

调畅气机论治功能性便秘

张嘉鑫 郭宇 顾然 王庆国 魏玮

【摘要】 中医治疗功能性便秘疗效确切,在临床中具有不可替代的作用。临证须以中医思维为主导,结合患者证情、体质辨证施治,以调畅气机为主要治疗法则。通过宣畅肺气、健运脾气、和降胃气,进而使脏腑气机调畅,大肠腑气得通,大便有常,但不可过用攻伐,伤人体质。

【关键词】 功能性便秘; 调畅气机; 辨证施治

【中图分类号】 R249 **【文献标识码】** A doi: 10.3969/j.issn.1674-1749.2017.02.014

功能性便秘(functional constipation, FC)是临床上常见的功能性肠病,目前尚无确切病因^[1],其发病可能与多种因素相关^[2],涉及神经系统、激素、肠道菌群等方面,表现为排便困难、粪质干硬、便不尽感、需药物辅助排便等,严重者伴有焦虑、抑郁等心理障碍^[3]。中国 FC 患病率为 6%,其中女性 8%,男性 4%^[4]。目前西医多采用缓泻剂及促动力剂等药,疗效不理想。随着恩格尔(Engel)生物—心理—社会这一医学模式提出^[5],心理因素—功能障碍—细胞疾病—组织结构改变的假说^[6]随之产生。其中,脑肠轴、下丘脑—垂体—靶腺轴被认为是可能致 FC 的主要机制^[7-11]。因此,对于 FC 的诊治,人们越发重视从精神、心理、社会因素角度,运用中医药对患者进行身心综合治疗,疗效明显。

1 功能性便秘发病与气机失常密切相关

功能性便秘以排便困难为主要特点,归属中医“闭”“便难”“脾约”等范畴。历代医家对其病因病机有不同论述,普遍认为气机不畅为便秘的主要病因。如尤在泾在《金匱翼·便秘》云“气内滞而物不行”,秦景明《病因脉治·大便秘结论》曰“诸气拂郁,则气壅于大肠,而大便乃结”,提出便秘的发生与气机壅滞有关。

1.1 肺气不宣而致便秘

肺主一身之气,若肺气不宣,则气不能下,肠腑不通而成便秘。历代不少医家都认为便秘与肺相关。《中藏经》^[12]云“大肠者,肺之腑也,为传导之司,监仓之官。肺病久不已,则可下传大肠。”《医经精义·脏腑之言》^[13]曰“大肠之

所以能传导者,以其为肺之腑。肺气下达,故能传导。”

在治疗上,历代医家均重视通过调肺治疗便秘。仲景《伤寒论》中有“阳明病……可与小柴胡汤,上焦得通,津液得下,胃气因和,身濈然汗出而解”,仲景通过开宣肺气而使津液下行入肠腑,则三焦通畅,大便得下。

叶天士继承仲景学说,认为便秘与肺气相关,治疗应以宣上通下为法,其在《临证指南·医案》中说“肠痹与便秘同类,今另分一门者,欲人知腑病脏治,下病上治之法也。盖肠痹之便秘,较之燥屎坚硬,欲便不通者稍缓,故先生但开降上焦肺气,上窍开泄,下窍自通矣。”

除此之外,历代名医在治疗便秘时均非常重视开宣肺气。汪昂《本草备要》^[14]曰“有病大小便秘者,用通利药而罔效,重加升麻而反通。”李挺《医学入门》又言“燥结当用通行肺气,肺与大肠相表里故也。桔梗汤加紫苏或苏子降气汤。”二者均以宣肺气为法治疗便秘。

除了肺气不宣,肺燥亦便秘之重要原因。陈士铎在《石室秘录大便秘结》中说道“大便秘结者,人以为大肠燥甚,谁知是肺气燥乎?肺燥则清肃之气不能下行与大肠。”

1.2 脾气不运而致便秘

脾为胃行其津液,人体津液输布有赖于脾的运输功能正常,便秘很多时候是由于肠道津液亏虚,津液不能下流所致;脾气上升,主升清阳,若脾气机失调,则清阳不升,浊阴不降,易致便秘。故古人治疗便秘多从脾来论治,《脾胃论》曰“胃者卫之源,脾乃营之本”“四季脾旺不受邪”,强调了恢复脾胃运化、传导功能在便秘治疗中的重要性。

