

基于津液理论谈“二肠同治法”的运用※

● 李小燕¹ 刘东洋² 黄利兴³

摘要 “二肠同治法”出自吴瑭《温病条辨》。二便为一身之门户,二肠又是二便产生和排泄的重要场所。临床中常见二便异常的病症及大、小肠病变,而历代医家多习惯性关注大肠、小肠与各脏腑之间的影响,却鲜有探讨二肠之间的病理联系。文中基于大肠与小肠在津液代谢中的相互关系,从二肠生理、方证遣药及临床验案三方面论述大小肠之间的内在联系,以及“二肠同治法”的运用。

关键词 二肠同治;大肠主津;小肠主液

1 “二肠同治法”定义

“二肠”在中医藏象学中指大肠与小肠;“同治”可为“相同治法”,如“异病同治”;又可为“同时治疗”,如“标本同治”,此处应为第二种;“法”即“方法、手段”。故“二肠同治法”指大肠、小肠同时兼顾的治疗方法,即在临床中出现二肠同病证候,或者出现小肠病及大肠、大肠病及小肠,而两者病因病机相互影响的情况下,治疗时可以二者兼顾,或治大肠为主兼顾小肠,或治小肠为主兼顾大肠,或二肠同时治疗的一种治病原则及方法。

该词出现于《温病条辨·中焦篇》第17条,条文注解中“……火腑不通,左尺必现牢坚……此二肠同治法也”为小肠热盛、大肠实结之二肠同病之候,治以清小肠热与通大肠实并行之法。

2 二肠生理与病理联系

2.1 解剖结构与生理特性 从解剖形态上看,无论是《灵枢》对“小肠”“广肠”等结构的描述^[1],还是现代医学对胃肠结构的认识,都肯定了二者相互贯通的特点。从生理特点上看,中医认为小肠主受盛化物、泌

别清浊,即现代医学中的“小肠内消化”和“小肠内吸收”环节;大肠主传化糟粕,即大肠吸收水、无机盐等物质,同时将残渣化成粪便排出体外^[2]。饮食入胃,经脾胃腐熟、吸收、输布后,剩余则进入小肠分清泌浊,清者通过脾气散精,为机体所用,浊者分水液与糟粕,“水液渗于前,糟粕归于后”^[3],水液气化下输膀胱为洩,糟粕化物下传大肠为便。故《诸病源候论》载“小便之水源于小肠”,王汝新^[4]亦有大肠传导延续小肠别清浊一说。

2.2 大肠主津与小肠主液 津液为生命活动的物质基础。《灵枢》认为“津”多清稀,起滋润作用;“液”多浓稠,起濡养作用。“大肠主津”指传化糟粕时,通过“燥金”特性,从小肠分泌后的残渣中再回收多余水液,而保留少许津液,使大便质软成型;“小肠主液”即吸收谷精及大量水液。又据现代医理,小肠每日吸收的体内液体总量可达8 L,而大便排出的水仅0.15 L^[2]。从上可知,小肠吸收水液,质重有形,流动性大;大肠吸收津液,质轻宣发,流动性小。二者共同参与机体水液代谢功能,且大肠传导的前提为肠道需保持一定润滑度,这正是“津”所以“滋润”之体现。

2.3 二肠主司二便 大便的生成与排出,受脾胃纳运等多脏腑影响,而大肠是其主要场所,当脏腑功能失调影响大肠传导,如肺失通降、肝失疏泄,亦可出现大便异常。“小肠主水道”^[5],主司小便,小便形成源于小肠之泌别。故当大小肠生理功能异常,或其它脏腑病变影响大小肠司职,常出现的症状为大小便异常。

※基金项目 江西省一流学科专项科研基金项目(No. JXSYLXK-ZHYI017)

• 作者单位 1. 江西中医药大学岐黄国医书院(江西 南昌 330025); 2. 江西中医药大学科技学院(江西 南昌 330004); 3. 江西中医药大学中医学院(江西 南昌 330004)

如大肠实热,蒸腾水分,致阳明燥结;大肠虚寒,水液聚集,而肠鸣腹泻。又如小肠泌别失司,可引起浊气在上之腹胀、便秘,清气在下之便溏、泄泻。

3 治法运用与延伸

3.1 利小便以实大便 即通过分利小便而使便溏得实。如《伤寒论》中下利不止“当利其小便”之赤石脂禹余粮汤;又如张景岳“治泻不利小水非其治”之论^[6]。其“水泻”一证,即现代医学“分泌性腹泻”。脾虚湿蕴,水湿内停,以致小肠水液不泌,分走大肠,而非大肠失职,治疗上当分利小便,以恢复小肠泌别,达到“实大便”之效。

3.2 利小便以通大便 即通过分利小便而使便秘得通。治水泻需利小便,而大便秘者亦可“利小便”。湿阻便秘者,通过利湿浊由小便出而大便得通。如《温病条辨》宣清导浊汤证,湿浊阻于腑,大肠气痹,传导失司,则大便不通;弥漫三焦,水道失运,而小便不利。全方使水湿利下,浊邪归清,清浊回归“正道”,还大肠传导,药无通下而开大便之“虚闭”。

