

# 调气和血法治疗痛泻

宫爱民<sup>1</sup>, 桑希生<sup>2</sup>, 王艺勤<sup>1</sup>

(1. 上海中医药大学, 上海 201203 2 黑龙江中医药大学, 黑龙江 哈尔滨 150040)

**摘要:** 痛泻之因机, 综观古今医书转载及教材所述, 大多归于食积胃肠及肝脾失调, 治则多以调整脏腑为主。而气血失调实为病机关键, 调气和血法为治法总纲。阐明痛泻关键在于气血失调的机理, 论证调气和血法是治疗痛泻的大法, 引用总结古代医家及现代临床报道, 结合临床实际以调气和血法为基本法, 以当归芍药散为代表方, 分述痛泻各型的病机演化, 治疗大法及方药加减。

**关键词:** 痛泻; 调气和血; 当归芍药散

**中图分类号:** R256.34

**文献标识码:** A

**文章编号:** 1673-7717(2007)10-2161-03

痛泻即腹痛而泻, 痛一阵, 泻一阵的症状。对其因机证治的认识多局限于脏腑的功能失常, 阐述多以脾虚湿盛为中心, 然而包括痛泻在内的诸多疾病中, 脏腑经络等异常, 常在不同时期、不同层次、不同程度上影响到气血的和调通畅而引发疾病。《本草衍义总叙》“夫人之生以气血为本, 人之病, 未有不先伤其气血。”临床当重视调气和血法在治疗痛泻中的关键作用。

## 1 痛泻病因病机的传统记载及现代认识

本病之名首见于《苍生司命》虞花溪在诠释白术芍药散组方时指出“泻责之于脾, 痛责之于肝, 肝责之于实, 脾责之于虚, 脾虚肝实, 故令痛泻”。《医方考》亦有相同记载。对于痛泻成因, 向来责之于食积胃肠和肝脾失调两方面。如: 明·龚廷贤, 《万病回春·卷五》腹痛而泻, 泻后痛减, 食积也。《张氏医通》也有类似记载。《中医症状鉴别诊断》更明确指出“腹痛作泻, 但一为宿食积滞, 一为土虚木乘作泻。”历代医家及中医教材也多从其说。但从现代临床报道、实际观察、及内科教材泄泻分型所列症状看, 凡泄泻之病, 诸如湿热泄泻、寒湿泄泻、甚至脾肾阳虚泄泻, 也可出现痛泻。并非限于食积胃肠和肝脾失调两方面。因为无论寒湿湿热之实泻, 还是脾肾阳虚之虚泻, 均可导致肠道阻滞, 气机升降失常而出现欲便先痛, 痛则泻下这一症状。

秦伯未先生在《中医临症备要》中写道: “腹痛肠鸣, 痛一阵, 泻一阵, 肛门灼热, 小便赤涩, 似痢疾而无里急后重, 称为火泻, 用大分清饮。”这说明“火泻”也可以出现痛泻, 从所选方剂大分清饮的疗效来看, 既无消食导滞, 也无疏肝作用, 可见这里所描述之痛泻既不是食滞胃肠也不是肝脾失调。痛泻并非只此二者。

## 2 探讨痛泻在于气血失调的机理

痛泻一证无论何种原因引起, 或感受外邪, 或情志异常引起肝气乘脾, 或饮食伤于肠胃、甚至脾肾阳虚等, 无论急性发作或慢性发作, 但其结果、其病机演变, 都是影响气血

和调, 造成气血失和, 不能发挥正常应有之功能。《素问·至真要大论》曰: “气血正平, 长有天命。”“正平”, 平正平和。“天命”, 天年, 即人的正常寿命。气血平和之人可保其正常的寿命, 中医理论自古就十分强调气血调和, 无论治病还是养生, 都以恢复和保持气血平和以确保天命为目的。