仲景认为便秘与脾气不运而致津液不能运输相关,《金匱要略·五脏风寒积聚病脉证并治》:“趺阳脉浮而涩,浮则胃气强,涩则小便数,浮涩相搏,大便为坚,其脾为约,麻仁丸主之。”医圣认为脾阴不足,不能为胃行其津液,肠道失润,即形成脾约之证,导致便秘。后世大家朱丹溪也从脾阴亏耗来论述,《局方发挥》又云“脾土之阴受伤,传输之官失职。”

亦有因脾气不运,而导致气机不畅,积滞不除者,《伤寒论》279 条“本太阳病,医反下之,因尔腹满时痛者,属太阳也,桂枝加芍药汤主之;大实痛者,桂枝加大黄汤主之。”

基金项目:国家自然科学基金面上项目(81273746, 81573806)

作者单位: 100102 北京,中国中医科学院望京医院脾胃病科 [张嘉鑫(硕士研究生)、郭宇、魏玮],北京中医药大学东直门医院脾胃病科 [张嘉鑫(硕士研究生)、郭宇];北京中医药大学基础医学院(顾然、王庆国)

作者简介: 张嘉鑫(1992-),女,2015 级在读硕士研究生。研究方向: 中西医结合防治脾胃病方向。E-mail: happyjiaxin@163.com

通信作者: 魏玮(1963-),博士,教授,博士生导师。研究方向: 中医药防治脾胃病的临床与实验研究。E-mail: sxxy@sina.com

1.3 阳明通降不利而致便秘

人体糟粕的排出有赖于阳明经腑之气的通降,胃主降,在整个阳明通降过程中起到了最根本的作用。其中最经典论述当属仲景《伤寒论》阳明病篇 180 条“阳明之为病,胃家实是也。”其中“胃家”是包括胃和大、小肠在内的整个通降系统,《灵枢·本输》云“大肠、小肠皆属于胃,是足阳明也。”

胃以通降为顺,唯有胃气和顺,阳明之气方能通降顺畅,津液方能正常润泽肠腑,大便不致硬结,故便秘可以和胃降气之法治之。如《伤寒论》阳明病篇第 213 条“阳明病……胃中燥,大便必硬,硬则谵语,小承气汤主之。”仲景认为胃中津液亏虚,导致气机不畅,大便硬结,故应予承气辈方开通郁结、消导下之。

1.4 现代研究

现代医家在气机不畅为便秘主要病因的基础上更详细地指出便秘主要与肺、脾、胃等脏腑功能相关。肺主宣降,与大肠互为表里,肺失宣降,则大肠传导失常;脾主运化、升清,脾失健运、清气不升、浊阴不降,则大肠传导无力,致糟粕内停;胃与大肠在经络上相属络,胃热炽盛,下移肠腑,肠失濡润,故见大便干燥。故肺气的宣降、脾气的运化、胃气的腐熟等均与便秘密切相关。当肺、脾、胃任一脏腑器官功能出现异常时,均可导致便秘的发生。如王垂杰认为便秘病位在肠,与肺、脾、胃、肝相关,病性为寒、热、虚、实,主要由肝气郁滞、热盛伤津、胃阴亏虚等导致肠腑传化障碍^[15]。张双喜^[16]认为便秘是清浊相干,肺脾胃肝之脏腑气机升降失常而使清气不升、浊气不降致秘,提出治疗时应升阳举陷。周福生认为,大便的正常排泄有赖于气机通降及津液濡润,其病机不外虚实两端,实者以气机郁滞多见;虚者以津枯失润多见,虚实之间常相互转化^[17]。罗一萌^[18]则提出便秘是三焦气机不通,大肠传导功能失调所致,疏通三焦、通便导滞是治疗本的关键所在。

