

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2016.03.14

## 王长洪教授诊治慢性泄泻经验总结

齐相芬<sup>1</sup>, 张仁诚<sup>2</sup>, 胡文平<sup>2</sup>, 刘俊丽<sup>2</sup>, 林一帆<sup>2</sup>, 吴卓霖<sup>2</sup>, 高文艳<sup>2</sup>, 王长洪<sup>2</sup>, 巩阳<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>辽宁中医药大学, 辽宁 沈阳 110016;

<sup>2</sup>沈阳军区总医院 中医科, 辽宁 沈阳 110016)

**关键词:**慢性泄泻;王长洪;经验

**中图分类号:**R574

**文献标志码:**A

**文章编号:**1671-038X(2016)03-0216-03

王长洪教授是全军中医药国医名师,辽宁省名老中医,是已故名老中医董建华教授学术思想及临床经验的主要继承人,临床擅治脾胃病及内科杂病,精研经方的同时又熟谙时方,对民间验方亦能兼收并蓄,其治疗慢性泄泻颇有经验,遣方用药独具匠心,在中医药治疗消化系统疾病方面造诣颇深。笔者有幸跟随王教授学习,获益良多。

慢性泄泻是以排便次数增多,粪便稀溏或完谷不化,甚至泻出如水样为主症的一种病症,病程大于2个月,可见于多种疾病,病因复杂,既有炎症性的,如慢性结肠炎,也有功能性的,如肠易激综合征、吸收不良综合征。王教授治疗慢性泄泻鲜用西药,治验丰富,颇有心得。现将其诊治慢性泄泻经验总结如下,以飨同道。

### 1 病因病机

感受寒湿外邪、饮食不节、情志不畅或久病脏腑虚弱等均可导致脾胃功能失常,从而发生泄泻。正所谓泄泻之本,无不由于脾胃也。脾胃居于中焦,主运化与受纳,脾气主升,上输水谷精微于头目及心肺,胃气主降,将水谷下降于小肠而泌别清浊,糟粕并得以下行;脾胃升清降浊功能正常,则小肠受盛化物、泌别清浊及大肠传化糟粕功能方得以实现。脾胃损伤,不能受纳和运化水谷,大小肠泌别清浊及传化糟粕功能失常,以致水谷停滞,清浊不分,混杂而下,遂成泄泻,如《类经·气口独为五脏主》云:“胃为水谷之海,而脾主运化……脾胃受伤,则水反为谷,谷反为滞,精化之气不能输化,乃至合污下降而泻利作矣”。王长洪教授根据多年临床经验,认为本病脾虚为本,湿蕴为标,久病及肾,多见肝郁,寒热错杂。《难经》云:“湿多成五泄”。《杂病源流犀烛·泄泻源流》:“是泄虽有风、寒、热、虚之不同,要未有不源于湿者也。”外来之湿邪最易伤脾,脾虚又易酿生内湿。

湿邪为患,常病程迁延、反复发作。脾虚湿蕴是导致慢性泄泻反复发作的重要因素。但临床上湿邪往往并不是唯一的因素,寒邪、热毒、食积等可与湿邪相兼为病,故慢性泄泻多虚实夹杂、寒热错杂。肝主疏泄,协调脾胃之升降,然如遇情志不遂,肝气郁结,气机不利,加之脾胃虚弱,则可横逆乘脾,即木不疏土;或恼怒伤肝,肝气横逆,制其所胜,则可致肝郁脾虚,即木旺乘土。肝脾不和均可致泄泻,但其中亦有不同。脾之健运,亦赖肾阳的温煦,然而脾病日久,后天无以滋养先天,以致久病及肾,终至脾肾同病,泄泻反复不愈。综上可见慢性泄泻病因复杂,病位涉及肝、脾、肾,病机变化多样,寒热错杂、虚实夹杂多见。

### 2 辨证施治

依据本病脾虚为本、久病及肾、多见肝郁的病机,治疗采用健脾疏肝温肾、肝脾肾同调。王长洪教授认为,对于某一疾病,当从分析其基本病机入手进行辨证治疗,这也是中医辨证施治的更高层次。王教授临证根据本病病机特点自拟止泻方,并依据脾虚、肝郁、肾阳不足不同,合经典方剂化裁灵活应用。

#### 2.1 基本方应用

临证以白术,山药,扁豆,白芍,陈皮,防风,炮姜,肉桂,甘草为基本方。该方中白术、山药、扁豆健脾祛湿,白芍、陈皮、防风、甘草疏肝,炮姜、肉桂温肾助阳,诸药共奏健脾疏肝温肾之功,直中病机。

#### 2.2 合经典方化裁

2.2.1 脾虚湿蕴 腹泻常于饮食不当后发作。临床症见:胃脘痞闷不舒,多餐后即泻,或夹有黏液,甚则完谷不化,面色萎黄,神疲乏力,舌淡苔白,脉虚缓。基本方加用党参、茯苓、薏苡仁、砂仁等,取参苓白术散之意,以益气健脾,渗湿止泻。食欲不佳、纳食不香者,加神曲、麦芽、鸡内金等;久泻不愈,兼见肛门下坠者,加黄芪、升麻、荷叶、葛根;兼有湿热,舌苔黄腻者,加黄连;大便不爽,舌苔黏腻者,加藿香、佩兰、竹茹等。

