

论 坛

治疗泻痢如何运用通法和涩法

北京中医学院第一附属医院 江 杨 清

前人治泻痢，详备十法。大凡淡渗、升提、清凉、疏利、甘缓、酸收、燥脾、平肝、温肾、固涩，几乎尽括无遗。虽通下未专列一法，固涩列十法之末，但如果通涩用之得法，往往是提高疗效，解决某些棘手难治性泻痢的关键措施。喻嘉言曾概括说：新感而实者，可以通因通用；久病而虚者，可以塞因塞用。叶桂也说：治痢大法不过通塞二义。均道出其中精奥。以下拟结合个人临床心得，就泻痢中如何运用通用法问题略述浅见以就正于同道。

一、通下法的运用

前贤云：“后重则宜下，腹痛则宜和”、“里急后重，须加大黄”。可见通下法多用于里急后重为主症的痢而少用于泻。盖“泻随利减”，通过泻滞通腑，缓解肛肠急迫，使脓血阻滞随便祛除，从而恢复肠胃正常通降功能。

(一)辨里急后重及方药运用：所谓里急，是指腹痛欲便，迫不及待；所谓后重，是指肛门胀急，排便不畅。里急后重乃痢所必备和特有，是中医所称痢的三大主症之中的主症，也是通下法的主要着眼点。临床必须根据里急后重的性质和特点，结合腹痛、脓血便及其他兼症，辨明寒热虚实，才能正确运用通下。

1. 湿热痢：其里急后重系由湿热下迫大肠，气血壅滞，传导失司所致。本证除里急后重外，还须具备下痢赤白或粘液、腹中切痛窘迫、痛甚欲便而至圉难出以及便后痛减等症。在治疗方面，于清肠化湿、调气和血的同时，加大黄（生用后下）6~10克，并枳壳、槟榔、厚朴等。使“调气则后重自除”；体壮而便仍不畅者，再加芒硝10克分冲，常可使急迫后重缓解，对体实初病者，用之甚效。二三剂后滞迫一解除，即可减少通下药。若因便次频不敢用生军，而只增枳、朴、槟榔，则反增滞胀，因行气破滞药少用则效，多用耗气伤阴，逼气于下。此法较抗菌素治痢为优，尤其对抗菌药乏效者，更显其疗效。前人治痢有忌下之说，使便加不配用通荡，不仅延长病程，影响疗效，

且因积蕴未除，转为慢性菌痢或结肠炎，或暴痢延成休息痢者殊不少见。倘初起即荡其湿热邪毒积滞，这类后遗疾患将会减少。若湿热邪毒滞迫肠腑较甚，或热毒、疫毒内闭，病势重笃者，可在输液等措施支持下，以大承气汤合白头翁汤急下逐闭，重剂竭其邪毒。临床尚有不典型之湿热痢，便时滞涩不畅，大便夹粘液或伴腹中阵痛，或仅见便色深黄秽臭、腹中隐痛，可用芍药汤、香连化滞丸清化湿热，微佐通导。

2. 食积痢：必须具备伤食史，有腹痛即泻，泻后即减，少顷复痛，泻下臭秽如败卵的表现。不典型的可为痛一阵，泻一阵，泻下异臭，泻后自觉痛快；或伤食后大便，矢气酸臭。轻者可用保和丸、枳术丸、枳实导滞丸、香连化滞丸、梔连平胃散，化滞消导；重者用木香槟榔丸或大、小承气汤攻下积滞。

3. 寒湿痢：由寒湿客于肠胃，凝滞气血，肠腑传导失司所致。本证虽有里急后重，但多较轻。里急表现为腹中脐周拘急而少阵痛，痢下白多赤少或纯白粘冻，或见身困、脱痞、表寒等症。可在平胃散、胃苓汤中加全瓜蒌、薤白，化湿导滞，宣通里气；重者用制军配附子，温通行滞。寒积闭结者，腹中绞痛阵作，大便闭塞不行，或有少量粘液便，肠鸣亢进，或见肠型，可使用含巴豆的峻泻开闭成药，如三物备急丸、八仙丹（巴豆霜、生附子、皂角、轻粉、丁香、木香、天竺黄、朱砂）等，密切观察。