2 调畅气机治疗功能性便秘

气机的升、降、出、入是人体生命活动的基本运动形式,《素问·六微旨大论》云“非出入,则无以生长壮老已;非升降,则无以生长化收藏。是以升降出入,无器不有”。而便秘的基本治则以“通”为主,然“通之之法,各有不同”。如《医学真传》“调气以和血,调血以和气,通也;下逆者使之上行,中结者使之旁达,亦通也。虚者,助之使通,寒者,温之使通,无非通之之法也。若必以下泄为通,则妄矣”。故于功能性便秘来说,气机失调尤为显著,无论湿热壅滞抑或气血亏虚,均阻碍了胃肠气机条畅,使浊气下降障碍,导致便秘发生。如《灵枢·平人绝谷》云“平人则不然,胃满则肠虚,肠满则胃虚,更虚更满,故气得上下,五脏安定。”因此胃肠气机升降的调畅与否与便秘密切相关,治疗中注重调畅气机尤为重要,主要体现在下述几个方面。

2.1 宣畅肺气

肺居膈上,其位最高,肺为华盖,主一身之气,肺气宣发、

肃降与气机的调畅关系密切。如王孟英有云“肺金清肃不和,升降之机亦窒。”唐容川在《医经精义·脏腑之言》中亦云“大肠之所以能传导者,以其为肺之腑。肺气下达,故能传导。”《血证论》云“肺气不降则便结。”《黄帝内经灵枢集注·卷五》曰“大肠为肺之腑而主大便,邪痹于大肠,故上则为气喘……故大肠之病亦能上逆而反遗于肺。”肺与大肠互为表里,肺气宣降与大肠传导二者相互为用。肺气宣降功能正常,气机调畅,输布津液,促进大肠传导,有利于糟粕排出,糟粕下行则有利于肺气宣降。肺失宣降,则大肠传导失常;肺热下移大肠,则肠燥津枯;故临证时,常在通便基础上加用桔梗、苦杏仁两味药,因桔梗在上可宣肺气,苦杏仁在下可肃肺气兼能润肠,二者相合,使肺气得以宣降,气机调畅,助大便排出。

2.2 升运脾气

国医大师路志正教授认为便秘之证虽病于肠道,但根在脾胃,治疗时重在调理脾胃升降,提出“持中央、运四旁、怡情志、调升降、顾润燥、纳化常”的治疗原则^[19]。笔者在临床学习的过程中有幸师从路老,认为脾胃同居中焦,为气机升降之枢纽,在治疗上尤重视脾胃气机的调畅。如《医学求是》云“升降之权,又在中气,升则赖脾气之左旋,降则赖脾气之右转也。”《伤寒论直解》曰“阴阳与水火,位居上下,而土居其中,上下交合,必由中土”,强调脾胃升降功能调畅在维持正常生命活动的重要性。二者一脏一腑,一升一降,一运一纳,与大肠气机流畅、传导功能正常的关系尤为密切。叶天士在《临证指南医案》中云“脾宜升则健,胃宜降则和”,脾气不升,则水湿不布聚而为痰,阻滞气机,进而阻碍胃气致脘腹胀满,排便不畅。对此,临证时常用苍术、白术、藿香、佩兰以燥湿健脾、芳香化湿,诸药相配,祛湿、健脾、升清之力显著。

2.3 和降胃气

胃为阳土,性喜润恶燥,主受纳、腐熟水谷,以降为和。胃气降,则糟粕等浊气可下行形成粪便排除体外。若胃失和降,则现“浊气在上,则生膈胀”之症,若胃气上逆,则现呃逆、暖气、恶心诸症,故和降胃气对于肠腑通利至关重要。因此,临证时常选用旋覆花、代赭石和降胃气。二药同时出现在《伤寒论》“旋覆代赭汤”方中,此方主用于胃虚、痰阻、气逆证的治疗,具有降逆化痰、益气和胃之效。选此二药和降胃气,皆因其均有降逆气、化痰涎之用,《神农本草经》始载旋覆花性温,所谓“诸花皆升,旋覆独降”,而代赭石性寒质重,故两药相合,寒温相宜,胃气得以和降,则恢复浊气下行之性。

2.4 辨证施治

临床上治疗 FC 虽以通下为主,但一味地施以大黄等峻泻之剂,虽解一时之急,但重伤脾胃,无疑是雪上加霜,故应辨证施治,审因施治。在治疗方面,朱丹溪提出老年便秘“宜以药滑之”,切忌“妄以峻利药逐之”;李中梓认为“法当补养气血,使津液生则自通”;张景岳亦认为应“补血润燥”。

