

麦芽以消食导滞，又防滋腻碍脾。纵观全方，脾肾双补，气血并治，阴阳同调，动静相宜。在整个病情演变过程中，夏教授要求严密观察病情变化，权衡轻重缓急，注意本虚标实和邪正之间此消彼长的关系。初诊之时，患者证属虚中夹实，以虚为主，故治疗标本兼顾，侧重于本；后因外邪袭肺，病机演变以邪实为主，夏教授审时度势，果断采取急去其标之法，待病情稳定之后，则缓以治本。在整个过程中，夏教授还耐心与患者及其家属沟通，减缓患者心理压力，并注意生活调摄，以争取配合，取得主动，并持之以恒，方取良效。

#### [参考文献]

- [1] 葛均波, 徐永健. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 602-603.
- [2] 武贤达, 孙丽霞, 吕鸿雁, 等. 多发性骨髓瘤治疗新进展[J]. 临床荟萃, 2017, 32(7): 627-632.
- [3] 李娟. 造血干细胞移植治疗多发性骨髓瘤——历史与进展[J]. 临床血液学杂志, 2015, 28(7): 553-557.
- [4] 范奎, 代良敏, 伍振峰, 等. 放化疗所致骨髓抑制的研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(1): 210-214.

(责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)

## 从厥阴辨治五更泻医案 2 则

翁棉伟<sup>1</sup>, 陈一斌<sup>2</sup>

1. 福建中医药大学, 福建 福州 350000; 2. 厦门市中医院脾胃科, 福建 厦门 361000

[关键词] 五更泻; 厥阴; 木旺乘土

[中图分类号] R256.34; R249

[文献标志码] B

[文章编号] 0256-7415 (2019) 01-0254-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.01.069

五更泻是以黎明前肠鸣而痛, 或脐下作痛, 泻去则安为主证的病症, 其特点在于每天清晨必然发作腹痛泄泻, 且多伴见肢凉喜暖, 腹部觉冷, 脉象多沉。历代医家多认为脾肾阳虚、寒湿内积为其主要病因病机, 故又称其为肾泻, 如张景岳《景岳全书》即有: “子丑五更之后, 当阳气未复, 阴气盛极之时, 即令人洞泻不止。”陈修园在《医学三字经》中提出“脾肾泻, 近天明, 四神服, 勿纷更”。目前, 中医内科学也将五更泻与泄泻肾阳虚衰证划同, 治疗主以四神丸。但临床上许多五更泻患者运用四神丸温肾固脾并不能取效, 结合临床与前贤经验, 笔者发现厥阴肝郁乘脾、厥阴肝风内动均可导致五更泻, 这部分患者运用泄木安土法及补虚熄风、平调寒热法治疗效果显著。

五更为寅正四刻, 此时值黎明平旦, 鸡鸣时分, 故五更泻又称鸡鸣泻、晨泻。明代赵献可《医贯》中就提到: “于时为寅子, 五更之时, 正寅子水旺之秋, 故特甚也。”认为此时阳气未复, 阴气极盛, 肾阳不能温煦脾土则发为晨泻。但五更处于寅卯之交, 《伤寒论》载“少阳病, 解时, 在寅至辰上”、“厥阴病, 欲解时, 在丑至卯上”, 此时厥阴少阳交接, 为“阳之初升, 少阳当令, 厥阴之尽”<sup>[1]</sup>。若阴阳顺接则摩荡风气、生养万物, 若厥阴偏亢则容易木旺乘土, 甚则阴阳激荡、寒热错杂而致肝风振动, 发为腹痛泄泻。清代叶天士即认为: “厥阴肝风振动内起。久病而为飧泄。”<sup>[2]</sup>张聿青也认为: “肝病亦有至晨而泄者, 以寅卯属木, 木气旺时, 辄乘土位也。”<sup>[3]</sup>陈一斌常从厥阴辨治五更泻, 每获良效, 兹举医案 2 则, 与

[收稿日期] 2018-05-31

[作者简介] 翁棉伟 (1991-), 男, 硕士研究生, 研究方向: 中医药治疗脾胃病。

[通信作者] 陈一斌, E-mail: Chenyb2004@163.com。

同道共享。

## 1 木郁晨泻案

苏某,男,27岁,2017年6月8日初诊。患者平素多思易怒,自觉四肢发凉,畏寒喜暖。1年前出现腹痛腹泻,每于凌晨五至六时许发作,伴肠鸣腹痛。2016年6月于泉州市光前医院完善肠镜未见异常,予“蒙脱石散、匹维溴铵、地衣芽孢杆菌胶囊”等口服症状未见缓解,遂就诊南安市中医院,先后予葛根芩连汤加味、四神丸合桂附理中汤等未效。现症:黎明晨泻3~4次,餐后偶有腹泻,排便急迫,泻下黏秽,脐周绞痛难忍,泻后痛缓,伴肠鸣、排便不尽感、便后肛门灼热,情绪不畅时症状加重,纳可,心烦难寐,小便色黄。舌质红,边尖可见红点,苔薄黄,脉沉弦偏细,沉取有力。中医诊断为泄泻病,辨证属邪滞厥阴、木郁乘脾。方予痛泻要方加减,处方:防风、柴胡、木瓜、枳壳、陈皮、白头翁各10g,炒白术12g,白芍20g,黄连、炙甘草各6g。7剂,每天1剂,水煎服。

