

引用:徐梦杭,郭芮,莫敏,曾晶,李定祥.李定祥运用“利小便实大便”法治疗功能性腹泻经验[J].湖南中医杂志,2021,37(4):27-29.

# 李定祥运用“利小便实大便”法 治疗功能性腹泻经验

徐梦杭,郭芮,莫敏,曾晶,李定祥

(湖南中医药大学,湖南长沙,410208)

**[摘要]** 介绍李定祥教授运用“利小便实大便”法治疗功能性腹泻的经验。李教授认为湿邪是功能性腹泻的主要病理因素,论治本病时重视小肠泌别清浊的功能,临床常用“利小便实大便”法,用药以淡渗利湿为主,兼顾脾胃;配合风药升清,寓升于降;同时滋敛肺肾,寓补于泻;以中病即止为原则,以利止为度;取得了良好疗效。并附验案1则以资佐证。

**[关键词]** 利小便实大便;功能性腹泻;名医经验;李定祥

**[中图分类号]** R259.746.2 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.04.009

功能性腹泻是消化内科常见的疾病,患者以排便为松散粪或水样粪,且不伴有明显的腹痛或腹胀不适为主要临床表现<sup>[1]</sup>。有研究表明,我国功能性腹泻发病率为1.54%,在亚洲处于较高水平,严重影响患者的生活质量<sup>[2]</sup>。本病发病机制尚未明确,可能与肠道微生物紊乱、内脏高敏感性、胃肠动力异常等因素相关。西医缺乏特异性治疗,多予以调节肠道菌群、止泻等对症治疗,但易反复发作。功能性腹泻属中医学“泄泻”范畴,中医药治疗本病具有显著改善临床症状、降低复发率的优势<sup>[3]</sup>。

李定祥教授为脾胃病科副主任医师,中医基础理论扎实,临床经验丰富,对功能性胃肠病的治疗颇有心得。其认为,湿邪是本病主要病理因素,“湿胜则濡泻”“无湿不成泻”,而小肠泌别清浊是水液代谢的重要途径,“利小便实大便”法是常用的祛湿手段,应用“利小便实大便”法治疗功能性腹泻,可使湿邪无所处,正气无所伤。现将其经验介绍如下。

## 1 理论基础

1.1 湿邪是主要病理因素 “湿盛则濡泻”,《内经》首次提出湿邪是泄泻的致病因素,是泻病之总纲。《临证指南医案·泄泻》云:“飧泄之完谷不化,湿兼风也;溏泄之肠垢污积,湿兼热也;鹜溏之澄清

溺白,湿兼寒也;濡泄之身重软弱,湿自胜也;滑泄之久下不能禁固,湿胜气脱也。”五泄均由湿邪而起,可见湿邪与泄泻关系密切。湿邪又可分为内湿与外湿。脾主运化,若脾气不足,运化失常,则湿从内盛,流著胃肠可引起腹泻。《医方考·泄泻门》载:“脾胃者,土也,土虚则不能四布津液,水谷常留于胃而生湿矣……故知水泻之疾,原于湿也”,即是强调脾土不足以运化水湿则发为泄泻。外湿客于胃肠亦可发为本病,《秘传证治要诀及类方》载:“湿邪由坐卧湿处,以致湿气伤脾,土不克水,梅雨阴久,多有此病。”每于长夏时节,腹泻患者都有所增多或症状有所加重,多是受外湿侵扰所致。久泻未必纯虚无实,临床不乏因虚致实之证,唯有“湿邪”之起因贯穿本病始终,正如《杂病源流犀烛·泄泻源流》所言:“是泄虽有风寒热虚之不同,要未有不源于湿者也。”

1.2 “利小便实大便”是首要治法 《素问·五脏别论》云:“六腑者,传化物而不藏,故实而不能满也”,强调六腑功能以传化为主,需保持畅通无阻,六腑应以通为顺,不通则病于“满”。因此李教授认为,湿邪客于肠道、传导失司的泄泻,应当以通利为主要治法。又因湿为阴邪,易趋下行,下先受邪,《素问·阴阳应象大论》云:“其下者,引而竭之”,故

第一作者:徐梦杭,女,2018级硕士研究生,研究方向:中医内科学(脾胃病方向)