4. 休息痢：正虚邪实，肠功能失调，下痢乍作乍止，痢止时多有滞下感，或粪块上附有白色粘液。治宜权衡虚实。若七分实三分虚，病邪不尽，可考虑适当运用通下。此时脾气已伤，切不可大下，总以保持大便通畅，不干不稀为度。常用制军或酒军3~6克、枳实、槟榔，或加当归、桃仁和血温润。若三分实七分虚，只宜调补润下，不宜攻下，润下有补中益气汤中的当归、升麻足矣。

(二)辨疑似里急后重症及其治疗：对临床疑似

里急后重症而实不是者，须详加辨识，明确诊断，区别用药。

1. 虚坐努责：虚坐努责多见于阴虚痢。痢下脓血粘稠，日久不愈。患者时欲排便，然临厕虚坐，努挣难出，或出之甚少，舌红或红绛少津，苔少或剥裂。本证不宜通下，以防耗阴动血。方用驻车丸合黄连阿胶汤，或四物汤加瓜蒌、地榆，养血凉润。如不愈，要考虑是否属清气下陷？

2. 肛门重坠：肛门重坠，排便滞涩不爽，甚或脱肛，多伴便意频数，腹部隐痛，喜按喜暖，舌淡白，脉细缓。此属清气不升，无形之气下迫所致，宜补中益气汤加煨葛根、荷叶，甚则加诃子、罂粟壳，益气升清固涩。若误用大黄、枳、朴，必致清气更陷，后重下迫难除。

3. 肛门坠胀：肛门坠胀，腹中窜痛或胀痛，痛则欲便，便后痛减，与情绪有关。此属肝脾气滞，下迫大肠，当用痛泻要方、逍遥散加枳、朴，疏肝实脾。

4. 肛门坠迫：肛门坠迫，或兼腹中刺痛，便色发暗，或呈紫黑，或夹血块、污浊之物，解而不畅，多为下陷之气夹瘀毒下迫，要警惕恶变。治用小豆当归散、脏连丸合黄土汤化裁。

5. 肛门肿胀急痛：肛门肿胀急痛如有异物，排便不畅或有不净感，或便结如羊粪，或带鲜血。此多为痔核肿胀或肛裂，由热毒或湿热伤络所致，方取槐花散、榆连槐角丸；另须根据病情，给予中西医结合的手术治疗。

(三) 使用通下法的注意事项：年高体弱，或久患脾胃宿疾，或素体虚羸，或小儿疳积，由于脾胃之气亏虚，易受饮食、外寒、劳倦所伤，当其患休息痢、劳痢、虚寒痢时，须慎用或不用通下，以防元气虚陷。血痢日久而伴有里急后重者，不能概认为是湿热伤络，临证时必须明辨寒热虚实。多数病例需采用温摄止血，方可奏效。王海藏说过，“寒凉伤中致血痢，不用黄连之类解毒，反用温热而愈”，此言值得重视。阴虚痢“切戒攻积之药”（张璐著《寿世保元》），以防耗伤阴血，或伤络动火，痢血不止，本证误用通下可致肛门牵痛，腹中拘急，便意频急。再如下后便秘次频，而脓血粘液或里急后重未除，不应过早调补，宜化滞清热，祛其余邪；但若通下过度，以致肛门牵痛，数日不便，又不能误为积热未净而更行通下，宜予平调肠胃，佐以清化。

二、固涩法的运用

(一) 常用固涩药物：根据药性功用，大致可分为五类。温中止涩类：肉豆蔻、炮姜炭、益智仁。酸

收固涩类：酸平有乌梅炭、诃子；酸温有五味子、石榴皮、山楂炭；酸寒有五倍子、金樱子。健脾止涩类：莲子肉、芡实。清肠止涩类：秦皮、地锦草、地榆。涩肠固脱类：罂粟壳、赤石脂、禹余粮、椿根皮、龙骨、牡蛎、枯矾。其中五倍子、赤石脂、枯矾、椿根皮、炮姜炭、乌梅炭兼能止泻止血，泻痢便黑或夹脓血者可考虑选用。此外，乌梅、山楂炭、诃子、石榴皮、秦皮、地榆有很好的抑制肠道大肠、痢疾杆菌作用；罂粟壳内含吗啡、罂粟碱等成分，止痛收涩效果好，对无邪无滞之滑泄腹痛甚为适用。每用3~12克，不宜久服；肉豆蔻、诃子宜煨用去油，有利止泻。

