

# 第十讲 关于“传导通幽汤” 治疗功能性便秘的探讨<sup>※</sup>

● 李英帅 倪 诚 王 济 张惠敏 李玲孺 张 妍 郑燕飞 许璇璇 姚海强 田恩惠 孙冉冉 俞若熙 焦招柱 宋昊昀 陈雪梅 王 琦<sup>▲</sup>

**摘 要** 本次“王琦讲堂”，大家在王琦老师的讲解下，围绕功能性便秘的概念、诊断、病机、主病主方思想、辨体用药经验等方面展开了探讨。王琦老师治疗功能性便秘在主病主方（传导通幽汤）基础上结合辨体用药，始终抓住大肠传导失司的病机特点，且善用经方、小方、药对，思路独到，足资领悟。

**关键词** 传导通幽汤 功能性便秘 主病主方 辨体用方

## 1 王琦教授开讲

王琦教授：今天我们一起讨论一个临床常见病——便秘，为什么选这个病呢？我们请李英帅老师介绍一下。

李英帅（讲师，医学博士，王琦老师 2006 级博士研究生）：我们这期讨论便秘，起因是王老师帮我家亲戚看这个病效果非常好。她的情况是这样的：24 岁，便秘 13 年，10 余天排便 1 次，大便呈球状，干结，但腹无所苦，每次都是别人提醒才想起排便。做过体质辨识是气郁质。王老师处方如下：柴胡 12g，黄芩 10g，党参 15g，法半夏

10g，生白术 30g，枳壳 10g，生首乌 30g，决明子 20g，昆布 20g，芦荟 6g，21 剂。服药当天即排便 4 次，且大便成形，此后每天均可排便，效果非常显著。所以，很想学习老师看这个病的经验，为什么用小柴胡汤？为什么用枳术丸？

王琦教授：这是我们这次讲座的缘起。由于我们在临床中见到的便秘病人病情各不相同，难以 1 个病案涵盖。因此，这次讨论我们就围绕便秘这个疾病展开。从流行病学调查的情况来看，这个病的发病率比较高，占人群的 9% ~ 13%，而这当中老年人又占了其中 1 个很大的比例，大概有 30% 以上

的老年人罹患便秘。大家可能会觉得，便秘只是一个消化系统疾病。其实不然。有些老年人便秘，排便困难，大便的时候发生心梗了；一些冠心病、高血压病人，由于便秘发生脑卒中了。这些危险的事件都和大便有关。所以我们不能轻视便秘，特别是老年人，更要引起重视。

## 2 便秘概述

### 2.1 便秘的概念

王琦教授：我们常说的便秘，在中医里还有个相应的词是“大便难”，见于《金匱要略》：“新产妇人有三病，一者病痙，二者病郁冒，三者大便难”。而西医将便秘分为功能性便秘和器质性便秘。器质性便秘，如肿瘤、假性肠梗阻、寄生物等引起的肠功能紊乱。我们在临床中治疗的多是功能性便秘，一般称为习惯性便秘，还有一种说法是特发性便秘。在《中医内科常见病诊疗指南》中，功能性便秘指的是一种原发性的、持续性的便秘。有时，便秘也会继发于一些内科疾病，如糖尿病、神经性病变等。大

**※基金项目** ①国家重点基础研究发展计划（973 计划）“中医原创思维与健康状态辨识方法体系研究”项目（No:2011CB505403）；②北京市自然科学基金面上项目“王琦名老中医体质学术流派研究”（No:7132125）；③国家中医药管理局王琦名老中医药专家传承工作室建设项目；④北京中医药薪火传承“3 + 3”工程王琦名医传承工作站建设项目。

**▲通讯作者** 王琦，男，著名中医学家。北京中医药大学教授，博士生导师，国家重点学科中医基础理论学科带头人，国家 973 项目“中医原创思维与健康状态辨识方法体系研究”项目首席科学家，中国科协中医原创思维论坛首席科学家，国家自然科学基金重点课题“痰湿体质易发代谢综合征的中医病因病机分子特征研究”项目负责人。本刊学术顾问。E-mail: wangqi710@126.com。

• **作者单位** 北京中医药大学基础医学院（100029）

家还要注意到抑郁症或者服用某种抗精神抑郁药的患者经常会便秘,另外服用含有钙阻断剂的降压药、消炎止痛药的患者也容易便秘。因此,从病因病机上讲,除了中医常说的津液亏损、气滞失运等,我们还要注意询问病人的用药史、既往史。当便秘作为一个独立的疾病来讲时,习惯性便秘、特发性便秘都称为功能性便秘,与其相对应的是器质性便秘。