2.1 气血和调是肠道正常转输的生理基础 气血是构成机体的物质基础, 是人体生命活动的动力源泉, 人之一身皆受气血之循行, 内至脏腑, 外达经络肢体, 气主温煦, 血为濡润, 气由血载, 血由气运, 两者共同调节, 以维持人体阴阳平衡, 这是气血的正常生理功能, 气血流畅与平衡是人体健康的基本条件, 是治病中的必要环节, 又是施治中的重要依据。气血和调流畅也是肠道正常转输的生理基础, 肠为六腑之一, 六腑以通为用, 以降为顺。肠腑位于腹中, 腹部乃肝脾所主, 脾为气机升降之枢, 肝藏血以血为本, 故肠腑与血气关系密切, 只有肠腑气血流畅, 才能发挥其转输功能, 反之则导致转输无权, 通降失职。

2.2 引起血气不和的因素及相互关系 气血偏虚与偏实是引起气血不和的一个重要因素, 而气血偏虚偏实又是升降失常的重要病理因素。气血无论偏虚偏实, 均可导致气机当升不升当降不降, 而气机升降失常是血气不和的另一重要因素, 人体气机该降不降、该升不升, 气机紊乱升降之机紊乱, 同样可引起血气不和, 而依不同部位表现不同证候: 若于肠道, 气血虚实一方面直接引起肠道气血不和而致痛泻, 痛不通, 气血壅; 另一方面, 又使肠道气机升降失常, 进而导致气血不调、气水不调清浊相混, 后者进一步加重肠道气机壅滞, 而致痛泻。

人之生理现象病理变化均以气血为物质基础, 气血乃脏腑功能之产物, 脏腑功能异常必然会影响气血生成运行, 而致气机紊乱气血失和导致变证百出, 张景岳曾言: “凡病之为虚为实, 为热为寒, 至其变态, 莫可名状, 欲求其本, 则正一气字足以尽之, 盖气有不调之处, 即病本所在之处也。”明确指出气为百病之源, 血的正常运行, 除了在气的推动下正常循行外, 各脏腑的协调运动也很重要: 如肝藏血气, 脾统血, 心主血脉, 肺朝百脉, 任何一脏功能失调, 都可致气血运行异常致病, 气血行于周身上下, 营养周身, 同时

收稿日期: 2007-04-14

作者简介: 宫爱民(1975-), 男, 黑龙江哈尔滨人, 主治医师, 博士研究生, 研究方向: 心脑血管疾病的中西医结合治疗。

因其分布之广,故易受各种原因影响而致病。“气行脉外,血行脉内,昼行阳二十五度,夜行阴二十五度,此平人之造化。得寒则迟而不及,行热则行速而太过,内伤于七情,外伤于六气,则血气之运或迟或速,而病作矣。”(见格致余论)

2.3 调和血气是治痛泻关键 痛泻发生从部位论虽于肠腑密不可分,但胃肠乃多气多血之腑,气血流畅是胃肠功能正常与否的基础,因气血循行,易受多种原因影响而致病,故痛泻无论虚实寒热,究其因机关键,同样不离血气不和,气血和调则邪外御,病则无由入其脏腑,反之其失和则诸邪辐辏,百病丛集。《素问·调节经论》云:“血气不和,百病乃变化而生。”故在治疗痛泻过程中,若只单纯针对病因、针对脏腑治疗,而不知深查该疾病的演变过程,不知调和气血,则病很难治愈,或迁延反复不止。“治病之要诀,在于明白血气”。(清·王清任《医林改错·气血和脉说》)即所谓治病当求其本,气血是脏腑乃至机体整个功能活动的物质基础,只有基础稳固,则脏腑及机体功能才能正常发挥,所以治疗本证也当从基础入手:调气和血,使气血畅达,通则不痛。

