

证属寒邪客胃，临证治疗可宣肺散寒以驱邪外出。药用丁香、柿蒂、高良姜、厚朴、木香、桔梗、紫苏、砂仁、旋复花、代赭石等，症重者可酌添姜半夏、细辛散寒开窍。其中柿蒂味苦降泄，为止呃要药；旋复花、代赭石降胃气止呃；厚朴辛温散寒，通行肺胃之气；桔梗开宣肺气，并引寒上达；丁香、砂仁、木香、高良姜均可温中散寒行气；紫苏散寒，宣肺理气。诸药合用，共奏开宣肺气、散寒止呃之功效。肺气宣通，寒气从肺而散，则脾气得升，胃气得降，呃逆可止。

2.2 热呃 热呃者，呃声洪亮有力，口臭烦渴，多喜冷饮，大便秘结，小便黄短赤。证属胃热炽盛，临证治疗可宣肺清热以透热外达。药用柿蒂、竹叶、石膏、炙枇杷叶、苦杏仁、青皮、前胡、淡豆豉、牛蒡子、麦冬、沙参、姜竹茹、大黄等。其中竹叶、石膏、竹茹、大黄可清泄胃热；枇杷叶清降肺气，苦杏仁理肺畅中；青皮“泻肺气”；桔梗宣肺利气；前胡、淡豆豉清肺热、宣肺气，升降共用，以理肺气；牛蒡子宣散肺热，能升能降；沙参清肺胃热，又防燥热伤津。若有饮食积滞者，可辅以桔梗开提肺气以助消化。

2.3 虚呃 虚呃者，又分阴阳气血之别。阴虚者呃声低弱、

急促而不连续，药用山药、黄芪、葛根、天花粉、知母、沙参、五味子、炙枇杷叶、陈皮、姜竹茹等。以山药、葛根、天花粉、知母、沙参补肺养阴，黄芪补益肺气，五味子酸甘敛肺、益气生津，炙枇杷叶清降肺气，陈皮、姜竹茹理气降逆。阳虚者呃声低长，手足不温，药用丁香、柿蒂、升麻、附子、炒白术、炙枇杷叶、炒紫苏子、扁豆、莱菔子、甘草等。以丁香、柿蒂温中降逆，上用炒紫苏子、炙枇杷叶升降相配宣肺降逆、升麻升阳理气，下用扁豆、莱菔子、炒白术、甘草消补兼施健脾助运，附子温阳散寒。气血亏虚者呃逆不止，语声低微，神疲乏力，面色无华，呼吸气短，头晕眼花，心悸失眠，中脘痞满，当补肺益气以助气运，添以人参、当归、熟地黄、紫苑、阿胶等温补气血之品。

统而论之，呃逆为胃气上逆，总属气机失调，盖肺主气，调理肺气可使气机通利，胃气得降。故笔者认为，临证呃逆者，可从肺论治，应用宣肺、补肺之法平衡枢机，子顺则母安，不可见病治病，分立五脏，须知五脏相关，气血同源，当辨证论治，全面思考，审病求因，釜底抽薪，如此可收良效。

(责任编辑：黎国昌)

“滞泄”病脉证治

蒋健

上海中医药大学附属曙光医院，上海 200021

【摘要】以实际诊治案例指出临床存在“第四种大便异常”，其特征为便次增多，但难以排尽。暂且将此病证命名为“滞泄”。“滞泄”虽可见于便秘、泄泻、痢疾的某个阶段，但主要是一个独立的病证。诸多现代肛肠疾病因炎症、异物刺激以及肠功能紊乱等均可以引起“滞泄”。“滞泄”存在多种病因病机及治疗方法，但其中最重要、最常用的是属于“通因通用”治疗原则的消食导滞通腑法和清热解毒利湿法，文中分析了这些治疗方法的临床运用指征。

【关键词】滞泄；大便异常；中医证治；临床验案

【中图分类号】R256.3 **【文献标识码】**B **【文章编号】**0256-7415 (2014) 05-0240-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.05.095