通讯作者:李定祥,男,中医学博士,副主任医师,硕士研究生导师,研究方向:中医药防治消化系统疾病, E-mail: lwzy068@163.com

以通利下行之法引湿邪外出,既顺应小肠生理特性,又与《内经》治则相合。“利小便实大便”法基于“小肠主液”理论,认为小肠在吸收水谷精微的同时也吸收了大量的水液,借此以泌别清浊、调节津液,成为水液代谢的重要环节。《类经·脏象类》曰:“小肠居胃之下,受盛胃中水谷而分清浊,水液由此渗于前,糟粕由此而归于后。”小肠泌别清浊功能正常时,津液与糟粕各循其道,多余的水分经小肠渗入膀胱转化为尿液,糟粕下行成为粪便。当泌别清浊功能失调时,生理之津液即成为病理之湿邪,湿浊内生,表现在肺肾则为水肿,表现在胃肠则为泄泻。通过通利小便恢复小肠泌别清浊的功能,祛湿邪外出,邪去则泄泻自止,“分其清浊,则便自坚”,诚如《景岳全书·泄泻》所言:“泻泻不利小水,非其治也。”基于此,李教授认为“利小便实大便”是治疗功能性腹泻的首要治法。

## 2 用药特色

**2.1 淡渗利湿,兼顾脾胃** 《素问·至真要大论》云:“湿淫所胜,平以苦热,佐以酸辛,以苦燥之,以淡泄之。”淡渗法源于《内经》,后王冰注解:“泄,谓渗泄,以利水道下小便为法。治湿之病,不下小便,非其治也”,指出淡渗法在湿病治疗中的重要地位。王冰强调“湿气在下者,以淡渗之”,实际是在强调因势利导的治疗方法,凡湿邪在下者,均为此法的适应证。功能性腹泻患者多因肠道传导失司,清浊不分,水谷并下所致。水停肠间,患者常表现为腹中肠鸣,沥沥有声。李教授认为,淡渗类药物是泻肠中水湿之上品,一则性味平和,无明显寒热偏颇之性,组方灵活,与寒凉药物相配可祛湿热,与温热类药物相配则燥寒湿,适应证广泛。二则本品多兼具补益脾胃之功效,正如李时珍所言:“甘淡之味,先入于胃”。久泻久利必兼有疲乏无力、体倦脉弱等脾胃虚弱的表现,李教授认为胃气的充盛与否与功能性腹泻患者的预后息息相关,因此临证时亦十分重视淡渗类药物健运脾胃的功效。

淡渗类药物中李教授又尤擅用茯苓、薏苡仁,认为此二味为补利兼优之品。《药品化义》曰:“白茯苓,味独甘淡,甘则能补,淡则能渗……故小便多而能止,涩而能利。”《汤液本草》谓:“茯苓虽利小便而不走气。”李教授指出,茯苓需较大剂量方能行利

水健脾之功,常用量为20~50g。功能性腹泻患者中不乏因情绪焦虑而夜间难以入睡者,此时李教授则用茯神代茯苓,取宁心安神之意,正如《本草衍义》曰:“茯苓、茯神行水之功多,益心脾不可阙也”。薏苡仁更是攻补两擅其功,《本草经疏》谓之:“薏苡仁性燥能除湿,味甘能入脾补脾,兼淡能渗泄……利肠胃,消水肿,令人能食。”李教授认为薏苡仁本是药食同源之品,针对病久口淡纳差者可获奇效,不易发生因味苦而拒药呕吐的情况,用量多为30~60g。

**2.2 风药升清,寓升于降** “清气在下,则生飧泻”,李教授认为功能性腹泻患者久泻不止,升提无力,若不及时干预难免清阳下陷、下利不止而成恶性循环,因此喜用风药,取“风升生”之意。李杲曰:“用淡渗之剂,病虽即已,是降之又降,是益其阴而重竭其阳,是阳愈削而精神愈短矣,是阴重强而阳重衰,反助其邪也。故必用升阳风药……得阳气升腾而去矣。”患者脾虚气陷是其一降,医者使用淡渗通利法是其复降,功能性腹泻患者虽非纯虚无实,也不可降利过度,需借风药助胃中清阳之气升发。其次“风亦胜湿”,风性升散,轻扬开泄,将黏滞重浊之湿邪宣泄而走,助淡渗君药祛湿邪外出。李教授认为,淡渗剂与风药相合,一升一降,既不使通利太过以致病情反复,又可助君药燥湿祛邪。

