

引用:张凌瑶,朱莹.朱莹基于血中伏火理论辨治功能性便秘经验[J].湖南中医杂志,2023,39(10):51-53,59.

朱莹基于血中伏火理论辨治功能性便秘经验

张凌瑶,朱莹

(湖南中医药大学第一附属医院,湖南长沙,410007)

[摘要] 介绍朱莹教授基于血中伏火理论治疗功能性便秘(FC)的经验。朱教授认为血中伏火为脾虚血少,继而气机失调、五脏失和,导致阴火内生;而FC病机本在脾胃虚弱,血亏肠燥,并与君相之火偏亢、肺失宣肃、肝失疏泄相关,与李东垣血中伏火理论契合。其治疗本病注重气机升降及津血盈亏,以甘缓益气、和血润肠为总则,重视升清降浊,斡旋气机,并灵活配合滋肾泻心、疏肝解郁等治法,疗效显著,体现了中医整体辨证、标本同治的思想。并附验案1则,以资佐证。

[关键词] 功能性便秘;血中伏火;脾虚;名医经验;朱莹

[中图分类号] R259.746.2 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.10.012

功能性便秘(functional constipation, FC)为排便次数减少、粪质干硬或排便伴有不尽感、肛门梗阻感的一种慢性疾病^[1]。流行病学调查显示,中国成年人FC总患病率为6%,且患病率随着年龄增长而升高^[2],现阶段我国人口老龄化程度不断加重,可以预见FC将为我国公共卫生事业造成更多负担。FC成因复杂,机制尚不明确,一般认为是结肠、直肠、肛管、盆底肌功能异常导致,与精神心理、个人生活习惯、饮食结构、年龄等多方面因素有关^[3]。西医治疗以口服泻剂、促胃肠动力药及微生物制剂为主,外科手术治疗尚具有局限性,目前争议较多^[4]。本病属中医学“秘结”“脾约”“大便难”等范畴,相关论述早在《内经》中就有记载,现代中医学认为FC基本病机为气机推动无力,津血不足,大肠传导失常^[1],通过中医整体辨证治疗本病有一定优势。

朱莹教授系湖南省名中医,全国第二批优秀中医临床人才,临证三十余年,擅从脾胃论治百病。朱教授认为FC病程长,可由情志不遂、饮食不节、劳损等因素反复诱发加重,患者多有脾胃虚弱的基础,并常夹杂心火偏亢、肾水不足、肝失疏泄、肺失宣肃等病机,在辨治上和李东垣血中伏火理论相契合。现将其运用血中伏火理论治疗FC的经验介绍如下。

1 血中伏火理论阐释

李东垣在多处论述中提到血中伏火理论为阴

火论的一部分。阴火为脾胃气虚基础上产生的病理之火,五脏六腑均可发生,多用以指代心火或下焦相火,还包括肝胆及局部气郁产生的郁火;在性质上多属虚或虚实夹杂,也可兼夹湿邪为病^[5]。《内外伤辨惑论·饮食劳倦论》载:“脾胃气虚,不能升浮,为阴火伤其生发之气,荣血大亏,荣气不营,阴火炽盛,是血中伏火日渐煎熬,气血日减”^[6],朱教授认为血中伏火产生的根源在脾胃虚弱,化源不足,机体津亏血少;继之而来的气机升降失常、五脏不和等病机又使阴火内生,阴火进一步影响荣血化生,陷入恶性循环。血中伏火持续为患,可导致心悸、失眠、便秘等多种病变。血中伏火区别于温病之热入营血或阴虚血热,是表述血少失于荣养、阴火暗耗营血的病理状态。《脾胃论》中针对血中伏火选择用“辛甘微温之剂,阳生则阴长”^[7]的治法,也可印证血中伏火并非血热这一观点。

2 从血中伏火理论分析FC的病机

2.1 脾胃虚弱为本,血亏肠燥为标 《兰室秘藏·大便结燥门》载:“若饥饱失节,劳役过度,损伤胃气,及食辛热味厚之物而助火邪,伏于血中,耗散真阴,津液亏少,故大便结燥”^[8]。大肠传导糟粕的功能一方面有赖于气机推动,另一方面需要津液濡养肠腑的肌肉筋膜。若脾胃虚弱,后天水谷不能充养肠腑,久而形成血中伏火之势,耗散津液,则致肠内燥结,大便艰涩难解。且脾胃为气机升降之枢,胃