中医学有关大便异常的病证主要有便秘、泄泻、痢疾三种：便秘指排便困难、排便次数减少；泄泻指便次频繁、大便溏薄；痢疾指腹痛、黏液脓血便、里急后重。

笔者在临床治疗实践中体会到，除了便秘、泄泻、痢疾三种大便异常的病证以外，临床上尚存在“第四种大便异常”，其临床特征为：大便次数增多，每天至少2次或以上，甚

至可多达十数次以上，具有泄泻便次频多的特征；与此同时，排便困难，难以排尽，伴有不尽感，即既具有便秘便艰的特征，又具有痢疾里急后重的特征。以上两项即为本病证诊断之必备项目。至于大便性状则不拘，或正常、或硬、或松散、或溏薄、或伴有黏液黏冻，部分患者或可伴有腹胀、腹痛、肠鸣等症。

【收稿日期】2013-11-26

【基金项目】国家“十二五”重大新药创制《创新药物研究开发技术平台建设》项目（编号：2012ZX0903009）；上海市教委重点学科中药临床药理学项目（编号：J50303）

【作者简介】蒋健（1956-），男，医学博士，主任医师，博士研究生导师，研究方向：中医内科临床研究。

假古人称痢疾为“滞下”的前鉴,为表达方便起见,笔者将所谓“第四种大便异常”暂命名为“滞泄”。“滞”者,指大便欠畅不尽;“泄”者,指便次频多。

治疗“滞泄”病证,同样需要辨证论治或辨证论治与辨病论治相结合。在诸种治疗原则与方法中,以属于“通因通用”治疗原则的消食导滞通腑法和清热解暑法最为常用、最为重要。

1 “滞泄”诊治案例介绍

1.1 肠道癌术后 周女,63岁,2010年1月19日就诊。主诉:每天大便平均15~18次,大便量少而不成形,但伴不尽感。患者于2000年接受了大肠癌手术,手术部位位于直肠与乙状结肠之间,术后大便出现上述症状,持续将近10年。诊见:舌淡红、苔薄黄,脉细弦。经治2周,患者未遵医嘱正规服药,自行停药,效果不彰。至2月26日三诊时,已停药15天,症状、舌脉如初。辨为滞泄,证属肠道积滞。治拟通因通用法,方以木香槟榔丸为主。处方:槟榔15g,木香、青皮、陈皮、枳实、厚朴、三棱、莪术各12g,大黄10g。7剂,每天1剂,水煎服。3月5日四诊:药后大便次数反而减少,昨天大便量甚多,但仍有后重感。守上方木香增至15g,去制大黄,另加生地榆、椿根皮、凤尾草、连翘、败酱草各30g,莱菔子、白豆蔻(后下)各12g,肉豆蔻10g。7剂,如法煎服。3月12日五诊:每天大便减少至10次左右,后重感减轻。继守上方加减治疗,病情逐步减轻。

按:本案系因大肠癌手术后引起的直肠排空功能障碍,以致肠道功能紊乱,故有便次频多、便量少而伴不尽感。治先通其肠道积滞,继之配合清利肠道湿热,大便次数不增反减,病情减轻。

1.2 直肠、乙状结肠炎 何男,65岁,2011年5月3日就诊。主诉:腹泻,每天约3~4次。诊见:大便泻下、质稀不成形,伴大便不尽感,时有嗳气,舌红、苔黄腻,脉细弦。肠镜示:直肠、乙状结肠炎。辨为滞泄,证属肠腑积滞。治拟消食通腑,方用木香槟榔丸合保和丸加减。处方:木香、槟榔、青皮、陈皮、半夏、神曲、焦山楂、肉豆蔻、白豆蔻、炮姜、连翘各12g,白芍15g,凤尾草、仙鹤草各30g。7剂,每天1剂,水煎服。5月10日二诊:大便减为每天1~2次,质稀不成形,仍有大便不尽感,舌脉同上。治以理气导滞基础上配合清热解毒。处方:木香、槟榔、枳实、地榆、椿根皮、马齿苋各15g,连翘30g,厚朴12g,败酱草20g。7剂,如法煎服。5月17日三诊:大便保持每天1~2次,质时稀时始成形,稍有不尽感,舌脉同上。仍守原方加制大黄5g,黄芩15g。7剂,如法煎服。5月24日四诊:大便每天1~2次,但无明显不尽感。