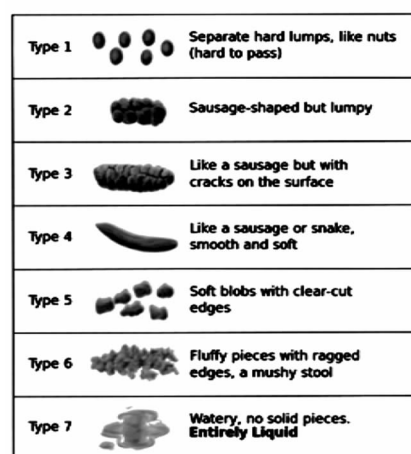
## 2.2 便秘的诊断

王琦教授:关于功能性便秘的诊断,我先讲临床中注意的几个特征,再讲讲国际上的标准。在临床中遇到便秘的病人,主要抓住 3 个方面的表现。一是排便的时间,排便节律改变了,排便时间延长了,有的书上说 48 小时,有的说 72 小时,有的说是 2~3 天以上,这些都是时间、节律上的改变;二是便质,大便干燥坚硬,比如有的说像羊粪状、有的像团块状、有的像香肠状等等,都导致了排便障碍;三是排便困难,但便质并不干硬,这种情况也属于便秘范畴。所以在诊断便秘的时候,大家可以从排便时间、便质、排便困难程度上来考虑。

这里给大家展示布里斯托大便分类图(Bristol Stool Chart),是英国学者 1997 年发表在《北欧肠胃病学杂志》上的一种大便分类法。该图将人类的大便分为 7 种:第一种是独立硬块,如坚果状,很难通过;第二种是香肠状,但表面凹凸;第三种是香肠状,但表面有裂痕;第四种是像香肠或蛇一样,且表面很光滑;第五种是边缘光滑的柔软块状,容易通过;第六种是蓬松的糊状大便;第七种是水状,甚至完全是液体。第一种和第二种表示有便秘;第三种和第四种是理想的便形,尤其第四种是最容易

排便的形状;第五至第七种则有腹泻的可能。为什么给大家介绍这个图?现在我们的医案整理还停留在经验整理阶段,缺少循证的方法,缺少数据。大家要学会使用标准、指南,这样我们整理的医案才能被同行、被国际上认可。

图 1 布里斯托大便分类图  
(Bristol Stool Chart)



王济(副教授,医学博士,王琦老师 2011 届博士后):刚才老师讲了便秘的诊断标准,我再补充一些西医对功能性便秘的诊断。主要根据罗马Ⅲ标准:即:6 个月前开始出现症状,而近 3 个月满足以下症状至少 2 条:①至少 25% 的排便感到费力;②至少 25% 的排便为干球状便或硬便;③至少 25% 的排便有不尽感;④至少 25% 的排便有肛门直肠梗阻感或阻塞感;⑤至少 25% 的排便需要手法帮助;⑥排便少于每周 3 次。并且患者在不使用泻药的情况下很少出现稀便,也不符合肠易激综合征的诊断标准。

根据临床表现进行便秘诊断,并不困难。但要把握几个诊断要点:病因(和诱因)、程度及类型。如能了解和便秘有关的累及范围(结肠、肛门直肠或伴上胃肠道)、受累组织(肌病或神经病变)、有无

局部结构异常及其和便秘的因果关系,则对制定治疗方案和预测疗效非常有用。便秘的严重程度可分为轻、中、重三度。轻度指症状较轻,不影响生活,经一般处理能好转,无需用药或少用药。重度是指便秘症状持续,患者异常痛苦,严重影响生活,不能停药或治疗无效。中度则介于两者之间。难治性便秘常是重度便秘。我们在临床中可以参考这些诊断方法。

## 2.3 便秘与脏腑的关系

王琦教授:说到便秘,就不能不说到大肠,大肠为传导之官,传化物而不藏。它有两个功能:一个是传化糟粕,一个是主津液,这与后面的用药有绝对的关联性。中医讲肠燥,就是津液亏耗的问题,是大肠主津液的功能失常了。排便困难是传导的问题,大肠的传导需要动力。便秘与脏腑的关系,一个是肺与大肠相表里,肺气亏虚、肺阴不足、肺气不降等都影响大肠传导,肺是调节大肠功能的重要脏器。而西医的思维方法跟中医就不一样了,治疗主要针对大肠本身。第二个有关的脏腑是胃,胃失和降,腑气不通。很多医家注解产后郁冒用小柴胡汤的时候说了很多,但都没说明白,实际上小柴胡汤所主的是大便坚,条文中说“呕不能食,大便反坚”,胃热伤津、胃失和降也能导致大便问题,所以胃跟肠是放在一起说的,如胃肠动力学。第三个相关的脏腑就是肾,肾主二阴,阴主五液,肾气不化津、肾阴不足、肾阳不足等,都能导致大便难。所以肾也是一个重要脏腑。在临床治疗时,我们要把这 3 个脏腑间的关系作为用药依据。

