

· 基层园地 ·

从五苓散看水饮内停证便秘的治疗

陈建国*

(武警北京市总队第三医院中医科, 北京 100141)

便秘是临床常见症状, 在人群中普遍存在, 尤其是城市人群高发, 可见于各个年龄段人群, 可见于各种疾病过程中, 给人们日常生活、工作带来诸多困扰。

2006 年 5 月发表的功能性便秘罗马 III 标准, 是目前全球用于功能性便秘诊断、治疗的共识性文件。其主要标准为: 患者须在诊断前 6 个月出现症状, 在最近的 3 个月满足下列诊断标准①排便费力、硬便、想排便但没有的感觉, 排便频率减少或排便不尽感。②排便每周少于 3 次, 每天粪便的质量 < 35 g 或 ≥ 25% 的时间感到排便费力。③结肠的转运时间延长^[1]。

《素问·灵兰秘典论》云:“大肠者, 传导之官, 变化出焉。”^[2]胃肠传导不利, 可使大肠气机不畅、腑气不通导致便秘, 反过来便秘也可导致脏腑气机壅滞, 脾胃升降失司, 从而出现一系列的变证, 因此临床上需要重视便秘的治疗。

张仲景称便秘为“大便难”、“不大便”、“大便坚”、“脾约”、“闭”、“阳结”、“阴结”、“谷气不行”等。从《伤寒论》来看便秘为胃肠道疾患, 属于里证, 从六经来分, 便秘属于阳明病和太阴病。《伤寒论》中对于阳明实证的便秘治以承气汤类攻下, 对于里寒实证的采用大黄附子汤温下, 对于太阴虚寒的用白术, 如第 174 条: 若其人不大便, 小便自利者, 去桂加白术汤主之。对于肠道津液亏虚的, 采用麻子仁丸润肠通下, 或者采用蜜煎导方。从《伤寒论》论述便秘来看, 其中主要关键因素在于津液, 如三承气汤证, 急下以存阴, 着眼于津液, 而后代温病学派创立了新加黄龙汤、增液承气汤等, 也都是考虑到肠道津液问题。另外如麻子仁丸、蜜煎导方、桂枝去桂加白术汤等也都重视肠道津液问题, 如果不增加肠道津液、不恢复肠道津液的正常濡润, 是达不到“增水行舟”而治疗便秘的目的。

汗、吐、下及利小便之法, 是常用的祛邪方法, 用之得当, 邪去正安, 若用之不当则可引起不同程度的正气损伤, 特别是津液损伤, 从而导致便秘。如《伤寒论》第 181 条:“太阳病, 若发汗, 若下, 若利小便, 此亡津液……不更衣, 内实, 大便难”; 第 203 条:“阳明病, 本自汗出, 医更重发汗, 病已差, 尚微烦不了了者, 此必大便硬故也。以亡津液, 胃中干燥, 故

令大便硬; 第 244 条:“小便数者, 大便必鞭”; 又如第 250 条:“太阳病, 若吐, 若下, 若发汗后, 微烦, 小便数, 大便因硬者”。

上述几条明确指出, 大便硬、不大便的病机就在于亡津液, 其机制在于汗、吐、下、利小便及火法, 用之不当, 使津液耗损, 肠失濡润, 大便便秘不出。《伤寒论》中有很大部分条文是为救逆而设, 足以证当时滥用汗、吐、下法伤津液之弊。仲景在使用祛邪方法时, 小心谨慎, 预为设防, 以存津液。正如陈修园在《医学三字经》中所言: 存津液, 是真诠。

《伤寒论》重视小便, 因为通过小便可以判断机体寒热情况, 如第 282 条: 若小便色白者, 少阴病形悉具。小便白者, 以下焦虚有寒, 不能制水, 故令色白也。通过小便颜色可以判断寒热, 同样, 通过小便利与不利也可以判断体内津液是否充足, 如第 59 条:“大下之后, 复发汗, 小便不利者, 亡津液故也, 勿治之, 得小便利, 必自愈。”而对于津液损伤的, 则不能再利小便以免更伤津液, 如第 224 条: 不可与猪苓汤, 以汗多胃中燥, 猪苓汤复利其小便故也。