按:本案系直、结肠炎症,治疗前大便次数多且伴不尽感,但便质反溏。虽处方药物在初诊14味、二诊9味、三诊11味,但导滞通腑和清热解毒的作用显然一诊强似一诊。肠道积滞得以开通,肠道湿热(炎症)得以减轻,所以病情得以缓解。

1.3 肠功能紊乱

1.3.1 肠功能紊乱(1) 包女,27岁,2012年4月27日就诊。主诉:大便每天平均4次,量少,便质正常。诊见:大便频多、量少、有不尽感,且伴少腹胀痛、肠鸣,舌淡红、苔薄,脉细弦。胃镜示:慢性胃炎伴糜烂、反流性食管炎。辨为滞泄,证属食积肠胃。治以健脾消食,导滞祛饮通腑。方以健脾丸、木香槟榔丸、己椒苈黄汤加减。处方:党参、茯苓、焦山楂、槟榔、枳实各15g,白术、神曲、木香、防己、花椒、葶苈子各12g,黄连9g。7剂,每天1剂,水煎服。5月4日二诊:大便减少至每天1~2次,便量仍少,不尽感稍减,舌脉同上。治守上方去健脾丸,加重导滞通腑药份量,并酌加清利肠道湿热药物。处方:木香、槟榔、青皮、陈皮、枳实、莱菔子、地榆各15g,厚朴、防己、花椒各12g,葶苈子、牵牛子各30g,椿根皮18g。7剂,如法煎服。5月11日三诊:大便每天1次,便后不尽感续减而未尽,舌脉同上。守原方再加制大黄10g。14剂,如法煎服。5月25日四诊:大便每天1次,便质正常,大便不尽感消失殆尽。

按:上案或系肠道功能紊乱(未作肠镜检查),便次多而不尽,便量少而不畅,肠鸣腹痛,此大肠积滞,痰饮停滞,影响传导功能。初诊扶正祛邪并举,继之采用理气化痰导滞,“通因通用”,并清利湿热,大便次数反减而畅。

1.3.2 肠功能紊乱(2) 杨男,50岁,2005年10月7日就诊。主诉:大便日均2~3次,里急后重,便质烂。诊见:大便频多、质烂,里急后重,伴右下腹隐痛、少腹胀,舌偏红、苔黄腻,脉细弦。此疾已经有5年多,每遇工作压力大或精神紧张则上述症状加重,经多处中西医治疗无效。肠镜检查无异常发现。辨为滞泄,证属肠易激综合症,食滞肠胃。治以消食导滞通腑,方以木香槟榔丸为主加味。处方:木香、槟榔、枳实、厚朴、牵牛子、青皮、陈皮、莱菔子、鸡内金、白芍、当归各12g,延胡索、麦芽、神曲各15g,黄连6g,连翘、败酱草各30g。7剂,每天1剂,水煎服。10月14日二诊:药后大便日行1次,便质正常,后重感减轻,右下腹隐痛未作,腹胀几除。

按:上案大便质溏次多后重,伴腹胀疼痛,精神紧张时加重,肠镜检查无异常,病属肠易激综合症无疑。对此以消食导滞通腑为主,清热解毒、理气活血为辅治疗后,各种症状基本消失。

2 “滞泄”病脉证治探讨

2.1 “滞泄”及其相关文献论述 历代医家论述便秘、泄泻(霍乱)、痢疾颇详,但鲜见涉及“滞泄”病证。

2.1.1 便秘 《内经》称为“后不利”、“大便难”;张仲景称为“脾约”、“闭”、“阴结”、“阳结”;张景岳推崇以阴结、阳结为辨便秘之纲。

2.1.2 泄泻 《内经》有“鹜溏”、“飧泄”、“濡泄”、“注下”等不同表述;《临证指南医案》分为飧、溏、鹜、濡、滑

五种；《难经·第五十七难》从脏腑辨证角度提出“胃泄”、“脾泄”、“大肠泄”、“小肠泄”、“大瘕泄”。

2.1.3 霍乱 《内经》云：“岁土不及，民病飧泄霍乱”；“土郁之发……为呕吐霍乱”。霍乱尚有呕吐，病情更重，但仍归于泄泻类。后世再分寒霍乱、热霍乱、湿霍乱及干霍乱，其中干霍乱的特征是欲吐不得吐，欲泻不得泻（见《诸病源候论·干霍乱候》、《证治要诀·卷一·中恶》、《医宗必读·卷十·霍乱》、《伤寒明理论·卷中·霍乱》等），其“欲泻不得泻”虽似“滞泄”，但显与“滞泄”相去甚远。

