

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2026.10.004

吴荣祖运用扶阳通秘汤治疗便秘型肠易激综合征经验

杨翼豪, 朱俊燃[✉], 吴文笛, 姜莉云, 董月秋, 蔡悦青, 周瑞彬, 许云姣 指导: 吴荣祖

昆明市中医医院, 云南省昆明市盘龙区东风东路25号, 650000

[摘要] 总结吴荣祖教授运用扶阳通秘汤治疗便秘型肠易激综合征的临证经验。认为阳气亏虚、水寒土湿木郁是便秘型肠易激综合征的关键病机, 提出治疗以温水燥土达木为原则, 并拟定扶阳通秘汤为基本方随症加减, 健运中焦气机, 以助恢复肠腑通降功能, 为阳虚所致的便秘型肠易激综合征的治疗提供思路。

[关键词] 肠易激综合征; 便秘; 阳虚; 扶阳通秘汤; 名医经验; 吴荣祖

吴荣祖 (1945—), 昆明市中医医院主任医师、教授、博士研究生导师, 全国名中医, 第五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。扶阳学术流派代表人物吴佩衡先生之嫡孙, 云南吴氏扶阳学术流派第三代传人、第二代学术继承人。从事中医临床工作近六十载, 重视运用经典指导临证, 尤其擅长内科疑难杂病的诊治; 倡导扶阳理论, 创立独具特色的“三经四纬五方论治体系”, 并提倡“天人合一”治疗理念, 构建“温水燥土达木”的遣方用药模式。

肠易激综合征 (irritable bowel syndrome, IBS) 是慢性消化系统功能紊乱性疾病, 其中便秘型 IBS (IBS-C) 占 IBS 患者总数的 1/3 以上, 以腹痛或腹部不适、排便周期延长、大便干结为典型临床表现^[1]。IBS-C 现代医学治疗方法单一, 以解痉药、不易被肠道吸收的抗生素、渗透性泻药、促分泌药、益生菌等为主^[2], 但存在疗效欠佳、不良反应频发以及疾病易复发等问题^[3-4]。中医多从肝郁、脾虚、阴虚、肠燥等角度论治, 在远期疗效、安全性等方面较单纯西医对症治疗具有一定的优势^[5-6]。吴荣祖教授倡导扶阳理论, 认为水寒土湿木郁是阳虚证病机变化的过程和特点^[7]。IBS-C 与阳虚有关, 人体阳气不足导致水寒土湿木郁, 进而中焦升降失调, 肠腑失于温煦且传导失司, 则发为 IBS-C。临

证治疗以温水燥土达木为原则, 自拟扶阳通秘汤为基本方随症加减, 以促进肠腑通降, 现将其经验总结如下。

1 阳气亏虚、水寒土湿木郁为 IBS-C 关键病机

吴老师认为, 若 IBS-C 患者存在阳虚表现, 且病程较长, 其病因多为误用下法, 或久病伤阳, 或情志失调, 或过食生冷, 导致了人体阳气亏虚, 继而出现水寒土湿木郁、肠腑传导失司的病理状态, 便秘乃发。IBS-C 病位虽在大肠, 亦与肝、脾、肾三脏关系密切。阳气之旺盛有赖于先后天之本的充养, 若阳气亏虚, 阴寒内盛, 耗损命门真阳, 则肾水失于真阳温化, 便出现“水寒”局面, 使肾阳愈加虚衰, 肾司二便失职, 加之寒性收引凝滞, 肠腑无力推动糟粕下行, 故大便坚而不出。阳虚水寒亦使肠腑失于温煦滋养, 致使便时无力, 则排便困难且时间延长。命门真阳不足致水寒, 影响后天脾胃阳气亦随之不足, 中阳虚弱, 脾虚生湿, 胃土受湿邪困扰而无法正常运行, 最终导致脾不升、胃不降的病理局面。《素问·五运行大论篇》云: “气有余, 则制己所胜而侮所不胜; 其不及, 则己所不胜侮而乘之, 己所胜轻而侮之。”水本被土所克制, 但肾水过寒, 反而侮土, 故脾胃中土为寒水所侮而为“土湿”, 湿性黏滞, 困阻脾胃, 致清阳不升、浊气不降, 中焦气机枢纽失职, 使肠腑不能正常通降, 则成便秘。《四圣心源》云: “冬水闭藏, 一得春风鼓动, 阳从地起, 生意乃萌。然土气不升, 固赖木气以升之, 而木气不达, 实赖土气以达焉。盖