李教授认为柴胡、葛根是风药中最擅理脾胃者。柴胡一味既能轻清升散,又可疏泄导滞,升举清阳而补正虚,味苦通降而泻邪实,与脾升胃降的生理特性恰恰相合。徐大椿谓:“柴胡气味轻清疏达,而后邪能透土以出,为肠胃之药也”,振举清阳与除水饮积滞并行,邪去则正复。李教授指出,柴胡用量宜轻,6~9g即可,以助升浮之力,肝郁症状明显的患者可酌情加量。葛根具有升阳止泻之功效。李杲谓:“其气轻浮,鼓舞胃气上行,治脾胃虚弱泄泻圣药也。”《本草正义》曰:“葛根,气味皆薄,最能升发脾胃清阳之气。”葛根生用以升阳,兼有生津止渴之用,对于久泻伤阴者更加适宜。

**2.3 滋敛肺肾,寓补于泻** 淡渗之品与风药相合,燥湿之力倍增,伤津之力亦倍增,为防出现津脱亡阴的危象,先发制(治)病是重要手段。李教授精研古方,认为六味地黄丸“三补三泻”法尤为精妙,熟地黄、山茱萸、山药三药配合,肾肝脾三阴并补,泽

泻泻肾浊、茯苓渗脾湿、牡丹皮泻肝火,使全方滋补而不留邪,降泄不伤正。李教授受此启发,认为泻浊与滋阴可以并行,一方面泻病理之湿浊,一方面滋生理之阴津,非但不会阻碍气机,反有增效之功。功能性腹泻患者久泻久利,病由湿邪黏滞缠绵,但又难免有伤阴之虞,泻湿浊的同时还需注重顾护五脏阴津。李教授认为五脏中尤需重肺阴及肾阴。肺为水之上源,有通调水道的功能,诸脏均借肺脏布散精微,若上源干涸,则下流必然枯竭,尿液生成无源,此时用利小便法无疑是愈利愈伤。且肺为娇脏,性喜柔润,又与大肠互为表里,阴虚津亏则极易累及肺脏变生他病。

肾为五脏阴阳之本,肾阴为一身阴气之本,《景岳全书·命门余义》曰:“命门为元气之根,为水火之宅,五脏之阴气非此不能滋”,肾与其他四脏始终存在相互资助、相互为用的关系,滋肾阴即为滋一身之阴。因此,李教授所拟方剂中多配以五味子、菟丝子等滋补收敛肺肾之阴的药物。五味子入肺肾经,“入肺有生津济源之益,入肾有固精养髓之功”,可敛肺肾之阴津,又因其性温味酸,兼顾涩肠止泻功效。李教授指出,五味子是敛阴止泻之佳品,但用量宜小,3~6 g为宜,过用则有留邪的弊端。菟丝子有补肾益精之功,补而不滞,守而能走,不至于滋腻碍胃。《本草正义》曰:“菟丝为养阴通络之上品,其味微辛,则阴中有阳,守而能走,与其他滋阴诸药之偏于腻者绝异。”《本草汇言》赞菟丝子“湿可以燥,燥可以润”,应用于功能性腹泻患者,既泻湿浊又益肾阴。

2.4 中病即止,利止为度 《景岳全书》中提出多条利小便的禁忌:“阴不足者不可利,脉证多寒者不可利,形虚气弱者不可利,口干非渴而不喜冷者不可利。”利小便实大便法属于通利下法,不但有诸多禁忌,也理当遵循中病即止的原则。疾病是正邪相争的过程,祛邪的同时亦会伤正,湿邪一旦有衰退之势则应当更换治法,鼓舞人体自身正气抗邪外出,以免伤正留邪。李教授认为,下利症状缓解,即可停止使用“利小便实大便”法。