2.1.4 痢疾 吴谦《医宗金鉴·杂病心法要诀·痢疾总括》指出了临床表现和病机特征：“然痢之为病，里急后重，下利脓血，小便赤涩。里急者，腹痛积滞也。后重者，下坠气滞也。”观此，则《难经·第五十七难》“大肠泄者，食已窘迫，大便色白，肠鸣切痛。小肠泄者，溲而便脓血，少腹痛。大瘕泄者，里急后重，数至圜而不能便，茎中痛”之所述，实与赤白痢疾有相似之处。张仲景《金匱要略·呕吐下利病脉证治》将泄泻与痢疾统称为下利，并分为虚寒、实滞、气利三种类型。其中实滞下利亦具有滞下不爽及便脓血的特点，分别用承气汤、白头翁汤、桃花汤治疗，似乎主要还是指痢疾的病脉证治。

2.1.5 “滞泄” 罕见古人论及。唯张子和在《儒门事亲》中有以下生动而有趣的记载：“太康刘仓使，病大便少而频，日七八十次，常于两股间悬半枚瓠芦，如此十余年。戴人见之而笑曰：病既频而少，欲通而不得通也，何不大大下之？此通因通用也，此一服药之力，乃与药。大大下三十余行，顿止。”其描述的证治正与“滞泄”的特点相合，“通因通用”法是治疗“滞泄”最为常用的方法。由此可见，其实古今在临证实践中都已认识到了“滞泄”的客观存在，惟未给出专属的病证名罢了。

要之，“滞泄”虽可见于痢疾、泄泻、干霍乱、便秘的某个阶段，但它可以是一个独立的病证。

2.2 “滞泄”病证所属现代疾患 有诸多现代疾病可以表现为“滞泄”病证的特征，常见有以下几类。

2.2.1 肠道炎症 如溃疡性结肠炎^[1]、急慢性肠炎、缺血性结肠炎^[2]、细菌性痢疾^[3]等。尤其当溃疡性结肠炎及细菌性痢疾症状较轻（早期或恢复期）、无明显脓血便时，常可表现出“滞泄”的特征。

2.2.2 肠道、肛门良、恶性肿瘤占位病变 如肛乳头瘤、直肠腺瘤、直肠平滑肌瘤、直肠癌^[4]、肛管癌^[5]、大肠类癌及骶前囊肿等。

2.2.3 肛门、盆底病变 如内痔^[6]、肛窦炎^[7]、直肠黏膜内脱垂^[8]、直肠前突^[9]、会阴下降综合征^[10]、耻骨直肠肌综合征^[11]等。

2.2.4 肠道术后 如直肠癌根治术后^[12]、先天性巨结肠术后^[13]等。

2.2.5 功能性肠病 如肠易激综合征^[14]等。

此外，妊娠末期由于增大的子宫对于直肠及盆腔的压迫，也可导致孕妇便意频频而量少欠畅。

2.3 “滞泄”病证所属现代疾患的病理机制 以上诸疾出现“滞泄”的临床特征，通常出于以下几种病理机制。

2.3.1 炎症刺激 以溃疡性结肠炎为例，当有肠道炎症刺激时，大肠黏膜对钠、水吸收障碍和结肠运动功能失常，导致大便次数增多^[1]；当病变局限于直肠或累及乙状结肠时，可引起直肠排空功能障碍，导致患者出现里急后重或排便困难的感觉。

2.3.2 异物刺激 如脱垂的黏膜、肿瘤以及残留的粪便。当出现直肠黏膜内脱垂、直肠前突、会阴下降综合征或肠道肿瘤占位等时，脱垂的黏膜、积留于直肠内的粪便以及逐渐增大的肿瘤对直肠或肛门形成刺激，使肛门敏感性下降，以致发生判断错误而引起排便不尽感。