李英帅:谈到便秘与脏腑的关系,首先想到的就是肺与大肠相表里,而对于胃与大肠的关系就没有

那么重视。《脾胃论》云:“大肠主津,小肠主液,大肠、小肠受胃之营气,乃能行津液于上焦,灌溉皮毛,充实腠理,若饮食不节,胃气不及,大肠、小肠无所禀受,故津液涸竭焉。”胃与大肠都有传化水谷的作用,又都是阳明经所属,因此关系密切。若胃气和降,则大肠传导如常,粪便排出通畅;如胃有实热,消灼津液,可使大便燥结,影响大肠传导;反之大肠传导不利,肠燥便秘,也会影响胃之和降,使胃气上逆,出现恶心、呕吐等。因此才会出现《金匮要略》条文中说的“呕而便坚”的问题,现在临床所见肠梗阻的病人,往往就表现出腹胀、呕吐,也是胃失和降,腑气不通的结果。

### 3 便秘治疗中的困惑

王琦教授:中医常把便秘作为优势病种,但是现在这个优势病种也遇到了一些困惑,治疗中遇到了一些问题。首要的问题就是不究其源。一提到便秘,不管中医、西医都开麻子仁丸。麻子仁丸是小承气汤加火麻仁、杏仁、白芍、白蜜。如果患者没有热结,能吃麻子仁丸吗?老年人的气虚便秘、产后的血虚便秘,能用麻子仁丸吗?都不能。而我们现在把麻子仁丸作为中医治疗便秘的代表方。同样的还有滥用番泻叶,苦寒泻下伤阴,便秘更加严重。从西医角度来讲,治疗便秘没有太多方法,像常用的果导,就是酚酞,长期服用会引起贫血,电解质紊乱,营养失衡,体重过度下降,而且它还有依赖,反复腹泻引起津液耗伤,反而导致医源性便秘。还有石蜡油灌肠,不是依靠自身毒素的排除,而是靠外界刺激肠壁,也会产生依赖。总之,便秘就用番泻叶、麻子仁丸、果

导等等,都是不究其源进行治疗的。

李玲孺(讲师,医学博士,王琦老师 2009 级博士研究生):听老师讲到现在治疗便秘的问题,往往一味的攻下而不究其源,让我想到在临床中遇到的问题。临床中常常遇到这样的患者,大便黏滞不爽、不痛快,大便 2~3 天 1 行,口中黏腻不爽,舌淡红苔白腻,湿气比较重,没有热像。对于这类病人,我一开始始终没有找到好的方法,试过很多,比如枳实导滞丸、宣清导浊汤、枳术丸,总是从湿入手考虑,总想着导滞导浊有效果,但是不明显,反反复复不能治愈。后来有一个这样的患者,我实在想不出更好的办法,就开了最简单的六君子汤,患者因没时间煎药,就自己买了香砂六君子丸吃,结果获奇效,大便通畅,舌苔也退了,口中也不黏腻了,困扰她十几年的便秘就一盒香砂六君子丸给解决了。现在想想,确实有道理,湿气从哪里来的?还不就是脾虚生湿吗?脾虚解决了,湿气自然就除了,湿气除了,大便自然就不黏了,脾气足了胃肠动力也恢复了,便秘的问题也就解决了。最简单的道理往往最容易被忽略。

王琦教授:还有一个问题就是分类太繁。我在准备这个讲座的时候看了很多书,发现古人对便秘有很多分类的方法,有热燥、风燥、阴结、阳结,有实秘、虚秘、风秘、气秘、冷秘、热秘“六秘之说”,还有外感,有内伤,分了很多,但这么多分类我们很难应用。所以,目前对便秘的治疗,主要遇到了两个问题。一个是不究其源,妄用苦寒峻下药,损其津液,劫其真阴,燥结愈盛,正气愈伤,加重疾病。另一个是分类太繁,难以把握。那么,我

们能否找到一个针对便秘的主病主方,然后再结合辨体论治,使治疗执简驭繁、一目了然呢?下面就把我治疗便秘的一些经验告诉大家。

### 4 主病主方——“传导通幽汤”制方思想

王琦教授:如何在主病主方的基础上,结合体质辨识来执简驭繁呢?就要抓住便秘的共性问题——大肠传导失司。但是传导失司,有脾虚失运的,也有气虚推动无力的,也有秘结肠道的,这些问题我们可以结合体质来加味。

