

腹泻的临床研究

现在就大家讨论腹泻的中医治法，谈谈我的初步意见。

我认为中、西医对于腹泻的诊断和治疗，有其共同点，也有特殊地方。假如从共同点和特殊地方出发，通过临床观察，实事求是地来探讨，是能够结合的。然而必须重视双方的诊断，从中医来说，就必须遵循理、法、方、药一套法则。如果只找一些中医止泻方剂来配合治疗，非但不容易收到疗效，也不可能深入研究。说得干脆一点，学习了中医的西医同志已有两手本领，使用中医方法治疗的时候，就要切实地根据中医的理论辨证施治。经过临床观察，将效果好的加以分析，拿西医的诊断和治疗效果对照一下。这样不但能确定中医疗效，说明问题，并为实验研究提供有价值的资料。

中医在长期同疾病作斗争中，对于很多疾病有深入的认识和丰富的治疗经验，并且作出了初步总结。只要很好地继承，都是整理研究的优越条件，腹泻也不例外。比如说，《内经》、《难经》、《巢氏病源》和其他医书里，指出腹泻的原因有：“春伤于风，夏生飧泄”；“清气在下，则生飧泄”；“湿胜则濡泻”；及“暴注下迫，皆属于热”；等等。在病名方面，有用病因分类的，如湿泻、寒泻、暑泻、热泻、食泻、酒泻，有用泻下物的形状分类的，如飧泄、鹜泄、溏泄、濡泄，也有从内脏的病机分类的，如胃泄、小肠泄、大肠泄、脾泄、肾泄，等等。在这样大量经验积累中，当然有正确的，也有不够正确的，这是一个认识过程，需要批判地接受。但后来把这些经验知识反复指导临床，也曾经去芜存精，提纲挈领，作出初步总结。例如《沈氏尊生书》上指出：“泄泻，脾病也。脾受湿而不能渗泄，致伤阑门元气，不能分别水谷，并人大肠而成泻。”又说：“风、寒、热、虚虽皆能为病，苟脾强无湿，四者均不得而干之，何自成泻？”因而认为：“湿兼风者飧泄也，湿兼热者下肠垢也，湿兼寒者鸭溏也，湿兼虚者虚泄也。”这里指出了腹泻病应以脾为主脏和湿为主因，再结合到大小肠和风寒热虚等其他内脏和发病因素，足以说明已经在原有基础上做了一番整理工作，而且也提高了一步。

再从腹泻的治法来说，前人也有很多经验。简单的如利湿、温中、消导，复杂的如升清降浊、抑木扶土、逆流挽舟、通因通用等。临床上应如何掌握运用这些治法？《医宗必读》综合经典和各家学说，作过初步总结，提出九个治疗原则：（1）淡渗，使湿从小便而去，所谓“治湿不利小便，非其治也。”（2）升提，鼓舞胃气上腾，则注下自止，包括风药能疏能燥，所谓“陷者举之”，“风能胜湿”。（3）清凉，用苦寒涤热，所谓“热者清之”。（4）疏利，包括祛除痰凝、气滞、食积、水停，所谓“实者泻之”，“通因通用”。（5）甘缓，用于泻利不止，急迫下趋，所谓“急者缓之”。（6）酸收，用于久泻气散不收，所谓“散者收之”。（7）燥脾，用于脾虚运化不及，水谷不分，所谓“虚则补之”。（8）温肾，用于火衰不能生土，所谓“寒者温之”。（9）固涩，用于久泻肠滑，所谓“滑者涩之”。《医宗必读》是李士材写的，他在《士材三书》里又针对泻利的不同证候指出了类似的九个治法。如：寒冷之物伤中，臌满而胀，宜温热以消导之；湿热之邪，下脓血者，宜苦寒以疏之，风邪下陷则举之；