泄泻之发生发展,常先有脾虚、气血不足之征候,而后受寒湿,湿热肝郁等内外因素所扰而致脾不运湿,湿邪停留,气因之而滞血因之而不和,又因体质之差异,或湿从寒化脾肾阳虚也起寒性痛泻,无论寒热虚实、还是六气七情、脏腑异常所致之痛泻,其泻或偏虚或偏实,但总不离肠腑血气失调,而痛泻发生后,又会进一步损伤气血,扰乱气机,使气血偏实更甚,气血和调之机更遭破坏。脏腑功能失衡,最终而致肠道气机升降失常,肠中乃至全身气血不和,后者进一步导致肠道积滞、气机不畅、升降失常,而使痛泻复杂难辨。本证辨法及治疗关键在于掌握病机,透过病机建立大法,若治不得法,则痛泻加重或久治不愈,故治疗本证当先求其本。应以“谨守病机,各司其属,有者求之,无者求之,虚者责之,盛者责之,必先五脏,疏其气血,令其调达,而致和平”。见《素问·至真要大论》再根据原发脏腑异常及具体情况,兼调其它:若脾肾虚衰气血偏衰,气虚无力推血,无以化血,应以调气和血兼温肾健脾,若寒湿、湿热、食积、所致气血偏实,气血壅滞不通,应以调气和血为主、兼祛寒清热消食,若情志不畅、气机升降失常,致使血气不和,应以调气和血兼疏肝和脾。

### 3 调气和血代表方当归芍药散对痛泻的应用

“调气”总括起来大致可包括:补气法、升气法、纳气法、固气法、疏气法、宣气法、降气法、行气法、破气法、镇气法。“和血”:即养血活血。当归芍药散见于《金匮·妇人三篇》,妊娠腹痛及杂病腹痛两处。本方药物大致分两类:当归、川芎、白芍,调气和血,茯苓、白术、泽泻健脾利湿,实为调气和血之代表方。同时也是仲景活血利水法之代表方。对血病及水之水肿,对气血失调的临床诸多病证效果显著。方中重用白芍,取生白芍为君,调气和血,缓急止痛,利湿止泻,作用比较广泛。《滇南本草》“泻脾热,止腹痛,止水泻,收肝气逆痛,调养心肝脾经血,舒经降气止肝气痛。”《本草纲目》《本草正》《药性论》及《神农本草经》等

名著都有类似记载。其它五味药辅助君药,共同调气和血,实为治痛泻之最佳方剂。

前人治痛泻多以疏肝健脾之代表方——痛泻要方为主加减。方以白术为君,补脾燥湿,白芍为臣柔肝缓急止痛,防风散肝疏脾。本方虽言痛泻要方,但肝郁脾虚之病机并未贯穿于各型痛泻,本方所代表的病型也仅限于肝郁乘脾这一阶段。就整体而言,气血病变是脏腑病变的整体反映,所以从调治气血的角度出发,就可调治各个脏腑的具体病症,气血为纲,脏腑为目,这是一种异中求同的有效治疗措施,疏肝健脾之痛泻药方只针对痛泻之“异”而未求其“同”,若求其同,唯调气和血《素问·三部九候论》“必先度其形之肥瘦,以调其气之虚实,实则泻之,虚则补之,必先去其血脉而和调之,无问其病,以平为期”,所谓“以平为期”,即通过调节气血,使之处于动态平衡状态,进而作用于脏腑组织,使之恢复平衡协调关系,从而恢复“平人”状态。当归芍药散调气和血健脾利湿,通过调节肠道气血,使之通畅而达到恢复肠道转输通降之职。故痛泻治疗大法当以调气和血而非疏肝健脾,代表方应以当归芍药散,凡属气血不和之痛泻均可用当归芍药散方加减治之。

### 4 痛泻常见辨证施治

兹将痛泻一证据因机及所属脏腑偏重不同,分为以下几种:各型均以当归芍药散为主,且重用生白芍 30~40g 左右,余药随症加减。

4.1 肝郁犯脾型 本型痛泻常有情绪紧张、精神刺激等诱因,使大肠气机升降失常,气血壅滞肠道,故泻前常有肠鸣腹痛,若平素气血亏虚,泻后更伤气血,故泻后腹痛不减,或加重,可兼见食少,面黄倦怠,舌淡苔白,若气血伤及不甚,则泻后气机通畅,腹痛或可减轻。治宜调气和血兼疏肝健脾方用当归芍药散合痛泻要方加减。生白芍 30~40g 当归 15g 川芎 15g 茯苓 15g 白术 15g 泽泻 15g 防风 10~15g 陈皮 10~15g。