2017年6月18日二诊:患者诉每天仍有晨泻2~3次,但腹痛肠鸣明显减轻,大便带少许清涕样黏液,舌红转淡,边尖点刺消退,脉沉弦。药已中的,前方去黄连,7剂续服。

2017年6月25日三诊:患者诉现每天晨起解便1次,色黄成形,偶伴有脐周绞痛,可耐受,仍感恶寒肢凉,余无不适。前方7剂续服,嘱患者畅情志,多散步,适当练习八段锦等传统功法。

按:患者黎明晨泻,兼见四末微凉,畏寒喜暖,脾肾阳虚、关门失约似无异议,但前医屡进四神、桂附而不效,并非药力不济,实属辨证不精。细询患者,虽然晨起肠鸣腹泻,但泻下秽滞、肛门灼热、里急后重;肢凉恶寒,但稍运动后四肢反见温和。《内经》云“暴注下迫,皆属于热”,值此少阳当令、厥阴将尽之时,腹痛暴泻、泻下臭秽,显然是肝经郁热下迫大肠。腹痛泻利兼见四肢厥逆,多见于脾肾阳虚,但此例患者素来郁怒多思、心烦难寐,且脉沉弦有力是肝郁之征,舌红边刺属热郁之象。《伤寒论》载:“伤寒,热少微厥,指头寒……”,“少阴病,四逆,其人或咳……或腹中痛,或泻利下重,四逆散主之。”四诊合参,此病并非阳虚不固,而是邪滞厥阴,肝气不能疏达升散反生郁热,横克脾土,温阳散寒之法自然不效。病在少阳厥阴,郁热乘脾,“肝欲

散,急食辛以散之,用辛补之,酸泻之”,故以防风、柴胡辛通风气、疏散达郁,白芍、木瓜酸泻肝气,土中泻木,枳壳、陈皮行气理滞,白术、甘草墩土实脾,以御肝气,佐黄连苦寒坚阴泻热。四逆散治泻利下重属寒者,取薤白通阳下气,而此例属肝郁热迫,法白头翁汤,故用白头翁泻肝热、定厥阴。再诊热势已挫,故去黄连续治。此例病因起于情志不调,药石难取久效,须患者移情易性,配合运动疏散肝气郁热,方能冀望长久相安。

## 2 厥阴风动晨泻案

叶某,男,44岁,2017年7月13日初诊。患者5年前进食海鲜后出现腹痛腹泻,诊所诊断为“急性肠炎”,予“消炎药”静滴后痛泻渐缓。此后开始反复出现腹痛腹泻,凌晨时分必腹痛泄泻3~4次,就诊厦门市各中西医院,多次查肠镜未见异常,西医予对症止泻、解痉、益生菌等均无效,中药治疗乏效。患者畏病焦虑,此次因外院建议口服“黛力新”治疗,患者畏药,遂来就诊。辰下:黎明腹痛泻下3~4次,排便急迫,泻下稀黄,脐周绞痛,泻后即安,肠鸣,里急后重,受凉后腹痛腹泻加重,入冬则甚,春夏稍安,伴口苦口干,嘈杂易饥,餐后脘胀,肢倦乏力,恶寒喜暖,纳寐差,小便色黄。舌质红、苔黄腻,脉沉弦细。观其病历,前医有予葛根芩连加苦参、鬼针草而泄泻愈重,予痛泻要方加四神、桂附虽痛泻稍缓,但久则泄泻复作、且口干心烦难寐。四诊合参,中医诊断为泄泻病,辨证属厥阴风动、寒热错杂。方予乌梅丸改汤剂加减,处方:乌梅、仙鹤草各30g,淫羊藿、黑附片、党参各15g,当归、炮姜、五味子、仙茅各10g,黄连、黄柏各6g。7剂,每天1剂,水煎服。

2017年7月20日二诊:患者诉每天黎明仍有腹泻2~3次,大便质糊,黏液较多,腹痛肠鸣减,仍觉口苦恶寒、肢冷乏力,舌淡红苔腻,脉沉弦。前方加白头翁10g,马齿苋30g,7剂续服。