湿气内乘则分利之；里急者下之；后重者调之；腹痛者和之；洞泻肠鸣，脉细微者温之收之；脓血稠粘，每至圉而不能便，脉洪大有力者下之凉之。掌握了这些治法，不仅对于腹泻的复杂证候，能够分别先后缓急适当地单独使用或结合使用，而且关于繁多的腹泻方剂，如四苓汤、五苓散、补中益气汤、升阳除湿汤、葛根芩连汤、藿香正气散、参苓白术散、乌梅丸、理中汤、四神丸和赤石脂禹余粮汤等，均不难于选择。

再如《医学三字经》是一本最浅近的初学读物，它在泄泻一门里写出：“湿气胜，五泻成（濡泄、飧泄、溏泄、鹜泄、滑泄），胃苓散，厥功宏。湿而冷，萸附行；湿而热，芩连呈；湿挟积，曲楂迎；虚兼湿，参附苓。脾肾泻，近天明，四神服，勿纷更。”寥寥四十多字，指出了腹泻的主因、主脏和主方，及其兼证和加减治法，在临床上具有一定的指导意义。

通过这些文献记载，可以看到不仅对于腹泻有充分的临床经验，并且上升到理论，还作出了概括性的总结。这些总结虽然是一家之言，但综合了多方面的理论知识，结合到自己的心得体会，在研究工作中值得重视。我认为整理提高祖国医学，应该通过临床将一个病一个病来研究，同时也必须了解一个病的整个内容。如将一个病看成就是一种病，不分析其中包涵着的许多证候和治法，或者感到头绪纷繁，只采取一两个成方作为研究的对象，会使工作中带来困难，也不可能得到预期的效果。上面所说的一些总结，实际上都是前人研究的成果，在研究一个病的时候不能忽视这些成果，而且可以参考这些成果作为进一步研究的基础。当然，也不能把这些个人的初步总结作为研究的捷径，在具体工作中还需要吸取更多的前人经验知识，特别是对一个病的诊治，既要了解正面，又要看到反面。例如一般腹泻均用利湿，但在使用利湿的同时，必须考虑利湿的禁忌。张景岳曾说：“泄泻之病，多见小水不利，水谷分则泻自止，故曰，治泻不利小水，非其治也。然小水不利，其因非一，而有可利者，有不可利者，宜详辨之。”从而指出：“惟暴注新病者可利，形气强壮者可利；酒湿过度，口腹不慎者可利；实热闭涩者可利；小腹胀满，水道痛急者可利。”又指出：“病久者不可利；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。盖虚寒之泻，本非水有余，实为大不足；本非水不利，实因气不行。夫病不因水而利则亡阴，泻以火虚而利复伤气，倘不察其所病之本，则未有不愈利愈虚而速其危者矣。”这种在利湿的原则下反复说明适应证和禁忌证，正是前人探入一步的认识，使临床上更能正确地运用这一治法。

有计划的研究中医治疗腹泻，目的在于找出中医治疗腹泻的一般规律。规律有一般性和特殊性，比如腹泻用利湿是一般性的，在某种情况下禁用利湿是特殊性的。在临床上不能看到一般性而忽视特殊性，也不能强谓特殊性而否定一般性。如何来找腹泻的一般治疗规律，再结合到特殊性的问题，我认为首先应分析腹泻的不同证候，再提出不同证候中的主要症状。主症是辨证的指标，必须明确，有了明确的指标，才能作出确诊，从而定出治疗方针。也就是在进行临床研究之前，有必要将前人的治疗经验尤其是