现在把我经常用在病案里的方进行总结,一共 8 味药:紫菀 20g、炒莱菔子 30g、生杭白芍 30~40g、生甘草 10~15g、生白术 40~60g、枳壳 10~15g、干地黄 30g、当归 20g。我们把它分成 4 个组合来分别介绍。

首先是紫菀、炒莱菔子。我们刚才讲了,肺与大肠相表里,如果肺失宣降,大肠传导就会出问题,所以要重视肺气对大肠的作用。《杂病证治准绳·杂病》云“予观古方通大便,皆用降气品剂,盖肺气不降,则大便难传送,用枳壳、沉香、诃子、杏仁等是也。”《类证治裁》里面对肠痹的治疗载“叶氏治肠痹,必开降脾胃。如杏仁、栝蒌、冬葵子、枇杷叶、郁金汁、紫菀以降肺……即丹溪开上窍以通下窍之微旨也。”我在这里选了一味药:紫菀。紫菀治秘有这样一个故事,北宋期间,有个奸臣叫蔡京,患有便秘,畏用大黄,群医无策。这时一个名医叫史载之,用紫菀研末,调水嘱其服下。蔡京服药不久,其肠“须臾遂通”,立见奇效。史载认为,大肠、肺之传道之君主,大肠传道要靠肺,以“肺气浊”,紫菀清肺

气,此所以通,也就是宣通肺气,肠结自通。有人认为这是一种提壶揭盖的方法,有人认为是宣上通下的方法。临床上,不需要用太多开启肺气的药,要找出一个特殊的,对大便秘结有独立作用的药,紫菀就是这样一种药,大家可以考证一下。

郑燕飞(王琦老师 2011 级博士研究生):我在跟老师出诊中发现,老师临床治疗习惯性便秘主要有健脾助运、润肠通便、理气通腑、宣肺通腑法等。其中,宣肺通腑法在临床易被人们所忽略。王老师临床中喜用紫菀、杏仁、苏叶等“提壶揭盖”治疗便秘。叶天士临床治疗便秘遵丹溪法,认为“大小肠气闭于下,每每开提肺窍,《内经》谓肺主一身气化,天气降,斯云雾清,而诸窍皆为通利”、“丹溪每谓治肠痹,必开肺气,谓表里相应治法”,治疗上必用紫菀、杏仁、萎皮肺系之药宣肺通便。《医经精义》亦言:“理大便必须调肺气也。”无论是哪种原因引起便秘,均与肺有密切关系。

紫菀治疗便秘,一方面是因其可调畅肺气,另一方面亦因其性润能通利。去年有个安徽患者,女,60 岁,便秘 20 多年,多方求诊未愈,病情逐渐加重,只能依靠开塞露和番泻叶等药物维持才能通便,停药则 10 余日大便不行,体瘦,偶有咳嗽,舌质红少苔,脉细。老师予:紫菀 20g 合增液汤、芍药甘草汤等加减治疗,服药 1 周后,患者便秘明显改善,每日 1 行,便质尚可,停用开塞露和番泻叶。后在原方基础上作加减服药 3 月余后停药,随访大便可维持在 1~2 日 1 行。

王琦教授:接下来是莱菔子。40 多年前,我的母亲肠梗阻,经常

便秘,当地医院的吴院长是个外科医生,他说要把肠子缝起来,这怎么行呢。当时我在北京上学,她一肠梗阻我就得回家,后来我读了张锡纯的书,发现他用大剂量的莱菔子治疗肠梗阻。我也用这个方法,莱菔子用 40g 左右,当然还有枳壳,用药不是很多,也没有用大黄,也没有用芒硝。在张锡纯看来,莱菔子有 3 个作用:顺气、开郁、除满。生莱菔子化痰,炒莱菔子降气,所以这里的莱菔子一定是炒的。紫菀宣肺、莱菔子降气,这样成为一个药对。

大家知道芍药甘草汤。为什么用这个方来治疗便秘呢?是因为肠道秘结,芍药、甘草能酸甘化阴,养阴生津,《本草经疏》说芍药、甘草能补肠胃之津,通便开结,破肠胃之结,这是从中医的病因病机上讲的。其实我在用这个方子的时候更注重西医的理论,因为西医对便秘的认识主要是肛门括约肌收缩减弱、直肠平滑肌功能障碍、直肠蠕动减弱等,认为便秘的问题跟肠壁的痉挛有关。大家都知道芍药甘草汤能缓解痉挛,是一个非常好的方子。如果我们老想通大便,不想肠道的蠕动、痉挛、张力这些值得考虑的问题,可能我们就不知道芍药甘草除了养阴润燥之外,还有缓解痉挛的功效,所以中医的方子要活学活用,兼收并蓄。

