常有交错互见,甚或两种以上证型同见者,故必须细加分析,方能丝丝入扣。此外,还有泄泻必须审因论治者,如误服巴豆而泻,须用茱萸、陈皮、生姜、砂糖等探吐胶痰。

3 合理使用药对,提高临床疗效

治泻方药的运用,要灵活机动,随证加减,但其

中有些药必须配合,也有的必须严格区别,宜加斟酌,才能提高疗效。

3.1 党参、黄芪 党参、黄芪二药同为甘温补气、补益脾胃之品,但补益作用略有不同,故二药每可配合应用,但应区别。党参补益脾胃之气,黄芪则更有升阳或升提中气的作用。故对脾胃虚弱而兼气虚下陷、清阳不升者,二药常需同用,更要配合升、柴。若仅脾气虚者,单用党参即可;气虚较甚者,初时用量不宜过重,因脾胃气虚,用重量后可致气壅不运,反生满闷,即所谓“虚不受补”,故宜先用轻量,俟其气渐复后,便可逐渐加重,诚如张景岳说:“用补之法,贵乎先轻后重。”

3.2 山药、白扁豆 山药、白扁豆二药俱味甘,亦曰性平,都有和中健脾利尿作用。此二药和其他健脾药有不同之处,既健脾而无燥湿伤阴之弊,且有养阴作用。张锡纯云:“山药之性能滋阴又能利湿,能滑润又能收涩。”以之治慢性泄泻有一味薯蓣粥,对气虚而兼阴虚之泄泻,或泄泻而上焦有虚热者,用之最宜。生扁豆兼有养胃阴作用,叶天士养胃汤、吴鞠通沙参麦冬汤均用之。若单用山药,用量宜重,每次可用20~30g,久服自可见效。

3.3 苍术、白术 二术为治疗泄泻常用药,苍术味苦辛、性温,为祛湿要药,其能健脾,实为祛湿,湿去则脾健,故凡湿困脾虚的泄泻宜用苍术。白术味甘,微苦微香,功能健脾补气,化湿利尿。而其主要功效在健脾气,脾健则自能化湿。故二药之健脾化湿,实有主次的区别。曹仁伯说:“湿甚而无汗者苍术,湿轻而中虚者用白术,其变换在舌苔之浊与不浊。”确为经验之谈,一语中的。

3.4 干姜、炮姜 干姜与炮姜味辛、性大温。其作用的不同处在于干姜辛味大于炮姜,而温性不如;炮姜辛味不如干姜,而温性过之,且为炭后,兼有止血作用,温里止痛胜于干姜。故曹仁伯说:“中宫之阳气不舒,用姜取其散;少腹之阳气下陷,用炮姜者,取其守,其变换在大便之溏与不溏。”

3.5 茯苓、泽泻、生苡仁 三药均为利水渗湿药,故为治泄泻的常用药,且都味甘,具有健脾补中作用,能渗湿利尿而无伤阴之弊,故为临床家治慢性泄泻所常用,并常与白术配伍。若不用白茯苓,可代以车前子。之所以喜用此药者,正如李士材在论泄泻谈渗法中所说:“使湿从小便而去,如农人治涝,导其下流,处卑隘,不忧巨浸,治湿不利小便,非其治也。”故治慢性泄泻,不论何种病因,在针对病情的处方中,皆可配此一二味,可加强疗效。

3.6 羌活、防风 羌活味苦辛、性温;防风味辛甘,性微温。以药物分类言,俱属辛温解表药,为泄泻由外感引起,或兼风邪所必用。从传统的认识,风药多

燥,燥可胜湿,故曰风可胜湿,取其燥湿升清,“鼓舞胃气上腾,则泄泻自止”。其意与喻氏治痢用逆流挽舟法相类。喻嘉言曰:“风从外入,仍宜领风从肌表而出。”亦探本求源之治。用羌、防之指征,有肠鸣、便中多挟泡沫,或有完谷不化。用量宜轻,以上焦如羽,非轻不举。

3.7 乌梅、木瓜、白芍 乌梅、木瓜皆味酸性湿,白芍味酸苦、性微寒。俱入肝经,有疏肝缓肝,并有涩肠作用。凡证属肝泄者,必须用之;若兼见阴虚者,酌加炙甘草,取酸甘化阴,更加强柔肝止痛功效。

4 治养结合,相得益彰

凡脾虚久泻不止,食疗均可作为辅助疗法,如有补益脾气兼有渗湿作用的饮食可以常服。《医学衷中参西录》中治泄泻方有薯蓣粥、薯蓣鸡子黄粥、薯蓣汤,并十分强调必须煮粥方能取得良效,因煮粥后,取粥之稠黏性,留恋于肠胃之间,可加强疗效,还有饼剂如益脾饼(白术、干姜、鸡内金、枣肉)治脾胃寒湿,完谷不化。现代亦有补脾滋肺固肾的芡实山药粥,宁心固摄的莲子芡实粥,补中益气的红枣山药粥,滋脾阴的扁豆粥,养阴的鸡子黄汤等等,均须根据辨证论治合理使用。平时饮食忌生冷、肥甘、辛辣、牛奶及乳制品,因为这些均可损伤脾胃功能,导致运化失常,湿热或寒湿内生而发病。宜进食少渣、易消化的清淡饮食,以维护胃气。鼓励患者要有战胜疾病的信心,解除焦虑,增加治疗依从性。正常工作,积极锻炼,增强体质,预防疾病复发。