初步總結加以探討，主要是分析證候和主症，通過證候和主症的病因病機，確定主治、主方、主藥以及加減和禁忌等，成為理法方藥完整的一套法則，便於辨證施治。

我個人的臨床體會，前人對於腹瀉的證候分析，大多表達在病名方面。如前所說，有從病因分的，如寒瀉、火瀉、暑瀉、濕瀉、水瀉、痰瀉、食瀉、虛瀉，有從發病的內臟分的，如脾泄、胃泄、腎泄、大腸泄、小腸泄，又有從瀉下物和瀉下時的不同情況分的，如飧泄、溏泄、鶩泄、濡泄、洞泄、滑泄、痛瀉、五更瀉等。這裡儘管由於分析的角度不同，存在着片面性，但總的來看，前人对腹瀉的認識是比較全面的，而且想從不同的臨床表現來表達不同證候的特徵，都是臨床研究的重要資料。如何在這基礎上結合前人總結更進一步的加以整理，我以為應注意幾個問題：一是發病的原因和內臟有密切關係，不能把它分割；二是發病的原因可能一個也可能兩個，並在病程中又會引起另一種因素；三是發病有主臟，也能影響它臟。這樣，從腹瀉的全部和本質來考慮分析證候，既要簡明，又要細緻，不宜籠統，也不宜瑣碎，以期臨床上易於掌握和運用。新近編寫的中醫學院試用教材《中醫內科學講義》，以暴瀉、久瀉為綱，足供參考外，我以前帶徒時曾分虛實兩類辨證施治。大致是：

1. 實證 腹瀉的病因以濕為主，主臟在腸胃。胃中積濕不化，挾糟粕並趨大腸，則為大便不實而瀉下，故《內經》上說：“濕勝則濡瀉”。濕為陰邪，性偏於寒，主證為腹內隱痛，或作水聲，瀉下稀薄，或如鴨溏，小便短少不黃，舌苔白膩，脈象濡緩。治宜溫化滲利，用胃苓湯加減，處方如蒼朮、厚朴、陳皮、枳殼、茯苓、車前、澤瀉、砂蔻仁。濕重者腸鳴如雷，瀉下多水，稱為“水瀉”，可加干姜。又有所謂“痰瀉”，瀉下稀溏挾有痰沫，系濕聚成飲，仍屬濕瀉範圍，可結合二陳湯以治之。

受寒腹瀉為寒邪直中腸胃，致使傳經失職，水谷不能停留，《內經》所謂：“寒氣客於小腸，小腸不得成聚，故後泄腹痛矣。”發病多急，主證為瀉下清谷，腸鳴且痛，舌苔薄白，脈象沉遲或沉緊。此證不同於傷寒的由表傳里，故少外感証狀。治宜溫散分利，用藿香正氣散加減，處方如藿香、紫蘇、厚朴、木香、半夏曲、陳皮、烏藥、茯苓、大腹皮、煨姜。嚴重的泄瀉不止，四肢不溫，宜暫用四逆湯逐寒回陽。也有伴見寒熱、頭痛的，可於前方加入荊、防。

濕濁挾熱致瀉，屬於濕熱下利。腹痛即瀉，瀉下粘穢呈黃褐色，小便短黃，舌苔黃膩，脈象濡數。治宜清化淡滲，用芩芍湯合四苓湯加減，處方如黃芩、白芍、豬苓、赤苓、白朮、枳殼。有從外感傳變挾有身熱表証的，稱為“協熱利”，可加葛根、黃連。“火瀉”亦稱“熱瀉”，痛一陣，瀉一陣，瀉下稀水，有後重感，口干喜冷，脈象滑數，治法相同。夏季感受時邪，腸胃不和，瀉下稀薄，肛門覺熱，煩渴尿赤，稱為“暑瀉”，其實亦屬濕熱交阻，可酌加藿香、連翹、六一散之類。

傷食後腸胃消化薄弱，不能泌別水谷，稱為“食瀉”。腹痛瀉後輕減，穢氣極重，伴有脘痞，噯噫食臭，納呆厭惡。脈滑，舌苔厚膩。治宜消導和中，用保和丸加減，處方如神曲、山楂、萊菔子、蔻