上述条文指出了小便利与不利是判断津液是否充足的标志, 若小便少, 则津液已伤, 故不可更伤津液。若小便利, 则知道津液恢复, 故必自愈。这就提示我们临床上要注意从小便判断机体津液的充足与虚少。

大便、小便的正常依赖机体水液代谢的正常敷布, 而津液的敷布失常, 可以出现大小便的失常, 可以见到大便难、小便不利, 也可以见到大便下利、小便不利, 大便、小便关系密切的关键就是水液正常的代谢敷布。因此可以利用大便、小便之间的相互影响关系来调整异常, 如《伤寒论》第 159 条: 伤寒服汤药, 下利不止……复不止者, 当利其小便。后代有利小便实大便之说, 可见对于下利, 可以采取利小便的方法, 使多余水液从小便排出, 达到实大便的目的。对于大便下利可以采取通过调整小便而治愈, 那么, 对于津液敷布失常而导致肠道津液不足的便秘, 就可以通过调理小便而达到恢复正常的肠道津液敷布而治疗便秘。

便秘的病机为各种原因导致的肠道津液虚少, 因此恢复肠道津液可以治疗津液虚少的便秘, 轻者可不治疗, 如第 59 条“勿治之, 得小便利, 必自愈”; 或第 71 条“欲得饮水者, 稍稍与饮之”, 使达到第 203 条所言的“以津液当还入胃中, 故知不久必大便也”, 其意即候其津液自回, 不治自愈。正如《伤寒论》第 203 条:“以亡津液, 胃中干燥, 故令大便硬。当问其小便日几行, 若本小便日三四行, 今日再行, 故知大便不久出。今为小便数少, 以津液当还入胃中, 故知不久必大便也”。该条指出, 从小便次数可以判断出津液恢复情况, 津液自回, 便秘可不治自愈。

对于便秘, 通过问其小便日几行, 判断津液情况, 若津液回归肠道, 则自然津液濡润肠道, 正如增水行舟之法。但对于机体不能自行恢复津液正常代谢者, 则需要给予药物治疗, 宜调节水液代谢, 肠道濡润自然便秘不通而愈。

仲景十分重视肠道津液问题, 如肠中津液内竭者, 如第 233 条“此为津液内竭, 虽硬不可攻之, 当须自欲大便, 宜蜜

[收稿日期] 2011-02-24

[通讯作者] * 陈建国, 主治医师, 从事中医临床工作, Tel: 010-51913033, E-mail: chenjianguo73@sohu.com

煎导而通之”，此处津液内结，非承气汤的燥热内结，而是由于津液虚少所致，故以蜜煎导方润肠通便，体现了肠道津液的重要性；脾约津亏大肠不濡，“大便则鞭，其脾为约”者，而脾约者，乃脾不能为胃行其津液故也，故治疗宜滋阴养血润燥，用麻子仁丸，麻子仁丸中芍药、麻子仁润肠生津，再加以大黄、厚朴、枳实行气通腑。

对于水饮内停、津液敷布失常导致的肠道失润所致的便秘，仲景治以五苓散，调节水液代谢。如《伤寒论》第244条：小便数者，大便必硬，不更衣十日，无所苦也。渴欲饮水，少少与之，但以法救之。渴者，宜五苓散。因此调理津液恢复肠道津液敷布的正常，是治疗便秘的重要法则。目前也有临床应用五苓散加味治疗便秘取得良好效果的报道^[3]。

陈修园在《伤寒论浅注·辨太阳病脉证篇》中认为五苓散病机为：脾气不能转输，而胃之津液不行，水津不能布散，治宜“五苓散主之”。

五苓散为水饮内停、外邪里饮证，其中白术、茯苓健脾利水，桂枝通阳温阳，因痞坚之处必有伏阳，所以猪苓、泽泻泻寒利水兼有一定的清热作用。津液的生成和脾胃关系密切，如《素问·经脉别论》所言“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精”^[2]，脾胃功能的正常，才能使人体津液敷布正常，各种病理因素等使体内津液敷布异常，必然会出现大便或者小便的异常，所以治疗体内津液敷布失常，首先要着眼于恢复脾胃功能的健运，正如五苓散中白术、茯苓，所以五苓散是一个标本兼治，攻补兼施之方。五苓散中的桂枝、茯苓、白术可以认为温阳益气健脾之方，而猪苓、泽泻利水，标本兼治。通过调整脾胃功能，使脾胃健运，则水津四布，五经并行，脾机一转，水津代谢正常，肠道津液濡润，故能诸证悉平矣。