临床治疗便秘,真正属于阳明腑实证者多属于危重病

人,门诊并不多见,故峻下之法亦不常用。笔者认为,便秘多见于气机不畅、津液分布不均之人。基于以上认识,若中焦气机郁堵者,可予半夏泻心汤,辛开苦降以复升降之机;若肝胆气机不畅者,可予四逆散,兼见血虚者则以逍遥散为主,疏肝解郁、调畅气机;若脾虚不运兼肝旺者,可以桂枝汤为基础方,调节木土关系,外可解肌调营卫,内可化气和阴阳;血虚者,可用当归补血汤打底,调和气血以疏通肠道;阳气不足者,可在温阳基础上稍加行气、润下之品,如济川煎、温脾汤、大黄附子汤等。

在整体辨治基础上,若有兼证可兼顾调理。如津亏者,加麦冬、沙参、石斛等养阴增液;肝郁者伴见胸胁胀闷者,加郁金、香附等疏理肝气;肺失宣降伴见咳喘者,加桔梗、瓜蒌等药理肺气,开上窍以通下窍;偏血虚者加当归养血润燥;偏气虚者加黄芪补气助运;偏肾阳虚者加补骨脂、肉豆蔻、附子温阳通便;偏肾精亏虚者加肉苁蓉润五脏、益精血;体质壮实者酌加大黄等峻猛攻下之品,但强调中病即止。

2.5 慎用攻下

朱丹溪《论通大便禁忌》云“如妄以峻利药逐之,则津液亏,气血耗,虽暂通而即秘结,必更生他病。”最近的流行病学研究亦指出^[20],在患有 FC 的老年患者中,长期服用泻剂的占 74%,长久服药不仅无效,甚或导致结肠、大肠黑变等严重病变。笔者在临床学习过程中发现,慢性便秘患者常自服泻下剂,虽能解一时之急,但病因未除,用药不当致肠燥津枯,脾胃亦伤,使疾患迁延不愈,故临证时应辨证施治,根据患者体质及证型用药加减,不可一味攻下。用药需根据体质情况,调节攻补关系,倘攻亦应以顺气导滞、润燥通便为主,三仁润肠方治疗 FC,疗效颇佳^[21];体质虚弱者,应以补为主,正气充足津液自然下行,肠道推动力恢复则便秘可除。

2.6 自拟“三仁润肠方”

笔者在临床学习过程中发现,功能性便秘患者以肠燥津亏型多见,故拟用三仁润肠方润燥通便、行气导滞为法治之。三仁润肠方系由麻子仁丸减大黄、芍药,加郁李仁、鸡内金化裁而成,此方较麻子仁丸和缓,适于肠燥津亏者久服。麻子仁丸源自《伤寒论》:“趺阳脉浮而涩,浮则胃气强,涩则小便数,浮涩相搏,大便则坚,其脾为约。麻子仁丸主之。”此方常用于治疗脾阴不足之“脾约”之病,因方中大黄泻下之力较强,故阴亏者不宜久服。而三仁润肠方中火麻仁味甘、性平,多脂,入脾、胃、大肠经,润肠通便,兼滋养补虚为君。《药品化义》:“麻仁,能润肠,体润能去燥,专利大肠气结便秘。”郁李仁味辛、苦、甘性平,如脾、大肠、小肠经,可润肠行气。《本草经疏》:“性专降下,善导大肠燥结,利周身水气。”枳实、厚朴辛开苦降,二者共为臣药。枳实味辛、苦性微寒,如脾、胃、大肠经,善破气消积,《药品化义》:“枳实泄胃实,开导坚结……通便闭非此不能也。”厚朴味辛、苦性温,如脾、胃、大肠经,善下气除满,《本草汇言》:“厚朴,宽中化滞,平胃气之药也。”炒杏仁味苦性微温,甘平润燥,入肺、大肠经,肃肺润肠。《珍珠囊》载杏仁“除肺热……润大肠气秘。”鸡内金味甘性寒,消积化滞,归脾、胃、小肠经,《滇南本