许璇璇(王琦老师 2012 级硕士研究生):我来谈谈对芍药甘草汤的理解。《本经疏证》云:“芍药能入脾开结”,“芍药合甘草以破肠胃之结”。还有一个值得注意的是习惯性便秘往往由于长期精神紧张而致肠管痉挛,导致大便下行无力,老师用芍药甘草药对更注重其缓解肠道痉挛的功效。这种中西医结合汇通的思路特别值得我们学习。

王琦教授:下面是枳壳、白术,张元素有个方子叫做枳术丸,白术用量大于枳实,在《金匱要略》里面有个枳术汤,枳实用量大于白术,大家要注意两个方子的区别。我采用的是张元素的方子。因为枳术汤原治“心下坚,大如盘,边如旋盘,水饮所作”,是治疗水饮停于心下,胃脘痞满,行气散结除饮的方子。而枳术丸是健脾消痞的方子,白术用量要大,可以用到 40~60g。关于生白术通大便的问题,其实《伤寒论》中就有记载:“风湿相搏……不呕不渴……桂枝附子汤主之;如其人大便硬,小便自利者,去桂加白术汤主之。”这里明确指出,如果是“大便硬者,去桂加白术”。那时还没有炒白术,只有生白术。为什么会大便硬呢?是因为津液的滋润不够。为什么津液的滋润不够呢?因为“脾不能为胃行其津液”。“脾不能为胃行其津液”了会怎么样呢?就要用白术。如果你们到药房去看过的话,你们会看到生白术很油、润,跟炒白术是不一样的。现代研究也证明生白术对小肠有兴奋作用,大剂量的生白术对肠道有舒张作用。因此大剂量生白术用于通便,从《伤寒论》开始,到今天的运用,是一个符合中医理论的方法。为什么用枳壳呢?我们经常说的一个西医名词,叫“胃肠动力学”,像槟榔、枳壳,都是胃肠动力药。中医认为,枳壳可以行气、苦降、除痞、消积导滞。用枳壳的方子很多,如大承气汤、枳实导滞丸,这些都能促进肠蠕动。小剂量的枳实、枳壳能增强胃肠收缩,促进排空。这样,我们把白术和枳壳同用,就有产生协同的作用,一是助脾运、生津液;二是行气通腑。两个动力加起来以后,推运的能力自然增强。

田恩惠(王琦老师2012级博士研究生,韩国留学生):老师讲到芍药甘草汤和枳术丸治疗便秘,我在跟诊过程中对这两个方子印象深刻。这里有个病例同大家分享:患者巩某,便秘10余年,就诊时排便困难,1~2次/周,大便干、硬、难出、色深褐,食欲差,没胃口,平素乏力,有时气短、呼吸不深,舌红苔黄腻,舌边齿痕,脉弦细。患者脾虚失运所致便秘,脾虚失运,则大肠传导无力,大便艰涩难通。方用枳术丸合芍药甘草汤加味,处方:生白术30g,枳壳10g,白芍20g,炙甘草10g,砂仁3g(后下),野生赤芝12g。方中生白术健脾行津,枳壳行气宽肠,芍药甘草养阴生津、解痉舒挛,配合健脾开胃之药。患者服药30剂后大便每日1次,食欲改善。续服枳术丸加味以巩固疗效。

王琦教授:再就是干地黄和当归。干地黄滋阴养血,当归温润养血,配成一个药对。这样我们只用了8味药,组成了一个方子,我们给它起名“传导通幽汤”。大肠主传导,传导然后通幽。那么现在再来看,便秘共性的问题就是大肠传导失司,包括肺失宣降、燥热机制、津亏失润、脾虚失运等。针对肺失宣降,刚才讲到用紫菀、莱菔子宣降肺气;针对燥热机制,有芍药甘草汤;针对津亏失润、脾虚失运有干地黄、枳术丸。这样基本就把便秘常见的因素考虑到了。主病主方有一个重要的思想,就是把复杂的问题浓缩到一个可以共通的问题当中去。否则,要去考虑燥秘、风秘、气秘……阴秘、阳秘等等,太过繁杂,难以掌握。大家要把这8味药记住。