(二) 应用固涩法的适应证及方药运用

1. 五更肾泻：多由肾阳命火不足所致，习用四神丸或二神丸（补骨脂、肉豆蔻），但不如补涩兼备的真人养脏汤效果好，阳虚寒甚者加炮姜炭、熟附片。对本证的取效关键不在固涩之品的多用或加量，而重在温肾，祛肾间水寒。除老人或有心脏疾病患者熟附片宜慎用外，一般可用至15~30克/日，并需与他药同煎半小时许；如能耐受，剂量尚可适当递增。炮姜炭一般用10克；如能耐受姜辣味，可另加生姜10~15克，温中以行散水气，往往可取得较明显效果；但必须配合温补脾肾之参、术、山药、肉豆蔻等固本之品，否则即使暂时止泻，也难巩固。当便已成形，可撤固涩药物，略减温阳而增健脾之品。

2. 脾虚久泻或脾肾两亏之泻：脾虚久泻或脾肾两亏之泻占久泻的大多数，表现为便溏日行数次或一二十次，经久不愈，腹有冷感，遇气候阴寒，或受凉，或进食生冷、油腻后加重，舌淡润胖，脉细弱。对此类泄泻患者可用参苓白术丸、香砂六君子汤、理中丸、资生丸等治疗。如疗效不理想，可改用温阳固涩为主，常取局方大断下丸（炮姜、良姜、细辛、附子、煨龙牡、赤石脂、煨肉蔻、诃子、枯矾、石榴皮）或九炆丹（熟地、熟附子、煨肉蔻、焦姜、吴萸、补骨脂、萆薢、五味子、甘草）；若再不效，可考虑用苦辛酸热法或盖气升阳法。前者取乌梅汤意，重用乌梅炭15克，并重用附、辛、姜，酌配连、柏、当归；后者可用升阳益胃汤加煨诃子、荷叶炭、炮姜炭。

3. 无邪无滞之久痢：无邪无滞之久痢，属虚寒痢滑脱不禁者，可用真人养脏汤配桃花散、石榴皮同用；属久痢阴伤、痢下无度者，可用驻车丸、黄连阿胶汤加乌梅炭、山楂炭、煨诃子、地榆炭、熟地炭等，酸甘敛涩；属血痢无度，阴血既亏，脾阳虚衰，统摄失职者，可用四维散（人参、附子、干姜、甘草、

乌梅)或黄土汤配脏连丸,温摄止血;久下脓血便,脏器虚败,摄血无权者,可由脓血便转为血水,此时不能误以为积垢已尽,病趋好转,而是病趋危殆,有并发大出血或肠穿孔之可能,亟需细心调摄,密切观察,可用炒熟的糯米粉合姜炭末、山药粉、诃子末、人参粉酌量调服,固肠实脾。如脓血不止,脾肾衰败,但湿热余邪仍未尽者,可取乌梅丸配秦皮、地榆炭、赤石脂、煨诃子;或真人养脏汤配秦皮、赤石脂、炮姜炭。

4. 食后倾泻:常见于胃手术后倾倒综合征或胃肠反射性腹泻患者,胃排空加速,肠功能紊乱,食后少顷即泻出稀水状便,多属气虚不能收摄所致,宜用参苓白术散加诃子、罂粟壳、煨牡蛎、芡实等,健脾收涩。