草》载鸡内金“宽中健脾,消食磨胃”。二者共为佐使。诸药相合共奏润燥通便,顺气导滞之功,此方兼能宣肺、运脾、和胃,以防便秘复发^[21]。

3 小结

功能性便秘由多种因素引起,具有发病率高、病程长、易反复发作等特点。西医虽可快速缓解症状,但易复发且有药物依赖,远期疗效不佳,且因部分药物有明显不良反应,不能长期服用。其他生物疗法对 FC 虽有一定疗效,但作用机理尚未明确^[21]。

中医药从整体着眼,标本兼顾,疗效卓著。以中医治疗功能性便秘,必须以中医思维为主导,根据证情及患者体质,辨证施治。总体而言,调畅气机是大法,根据具体证情而选择主攻方向,肺气不宣者以开宣肺气为主;中焦不运者以辛开苦降之法;肝郁气滞者从疏肝解郁、调和木土关系来论治;肾气不足、气化不利者从温阳化气、恢复肾气功能为治。决不可一味攻逐,切记孟浪。

参 考 文 献

- [1] 李国强,袁维堂. 功能性便秘诊断治疗现状[J]. 中国药学杂志, 2009, 30(6): 125-127.
- [2] Ding JH, Fu CG, Zhao RH, et al. Serotonin transporter gene polymorphism in slow transit constipation [J]. Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi, 2006, 9(4): 328-330.
- [3] Dykes S, Smilgin-Humphreys S, Bass C. Chronic idiopathic constipation: a psychological enquiry [J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2001, 13(1): 39-44.
- [4] Zhao YF, Ma XQ, Wang R, et al. Epidemiology of functional constipation and comparison with constipation-predominant irritable bowel syndrome: the Systematic Investigation of Gastrointestinal Diseases in China (SILQ) [J]. Aliment Pharmacol Ther, 2011, 34(8): 1020-1029.
- [5] 何红艳,贺平. 功能性便秘的精神心理因素研究[J]. 结直肠肛门外科, 2008, 14(6): 400-402.
- [6] 许华山. 消化系统癌症患者心理因素 47 例分析[J]. 蚌埠医学院学报, 1997, 22(3): 160-161.
- [7] AMIR AA. Etiological factors of constipation in the elderly, with emphasis on functional causes [J]. East Mediterr Health J, 2011, 17(8): 708-711.
- [8] Lin SR, Ke MY, Luo JY, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial assessing the efficacy and safety of tegaserod in patients from China with chronic constipation [J]. World J Gastroenterol, 2007, 13(5): 732-739.
- [9] Muller-Lissner S, Kamm MA, Musoglu A, et al. Safety, tolerability, and efficacy of tegaserod over 13 months in patients with chronic constipation [J]. Am J Gastroenterol, 2006, 101(11): 2558-2569.
- [10] Fried M, Johanson JF, Gwee KA, et al. Efficacy of tegaserod in chronic constipation in men [J]. Am J Gastroenterol, 2007, 102(2): 362-370.

- [11] Quigley EM, Waid A, Fidelholtz J et al. Safety and tolerability of tegaserod in patients with chronic constipation: pooled data from two phase III studies [J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2006, 4(5): 605.
- [12] 东汉·华佗. 中藏经[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [13] 唐·唐容川. 医经精义[M]. 上海: 广益书局, 1945.
- [14] 明·汪昂. 本草备要[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [15] 汤立东, 王垂杰. 王垂杰治疗功能性便秘经验[J]. 辽宁中医药大学学报, 2007, 9(3): 108-109.
- [16] 张双喜. 浅谈升降浊法在慢性便秘治疗中的作用[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(17): 129-130.
- [17] 黄绍刚, 周福生. 周福生教授论治便秘经验撷拾[J]. 中医药学刊, 2002, 20(5): 583-584.
- [18] 罗一萌. 通三焦法治疗便秘的临床体会[J]. 中国民康医学, 2011, 23(20): 2527.
- [19] 苏凤哲, 李福海. 路志正教授从脾胃论治便秘临床经验[J]. 世界中西医结合杂志, 2009, 4(11): 761-764.
- [20] Maria vazquez Roque, Ernest P Bouras. Epidemiology and management of chronic constipation in elderly patients [J]. Clinical Interventions in Aging, 2015, 4(10): 919-930.
- [21] 顾珈裔, 于冰娥, 常玉娟, 等. 三仁润肠方治疗慢传输型功能性便秘临床研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2008, 4(6): 400-402.