倪诚(双博士,教授,主任医师,博士生导师,王琦教授的学术

继承人,北京中医药大学中医体质与生殖医学研究中心主任):下面谈一下我对王老师“传导通幽汤”制方思想和制方思路的理解。审机制方是辨病论治的学术精髓,是主病主方的逻辑基础。清代柯琴《伤寒论翼·制方大法第七》将审机制方作为评价良工的依据,其曰:“因名立方者,粗工也;据症定方者,中工也;于症中审病机察病情者,良工也。仲景制方,不拘病之命名,惟求症之切当,知其机得其情。”由此可见,“审察病机”是辨病论治的关键所在,明辨病机是论治中立法遣药制方的前提<sup>[1]</sup>。“传导通幽汤”即针对大肠传导失司的病机要点而设,其制方思路有3:一是遵循中医理论,依据脏腑相关学说,运用提壶揭盖、健脾升清、和胃降浊等药法。其二擅用药对组方:王老师强调“药对”不是任意两种药物的机械拼凑,而是根据病情和药物的性能、功用,有针对性地、有规律地进行组合,其配伍形式多样,如紫菀与莱菔子宣肺降气;芍药与甘草酸甘化阴;白术与枳壳健脾和胃、升清降浊;干地黄与当归滋阴养血。其三参合药理组方:在遵循中医药理论的同时,汲取现代药理研究成果,是目前探索新方创制的一种取向。王老师在创制“传导通幽汤”时结合胃肠动力学,将白术与枳壳视为“胃肠动力药”;参照现代药理所证实的芍药、甘草对横纹肌、平滑肌痉挛均有解痉的作用机理,拓展用治习惯性便秘,每获效机。

郑燕飞:我再来谈谈对传导通幽汤的一些体会。在习惯性便秘的治疗中,气机的升降协调亦非常重要。人体排便功能与肺气肃降、肝气疏泄、脾胃升降、心肾交通等密切相关。便秘的直接病位在大

肠,而大肠的传导功能离不开脏腑气机的升降出入。在老师自拟方传导通幽汤中,莱菔子、枳壳主降,紫菀可宣通肺气,其实也是一个气机升降相因的方子。

张惠敏(讲师,主治医师,医学博士,王琦老师2001级硕士研究生,2013级传承博士后):王老师,这个方子一般疗程是多少天?我在临床治疗便秘的时候,发现有些病人服药时大便通畅,停药后仍便秘。应该如何处理病人停药后便秘复发呢?

王琦教授:方子疗程一般15~21天,药物剂量你还要根据患者年龄、性别来定。一般来说,你用这个方子,增强胃肠动力,增加大肠津液分泌,应该是不太容易复发的,它不同于果导,也不同于番泻叶,这个方子比较平和,里面没有什么大黄、芒硝,没有任何苦寒通下的药,都是调节大肠功能的。如果这个病人复发,我们就要找原因,更换方子。当然还有其它原因,比如说糖尿病病人、高血压病人服用降血糖、降压药,药物性便秘的问题没解决,那就不是我们中药的问题。

## 5 辨体用药经验

王琦教授:我们刚才讲了便秘的主病主方,大家如果掌握了,则治疗便秘“虽不中矣,亦不远矣”。那么还差在什么地方呢?体质的不同。下面我讲辨体论治。

由于体质不同,随之带来的症状也不相同。比如说气虚的人,你会看到他面色萎黄,气短懒言,便秘而无所苦。你可以判定他为脾气虚弱,传导无力,这时加两味药:黄芪、桔梗补气升提。根据中医理论“塞因塞用”,还有一个常用的方子叫补中益气汤,也是这个道理。

阳虚体质的人,有阴寒的表现,怕冷、腹部冷、不能吃凉东西,这就是阴寒内生。为什么阴寒内生呢?因为阳气不运,也就是肾的命门之火衰,所以这个时候可以加肉苁蓉、沉香、威灵仙。肉苁蓉是补肾的,跟“肾主二阴”的理论有关。威灵仙可以宣通五脏,通气闭,在治疗风湿的时候“通行十二经”,这是大家都知道的,但是很少注意到它有宣通五脏作用。如果这个人阳虚得厉害,像我们以前给一个老太太吃过硫磺,古方有一个“半硫丸”,半夏和硫磺,一般来说一天吃 3g,吃 10 天以上。有人吃硫磺一点事都没有,因为他就是阳虚体质。如果阳虚得更厉害,出现寒凝、湿结、不通不化,这时要温阳散寒,攻结通便,行气止痛。有个著名的方子叫大黄附子汤,这时就是实证了,前面两个还是虚证。