第一作者:张凌瑶,女,2021级硕士研究生,研究方向:中医药防治脾胃病

通信作者:朱莹,女,主任医师,教授,博士研究生导师,研究方向:中医药防治脾胃病,E-mail:zhuying089@126.com

气通降与大肠传导密不可分,枢机不利则大肠传导无力,可致使质不甚干结但虚坐努责。糟粕久停于内又可阻碍肠腑气津血运行,浊气不下,郁而化火,进一步影响中焦运化,致腹胀、纳差,血中伏火日渐加深。由此可见中焦脾胃功能失调与本病发生发展密切相关,血中伏火为导致本病反复发作、迁延难愈的重要环节。

2.2 君相之火失调,水火不相既济 肠内津液盈亏除与脾胃运化功能有关,还受全身水液代谢状态的影响,如《医学正传·秘结》载:“饮食之火起于脾胃,淫欲之火起于命门,以致火盛水亏,津液不生,故传道失常,渐成结燥之证”^[9]。正常状态下的命门之火也称为相火,与上焦心所支配的君火互为制约,君火温煦下焦,制约肾水,助肾气化;肾水上滋于心,使心火不亢。君相之火安位,则水火既济,阴阳平衡。《脾胃论》中提到“脾胃气衰,元气不足,而心火独盛……火与元气不两立,一胜则一负。脾胃气虚则下流于肾,阴火得以乘其土位”^[7]。当脾胃元气不足,心失所养,致使心不主令,相火乘袭君位。心与小肠相表里,心移热于小肠,水液传输失常,致大肠失于濡润;心与大肠传导还通过“心主神明”的生理功能相联系,心神失养,继之而来的失眠、情志不遂也是FC的成因之一。若病程日久,肾精耗损,命门之火渐衰,阳虚阴结,此时便秘兼见腹冷喜温喜按、腰膝酸冷、小便清长,舌淡苔白、脉沉迟等症状。故欲从根本调节机体水液代谢,保障肠内津液充盈,应使君相之火各安其位。

2.3 逆气上千,肺失肃降 肺主治节,与大肠相表里,肺气肃降助大肠传导糟粕,布散水液以灌溉三焦,朱教授认为卫气与营气同源源于脾胃元气,脾胃伏火内生亦可致肺脏虚弱^[10],肺气肃降不足则大肠传导迟缓无力,不能宣发水液则大便干结难行,如《症因脉治》载:“若元气不足,肺气不能下达,则大肠不得传道之令”^[11]。血中伏火还伴随中焦气机升降失常,致使胃中清气在下,浊气上干于肺,气乱于胸中,故部分患者便秘时伴有咳嗽咳痰、胸闷气促的症状。

2.4 土虚木郁,疏泄不利 气机不畅责之于肝,大肠传导亦与肝气疏泄有关,《金匱要略浅注补正》中记载:“肝主疏泄大便,肝气既逆,则不疏泄,故大便难”^[12]。肝体阴而用阳,脾胃虚弱,血中伏火则肝藏血不足,气机壅滞,木失条达,导致大便秘结。由

于肝为刚脏,其性主升主动,易横逆犯脾,致中焦运化失常、气机逆乱更加严重,出现脘腹痞闷、嗝气呃逆、喜太息;肝气还易夹火热上冲,表现为烦躁易怒、胸胁胀满、头晕耳鸣等症。此外,肝主疏泄的功能与情志息息相关,朱教授认为怒、忿、悲、思等情绪均能引起肝气郁结,并损伤元气,情志不遂既是肝疏泄失常的结果,也是出现血中伏火的导火索。故本病可因焦虑抑郁等情绪反复发作,在治疗中不可忽视情绪因素的影响。

3 辨治经验

3.1 甘缓益气,润肠和血 朱教授强调本病病机以中焦虚弱为本,治宜甘缓,慎用寒凉峻下之品,但糟粕久停又阻塞气机、变生火热,影响脾胃功能的恢复,故当权衡补泻,灵活加减运用泻下药物。如李东垣在《兰室秘藏》所言:“大抵治病必究其源,不可一概用巴豆牵牛之类下之,损其津液,燥结愈甚,复下复结,极则以至导引于下而不通,遂成不救”^[8]。朱教授在临床上善用仁类药物,常以麻子仁丸去大黄为主方,取其润肠和血、行气通便之效,方中火麻仁性平味甘,无伤中之虞,芍药养血缓肝,厚朴、枳实下气助大肠传导,失眠心烦者加柏子仁以养心安神,目赤口苦者加决明子清泄肝火,腹满水肿、便质干稀不调者加郁李仁下气利水。同时针对血中伏火的病机,用党参、黄芪补益元气,阳旺则阴血自生,用量不宜大,10~15g为宜,以防滞气,反助伏火。白术作为健脾益气燥湿的经典药物,在生用时有辅助通便之效,现代实验证明生白术能有效促进胃肠蠕动^[13],且有效物质含量优于炒白术^[14],所以在治疗便秘时白术通常生用,剂量可用至30~40g。当归、桃仁养血和血并能通便,尤适用于血中伏火致大便艰涩干结者,但对脾胃虚弱者有滑肠之弊,故需斟酌使用。如积滞日久有化火之象,可加少量大黄泻下,中病即止。