### 3 典型病案

患者,男,43岁。主诉:反复腹泻3年余。患者每天解水样便或溏便3~4次,曾于当地医院就诊,完善粪常规及肠镜检查,未见明显异常,服结肠宁、黄连素等药物均未见好

转。刻下症见:每天解黄色稀水样便3~4次,未见血液或未消化食物,腹痛不显,偶有腹胀,腹中沥沥有声,食欲欠佳,进食辛辣刺激食物后症状加重,头晕昏蒙,口中黏腻、异味重,小便可。舌质淡红、苔白厚腻,边有齿痕,脉弦滑。西医诊断:功能性腹泻。中医诊断:泄泻,水饮内停证。采用五苓散加减治疗。处方:茯苓20 g,白术15 g,薏苡仁30 g,泽泻10 g,桂枝5 g,葛根30 g,柴胡6 g,砂仁6 g,五味子6 g,菟丝子10 g。3剂,每天1剂,水煎,早晚分服。3 d后复诊,患者自诉腹泻基本缓解,大便成形,小便通利,遂更改方剂巩固疗效,嘱患者清淡饮食。

**按语:**患者病程3年,因小肠清浊不分,传导失司,水湿内蕴而泻,水饮内停则可闻及腹中肠鸣、沥沥有声,口中黏腻,苔白厚腻等均为内盛的表现,遂予以“利小便实大便”之代表方剂五苓散加减治疗。方本应以泽泻为君,而李教授认为泽泻甘寒,不若茯苓甘淡平兼具健脾胃之功,故改君药为茯苓、白术、薏苡仁,茯苓、白术均为健脾除湿利水之圣药,攻补两擅其功;薏苡仁则“最善利水,不至损耗真阴之气,凡湿盛在下身者,最宜用之。”臣以泽泻、桂枝,泽泻其功尤长于行水,助君药泻湿浊,推陈致新;桂枝助君药温阳化气,协渗利君药布津行水。葛根、柴胡均为风药中擅理脾胃者,可鼓舞胃气上升,又不致泻利太过,犯“降之又降”的错误,同时可助君药胜湿,寓升于降。患者偶有腹胀,考虑为湿困中下焦,气机不畅所致,故加砂仁6 g以行气除胀,又有芳香醒脾之功。五味子敛肺肾阴津,又能酸收固涩止泻;菟丝子补肾益精,补而不守,不致滋腻碍胃,寓补于泻中。全方共奏渗湿止泻之功。

### 4 小结

李定祥教授应用“利小便实大便”法治疗功能性腹泻,强调淡渗利湿为主,同时注重风药及滋阴药物的配伍,以中病即止为原则,规避了该法可能存在的利复伤气、阴亏津伤的弊端,使其临床应用范围更加广泛,可供临床借鉴。

### 参考文献

- [1] 方秀才. 罗马IV功能性肠病诊断标准的修改对我国的影响[J]. 胃肠病学和肝病杂志,2017,26(5):481-483.
- [2] 李岩. 功能性腹泻与肠道菌群失调[J]. 中国实用内科杂志,2016,36(9):744-746.
- [3] 魏玮,尹璐,刘力,等. 消化系统常见病功能性腹泻中医诊疗指南(基层医生版)[J]. 中华中医药杂志,2020,35(3):1360-1364.

25 g、生姜 9 g、金银花 20 g、去冬凌草,加芦根 18 g、丹参 15 g、桑枝 15 g、徐长卿 6 g,14 剂。三诊:诉已无发热,乏力改善,无身痛,已于 1 周前停用布诺芬,左上肢活动度较前好转,左肩背肩胛处肿痛减轻,稍口苦。予以桃红四物合温胆汤加减治疗,处方:当归 9 g,白芍 12 g,川芎 6 g,红花 6 g,法半夏 8 g,茯苓 10 g,橘红 8 g,枳壳 9 g,竹茹 12 g,延胡索 15 g,徐长卿 8 g,重楼 6 g,防风 9 g,葛根 20 g,荆芥 10 g,甘草 5 g。14 剂。因患者肿痛已不显,稍纳差,后续以归芍六君加重楼、半边莲、白花蛇舌草、延胡索、豨莶草等健脾和胃、养血通络、解毒散结等,随访患者半年,未再发热,疼痛缓解,左肩肿大不显,生活基本正常。