虽然，小便不利亦有因汗下之后亡津液而致者，不可强以五苓散治之，以免重亡津液。而“若脉浮，小便不利，微热，消渴者五苓散主之”中的小便不利，并不是津液虚少，而是津液敷布失常所致，故以五苓散主之。古人著书言简意赅，故需要仔细结合条文、方证研究。

总之，通过研读《伤寒论》条文，前后对照，可以发现，津液敷布是否正常直接关系到大小便的正常，因此可以通过调理小便达到调整肠道津液的敷布，从而发挥治疗便秘、下利等肠道津液敷布失常所致疾患，因此，临床上，对于水饮内停所致的便秘，可以采用五苓散加减治疗。

[参考文献]

- [1] 张丹,夏志伟.功能性便秘的罗马Ⅲ标准[J].中国医刊,2008,43(12):943.
- [2] 黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,1963:58,139.
- [3] 贾育新,张立.五苓散加味治疗便秘20例[J].甘肃中医学院学报,1992,9(3):37.

孟鲁司特纳治疗小儿轻、中度持续性哮喘

南云蓉¹,刘东芹²

(1. 河北省廊坊市广阳区妇幼保健院,
河北廊坊 065000;

2. 河北省廊坊市卫生学校,河北廊坊 065000)

哮喘是一种气道的慢性炎症性疾病,由嗜酸粒细胞、肥大细胞和T淋巴细胞等多种炎症细胞参与的复杂过程,而哮喘持续状态(SA)是指哮喘发作时出现严重呼吸困难,病情进行性加重^[1]。多种炎症因子的参与使易感者对各种激发因子具有气道高反应性,导致气道广泛性狭窄与气道阻力增加,这也是小儿SA发作的特点^[2]。在众多炎症因子中白三烯(Leukotrienes,LTs)是重要的促炎性介质,直接参与哮喘气道炎症、气道高反应性、平滑肌痉挛和气道重塑,并和其他细胞因子等炎症介质相互影响构成哮喘的病理生理基础^[3]。孟鲁司特纳(商品名:顺尔宁)是一种选择性白三烯受体拮抗剂,能特异性抑制半胱氨酰白三烯受体。我院应用白三烯受体拮抗剂孟鲁司特纳治疗小儿轻、中度持续哮喘78例,疗效满意。

1 资料与方法

1.1 研究对象 选择我院2009年2月至2009年12月儿科住院及门诊收治为轻、中度哮喘患儿78例,诊断标准符合2003年全国儿童哮喘专题讨论会修订的《儿童哮喘防治常规》^[4]。其中男46例,女31例。年龄5~11岁,平均(7.8±1.9)岁。病史4个月至3年。SA发作诱因:呼吸道感染59例,剧烈运动8例,环境改变5例,诱因不明6例。经患儿家属知情同意后,随机分为治疗组与对照组各39例。两组患儿年龄、性别、病程及病情程度无统计学差异,有可比性。

1.2 研究方法

1.2.1 治疗方法 对照组患儿采用常规综合治疗,布地奈德气雾剂(阿斯利康制药有限公司生产),每日100~200 μg,早晚各1次,吸入后漱口。治疗组在常规治疗的基础上加用孟鲁司特纳片,2~6岁4 mg,7~11岁5 mg,睡前口服,连续治疗3~5个月。疗程结束后观察临床疗效与不良反应发生情况,并随访6~18个月观察复发情况。

1.2.2 疗效标准 显效:治疗期间和疗程结束后哮喘不再复发;有效:在治疗期间和治疗结束后哮喘发作次数较治疗

[收稿日期] 2011-01-04

[第一作者] 南云蓉,主治医师,从事儿童临床治疗、保健及智力开发,Tel:13582466688,E-mail:1532677705@qq.com