3.2 升清降浊,斡旋气机 气机升降出入主宰机体的一切生命活动,而脾胃为气机升降之枢,也是清气上输、浊气下流之所^[15],喻嘉言在《寓意草》中提出“其升清降浊者,全赖中脘为之运用……故中脘之气旺,则水谷之清气,上升于肺,而灌输百脉;水谷之浊气,下达于大小肠,从便溺而消”^[16]。朱教授在临证中尤其重视调脾胃升降,若大便秘涩,肠腑气机阻塞不通,浊气上逆,表现为口苦口臭、嗝气频作,或清阳不升,出现腹胀纳差、头昏疲倦,可

用六君子汤为基础,加厚朴、枳实下气除满,炒麦芽、莱菔子行气消胀,并配合牛膝引药下行,升降相因;若有大便不甚干结但黏滞难解,痰多苔腻,兼夹湿邪者,加木香、砂仁,即为香砂六君子汤。若浊气上干,肺失宣肃,或卫表不固,受六淫邪气侵袭,表现出咳嗽、咽部不适、胸闷、气促等症,可加旋覆花降气,紫苏梗宣肺理气,木蝴蝶清肺利咽,并能舒肝和胃;口干多饮者,加葛根 30 g 升阳益胃、生津止渴。气机升降有序,津液输布正常,则水谷得以健运,便质改善,大肠传导有力。

3.3 滋肾泻心,顾护阴液 心肾二脏分别支配君火和相火,与伏火的产生关系密切,李东垣提出“盖土生于火,兼于脾胃中泻火之亢甚是先治其标,后治其本也”^[7]。朱教授在临床上慎用苦寒直折之品,对于心火亢盛,兼见夜寐多梦、烦躁、易生痤疮、口腔溃疡者,常用淡竹叶、莲子心清泻心火,远志、酸枣仁宁心安神;若有五心烦热、潮热盗汗、脉沉细之症,则用泽泻、黄柏少泻相火,并以西洋参、麦冬、五味子顾护气阴。若病程日久或年老体衰,粪便干结如羊屎,数日一行,肢冷畏寒,为肾精不足,相火失于温煦,当温肾填精,以济川煎为主方,或在方中加入肉苁蓉、菟丝子。

3.4 疏肝养血,调畅情志 朱教授在脾胃病治疗中重视调肝,肝气郁遏者可见喜太息,胁肋胀满,肛门坠胀灼热,排便后得舒,方用柴芍六君子汤加减,柴胡疏肝升阳,白芍柔肝缓急,常加郁金、佛手行气解郁;若肝血不足,健忘疲乏,难以入睡,女性见月经不调,或便秘在经期加重,可在逍遥散基础上加减。研究表明本病常伴发焦虑抑郁等情绪障碍,《症因脉治》载:“怒则气上,思则气结,忧愁思虑,诸气怫郁,则气壅大肠,而大便乃结”^[11],在治疗中应重视情志因素的影响,酌情用玫瑰花、绿萼梅、贯叶金丝桃等顺气解郁、调畅情志。

4 典型病案

患者,女,58岁,2021年6月4日初诊。主诉:便秘1年余。现病史:患者1年前无明显诱因出现便秘,自服白术煎剂后症状可缓解,但胃部胀满不适,遂来就诊。现症见:大便1~2次/d,色褐,质干结如羊屎,排便费力,伴腹胀,自觉腹部有气体游走,得矢气方舒,畏寒肢冷,易汗出,纳差,寐易醒、早醒,小便调。舌淡、苔薄白,脉弦细。4月23日于外院行肠镜示:直肠炎。西医诊断:功能性便秘。