基金项目: 国家自然科学基金(82260919); 国家中医药管理局全国名中医传承工作室建设项目; 云南省卫生健康委员会姜莉云省级名老中医药专家传承工作室建设项目; 云南省科学技术厅-中医联合专项青年项目(202401AZ070001-126); 昆明市卫生科技人才培养项目-医学科技学科后备人才培养计划(2023-SW 后备-83)

✉ 通讯作者: 1791572813@qq.com

厥阴肝木，生于肾水而长于脾土，水土温和，则肝木发荣，木静而风恬，水寒土湿，不能生长木气，则木郁而风生。”肝木之气的条达源于肾水、脾土之滋养。若肾水不能得以温化，脾土过于湿润，水寒土湿，无法温煦肝木，则肝气易郁而见“木郁”之证。木郁则疏泄失司，影响全身气机运行，亦加重脾胃气机枢纽失调，影响肠腑通降功能，出现腹胀、大便排出不畅、排便不尽感等。综上，阳气亏虚、水寒土湿木郁是 IBS-C 的关键病机，患者常伴随身重恶寒、目瞑嗜卧、声低息短、少气懒言、四肢不温、面色㿔白、腹中冷痛、舌淡嫩、苔白腻、脉沉而迟缓等阳虚表现。

2 温水燥土达木法为 IBS-C 关键治法

根据 IBS-C 的关键病机，吴老师提出温水燥土达木法，并自拟扶阳通秘汤作为治疗基本方。命门真阳是人体阳气之根本，真阳充足则可蒸腾化生阳气以输布全身脏腑，使其发挥正常生理功能。因此，温水是温扶命门真阳，乃治疗水寒土湿木郁病机的关键。命门真阳充足，后天脾土受先天阳气滋养，土温便能正常发挥升清降浊之生理功能，中气亦能正常运行，肠腑通降和调，大便自通。水寒土湿则木郁，故温水燥土有助于肝木气机条达，从而气血流通畅达，大肠之气亦能通降，糟粕得以排出。

2.1 扶阳通秘汤组方特色

药物组成：附子 6~15 g（先煎 4 h），干姜 10~30 g，炙甘草 10 g，吴茱萸 6~10 g，姜半夏 10~20 g，陈皮 10 g，肉桂 20 g（后下），木香 6~9 g，炒小茴香 10 g，丁香 6~10 g，炒谷芽 15 g，炒麦芽 15 g，苦杏仁 10 g，厚朴 10 g。该方由四逆汤化裁而成，全方配伍特点有五：1) 干姜、附子相须为用，共同温扶先天肾阳。《吴佩衡医案·医药简述》载：“四逆汤与通脉四逆汤，均为姜附草三味药物，亦是先后天脾胃兼顾之方，能治几百种寒湿或虚寒大病，因病加減，应用无穷，不但奇效，且有起死回生、却病延年之功。”^[8] 附子温煦肾水、回阳生津、固护肾气，针对病情顽固、阳虚程度重者，症见长期依赖泻剂、双尺脉沉细欲绝、畏寒肢冷明显，可用 15~30 g；若患者体质偏弱或初次接受扶阳治疗，宜从 6~15 g 起始逐步加量。吴老师临床使用附子较多，常剂量较大，故尤为注重煎药方法。附子需用开水先煎煮 4 h，以口尝附子 15 min 后不麻舌为度，后放余药再加入开水煎煮 20~30 min，餐后 1 h 温服。干姜温中散寒，若见舌苔白腻、腹中冷痛喜温