仁、陈皮、半夏、泽泻、大腹皮。此证多与受寒有关，所谓寒食交阻，如见舌苔厚腻白滑，脱痛较剧，泻后隐痛不休，可加乌药、煨姜。同时亦易引起寒热，可加紫苏、连翘。

2. 虚证 虚证腹泻的主因亦不离湿，但主要由于脾阳虚弱，不能运化，不同于实证的先受湿邪。《内经》所谓：“脾病者，虚则腹痛肠鸣，飧泄食不化”。主证为腹痛绵绵隐隐，喜温喜按，泻下稀薄，脉象濡弱，舌苔薄腻。治宜温运健中，用理中汤合参苓白术散加减，处方如党参、白术、山药、扁豆、炮姜、茯苓、砂仁、炙草。泻不止或伴见手足不温，可加附子以益火生土。

脾虚中气不振，亦能致泻。主证为泻下溏薄，或仅软而不成形，腹微痛或不痛，或食后有胀滞感即欲大便，常伴神疲倦怠，肛门不收等证。治宜补中益气，用调中益气汤加减，处方如黄芪、党参、白术、陈皮、炙草、藿香、升麻、姜、枣。

命门火衰不能温脾化湿，因而引起腹泻，称为“肾泄”，主证为黎明时肠鸣作痛，泻下稀水，泻后即安，故亦称“五更泻”、“鸡鸣泻”，常伴下肢畏寒，腹部不耐寒冷，脉象沉细无力。治宜温肾厚肠，用四神丸加味，处方如肉果、补骨脂、五味子、吴萸、山药、扁豆、茯苓、炮姜。凡虚证腹泻，久泻不止，均可结合固涩法，如诃子、石榴皮、赤石脂、禹余粮等。

肝旺脾弱，亦能形成腹泻。主证为腹痛作胀，泻下溏薄，挟有矢气，常因情志不和反复发作，脉象多弦。治宜抑木扶土，用痛泻要方加味，处方如白芍、防风、陈皮、白术、枳壳、茯苓、香附、沉香曲、佛手。经久不愈，能使肝火偏旺伤阴，泻下如酱，粘滞不畅，口干口苦，胸膈烦闷，舌质红，脉细弦数，可加石斛、黄芩、竹茹、乌梅。木土不和而久利，寒热错杂，亦可用乌梅丸止之。

上面是我综合前人治疗腹泻的经验，加以分析归纳，作了简要的介绍。我认为《内经》上说：“大肠、小肠为泄”，腹泻系大便异常，应该属于肠病。然从虚实来分，可以看到虚证多关于脾，实证多关于胃。因此前人提出泄泻为脾病，又有胃泄、大肠泄、小肠泄等名称，临床上必须分辨主脏，再从整体考虑。腹泻的原因不一，从本质分析不外两类：虚证属于内伤，浅者在脾，深者及肾；实证属于病邪，以湿为主，结合寒邪和热邪以及食滞等。腹泻的治疗原则同其他疾病一样，实则泻之，虚则补之。根据病因病机，分别使用化湿、分利、疏散、泄热、消导、调气等多系泻法，健脾、温肾、益气、升提、固涩等多系补法。泻法中可以兼用补法，补法中也能兼用泻法，同时与其他治法互相结合，均须分清主次。

我还认为研究一个疾病必须分析证候，但在临床上不是刻板地依照证候治疗，尤其病程较长、病情复杂的患者，更不可能单纯地依据一个一般证候进行治疗。主要是了解整个病的发生和发展，掌握一般证候和一般治疗规律，再根据具体病情，灵活运用。这样的通过临床实践，不仅能提高疗效，还能证实理论的正确性，从而积累病例，总结经验，以便为科学研究提供真实材料。我来长春半个月，治疗了数