中医诊断:便秘(土虚木郁,肠燥津亏证)。治法:健脾疏肝和胃、润肠和血通便。处方:炒火麻仁 30 g,厚朴 10 g,枳实 10 g,苦杏仁 10 g,白芍 10 g,太子参 20 g,白术 30 g,炒麦芽 10 g,莱菔子 10 g,炒稻芽 10 g,紫苏梗 10 g,香附 10 g,牛膝 10 g,乌药 10 g,木香 6 g,槟榔 10 g,山药 20 g,贯叶金丝桃 6 g,合欢皮 20 g,炒酸枣仁 10 g。7剂,水煎,每天1剂,早晚温服。6月12日二诊:服上方后便秘明显好转,大便1~2次/d,便质转软,腹部气体游走感减轻,夜寐改善,仍纳差,易汗,小便正常。舌淡、苔白根部稍腻,脉弦细。守一诊方加白扁豆花 15 g,续服7剂。6月19日三诊:服上方后诸症均有改善,二诊方去紫苏梗、香附,续服7剂巩固疗效,并嘱患者调畅情志。

按语:本案患者以便质干结难解为主症,平素脾胃虚弱,纳运失常,导致血中伏火、津血亏少而大便燥结;脾胃枢机不利,气机阻滞中焦,肝气升发之性被抑,疏泄失司,故大肠传导不畅,排便频次正常但自觉费力,伴腹胀气窜,矢气方舒;卫气与营气同源源于后天水谷,营卫化生不足,肺卫不固,故畏寒肢冷,易自汗出;血中伏火滋扰心神,加之肝血少,肝不藏魂而出现夜寐不宁、早醒。患者自服白术虽能使排便较前通畅,但中焦气机升降仍未恢复,腹胀反而加重。朱教授根据“甘缓益气,润肠和血”的治则,以麻子仁丸加减为主方,方中炒火麻仁润肠而无滑肠之弊,白芍柔肝养血,厚朴、枳壳下气除胀,苦杏仁开宣肺气,恢复气机左升右降;太子参、山药皆为益气健脾、生津润肺之佳品,重用白术益气通便,配合炒麦芽、莱菔子、炒稻芽助胃运化,以资后天水谷,中焦气行血旺而血中伏火自除;木香、槟榔皆入胃与大肠,乌药调滞气、散寒凝,温煦脾土,三药同用共奏行气消积之功,助大肠传导;牛膝引药下行,并通脉和血;紫苏梗、香附为朱教授常用药对^[17],合用辛香解郁,理气宽中,久用恐伤津液,故待患者腹胀好转后减去;贯叶金丝桃擅疏肝开郁、调情志,但性寒凉,用3~6 g即可,随症加减;合欢皮、炒酸枣仁安神宁心,助白芍养肝和血,使肝气不再克伐中土,避免因情志不畅反复引动伏火。全方润肠和血,升清降浊,肝脾同治,兼顾安神。二诊时患者便质改善,但津血恢复尚需时日,且时值夏月,脾胃易受湿困,故加白扁豆花清暑除湿。三诊诸症皆除,去紫苏梗、香附以防伤阴,续服前方巩固疗效。

系统皮质下。8月21日二诊:患儿抽动症状减轻,眨眼、清嗓、耸肩频率减少,患儿自觉周身皮肤瘙痒,纳尚可,眠差,大便两日一行,小便正常。继前方去夏枯草、钩藤,加地肤子15g、徐长卿9g。继服14剂。煎服法以及耳穴压豆治疗同前。9月7日三诊:患儿外出游玩后眨眼、清嗓频率明显减少,开学后仰头耸肩频率增加,纳眠可,大便一日两行,小便正常。继二诊方去郁金、石决明、玫瑰花、炒酸枣仁、龙齿,加白术9g、蝉蜕9g、炒栀子6g、钩藤15g、醋龟甲15g。继服14剂。煎服法同前。同时嘱患儿规律作息,定时锻炼,调畅情志后随访3个月,家长述患儿症状已基本消失,未再反复。

按语:本案患儿以眨眼、清嗓、仰头耸肩、夜寐不安等症状为主。崔教授认为,其性情急躁,该症状与发生与情绪变化密切相关,多由受责后肝气不舒,郁结在里,日久化火所致,舌红、苔黄腻,脉弦滑均为佐证。故治宜疏肝解郁、清泻肝火。方中石决明、钩藤平肝,龙齿、夏枯草清泻肝之火热;连翘、虎杖清热解毒,牡丹皮凉血;郁金、玫瑰花行肝气,开肝郁;白芍养阴柔肝;炒酸枣仁宁心安神;患儿清嗓、睡眠不安,多是痰湿阻滞,佐以燥湿化痰之厚