喜按者，常用 30 g；若见口干、舌红等化热倾向者，则减至 10 g 以下。炙甘草补脾运土，加之干姜、附子温肾以壮后天脾阳，脾阳旺则能燥土，使脾胃运化功能恢复。2) 吴茱萸气味辛辣而性温，味兼苦涩且具干燥之性，归肝经，具有温养肝脏、调顺气机之功。其与干姜并用，助附子温补肾水之寒，进而激发肾水中阳气，实现上下气机的顺畅交通，达到引阳气归于本位之目的。但吴茱萸过量恐有伤阴耗气之弊，故用量不宜过大，一般以 6~10 g 为宜。3) 姜半夏、陈皮燥湿运脾，和胃降逆，散中土之寒，调脾胃气机。肉桂引火归元，以防干姜、附子过燥之性，若在畏寒肢冷、神疲乏力等阳虚症状基础上又见口腔溃疡、咽喉肿痛甚至面红如妆等浮阳上越之征，可用肉桂 20~30 g 增强引火归元之力。4) 温阳剂中加入行气、健脾之品标本同治，木香、炒小茴香、丁香调畅气机以助肠腑恢复传导功能，用量宜轻，过用则恐辛散耗伤正气。炒谷芽、炒麦芽健运脾胃以助消化，临床应用时药量可适当增加为 15~30 g，加强中焦运化功能，助气机畅达。5) 苦杏仁具有降气润肠之功，厚朴可疏通气机、消积除满、降逆止呕。吴老师治疗便秘常用苦杏仁-厚朴药对，认为便秘病因属肠腑功能失调，肺与大肠相表里，苦杏仁肃降肺气、使辛金之气下行，厚朴则可行大肠之气、疏导庚金之气，二者共同发挥敛降阳明燥金的作用，从而通畅肠腑。

2.2 随症加減

若大便多日不解，肠腑内糟粕蓄积可加重气机升降失调，使大便愈加难出，可加大黄 10~15 g 短期攻下导滞，通腑泄浊，但连续用药不宜超过 2 周；脾虚不运而见纳差者，可加麸炒白术、鸡内金各 15 g 健脾和胃；胃脘胀满、嗳气频作者，可加炒花椒 10 g 暖肝行气；肠鸣辘辘、排便不畅者，可加槟榔 10 g 宽肠行气；年老久病、排便乏力、气短倦怠者，可加黄芪 30~50 g 补中益气；大便如羊粪球、干燥难解者，可加肉苁蓉 20 g、火麻仁 20 g 润肠通便；若患者在阳虚基础上伴有口舌生疮、口苦、口臭、咽痛、咽干等虚热之象，可加砂仁 10 g、焦黄柏 6~10 g、骨碎补 15~30 g 秘敛相火、引火归元。

3 验案举隅

患者，女，39 岁，2020 年 6 月 22 日初诊。主诉：反复便秘 10 余年。患者 10 余年来长期便秘，大便干硬难下、四五日一行，需服用清热解毒通便药方能排出。曾行结肠镜检查未见异常，诊断为

IBS-C, 予盐酸伊托必利、乳果糖等西药口服后疗效不明显。刻下症见: 大便干硬难下、四五日一行, 每遇情绪波动后排便时间明显延长, 伴下腹部闷胀不适且多于进食或饮水后加重, 反酸, 常感神疲乏力, 畏寒肢冷, 口淡乏味, 口渴喜温饮, 咽喉异物感明显, 平素急躁易怒, 进食辛辣刺激性食物后易诱发口腔溃疡; 舌淡嫩、胖大, 苔白腻, 脉沉弦细、双寸脉浮旺、双尺脉细弱无力。西医诊断: 便秘型肠易激综合征; 中医诊断: 便秘(水寒土湿木郁证)。治法: 温水燥土达木, 方予扶阳通秘汤。处方: 黑顺片 60 g (开水先煎 4 h), 干姜 20 g, 炙甘草 10 g, 吴茱萸 10 g, 姜半夏 20 g, 陈皮 10 g, 肉桂 20 g, 木香 9 g, 炒小茴香 10 g, 丁香 10 g, 炒谷芽 15 g, 炒麦芽 15 g, 苦杏仁 10 g, 厚朴 10 g。5 剂, 每日 1 剂, 早、中、晚餐后 1 h 各温服 200 ml。嘱停用其他药物治疗, 并嘱患者严禁食用酸冷之品、水果、酒类, 注意保暖、避风寒, 避免接触凉水。

2020 年 6 月 29 日二诊: 患者便秘较前稍有好转, 2~4 日一行, 每次便前均有便意, 质稍软, 时有肠鸣, 下腹部闷胀不适、反酸较前减轻, 口淡乏味、咽喉异物感、急躁易怒有所缓解, 仍有神疲乏力、畏寒肢冷、口渴喜温饮; 舌脉同前。守初诊方继服 14 剂, 煎服法及医嘱同前。