2.3.3 肠道功能紊乱 应激状态下、或肠道手术前后（如直肠癌术后）大量使用抗生素、抑菌剂、或患者精神因素影响，均可导致肠道菌群失调，导致肠功能紊乱^[12]。

2.3.4 术后并发症 如手术过程中损伤盆腔植物神经，或术后致肠道黏膜脱垂、肛门狭窄、吻合口瘘、盆腔感染等并发症，均可使肛门控便能力下降^[13]，从而使患者产生排便次数多并伴不尽感。

2.3.5 精神因素 除了可以导致肠道菌群失调外，思虑过度、不良暗示（包括自我暗示）等亦可造成中枢神经调节作用发生紊乱，造成植物神经功能失调继而引起肠道功能失常，反之，肠道功能失常所产生的病理信号传至中枢神经，亦可加深其功能损害，形成恶性循环^[15]。以上均可导致出现排便次数增多并伴有排便不尽感之“滞泄”病证的特征。

2.4 “滞泄”病证的主要病机及治疗方法 通过以上剖析，不难看出“滞泄”病证的病机及其治疗原则主要有（但不限于）以下几种。

2.4.1 脾肾亏虚 如直肠黏膜脱垂，可采用健脾补中益气或益肾方法治疗，代表方如六君子汤、补中益气汤或肾气丸。如明·王伦《明医杂着·卷二·泄泻》提及：“一儒者，小腹急痛，溏泄清冷，大便欲去不去。余谓此命门火衰而脾土虚寒也，用八味丸月余而愈”。

2.4.2 肝郁脾虚 肝气郁结侮土，影响脾胃升降以致肠道功能失常（如精神因素造成植物神经功能失调）^[16]，可采用疏肝解郁理气方法治疗，代表方如逍遥散、痛泻要方。

2.4.3 血瘀停留 如肿瘤、异物刺激^[17]，可采用活血化瘀方法治疗，代表方如血府逐瘀汤。

2.4.4 湿热蕴结 如肠道炎症、感染、菌群失调^[18]，可采用清热解毒利湿方法治疗，代表方如黄芩汤、白头翁汤。

2.4.5 肠垢糟粕积滞 如宿粪异物内留^[19-20]，可采用消食导滞通腑（通因通用）方法治疗，代表方如保和丸、木香槟榔丸、枳实导滞丸。

2.5 消食导滞通腑 通因通用与清热解毒利湿是治疗“滞泄”最常用的方法。

综上所述,“滞泄”病机有虚有实,当分而治之。虚实夹杂,当扶正祛邪。由于本病证在临床以胃肠积滞、肠道湿热之实邪居多,故消食导滞通腑法(通因通用)和清利肠道湿热法是诸法中最为常用、最为重要的治疗方法。以上所举案例几乎全部联合运用此两法进行治疗,只不过其用药比例及份量因个案而异罢了。

排便次数频多而伴有不尽感的机理正如吴谦所谓:里急为有积滞,后重为有气滞(《医宗金鉴·杂病心法要诀·痢疾总括》)。因此,只要患者具有大便不爽、大便不畅、里急后重、欲下不得下之类的临床表现特征,无论其大便性质如何,甚至便质溇薄,无论其大便次数如何频繁,均可大胆运用消食导滞通腑(通因通用)治疗,无需踌躇犹豫。从某种意义上说,通因通用法似乎正是为了治疗“滞泄”这一病证而设,有助于祛除或纠正引起“滞泄”的病因病机,使得患者大便通畅,同时大便次数反而得以减少,病情得到缓解或痊愈。假设患者体虚不耐攻击,可以消食导滞通腑(通因通用)配合健脾益肾匡正兼顾;也可以采用渐次加重消食导滞通腑(通因通用)药物份量的方法加以试探。