5. 暴泻或久泻亡阳:多见于体弱老人和小儿,治用参附龙牡汤加炮姜炭、五味子,益气回阳固脱,并可配合输液,灸气海、关元。

6. 下痢日久亡阴:下痢日久可致阴津衰竭,症见舌红少津,形疲神萎,脉细或小数无力,大便稀而量少,或如涕,或泻频。在用山药、莲肉、北沙参、麦冬、太子参、生白术、白扁豆甘平养脾的同时,加乌梅炭、山楂炭各15克,五味子、诃子各10克,煨牡蛎30克,芡实15克,固敛津气。如伴腹胀虚软,便溏夹泡沫,示有肠道腐败菌生长或有菌群失调可能,可重用乌梅炭、山楂炭,也可用京柿饼一只,煨熟服,日二次。

辨证施治配合固涩药对慢性泻痢较之西药苯乙哌啶、助消化剂等效果好,且无副作用。但必须尽可能明确诊断,尤其要排除肠道恶性病变,切不可满足于

见泻止泻。

(三)禁忌:收涩药只有在久泻滑泄,邪去正衰时方可使用。下述情况当列为禁忌:暴泻欲脱,但仍有邪滞者;肠腑湿热余邪未净,反复脓血便或粘液便者;因有食积宿滞、湿阻气壅、血瘀症积、痰火虫积等情况而致腹痛者;兼见尿黄、心烦、胸闷呕恶、舌红苔腻,或有蓄水,蓄血,小腹硬满,尿少不畅者;泄痢而后重,或便下迟滞,肛门胀急者;脏毒或肠垢不尽,或便血有块者;腹胀满,无论硬软、拒按或喜按者;肠鸣音弱或肠鸣音亢进而伴腹痛阵作者;泄泻、便秘交替或假性腹泻者;大便检验见有较多脓细胞、红细胞或细菌培养阳性者。遇有上述情况,当遵“痢无止法”之训。

三、通涩结合运用

少数情况下,通涩可结合运用,但必须仔细辨证,权衡病机,组方施治。通涩合用常用于下列三种情况:一是温热未尽又兼脾胃虚寒,症见久痢不止,反复脓血便,服黄连素后泻痢好转,但腹部怕冷,受凉后易反复,可取乌梅炭、炮姜炭、熟附片配合当归、酒军、秦皮、石榴皮、黄连,寒热通涩并用。其中秦皮、石榴皮既能清肠化湿,又能收涩止痢,与炮姜炭、附子同用有较好效果。其次是老人久泄不止,又有糖尿病或前列腺疾患,尿涩不畅,并随出大便,或大便夹粘液,便意不尽者,可在扶脾益肾基础上,加用芡实、煨诃子、煨肉蔻、炮姜炭、当归、牛膝、车前子和少量制军同用。三是阴虚痢兼见咽痛充血者,可重用诃子12~15克,固涩兼清咽,加少量炮姜炭作反佐,止血止泻,并加当归、阿胶和酒军少量,取其气而不取其味,凉润泄热。

耳穴压丸治疗心因性精神病2例

中国人民解放军81402部队卫生队 张俊明

例1:安某,女,24岁,1987年4月初诊。一年前与他人发生口角后,出现狂走、哭喊,时而呆滞,沉默不语;时而惊恐,焦虑不安,烦躁易怒。入睡困难,睡后有自主的狂叫,表情淡漠,食欲减退等。既往史及家族史均无异常。患者平素胆小性急,沉默寡言。经检查未发现器质性病变。拟诊为“心因性精神病”。经针刺翳风、神门、太冲、听宫等穴,内服中药逍遥散随证加减,西药氯丙嗪、苯妥英钠等无效。改用耳穴压丸,隔日一次,5次后症状明显好转,续压14次而愈,随访一年未复发。

例2:贾某,女,28岁,1988年3月初诊。症状基本同例1,呈情绪障碍型,以抑郁症状多见,已有3年。经多种中西医药物及针灸治疗无效。既往史与家族史均无异常。经检查未发现异常。拟“心因性精神病”。耳穴压丸3个疗程而愈。随访一年,未见复发。

治疗方法:在耳壳的相应穴位上,用火柴头探查最佳敏感点,取直径0.5厘米胶布一块,将王不留行或萝卜籽置于中央,贴在取穴处,然后每穴按压1~2分钟。每次取神门、交感、心、肾、枕、额、耳背、心、皮质下等16个穴位,隔日换贴一次,7次为一疗程。