2017年7月28日三诊:现晨起泄泻1~2次,泻前脐周隐痛,乏力好转,大便质糊无黏液,无肠鸣、口苦,恶寒较前减轻,舌淡红苔腻,脉沉弦,前方去马齿苋,附子(先煎)改30g。其后予首诊方加减,腹泻多则加石榴皮、芡实,腹痛重加白芍、甘草,口苦寐差加白头翁、夜交藤,恶寒乏力重用附子、党参,随症加减调治3月余。2017年12月18

日患者复诊,诉前次经治疗颇得相安,近来天气转凉,晨起偶有腹泻 2~3 次,故前来就诊以图巩固,续予首诊方去五味子 7 剂,并嘱患者可用该方 14 剂研粉蜜丸久服。

按:患者久泻 5 年余,每于晨起即腹痛肠鸣、泻下急迫、泻后痛减,迭治乏效。晨下兼见恶寒喜暖、受凉即泻,口苦口干、嘈杂易饥,肢倦乏力,里急后重,舌红苔腻而脉沉弦,其病性亦虚亦实、夹寒夹热,其病势急迫、动荡不居,为厥阴风动、寒热错杂之象。以“厥阴之上,风气主之”,厥阴肝独主肝木,气质偏强,心包得君火之余,弱者从化,两经一气,以风为主。厥阴为阴尽阳生,阴阳气血均为不足,阴进阳退则寒生,阳进阴退则热长,是病则寒热错杂;阴阳鼓动,寒热相激则肝风内动。风主动,厥阴肝风振动导致晨泻的病机症状特点也在于“动荡不居”,“肝为五脏六腑之贼”,肝风喜扰它脏,游走上下,上扰则头摇肢颤,下迫则肠鸣腹泻,侮于胃则嘈杂易饥,乘于脾则腹痛泄泻。故治以乌梅丸加减,重用乌梅、五味子酸敛熄风,即叶天士酸以制肝法,炮姜、附片散里寒,因患者无外寒而有里虚,故去细辛、桂枝而以三仙汤(淫羊藿、仙鹤草、仙茅)温补脾肾,佐以黄连、黄柏清热,当归、党参补虚,随寒热虚实随机化裁,守法调治数月,终得相安。

### 3 总结

通过上述案例可以发现,中医药的精要就在于辨证论治上,机械地以方套人、以方待病必然失于疗效。厥阴病所导致的五更泻与脾虚、肾虚的鉴别要点在于其发则痛不可耐、泻下急迫、肠鸣亢进,其止则复如常人,如木处风中,动摇不定。而脾肾虚之泄泻,则病势缠绵、腹痛隐隐,不夹杂肝气、肝风则无肠鸣音亢进。

五更泻邪在气分者,以木郁土中最为常见。一般认为肝郁指肝脏升发不及,疏泄无能,其影响中焦多

表现为痞满纳呆一类“木不克土”的症状,而不应出现腹痛泄泻一类“木旺克土”的症状,其实肝为刚脏,郁则横,遏则逆,即《类证治裁》所谓“肝木性升散,不受遏郁,郁则经气逆……为飧泻,皆肝气横决也”<sup>[4]</sup>。故其治疗应疏泻并用,代表方如痛泻要方即以防风升散肝郁,白芍酸泻肝气,二者合用方能达到“于土中泻木”。邪在血分,以瘀血阻滞多见,如王清任<sup>[5]</sup>用膈下逐瘀汤“逐总提上之瘀血,血活津门无挡,水出泻止”以治肾泻可为一例,兹不赘述。至于乌梅丸主治的五更泻,已超出气血层面,是病理层次更深、病情更复杂的阴阳根基变动。木郁土中进一步进展也可转化至此,即谓“风依于木,木郁则化风”。从木郁到风动的变化非一日之寒,叶天士<sup>[2]</sup>以泻木安土法治某“黎明肠鸣泄泻,烦心必目刺痛流泪”是木火生风、肝实脾虚;用理胃制肝法治某“腹鸣晨泄,巅眩脘痹”是木土皆损、肝风振动,则较前案更进一层。久病失治误治,中土虚,厥阳亢,气血虚而阴阳乱则寒热生、肝风动,其治疗则需补虚熄风、平调寒热,如养芝兰,久久调治,以平为期。总之,五更泻与厥阴关系密切,临证辨治须当条析诸症、合参四诊,方能见病之源,伏其所因。

### [参考文献]

- [1] 赵文魁,赵绍琴.文魁脉学与临证医案[M].北京:学苑出版社,2015:172.
- [2] 叶天士.临证指南医案[M].北京:人民卫生出版社,2006:304-308.
- [3] 张聿青.张聿青医案[M].北京:人民卫生出版社,2006:288.
- [4] 林佩琴.类证治裁[M].北京:人民卫生出版社,1988:157-158.
- [5] 王清任.医林改错[M].北京:人民军医出版社,2007:69.

(责任编辑:冯天保,郑锋玲)