4.2 食积胃脘型 特点脘腹撑胀,痛甚而泻,泻后腹痛减轻,少顷复又痛泻,泻下清稀臭如败卵。由饮食积滞气机,津运化失常,泻后积去,疼痛可稍减。因气机未畅,气不流转,积滞复成,痛泻再作。治宜调气和血消食化积,气通胃降正安,痛泻自止。方以当归芍药散合保和丸加减。生白芍 30~40g 当归 15g 川芎 15g 茯苓 15g 白术 15g 泽泻 15g 神曲 10~15g 山楂 10~15g 半夏 10~15g 陈皮 10~15g 连翘 10~30g。

4.3 湿热蕴结型 常泻前腹内肠鸣作痛,腹痛即泻,泻下急迫,肛门灼热,大便黄褐,如水或夹黏液,味腥秽,泻后仍觉坠痛后重,涩滞不爽。证由湿热交阻,升降失常,传导失司,清浊不分。治宜调气和血清热利湿,方选当归芍药散合葛根芩连汤。生白芍 30~40g 当归 15g 川芎 15g 茯苓 15g 白术 15g 泽泻 15g 葛根 10~20g 黄芩 10~20g 甘草 10g。

4.4 肾阳虚衰型 常见久泻迁延,黎明前脐周疼痛难忍,肠鸣作泻,泻下暴迫如注,反复洞泻二、三次后腹痛缓解,大便清纯如水或见完谷不化。证由肾阳不足,气血亏虚,肠中血气失调。治宜调气治血温补脾肾,方以当归芍药散合四神丸。生白芍 30~40g 当归 15g 川芎 15g 茯苓 15g 白术 15g 泽泻 15g 补骨脂 10~15g 肉豆蔻 10~15g 五味子 10~15g 吴茱萸 10~15g。

# 急性脑梗塞辨证分型与血脂及神经功能缺损的关系研究

林心君<sup>1</sup>, 梁 晖<sup>2</sup>

(1 福建中医学院中西医结合系, 福建 福州 350003; 2 福建省人民医院, 福建 福州 350003)

**摘 要:**目的: 通过观测急性脑梗塞患者的临床神经功能缺损积分值、甘油三酯(TG)、胆固醇(TC)、低密度脂蛋白(LDL-C)载脂蛋白 A1(ApoA1)、载脂蛋白 B(ApoB)、ApoB/ApoA1 的变化, 探讨急性脑梗塞辨证分型与血脂及临床神经功能缺损的关系。方法: 收集符合要求的病例 104 例, 根据中经络证型分为 5 组。入院当时按照“脑卒中临床神经功能缺损程度评分标准”评分。于入院次日清晨空腹采集肘静脉血, 检测其血清 TC、TG、LDL-C、ApoA1、ApoB、ApoB/ApoA1。结果: (1) 各证类组的神经功能缺损积分以痰热腑实组最高, 气虚血瘀组最低。两组比较差异显著 ( $P < 0.05$ )。 (2) 各证类组的血脂水平以风痰瘀阻组最高, 其与其他各证类组比较差异显著 ( $P < 0.05$ )。 (3) 各证类组的载脂蛋白比较, 风痰瘀阻组 ApoA1 水平最低, ApoB 及 ApoB/ApoA1 水平最高, 风痰瘀阻组与其余各组比较差异显著 ( $P < 0.05$ )。 (4) 神经功能缺损程度评分与血脂水平仅低度相关 ( $r < 0.40$ )。结论: (1) 中风急性期以标实症状突出, 阳明实热是该病的加剧因素。 (2) 血脂水平与急性脑梗塞中医证型关系密切, 可为脑梗塞急性期证候分类提供客观量度, 但能否反映中风病患者的病情及脑实质损害严重程度还有待于进一步研究。

**关键词:** 中风; 辨证分型; 神经病学检查; 血脂

**中图分类号:** R255.2

**文献标识码:** A

**文章编号:** 1673-7717(2007)10-2163-03

急性脑血管疾病为临床常见的危重症之一, 流行病学资料显示, 在我国构成死亡原因的重大疾病第一位就是脑血管疾病<sup>[1]</sup>。本研究通过观测急性脑梗塞患者的临床神经功能缺损积分值、血清三酰甘油(TG)、胆固醇(TC)、低密度脂蛋白(LDL-C)载脂蛋白 A1、B(ApoA1、ApoB)、ApoB/ApoA1 的变化, 探讨急性脑梗塞证型与临床神经功能缺损评分、血脂 3 个方面多指标的关系, 使现代检测指标与中风辨证达到有机结合, 深层次认识中风发病的内在规律与本质, 以便更好地指导临床辨证治疗。