5 典型案例

薛某,男,20岁,学生。2009年11月10日初诊。

患者大便痛泄,每天少则2~3次,多则5~6次,或有完谷不化,且有纳谷不馨,如是已达四年之久。平时易疲劳,面黄少华,四肢清冷,舌质淡苔薄白,脉沉细。久泻脾肾阳虚,运化固涩失司,形成火不生土之证,治宜补火生土、温运助化。处方:

焦白术 10g,炮姜 6g,云茯苓 15g,焦神曲 12g,补骨脂 10g,益智仁 10g,炒防风 10g,炒白芍 12g,淡吴茱萸 3g,北细辛 5g,红枣 6枚。7剂。

并嘱忌食生冷、肥腻及粗纤维蔬菜、牛乳及河鱼、鸭肉等性寒食物。

二诊(12月1日):药后便成形,腹不痛,日行1次。但停药不多时又复泻,纳谷乏味,知饥而不欲纳。治拟和胃健脾。处方:怀山药 12g、白扁豆 12g、太子参 12g、大麦冬 10g、法夏 6g 焦白术 10g、鸡内金 6g、玫瑰花 6g、橘络 6g、白茯苓 12g、炒谷芽 20g、炒麦芽 20g、红枣 6枚。14剂。

三诊(12月20日):知饥能食,泄泻依旧。肝脾不和,肾阳偏虚,治拟健脾抑肝,温肾助运。处方:焦白术 15g、炮姜 10g、炒防风 10g、炙乌梅 10g、怀山药 15g、白扁豆 10g、补骨脂 12g、淡吴茱萸 3g、北细辛 5g、煨葛根 20g、炒谷芽 20g、红枣 6枚。7剂。嘱胃气初复,虽能食,但仍少食多餐以维护胃气。

四诊(12月27日):胃纳大增,大便成形,1~2日一行,腹痛已止,小便增多。再以前方加炙甘草 6g、焦薏苡仁 20g,14剂固效。脾胃运化功能已复,再以丸剂朝服六君子丸,晚服附子理中丸,以资巩固。平时仍宜慎饮食、适寒温以杜复发。

按:本例患者腹痛泄泻4年余,在此期间诊治未断,遍服中西药以及灌肠治疗,均未见效。细询其日常饮食情况,乃知其不愈之因,一则是用药未能切中病机;再则即饮食不知宜忌,自以为长期泄泻,宜多增加营养,故日进牛乳、鸡汤以及其他鱼肉类,殊不知久泻后,脾胃之气受损,运化功能失司。高营养食物,很难消化吸收,往往起负面影响,真是得不偿失。所以在治疗中首先告知饮食宜忌。在治疗上重在肝脾(胃)肾着眼。因久泻之人必然由脾及肾,形成火不生土之证,如久泻脾虚,肝木顺乘从而形成痛泄,故在治疗上以理中、四神合痛泻加减为一方。其中最关键处是理中汤去甘草,由于泻久肾阳虚为主要方面,而甘草甘温重在缓急和中,现已及肾,应以温肾为主,若用甘草则使温肾之功不及下焦而留中,故去之。温肾虽有补骨脂、益智仁,但此二药无宣发鼓舞之功,故加细辛、吴茱萸,与燃火时加鼓风之理相似,使其温肾之力敷布于下焦。7剂后即能起到止泻止痛之效。

6 结语

慢性泄泻属中医“泄泻”“下痢”范畴。《景岳全书·泄泻》云:“泄泻之本,无不由于脾胃。”在治疗慢性泄泻的过程中以健脾化湿为纲,同时注重辨证论治,灵活使用治泻对药。疑难者综合治疗,知常达变,治顾兼邪。临床治疗时体现个体化治疗,注重饮食调理,畅情志,治养结合,相得益彰,临床效果甚佳,充分彰显了中医学的理论精髓,发挥了中医学的治疗优势。

参考文献

- [1] 叶天士.临证指南医案[M].北京:人民卫生出版社,2006:304.
- [2] 林珮琴.类证治裁[M].北京:人民卫生出版社,2005:265.

整理者:吴颢昕(1965—),男,医学博士,南京中医药大学教授,中医基础理论与内经教研室副主任,长期从事《内经选读》的教学及科研、临床工作。
wuhaoxin@sohu.com

收稿日期:2017-03-15

编辑:吕慰秋