阴虚体质,我经常用的药有玄参、生地、生首乌。生首乌能治疗肠燥便秘是因为含有大黄酚、蒽醌等,能促进肠的蠕动,但是我在查文献的时候,看到有人认为生首乌会引起肝脏损害,所以在临床中运用生首乌,遇到肝功不好的病人要小心。为了用药安全,大家可以只加两味药,一个是玄参,一个是干地黄。玄参和干地黄可以滋阴润燥通便。对于一些特殊情况,如女性产后 3 大证之一的“大便难”,是由于气血大亏,津液大伤,所以大便干结难下,一般出现在剖腹产 6 天以后或者顺产 3 天以后,叫做暂时性排便困难。这时可以用当归、桑葚子等一些养血润肠的药,尽量不要用麻子仁丸,因为麻子仁丸方含小承气汤,不适于新产妇气血大亏,津液内伤的情况。

湿热体质,要加 3 味药,一是芦荟,剂量不要大,一般用 3g/6g/

9g,要另包。有的人吃 3g 就腹泻的厉害,有的人吃 6g 也没事。但是要注意,用芦荟的病人肯定不是虚寒的病人,肯定是有“湿热”的病人。比如患有带状疱疹,或口腔溃疡,或痤疮,再有大便秘结,就加芦荟,不仅通大便,还能清脾经湿热,有非常好的作用。还有一种情况,由于前列腺跟直肠相近的关系,4% 的前列腺炎病人会出现排便困难,或有大便形状的改变。这时可以加秦艽,利湿清热通便。此外,湿热体质的人还可以加连翘,连翘也是一个通便药,能够清心热,疏肝热,泄郁火,还能够通便。所以芦荟、连翘、秦艽这 3 味药,湿热体质的人可以选加。如果是大肠“肠道实热”,那么要考虑通腑泄热,要用凉膈散,通便泻火,荡涤胃肠等。轻一点的话,“肠道蕴热”,津液不足,要用麻子仁丸,润肠清热,行气通便。

气郁体质,可以加槟榔、厚朴,用增加胃肠动力的药来行气宽中。其中有个方子是经常用的:小柴胡汤。《伤寒论》里讲:“阳明病,胁下硬满,大便不通而呕,舌上白苔者,小柴胡汤主之。”为什么小柴胡汤可以治疗便秘呢?“上焦得通,津液得下,胃气因和,身濈然汗出而解”,我常用这句话来解释。三焦不和,升降失常,胸膈痞满,这时要用小柴胡汤,胃气和降了,大便就好了。和我们前面讲到的《金匮要略》里面“妇人产后郁冒”里的大便难一样,那里也用了小柴胡汤。“便坚”、“呕”是条文中一致的症状。当然现在在临床中很少见到便秘的病人同时有呕,但道理是一样的。现在有一种病叫术后肠梗阻,或术后肠蠕动不良,不管中医还是西医,都会给病人开一种中成药,叫四磨饮,里面有人参、乌

药、槟榔、沉香。中医里还有个六磨汤,有木香、沉香、芍药、枳壳、槟榔、大黄这 6 味药。所以,气郁体质的人,或术后肠蠕动不好,可以用这样的中成药。

姚海强(王琦老师 2013 级博士研究生):对于小柴胡汤治疗大便难之症,我认为与柴胡的功效有关。按《神农本草经》中诸药具有“推陈致新”功效者有三,其为:柴胡、消石及大黄。消石“味苦寒。主治五脏积热,胃胀闭。涤去蓄结饮食,推陈致新,除邪气。炼之如膏,久服轻身。一名芒硝。”大黄“味苦,寒。主下瘀血,血闭,寒热,破癥瘕,积聚,留饮、宿食,荡涤肠胃,推陈致新,通利水道,调中化食,安和五脏。”故而可知消石及大黄推陈致新之功乃通过涤去蓄结饮食、荡涤肠胃而发挥,多适用于单纯之里证,为直接之通降;而柴胡却为通过上引清阳之气散达、三焦气机通畅遂使津液得以输布,故而使肠胃之气自然恢复其通降。虽则同为推陈致新,然而一为调畅气机津液,为间接之通降;一为通腑荡涤,为直接之通降,二者迥然有异。

郑燕飞:我想请教王老师,小柴胡汤具体在什么情况下应用?