收稿日期:2015-06-20

作者简介:齐相芬,女,在读硕士,研究方向:中西医结合消化方向

通讯作者:高文艳,E-mail:13309888135@163.com

例1,女,64岁,腹泻1年余,大便每日3~4次,不成形,夹有黏液,伴有肠鸣,无腹痛、脓血便,食欲不振,体倦乏力,既往有结肠息肉电切术病史,舌淡胖大,苔白,脉沉弦。证属脾虚湿蕴。治以健脾祛湿。处方:党参10g,炒白术10g,茯苓10g,山药10g,白扁豆15g,薏苡仁15g,陈皮6g,砂仁3g,白芍10g,山楂10g,焦山楂10g,车前子10g,骨碎补10g,炮姜3g,甘草5g,10剂。二诊,大便次数减少,每日1~2次,不成形,黏液减少,食欲好转,舌脉同前。处方:上方加薏苡仁15g,苍术20g,炒白术改为20g,14剂。三诊,患者大便基本成形,无黏液,舌淡红,苔薄白,脉弦,处方:党参10g,炒白术10g,苍术10g,干姜3g,肉桂3g,白芍10g,防风10g,山楂10g,焦山楂10g,骨碎补10g,甘草5g,14剂,痊愈。按:本例泄泻以脾虚为主,湿浊未化,故治以益气健脾祛湿为主。首诊以党参、炒白术、茯苓、山药益气健脾以祛湿,白扁豆、薏苡仁相伍以利水渗湿,健脾利水而不伤阴,补脾渗湿而不滋腻,为王教授治疗常用药对;陈皮、砂仁醒脾燥湿,白术、白芍、陈皮疏肝健脾;山楂、焦山楂、车前子、骨碎补为王长洪临床治疗泄泻的经验组合,具有消积止泻、温阳补肾、利小便实大便之效,水样便者尤其适用,其中焦山楂、车前子、骨碎补为民间治泻一验方,而山楂、焦山楂联用则为王教授经验药对,前者性味甘、甘,以消食积,后者经过炮制后苦味增强,长于消食止泻,两者联用以健脾消导、散瘀行气,为“通因通用”之法。二诊泄泻有所好转,但大便仍不成形,故加大健脾渗湿之力度。三诊大便基本成形,去薏苡仁、车前子,以防伤阴。《医宗必读》中治泻九法将“淡渗”列为首法。淡渗法所治之泄泻,其病机关键是湿盛,利小便以实大便故也。车前子性味甘寒,渗湿利尿以分别清浊,为利小便而实大便最理想也是最常用的药物,当注意的是,过度使用淡渗药物可耗气伤阴,当适可而止。

2.2.2 肝脾不和 《素问·调经论》曰“志有余则腹胀泄泻”,肝脾不和,脾运失常,痛、泻每于抑郁恼怒或情绪紧张而发作。临床症见:腹痛肠鸣,腹痛即泻,泻后痛缓,可伴有心烦、抑郁、善太息或口苦,舌淡苔白,脉弦。基本方加用防风、木香,取痛泻要方之意,以调肝健脾,使木气得调而畅达,不复犯土;脾气得健而中旺,何惧木犯。若患者兼有胃脘不适,胃痛吞酸,则去山楂,加用黄连、吴茱萸,合戊己丸之意,清热与开郁并重,以疏肝理脾,清热和胃,《本草纲目》言吴茱萸“开郁化滞、治吞酸”,如此两方配伍可两顾胃脘不适与泄泻;腹泻重者加薏米、葛根;纳食不佳者可加白扁豆、砂仁、鸡内金。情志失调,除

可致肝脏疏泄功能失常横逆犯脾外,同时亦可耗伤心气营血,致心失所养,神失所藏,临证见神情焦虑、心烦少寐等症状,可加用酸枣仁、五味子、龙骨、牡蛎、琥珀粉等,龙骨、牡蛎镇静安神,并能止泻,王教授遣方用药独具匠心,由此可见一斑。

例2,男,38岁,间断腹痛、腹泻3年余,便前腹痛、肠鸣,泻后痛减,无脓血,每遇情志不遂发作,经多次肠镜检查均未见异常,近日生气后腹泻再次发作,舌淡红,苔白,脉弦。证属肝脾不和。治以疏肝健脾止泻。处方:陈皮6g,白芍10g,防风10g,党参10g,炒白术10g,茯苓10g,山药15g,炮姜6g,肉桂3g,甘草5g,7剂。二诊,患者腹痛、腹泻症状明显好转,但眠不安,处方:原方加龙骨20g,牡蛎20g,14剂。三诊,患者无明显不适,以前方10剂巩固疗效。按:本例腹泻与情志有关,乃肝郁脾虚之症,日久肾阳温运不及,致反复不愈。首诊陈皮、白术、白芍、防风补脾疏肝,其中白术性味甘、苦、温,补脾燥湿可扶脾虚,白芍性味酸、寒,养血柔肝以补阴抑阳,二者合用,亦补亦泻,补脾泻肝兼顾,可谓药证相合;党参、白术、茯苓、山药、甘草益气健脾;炮姜、肉桂温肾助阳。二诊患者病情缓解,夜寐差,加用龙骨、牡蛎酸涩入肝,镇惊安神并止泻,患者诸症悉平。