3.3 通大便以利小便 即小便不利者可以佐通大便。如下焦实热之淋证,小肠热蕴,泌浊、气化失司而小便不利,小腹胀急,其余热易传大肠,灼津液而成腑实。治疗上,若只清利小便,腑热不去,易致小肠热复燃,因此在清热利湿同时,佐以通腑泻热之品,使实热分利而无复燃之虑。八正散方加大黄通腑,石韦散中配冬葵润肠,均是其例。故云“大便动则小便自通”^[7]。

3.4 通大便以固小便 即以通大便而固缩小便^[8]。二便分消,可有小肠失泌,水走大肠之“水泄”,亦可水走太过而大肠津亏之便秘。如《伤寒论》麻子仁丸证,其“小便数”一症,脾为其热所束而难以输布津液,水液直下小肠至膀胱。故以火麻仁润脾燥,芍药安脾阴,使脾复其位,而二肠回归津液所司,则大便润下,溲数自止。

4 验案举例

在历代医家临证案例中,除导赤承气汤证外,临证医案亦有不少体现此法的记载。

如《医话医论荟要》中,国医大师路志正治功能性巨结肠症一案^[9]:王某,女,20岁,便秘5年,长期服双醋酚酞,初服有效,后大剂量亦无通便之功,曾于某医院住院,诊断为功能性巨结肠症,中西药物合并治疗无果,仍以灌肠维持。后求于路老,症见脘闷腹胀,稍饮水浆即全身肿胀难忍,故不敢饮水,尿量甚少,大便秘结,纳谷呆滞,体重下降,肢倦神疲,面色晦而不泽,

脉濡弱,苔薄白而干。路老起初虑其久服攻伐,伤及脾肺,治以益气培中,养血增液之参、芪、归等物,方进10剂,仍无效果,后追问得知,曾灌肠解出的大便多为水样便,少有干结粪块,且腹中肠鸣漉漉,路老顿时豁然,遂仿吴鞠通宣清导浊法,拟:茯苓30g,厚朴12g,杏仁10g(后下),藿香10g,荷梗10g,蚕砂15g(布包煎),炙皂角子4g(为末冲服),炒莱菔子12g。药后小便明显增多,大便可自行排出,食欲转佳,面色转润。此案初期一派虚羸之象,毫无阳明热结之候,又久服攻伐伤脾,故易混淆。此虽久伐伤正,但实邪久留,属虚实夹杂,乃湿邪久蕴下焦,阻于大肠,气机壅塞,故灌肠所出非干结粪块而是水样便,口渴而稍饮水即全身肿胀。仿宣清导浊法,泄浊利气通便,湿浊以化,腑气得通,以利小便而通大便,乃“二肠同治”之妙用。

又如喻昌《寓意草》记载,截疟成胀,二便不通一案^[10],初以大黄推荡泄粪,仍不出,后以五苓通膀胱之气,以不治大便,而大便自至是其例。国医大师郭子光^[11]运用“腑气结滞先通下”机理,治疗石淋而大便燥结不通,先拟承气攻下通腑,令腑气畅利以泄小肠邪热,继以清利,则利湿通淋方才取效。朱进忠《中医临证经验与方法》录有淋证一案^[12],以八正散去大黄治之而久不见效,后加土大黄通腑始奏效,也是其例。

除了医家案例外,现列举临床案例1则如下。

邱某,男,50岁,2020年8月16日初诊。主诉:突发右侧腰肋腹部疼痛2天。现病史:患者于昨日凌晨3点突发右侧腰肋下腹部疼痛,以胀痛为主,时阵发绞痛,伴恶心呕吐,吐出胃内容物,吐后全身乏力,虽急于当地医院行B超检查,但未见明显异常,予以双氯芬酸钠塞肛,疼痛稍有减轻,但仍阵发性疼痛。次日来院行腹部CT示右侧输尿管发现4mm×4mm结石。刻下:右侧腰肋连及下腹部痛,以胀痛为主,偶有阵发性绞痛,发作时伴恶心呕吐,吐出胃内容物,腹部胀满,欲矢气不得,大便不通,小便短赤。查体:体形偏胖,痛苦病容,舌质红,苔薄黄,脉弦;肾区叩击痛。。处方:酒大黄16g,瞿麦15g,篇蓄15g,滑石10g,车前子15g,焦栀子10g,灯盏花10g,柴胡10g,枳壳10g,白芍15g,香附10g,当归10g,续断15g,乌药10g,甘草6g。7剂。一周后电话回访,患者自诉服3剂后大便数次,而腰肋、少腹疼痛随即缓解。尽剂后即排出米粒结石,去医院行X线检查,结果示肾、输尿管、膀胱均正常。

(下转第24页)