(收稿日期: 2016-07-05)

(本文编辑: 董历华)

论《伤寒论》保胃气思想及其在风湿病中的应用

朱凯媛

【摘要】 东汉张仲景所著《伤寒论》一书十分重视脾胃在人体发病和辨证诊治中的作用, 顾护脾胃的思想和保胃气的宗旨贯穿于《伤寒论》的辨证论治体系通篇。本文拟从配伍、服法、瘥后、禁忌等多方面对《伤寒论》保胃气之学术思想进行整理归纳, 并简单列举后世对保胃气学术思想的继承发展。蔡辉教授将保胃气学术思想应用于风湿病治疗, 取得了令人满意的效果, 因而得出调理脾胃是风湿病的重要治则之一。

【关键词】 伤寒论; 张仲景; 保胃气; 风湿病

【中图分类号】 R222.2 **【文献标识码】** A doi: 10.3969/j.issn.1674-1749.2017.02.015

何谓胃气? 胃气者, 脾胃之气也。胃气理论源于《内经》, 在《素问·平人氣象论》中有论述曰“平人之常气稟于胃, 胃者平人之常气也。人无胃气曰逆, 逆者死。”又云“人以水谷为本, 故人绝水谷则死, 脉无胃气亦死。”^[1] 由此窥见《内经》对胃气理论已有记载, 仲景继承并发展了“保胃气”思想, 所著《伤寒论》一书是“胃气为本”的杰出典范, 不仅在立法用药上处处以“无犯胃气”为原则, 更以胃气的有无辨证候、察传变、测预后, 把胃气理论具体运用到辨证论治中, 迄今仍有重要意义, 试论如下。

1 开创临证保胃气之先河

1.1 配伍用药注重“保胃气”

《伤寒论》在理法方药上, 方方面面皆以脾胃为本, 处处注意保胃药物的应用。在《伤寒论》所记载的 112 方中, 多方反映了其运用补益药扶正以保胃气的特点, 运用最多的当数甘草, 共有 71 方(甘草多用炙而不用生, 乃取其补养护胃之性), 其次是大枣, 共有 40 方, 生姜、大枣二者同用共计 37

方, 生姜、大枣、甘草三者共用有 31 方。因甘草、大枣二药皆入脾胃之经, 其味甘平, 均有补益脾胃, 缓和药性之功, 因此用之最为多^[2]。如表证用之, 当奏扶正祛邪之功, 譬如桂枝汤用甘草、大枣; 而里证用之又可以助脾胃、充谷气, 十枣汤中多为峻猛之药, 加大枣为缓药毒性、培土祛邪; 另外, 半表半里的小柴胡汤、表里同病的当归四逆汤、寒热错杂的半夏泻心汤及虚实并见的旋覆代赭汤, 皆用到甘草、大枣配伍。不同的方剂中甘草、大枣所起作用各有偏重, 但终极目标一致, 皆为保胃气。

1.2 融“保胃气”于八法之中

《伤寒论》六经病证治则中包含有祛邪、扶正两方面, 在具体运用过程中, 还包括汗、吐、下、和、温、清、消、补八法。张仲景在八法中, 也不忘“保胃气”: 如汗法用桂枝汤, 扶助卫阳以发散风寒, 以桂枝辛温通阳, 配生姜之辛以祛邪于外, 芍药敛阴配大枣之甘, 滋营阴之弱, 甘草和中补虚、保护胃气, 共奏解肌祛风、调和营卫之功; 吐法用瓜蒂散, 方后语“不吐者, 少少加。得快吐, 乃止”“诸亡血虚家, 不可与瓜蒂散”; 下法用调胃承气汤, 甘草和中缓急, 合大黄、芒硝, 既泻胃肠燥热, 又软坚通便不伤胃气; 和法用小柴胡汤, 用柴胡、黄芩解少阳半表半里之邪, 以半夏、生姜调理胃气, 甘草、大

作者单位: 226200 江苏省启东市人民医院心血管内科

作者简介: 朱凯媛(1990 -), 女, 硕士, 住院医师。研究方向: 中西医结合临床。E-mail: kaiyuan900104@sina.com