肠道疾患多湿热。一方面,肠垢糟粕积滞不去,容易酿生湿热;另一方面,肠道湿热蕴结,容易产生积滞。因此,清利肠道湿热同样是治疗“滞泄”重要而常用的方法。当“滞泄”存在肠道湿热病机时,必须采用清利湿热的方法进行治疗。不仅如此,当单纯以消食导滞通腑法(通因通用)治疗收效有限时,勿忘联合运用清热解毒利湿法进行治疗。消食导滞通腑(通因通用)法和清热解毒利湿法对治疗“滞泄”病证常可起到相辅相成的“相乘”作用,联合运用这两个治疗原则,往往可治大半“滞泄”。本文所有案例的诊治结果均证实了这一点。现代研究表明,消食导滞通腑(通因通用)与清热解毒的治则方药可以改善肠黏膜微循环,缓解炎症对于肠黏膜的刺激,或调整肠道菌群,从而调整紊乱的(肛)肠道功能,使大便恢复正常^[21]。强调消食导滞通腑(通因通用)与清利湿热的重要性,并非排除健脾益肾、疏肝解郁、活血化瘀、化痰逐饮等治疗“滞泄”可以选择的其它方法。

致谢:感谢崔晨、耿琦为此文之成记录医案并协助查找有关文献。

[参考文献]

- [1] 李国庆,丰义宽.溃疡性结肠炎的临床表现与鉴别诊断[J].世界华人消化杂志,2000,8(3):334-335.
- [2] 江勇,张志广,卢向东.缺血性结肠炎与细菌性痢疾的临床特征分析[J].实用医学杂志,2013,29(10):1606-1608.
- [3] 施文红.炎立消胶囊联合盐酸左氧氟沙星注射液治疗普

通型急性细菌性痢疾临床疗效分析[J].当代医学,2013,19(13):60-62.

- [4] 李锋,王勇.直肠癌13例延误诊治的原因分析[J].河北医学,2012,18(9):1292-1293.
- [5] 宋炳文,杨凌洪,凌光烈.肛管癌的研究现状[C]//首届国际中西医结合大肠肛门病学术论坛暨第十二届全国中西医结合大肠肛门病学术会议论文集萃.上海:中国中西医结合学会·2007:426-430.
- [6] 熊南江.消瘰液治疗老年、期内痔557例[J].福建中医药,2003,34(2):27.
- [7] 许广涛,潘良富.内外结合治疗肛窦炎300例临床观察[J].吉林中医药,2007,27(7):27.
- [8] 大矢正俊.直肠粘膜脱垂综合征[J].日本医学介绍,1993,14(8):124.
- [9] 陈朝文.直肠前突的诊断和手术方法评价[J].中国临床医生杂志,2007,35(3):16-18.
- [10] 王振彪,吴佐周.会阴下降综合征的发病与中西医结合治疗[J].辽宁中医杂志,2008,35(12):1886-1887.
- [11] 周莉莉.耻骨直肠肌综合征(PRS)诊治近况[J].大肠肛门病外科杂志,2000,6(2):51-56.
- [12] 曹延平.直肠癌根治术后大便次数多的原因及护理[J].河南外科学杂志,2012,18(3):151-152.
- [13] 陈新国,郭宗远,刘润玑,等.先天性巨结肠 Duhamel 术后远期功能评价[J].中华小儿外科杂志,2005,26(2):60-63.
- [14] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.肠易激综合征中西医结合诊疗共识意见[J].中国中西医结合杂志,2011,31(5):587-589.
- [15] 程银胜.肠神经官能症的诊断和治疗[J].中国社区医师,2006,8(20):230.
- [16] 杨丽.痛泻药方加减治疗溃疡性结肠炎58例[J].实用中医内科杂志,2011,25(5):70-72.
- [17] 李猛.健脾消瘰法治疗晚期大肠癌的临床研究[J].西部中医药,2011,24(7):70-72.
- [18] 高鹏翔,曹毅荣.通因通用法治疗溃疡性结肠炎267例[J].中国中西医结合消化杂志,2004,12(3):185-186.
- [19] 杜卫星,苏军刚.刘国强教授用“通因通用”法治疗结肠炎的理论经验[J].现代中医药,2002(6):16-17.
- [20] 陈广进.浅谈通因通用法在临床各科中的应用[J].光明中医,2009,24(3):592-593.
- [21] 赵复锦,张雄,余小平.通因通用法治疗溃疡性结肠炎的临床及实验研究[J].中国中西医结合消化杂志,2005,13(2):85-88.

(责任编辑:黎国昌)