例比较难治的腹泻患者，有人说我处方用药相当活泼，其实都是从前人的治法和成方加减。兹简单介绍如下，以说明理论与实际密切结合。

【病例一】 男，四十一岁。十八岁时曾患痢疾，三年后复发一次（当时检验为阿米巴痢疾）。近几年来，于春夏尤其是夏秋之交常有腹泻，发作时服合霉素数天即止，因而成为常规。但腹泻虽止，腹内作胀，频转矢气，总之不舒服。平日早上七时左右，先觉肠鸣腹痛，随即便下搪粪，有时早餐后亦有一次。伴见口苦、口臭，口干不欲饮，恶心，小便黄，疲劳感等。脉象滑数，舌苔白腻。我诊断为脾胃薄弱，湿热内阻，清浊升降失司。并认为病虽经久，治疗不在止泻而在清理，湿热能除，则肠胃自复正常，其他证状也可随着消失。处方：葛根、黄芩、黄连、藿香、防风、厚朴、陈皮、枳壳、神曲。两剂后，大便成形，腹痛肠鸣消失，口臭渐减。复诊，去黄芩加苡仁。

【病例二】 男，四十二岁。一九五八年曾患腹泻半年，每天4~7次，多粘液便。去年又便搪，一天六、七次，经西医治疗有好转（诊断为肠痉挛，用考地松）。目前每至天明必泻，食后亦泻，泻前肠鸣腹胀，绕脐作痛，矢气甚多，泻下搪粪，无里急后重感。伴见纳食呆钝，口唇干燥，手足心热，小便有气味。脉象濡滑，右手独大；舌苔浮黄厚腻。曾服四神丸、参苓白朮散和单方海参等，似有小效，并不明显。轻考虑后，认为脾虚中气不振，湿浊极重，张景岳所谓“水反为湿，答反为滞”。不宜单纯补脾，亦不宜温肾固肠。处方用藿香、苍白朮、厚朴、砂仁、木香、乌药、枳壳、神曲、煨姜调气逐湿，稍佐葛根、黄连升清和胃。三剂后，大便次数不减，但俱能成形，为近年来所少有。因脉舌无变化，仍守原意。三诊时每天仅在早晚前后便搪两次，食欲稍增，肝脾部位偶有胀痛，舌苔化而未净，接予升阳益胃汤调理。方内黄芪本为主药，因毕竟湿重，且多胀气，暂时不用。处方：党参、苍白朮、葛根、厚朴、柴胡、黄连、半夏、木香、青陈皮、泽泻。

【病例三】 女，二十三岁。一九五一年发现大梗搪泻，好好歹歹，未曾痊愈。一九六一年冬腹泻次数增多，夜间较频。目前一天四、五次，白天三次，夜间一、二次。便前肠鸣腹胀作痛，矢气频泄，窘迫难忍，便后腹内即舒。伴见多汗，手心热，口干思饮，食少，腰酸，下肢沉困，腹部喜温，月经闭阻。脉象沉细；舌质淡，苔白滑腻。此证比较复杂，除西药外，中药寒、热、补、泻均已用过，都无效果。根据病起十多年，泻时多在无明和夜间，并有腰酸肢困、腹部喜温等证，说明下焦虚寒，近于肾泄。但结合腹内胀痛，便后即舒，以及掌热、口干、经闭等，又说明肠胃消化不良，传化失职，兼有肝虚郁热现象。再从脉舌来看，也不是单纯的一种原因。因此，采取乌梅丸辛苦甘酸杂合以治久利的方法。处方：党参、肉桂、黄连、木香、川椒、当归、白芍、炙草，并入四神丸包煎。四剂后，腹痛稍轻，余无改善。考虑舌苔白腻而滑，先除下焦沉寒积湿，前方去白芍、四神丸，加苍朮、乌药、肉豆蔻、炮姜。再服四剂后，腹痛大减，矢气少，夜间不泻，舌苔化薄，月经来潮，量少色紫，仍予前方，加小茴香温通肾气。