**按语:**本患者以左肩胛处肿痛、发热为主诉就诊,虽无明显咳、喘、痰等肺系症状,但结合现代医学有关检查,肺部是原发病灶,作为病名诊断,可以中西合参,故病名诊断为“肺癌(并骨瘤),发热”;患者就诊时以发热及身痛为主诉,而以发热为急当先治,“有一分恶寒,便有一分表证”,患者寒热阵作、身痛,有太阳表证征象;而寒热并见、口干苦、脉弦则为少阳之候,乃太少合病;因患者肩胛肿痛久久不愈,口干苦,舌暗红,为热毒内郁所致,故辨证为“太少合病,邪毒内郁”。病、证、症已明,则治法可定,当治以祛风解表、和解少阳、清热解毒,方用小柴胡汤和解少阳为主,加用祛风解表、清热解毒之品。

从气候环境而言,患者就诊之时已届“小雪”节气,人体阳气开始收藏,表郁不解,发表和解之药宜重用,患者体质量偏轻(48 kg),用药量则略偏重(首诊柴胡用 24 g,防风、藁本各 10 g);冬季阳气易受损,故虽有热毒内郁,清解不宜过用苦寒,故选用金银花、芦根、鱼腥草等轻清平和之药(虽用了黄芩,乃小柴胡汤中的柴芩配伍,具有人参、生姜、大枣健脾益气 and 胃,不至伤阳)。

(上接第 26 页)

朱教授在治疗腹胀时,继承传统中医思维的同时,又不拘泥成方,灵活运用消、补、和三法,用药注重平和为上,时时以恢复脾胃健运为要务,兼顾疏肝、和胃,不仅疗效确切,而且为治疗提供了新思路、新方法,值得临床借鉴。

#### 参考文献

- [1] 中华中医药学会脾胃病分会. 消化系统常见病功能性腹胀中医诊疗指南(基层医生版)[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(9):4148-4154.
- [2] 高雪亮,杨倩,梁亚飞,等. 基于“脑-肠互动”探讨化浊解毒

从体质而言,患者为老年女性,虽表现为实邪证候,然老年人常气血不足,故攻邪衰其大半而止,热退痛缓,则以调养为主,祛邪次之;女性以阴血为本,需顾护阴血,结合病情,患者合并瘀血阻络,故有肿痛、舌暗红,后续以桃红四物汤合温胆汤加减、归芍六君子汤加减治之,均体现了老年患者当顾护正气,尤其是注重体质偏颇,顾护脾胃、气血的思路。

从病势而言,患者就诊时即见肩胛肿痛、发热,而原发病灶在肺,肿瘤已转移并引起全身反应,已属肿瘤晚期。患者邪毒内盛而正气已虚,攻邪而伤正,扶正则留邪,故就诊之初,当攻邪为主,同时护正(如用党参、大枣、甘草、山药健脾益肺)。另外,攻邪之中,除解太少之邪外,热毒内郁是肿痛发热的关键病机,也是病势发展的重要影响因子,必阻截其发展,故有黄芩、金银花、鱼腥草、芦根之用,在和解、发表同时,有逆转病势之功;后以扶正为主,却不忘祛邪(如用重楼、半边莲、白花蛇舌草以解毒散结),并用延胡索、豨莶草行气通络、止痛安神,改善症状和睡眠。另外,扶正之中补肺又健脾,也有喻未病先防、阻断病势发展之意。

本例按照多维辨证方法,先辨病、证、症,确定治疗大法和基本方药后,再结合气候、环境、体质、年龄、体质量、性别、病势等,综合分析、精准用药,灵活调整处方,治调结合,力争达到更好效果。

#### 参考文献

- [1] 马林. 浅析“症”、“证”和“病”[J]. 光明中医, 2008, 23(11): 1684-1685.
- [2] 邢玉瑞. 中医辨证思维之病势分析[J]. 陕西中医学院学报, 2010, 33(5): 1-2.

(收稿日期:2020-10-28)

方治疗溃疡性结肠炎的临床疗效及作用机制[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(5): 1158-1160.

- [3] 王银平. 根除幽门螺杆菌治疗对功能性消化不良的疗效观察[D]. 新乡:新乡医学院, 2019.
- [4] 刘文忠,谢勇,陆红,等. 第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J]. 中华内科杂志, 2017, 56(7): 532-545.
- [5] 聂文佳,徐帅师,张咏梅. 蒲公英有效成分及其药理作用研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(7): 140-145.
- [6] 田华,黄毓娟. 蒲公英多糖对幽门螺杆菌相关性胃炎大鼠胃黏膜炎症反应及 MAPK/ERK 通路的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(35): 3877-3880.

(收稿日期:2020-09-12)