2.2.3 脾肾阳虚型 多见于病程较长、泄泻经久不愈者。临床症见:泄泻多发于黎明之前或上午,腹部隐痛,喜温喜按,大便稀溏,脘痞食少,畏寒肢冷,舌淡苔白,脉沉细。基本方加淡附片、干姜、肉桂、吴茱萸、肉豆蔻等,取附子理中丸、四神丸之意。温能散寒,王教授治疗慢性泄泻多用温法,温以祛湿,温助运化。腹痛甚者加小茴香、木香。久泻不愈,兼见脱肛者,加黄芪、升麻。泄泻日久,一般医师多用固涩之法,望可收速效。然而,至虚之处,常为容邪之所。久泻易出现虚中夹滞,或湿热未净等情况,当补泻兼顾。滋补止涩,势必“闭门留寇”,病必不愈或反复不愈,临床当慎用。

例3,男,66岁,便溏2年余,晨起即泻,腹部隐痛,无脓血便,怕冷,腰酸,舌暗,苔薄黄,脉沉细。证属脾肾阳虚,湿热未净。治以温阳健脾止泻,佐以清热利湿。处方:淡附片3g,干姜5g,肉桂10g,党参10g,白术10g,茯苓10g,建曲15g,麦芽15g,山楂10g,焦山楂10g,黄连5g,骨碎补10g,甘草5g,10剂。二诊患者腹痛、腹泻好转,仍怕冷,黄苔已退,原方淡附片改6g,14剂。三诊患者大便基本成形,腹部隐痛,仍怕冷,处方:淡附片9g,干姜5g,肉桂10g,党参10g,炒白术10g,茯苓10g,山楂10g,焦山楂10g,车前子10g,骨碎补10g,小茴香6g,木香6g,甘草5g,14剂,症平。按:慢性泄泻多

在上午,晨起更为多见,这与阴盛阳微有关,治疗当温补脾肾。方中淡附片、干姜、肉桂温肾暖脾,党参、白术、茯苓益气健脾,建曲、麦芽、山楂、焦山楂消积化滞、疏理消导,黄连此处为反佐,与干姜联用属温清并用之法,是王教授常用药对。慢性泄泻病机复杂,多寒热错杂,温清并用是王教授治疗慢性泄泻的突出方法,腹泻怕冷与黄苔并见是其辨证要点。附子“辛温大热,其性善走,故为通十二经纯阳之要药”,王长洪教授运用温法,药喜用附子、干姜、肉桂,

其中尤为青睐附子。附子作为辛甘大热之品,用于急、危、重证,多能力挽狂澜,王教授认为合理应用附子可治愈慢性顽病痼疾,其应用附子等治疗溃疡性结肠炎,验之临床,疗效卓著,强调附子在本证的应用宜从小剂量开始,并根据病情、体质、季节、气候等不同调整剂量,中病即止。王长洪教授常用淡附片、肉桂以振奋脾肾之阳,鼓舞阳气以助血行,使病情向愈,认为久泻非附子、肉桂难以收功。

## 文内参考文献的标注规范

文内所列参考文献应限于作者直接阅读过的、最主要的、且为发表在正式出版物上的文章。私人通信和未发表(含待发表)的著作及论文,一般不宜作为参考文献。参考文献还应注重权威性和时效性。文内标注参考文献时应按文献出现的先后顺序用阿拉伯数字连续编码,并将序号置于方括号中。可根据具体情况分别按下述3种格式之一标注。

① 文中已标明原始文献作者姓名时,序号标注于作者姓名右上角。

例如:Vairaktaris 等<sup>[7]</sup>研究表明,MMP-9-1562C/T 基因多态性与口腔癌关系密切。

② 正文未标明作者或非原始文献作者时,序号标注于引用内容的句末。

例如:……在中枢神经系统中具有保护神经的作用,减少缺氧、缺血对动物脑神经元的损害<sup>[1]</sup>。

③ 正文直接述及文献序号时则将之作为语句的组成部分时不用角码标注。

例如:肱动脉超声检查的方法见文献[2]。

文中多次引用同一参考文献,只在第一次出现时编排序号(在参考文献表中也只出现一次),其他处使用同一序号;如果多次引用的是同一参考文献的不同页的内容,则应参考文献表中按引用顺序一一列出页码。

若某一问题使用了多篇文献说明,这时将各文献的序号在一个方括号内全部列出,中间加逗号,若遇连续序号,则在起止序号中间加“—”表示。如:……组织型 RAS 激活也成为心肌肥厚、心肌纤维化、心腔扩大、心力衰竭的主要因素<sup>[1,3,9-10]</sup>。