【病倒四】 男，四十一岁。一九六一年十月以来，每日腹泻，有时失禁遗裤。初为水泻，一天二十多次；近变为鹜溏，一天四至七次不等。便前肠鸣漉漉，无腹痛感，纳食尚佳。脉细带弦；舌质红，舌苔黄白厚腻。诊断为脾阳不运而湿不化，直趋大肠为泻，泻久伤阴，阴虚生热，且现水不涵木现象。治法仍宜温养中焦为主，稍佐升清，如果因舌红而用苦寒，势必脾阳更伤而下陷。处方：党参、黄芪、山药、诃子、炮姜、炙草、红枣、葛根、升麻。服四剂后，苔腻化薄，舌质不红，肠鸣减少，原方去升、葛，加破故纸。又服八剂，自觉周身有力，粪便转厚，但一天仍有四、五次，接用附子理中合赤石脂禹余粮汤复方。

【病例五】 男，三十九岁。便溏每天一至三次，脘腹胀满隐痛，暖气，口干引饮，但饮冷即感不适，小便黄。脉象滑数，舌苔花剥。病已数月，湿热恋胃，影响及肠。治以清化为主，处方：黄连、半夏、藿香、枳壳、陈皮、竹茹、木香、大腹皮、赤苓。

【病例六】 男，三十六岁。今年五月开始肠鸣水泻，间或混有粘液，一天三至五次，腹胀排气，泻后较松。伴见小便色黄，睡眠不佳。舌苔厚腻，脉象弦细。主要由于肝旺脾弱，因而气机不畅，湿热内停。用抑木扶土法佐以清化，处方：白芍、青陈皮、藿香、防风、枳壳、厚朴、黄连、木香、车前子。

【病例七】 男，四十五岁。腹泻遇冷即发，极为敏感，已有十余年。伴见腰痛觉凉，手足不温。冬季尿频，溺时迟缓。同时兼有恐惧，思想分散，性欲衰退，易汗，失眠等证。脉缓；舌胖，苔根腻。证状虽多，皆属肾命阳虚，火不生土，影响脾脏。目前大便正常，为了防止复发，当从本治。常服右归丸，腹泻时兼服四神丸。

这些病例，因为时间短促，有的获得初步疗效，有的尚待继续治疗观察。耳的在于近水楼台，用来说明腹泻有很多复杂的证候，如何明确主证，掌握治则，便于讨论而已。

最后，再谈两个问题。开头说过，中、西医治疗腹泻，有共同点，也有特殊地方，但是必须指出，即使中、西医有共同点，在看法上仍然有差别。比如中医过去没有实验室，仅凭直接观察，因而迫使他从大便的形色气味的鉴别上，从其变化和不同性质的症状上，积累了许多诊断的经验。西医除化验外，对于形色等也有描述，但在临床上应用不多，因而诊断的价值有局限性。并且由于中、西医理论的不同，纵然直接观察到同样的结果，在解释上也不完全一样。正因为如此，真正运用中医理法治疗腹泻，必须掌握中医诊断腹泻的基本知识。再如治疗方面，中、西医虽然同样以肠胃为主，初起均不主张止泻，到某一阶段同样用止涩或同样用补养，但性质不同。特别是西医认为肠与脾、肾和膀胱的系统各别，而中医惯常用健脾、温肾和利小便来治疗，收到良好效果。所以说运用中药治疗，必须依据中医理法，而且要把中医的特长发扬出来。

其二，中医对于肠胃病的忌口十分重视，腹泻既然属于肠胃，必须注意到中医传统习惯。比如上面所述第二个病例，服药后大便即成形，我以为不尽是药效，可能与嘱其暂停牛奶以便观察有关。大概中医对于腹泻的饮食禁忌，一是生冷水果类，二是油腻厚味类，三是粘滑甜味类，同时采取清淡和易于消化的食品来调养。当然，传统习惯中也有不合理的，不能过于固执，但要做好中医研究工作，也不能完全忽视。至于如何来适当地吸取，有待大家考虑了。

时间匆促，没有什么准备，以上都是我个人不成熟的意见，请同志们指正。

(一九六二年八月在吉林医科大学中医科的讲稿)