## 1 资料与方法

### 1.1 诊断标准 西医诊断标准: 1995 年全国第四届脑血

15g 泽泻 15g 故纸 10~20g 吴茱萸 10~20g 肉蔻 10~20g 五味子 10~15g

4.5 痼冷积肠型 常欲便先由腹痛, 泻下赤白, 便后痛减, 寒性收引, 阻滞气血正常运行, 不通则痛。病人常驻连年腹痛腹泻, 休作无时, 下利赤白不止。若单纯温补脾阳, 虽能祛里寒, 但积滞难去, 一味攻下, 则徒伤中阳, 痼冷积滞更重, 故调气和血仍是本证治法关键。治宜调气和血温脾行积方以当归芍药散合《本事方》温脾汤加减。本型在调气和血为主的同时, 应注意温阳与消积药物的比例。生白芍 30~40g 当归 15g 川芎 15g 茯苓 15g 白术 15g 泽泻 15g 附子 10g 干姜 10g 肉桂 10g 厚朴 10g 大黄 10~15g 甘草 5~10g

## 5 结 语

以上对调气和血法治疗痛泻作了粗浅的讨论, 采集众

管病学术会议通过的《各类脑血管病诊断要点》关于脑梗塞的诊断标准<sup>[2]</sup>。中医诊断标准: 1994 年国家中医药管理局发布的《中风病证诊断疗效标准》中的中风病中经络的诊断标准。各型共有的症状: 半身不遂, 口舌歪斜, 舌强语蹇或失语, 偏身麻木。各型诊断标准如下: (1) 肝阳暴亢: 眩晕头痛, 面红目赤, 口苦咽干, 心烦易怒, 尿赤便干, 舌质红或红绛, 舌苔黄, 脉弦有力。 (2) 风痰瘀阻: 头晕目眩, 舌质黯淡, 舌苔薄白或白腻, 脉弦滑。 (3) 痰热腑实: 腹胀便干, 头晕目眩, 咯痰或多痰, 舌质黯红, 舌苔黄或黄腻, 脉弦滑或偏瘫侧弦滑而大。 (4) 气虚血瘀: 面色淡白, 气短乏力, 口流涎, 自汗出, 心悸便溏, 手足肿胀, 舌质黯淡, 舌苔薄

家所述, 然才疏学浅, 未尽全貌。总言之, 痛泻无非肠道积滞, 气机升降失常, 肠道气血运行阻滞, 或脾肾虚寒、气虚血衰, 虽兼脏腑变证, 但究其根源仍在气血, 《丹溪心法·六郁》“气血冲和, 万病不生, 一有怫郁, 诸病生焉。”只有气血和调, 脏腑才有正常发挥功能的物质基础, 气血和则为正气, 不和则为邪气。气血属八纲范畴, 所谓纲举目张, 只有抓住病机总纲, 才有可能详查诸证, 潜方用药才不致偏颇。

古代医家创造保存了诸多珍贵的史料, 任由后人研索、发掘其蕴藏深处的内涵, 并从中获取灵感, 启迪心智, 从而为临床治疗提出新的思路、求得新的创造。调气和血一法, 作为治病总纲, 不仅适用于痛泻一证, 只要将之与其他治法融会贯通, 对临床诸多疑难杂证施治将有新的突破。

## 参考文献

- [1] 刘家义. 关于泄泻几个问题的探讨 [J]. 山东中医杂志, 2002 (6): 21
- [2] 阎兆君. 痛泻证治辨析 [J]. 山东中医药大学学报, 1997 (7): 21

收稿日期: 2007-05-13

作者简介: 林心君 (1979-), 女, 福建福州人, 助教, 硕士, 研究方向: 脑血管病。