2020 年 7 月 13 日三诊: 患者大便一二日一行、便质不干、排出不困难, 下腹部闷胀不适、反酸较前明显好转, 神疲乏力、畏寒肢冷、口淡乏味、口渴喜温饮、咽喉异物感等其余症状亦改善, 新增口腔溃疡; 舌淡、苔稍白腻, 脉同前。予初诊方去木香、炒小茴香, 加砂仁 10 g、焦黄柏 10 g、骨碎补 30 g, 14 剂, 煎服法及医嘱同前。

2020 年 7 月 27 日四诊: 患者大便一二日一行、条状质软、无排便不适感, 已无下腹部闷胀不适、反酸及咽喉异物感, 情绪平稳, 口腔溃疡好转, 余症亦明显改善; 舌淡、苔薄白, 脉沉。嘱患者停服中药汤剂, 改予中成药桂附理中丸, 每日早餐后半小时温水送服 1 丸, 巩固治疗 2 周后停药。

2020 年 9 月电话随访, 患者诉便秘未见复发。

按语: 本案患者反复便秘 10 余年, 素有阳气亏虚, 加之长期服用清热解毒通便药, 加重阳气耗损, 肾阳虚衰则表现为畏寒肢冷、神疲乏力、舌淡嫩且胖大、脉沉细无力, 此乃命门真阳亏虚, 水寒之象显著。脾阳虚则中焦土湿, 影响脾胃运化功

能, 故见口淡乏味、口渴喜温饮、反酸、苔白腻。患者平素急躁易怒、每遇情绪波动后排便时间延长及咽喉异物感, 为木郁之象; 同时下腹部位于脐下至耻骨毛际以上, 属于足厥阴肝经循行范围, 故下腹部闷胀不适亦与木郁密切相关。患者中焦虚弱, 进食或饮水后会加重脾胃运化负担, 使水饮停留胃中形成水湿, 水湿积聚又进一步加重肝木郁滞, 因此进食或饮水后下腹部闷胀不适尤其明显。综上, 辨证为水寒土湿木郁, 导致肠腑通降不利, 传导失司而发生便秘。治宜温水燥土达木, 方用扶阳通秘汤, 方中附子、干姜温壮肾水, 扶助阳气, 考虑患者病程长且阳虚之象显著, 故附子大剂量用至 60 g; 吴茱萸温养肝脏、调顺气机, 又助附子、干姜增强温补肾水之功; 肉桂引火归元, 以防干姜、附子过燥之性; 炙甘草补脾运土, 姜半夏、陈皮燥湿运脾, 炒谷芽、炒麦芽健运脾胃, 助土湿得除; 木香、炒小茴香、丁香、苦杏仁、厚朴调畅气机, 助肠腑通降如常。二诊时患者便秘稍有好转, 下腹部闷胀不适、反酸、口淡乏味、咽喉异物感、急躁易怒等有所好转, 总体治疗效果满意, 但神疲乏力、畏寒肢冷、口渴喜温饮等水寒土湿之征仍存, 故效不更方, 巩固治疗。三诊时患者便秘明显好转, 余症亦改善, 提示中土回暖, 湿邪已祛, 肝木条达, 故去初诊方中木香、炒小茴香。阳虚日久, 阴寒内盛, 相火失于封藏浮越于上, 故见口腔溃疡, 予初诊方加砂仁、焦黄柏、骨碎补秘敛相火、引火归元。四诊时患者大便基本正常, 诸症好转, 但考虑病程较长, 阴寒之气较重, 为防止停药后便秘复发, 故予中成药桂附理中丸补肾助阳、温中健脾, 以巩固疗效。本案患者病机以水寒土湿木郁为要, 治以扶阳通秘汤温水燥土达木, 健运中焦气机, 恢复肠腑通降功能, 促进 IBS-C 向愈。

参考文献

- [1] DOUGLAS A, DROSSMAN. 罗马 IV: 功能性胃肠病中文翻译版[M]. 方秀才, 译. 北京: 科学出版社, 2016: 1132.
- [2] 中华医学会消化病学分会胃肠功能性疾病协作组, 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组. 2020 年中国肠易激综合征专家共识意见[J]. 中华消化杂志, 2020, 40(12): 803-818.
- [3] LACY B E, PIMENTEL M, BRENNER D M, et al. ACG clinical guideline: management of irritable bowel syndrome [J]. Am J Gastroenterol, 2021, 116(1): 17-44.

(下转第 1056 页)