王琦教授:气郁体质用小柴胡汤,这个时候你看这个病人没有燥热、没有气虚、没有口疮……那就用小柴胡汤,疏利三焦。有时候这个人气虚或湿热很明显,那些肚子大大的,满面油光的,防风通圣散也可以用,这些都是体质的问题。你只要把传导通幽汤掌握住,这里的紫菀和莱菔子,芍药跟甘草,白术和枳壳,干地黄和当归,这 4 个药对,基本就把所有证型概括了。

张妍(王琦老师科研秘书):我这里有个老师看过的病例,同大家

讨论。患者王某,68岁,便秘40年,就诊时排便困难,数日1行,质黏,伴有腹胀,口苦口干,口中异味,齿衄,痰黏难咳,暖气,纳可,入睡困难,舌红有瘀斑,苔厚腻微黄,脉滑有力。方药:生白术60g,枳壳10g,柴胡12g,法半夏10g,党参15g,炙甘草6g,黄芩10g,红枣10g,肉苁蓉20g。病人当属气郁质便秘,方用生白术、枳壳加小柴胡汤,大剂量生白术运脾生津,枳壳行气导滞,配合小柴胡汤疏肝和胃,调畅三焦气机。病人服药3剂后排便间隔缩短,为2~3日1行,质时黏,但腹胀仍在。改为柴胡12g,半夏10g,党参15g,炙甘草6g,黄芩10g,生姜6g,枳壳15g,生白术60g,生首乌30g,海蛤壳20g,黄花菜15g,炒莱菔子15g。方中仍尊枳术丸加小柴胡汤健脾疏肝行气通便之意,并加大了清热利湿降气化痰之力。不明之处为肉苁蓉性温,味甘咸,可温肾益精血,润肠通便,为阳虚质便秘加减用药,而本例患者并未见命门火衰,肾精不足之症,却也在一诊用药却加入肉苁蓉,不知原因为何?

王琦教授:我们在看病人的时候,首先要注意他的年龄,虽然这个病人表现为气滞血瘀、肠腑湿热,似无虚象,但考虑他年龄比较大,从生理特征上看必有肾精不足,故在一诊加入了肉苁蓉,补肾通便。

接下来是痰湿体质,体型肥胖

的人,可以加苏子、昆布来降气化痰。古代有用苏子降气汤治疗便秘,苏子化痰,降肺气,同时用海带、昆布,能够消痰、利湿、行气。血瘀体质的人也可以大便秘结。这时用两味药:炮山甲和桃仁。桃仁能通便,也能活血。大家记住主方,再记住气虚体质加几味药,痰湿体质加几味药,湿热体质加几味药,那么对于便秘的治疗就有把握了。

王济:今天老师讲了在常用经验方“传导通幽汤”的基础上,结合患者体质类型采取辨体论治,根据体质加用不同的药物。使我想到,西医对便秘也进行了分型:慢传输型和出口梗阻型,如两者兼备则为混合型。慢传输型的特点是排便次数减少,缺乏便意或粪质坚硬;出口梗阻型的特点是排便不尽感、排便费力或量少,肛门、直肠下坠感。两种不同西医分型的患者,其体质类型一定是不同的。慢传输型便秘患者很可能是气虚型体质,而出口梗阻型便秘患者很有可能是湿热型体质。所以,在“传导通幽汤”基础上配合辨体论治,既兼顾了便秘的各种不同的临床类型,又克服了中医辨证中证型繁杂的缺点,是执简驭繁,有常有变的方法。

张惠敏:我想再补充一点,治疗便秘,除了用药物干预以外,生活方式的干预也同等重要。首先,

便秘患者都应该养成定时排便的习惯,让自己的大肠逐渐形成定时排便的生物钟。其次,要限制饮食;进食量可以掌握七八分饱的程度,食物的性质应该是清淡的、主副食搭配合理的;1日3餐尽量做到定时,有规律的进食有助于胃肠有规律地蠕动。再次,坚持每周3次以上持续半个小时的锻炼,体育锻炼可以振奋气血,加速气血的运行,有助于大便的顺畅。最后,便秘的患者还要善于调节自己的情绪,避免紧张、焦虑、急躁的情绪,保持喜悦的心情和淡然的心态。现在,医学界逐渐认识到不良的生活方式是导致疾病的重要因素,在治疗便秘时,除了告诉病人如何服药以外,还应该嘱咐患者在生活方式方面的宜忌,这样才能从根本上治疗便秘。

王琦教授:今天大家通过讨论对便秘有了一个比较全面的了解,知道了如何在主病主方的基础上辨体加减用药。今天我们讲的就是内科常见病功能性便秘,像热性病里的大便秘结,尤其是出现神昏谵语,黄疸病里的大便秘结,包括现在的急性呼吸衰竭,都用到通便的方法,治疗效果非常显著,这些问题我们今后再讨论。

#### 参考文献

- [1]倪 诚,谢 鸣. 试论审计组方[J]. 中医杂志,2007,48(2):172-174.

# 欢迎订阅《中医药通报》杂志

邮发代号:34-95