朴、姜半夏、苍术;鸡内金消饮食积滞;肝肾同源,肝的疏泄依赖于肾阴滋养,肝郁化火易伤及肾之阴液,疏肝需滋肾,故在清热平肝的基础上加入了酒茺萸、熟地黄等滋肾养阴之品。二诊时患儿抽动症状好转,但自觉皮肤瘙痒,此为肝血亏虚、虚风内动之象,故去夏枯草、钩藤,加祛风除湿止痒之地肤子、徐长卿。三诊时患儿睡眠较前改善,但开学后紧张情绪加重,此因肝郁化火亢动,故去郁金、石决明、玫瑰花、炒酸枣仁、龙齿,加滋阴潜阳、息风止痉之蝉蜕、钩藤、醋龟甲以及清泻心肝之火的栀子,同时继续注意规律作息,定时锻炼,调畅情志,后症状未再反复,收效较佳。

参考文献

- [1] 戎萍,马融,韩新民,等. 中医儿科临床诊疗指南·抽动障碍(修订)[J]. 中医儿科杂志,2019,15(6):1-6.
- [2] HORNER OLIVIA, HEDDERLY TAMMY, MALIK OSMAN. The changing landscape of childhood tic disorders following COVID-19[J]. Paediatrics and child health,2022,32(10):363-367.
- [3] 郭延昭,宋杰虎. 基于《黄帝内经》风火理论的儿童抽动障碍辨治[J]. 现代中医药,2017,37(4):63-65.

(收稿日期:2023-05-26)

[编辑:王红梅]

(上接第53页)

参考文献

- [1] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 功能性便秘中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J]. 中国中西医结合消化杂志,2018,26(1):18-26.
- [2] ZHAO YF, XQ MA, WANG R, et al. Epidemiology of functional constipation and comparison with constipation-predominant irritable bowel syndrome; The Systematic Investigation of Gastrointestinal Diseases in China (SILC) [J]. Alimentary Pharmacology & Therapeutics,2011,34(8):1020-1029.
- [3] BLACK CJ, FORD AC. Chronic idiopathic constipation in adults: Epidemiology, pathophysiology, diagnosis and clinical management [J]. The Medical Journal of Australia,2018,209(2):86-91.
- [4] 王冬冬,吴相柏. 功能性便秘的诊治进展[J]. 中国全科医学,2019,22(24):3016-3022.
- [5] 黄为钧,赵进喜,丘立富. 李东垣“阴火学说”初探[J]. 中医杂志,2015,56(15):1265-1268.
- [6] 李东垣. 内外伤辨惑论[M]. 张年顺,校注. 北京:人民卫生出版社,2007.
- [7] 李东垣. 脾胃论[M]. 文魁,丁国华,整理. 北京:人民卫生出版社,2005.
- [8] 李东垣. 兰室秘藏[M]. 张年顺,校注. 北京:中国中医药出版

社,2007.

- [9] 虞编. 医学正传[M]. 郭瑞华,马湃,点校. 北京:人民卫生出版社,1981.
- [10] 刘文鑫,杨爽,孙增涛. “肺之脾胃虚”论及其在肺系疾病中的应用探析[J]. 湖南中医杂志,2022,38(5):99-101.
- [11] 秦景明. 症因脉治[M]. 秦皇士,辑. 上海:上海卫生出版社,1958.
- [12] 唐容川. 金匱要略浅注补正[M]. 李怀常,梁宝祥,校注. 太原:山西科学技术出版社,2013.
- [13] 顾思浩,孔维崧,张彤,等. 白术的化学成分与药理作用及复方临床应用进展[J]. 中华中医药学刊,2020,38(1):69-73.
- [14] 谢丽静,高秋芳,杨昊钰. 不同方法炮制后白术功效指标含量变化比较[J]. 中国药业,2019,28(2):7-10.
- [15] 郜文辉,郁保生,谢雪姣,等. 《伤寒论》“脾胃升降相因”理论探讨[J]. 湖南中医杂志,2014,30(8):141-142.
- [16] 喻昌. 寓意草[M]. 艾军,校注. 北京:中国中医药出版社,2008.
- [17] 段逸腾,朱莹. 朱莹治疗脾胃病经验[J]. 湖南中医杂志,2022,38(3):44-46.

(收稿日期:2023-04-13)

[编辑:徐琦]