

## 李振华教授运用治泻九法验案举隅

闻斐斐 李振华

**【摘要】** 李中梓是明代的著名医家,其在代表作《医宗必读》卷之七中提出了著名的治泄九法,即淡渗、升提、清凉、疏利、甘缓、酸收、燥脾、温肾、固涩。基本概括了治疗泄泻的各种治法,可谓是泄泻治法之集大成者,对临床实践有很大的指导价值。李振华教授长期从事脾胃病的研究与临床诊疗工作,在泄泻病的治疗上善于灵活运用李中梓治泻九法,师古而不泥古,积累了丰富的辨治经验。本文旨在举临床验案以总结导师在临床实践中运用治泻九法的经验,并参以自己的心得体会,以期同道能有所借鉴。

**【关键词】** 治泻九法; 临床经验

**【中图分类号】** R256.34 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2013.04.019

李中梓在《医宗必读》中提出著名的治泻九法,即:淡渗、升提、清凉、疏利、甘缓、酸收、燥脾、温肾、固涩。九法集泄泻治法之精华,基本涵盖了治疗外感、内伤泄泻的基本方法和原则,对指导临床实践起到了“授人以渔”的作用。本文在解析原文的基础上,通过临床验案将李振华教授运用治泻九法的临床经验加以总结整理。

### 1 升提法

案一:患者,女,60岁。2年前因肠脂肪瘤、肠套叠行小肠部分切除术,此后长期腹痛腹泻。大便不成形,每日3~4次,晨起肠鸣,伴下腹持续性隐痛,发作性加重,肛门及尿道下坠,平素畏寒。舌淡红,苔薄腻微黄,脉沉而弦。诊断:小肠部分切除术后。中医诊断:泄泻。辨证:脾虚肝乘,中气下陷。治法:益气升提,疏肝理脾。处方:党参30g、生黄芪30g、白术15g、大枣10g、柴胡10g、升麻10g、葛根12g、防风10g、枳壳10g、白芍30g、炙甘草10g、黄连6g、黄芩10g、炮姜10g、吴茱萸5g、延胡索20g。上方进7剂后,患者自诉大便已基本成形,便次减少,腹痛减轻大半,原方加减调理3月余,大便成形,腹痛基本消失,随访3个月未再复发。

本案患者手术之后,加之病程日久,致使中气虚弱,升提无力,转而下陷,致大便稀溏,肛门重坠。处方乃是以补中益气汤加减,在党参、黄芪、白术健脾益气的基础上,加强了升提药的运用,故在升麻、柴胡之外,又用了葛根、防风等药。此乃李中梓“气属于阳,性本上升,胃气注迫,辄尔下陷,升

柴羌葛之类,鼓舞胃气上腾,则注下自止”之谓。此例患者,腹部持续隐痛,阵发加重,且伴有肠鸣,提示土虚木乘,故方中又寓痛泻药方之意,抑肝扶脾。脾虚湿蕴,郁而化热,故少佐芩连,于辛甘之品中蕴有苦降之意,乃为反佐之道,旨在勿使温补升提太过。升提为主,佐以苦降,诸法合用,故能取效。

李中梓提出的升提法是指运用祛风升散之品,达到“鼓舞胃气上腾”,“风亦胜湿”,“下者举之”之效。脾胃病多为慢性疾病,病久多虚,根据李振华教授的经验,此法很少单独运用,强调配合使用甘温补益之品,因为导致清阳下陷的根本原因,是中焦虚弱,升提无力<sup>[1]</sup>。升提法亦可适用于中焦空虚,外邪乘机内陷所致的泄泻,如体现“逆流挽舟”法的人参败毒散。

### 2 清凉法

案二:患者,女,62岁。腹泻伴恶心呕吐3月余。恶心头吐,大便频数质稀,一天5~6次,排便不畅,肛门灼热感,舌红,苔黄腻,脉滑数。诊断:腹泻。中医诊断:泄泻。辨证:脾胃湿热。治法:清热利湿,和胃止泻。处方:紫苏叶10g、黄连10g、黄芩10g、陈皮10g、清半夏10g、枳壳10g、竹茹15g、生甘草10g、生姜10g、杏仁10g、瓜蒌皮12g、木香10g、焦槟榔10g。上方进7剂,恶心呕吐基本消失,大便次数明显减少,一天2~3次,原方加减调理2周后痊愈。

李中梓清凉法本为“热淫所至,暴注下迫,苦寒诸剂,用涤燔蒸”而立,用于外感暑湿证较为妥当,本案则为内伤脾胃湿热证,湿热蕴积,化腐蒸秽,火性急迫,湿邪粘腻,致使便不畅,身感苦灼。处方以黄连温胆汤加减,以黄芩、黄连涤荡燔燔,即“所谓热者清之是也”。患者排便频数而不畅,可见肠腑气机壅滞,故借杏仁、瓜蒌皮和槟榔、木香等药疏利肺肠气机,并推湿热之邪从下而出。诸药合用,使热清泻止。

李中梓提出的清凉法是运用寒性药物以清除体内居于脏腑或弥漫三焦的热邪,以治疗热性泄泻,多见于外感病。李振华教授在运用此法时,会佐以疏利二便或解表透热等法

基金项目:北京市中医药科技项目(JJ2011-79)

作者单位:100091 北京,中国中医科学院西苑医院脾胃病科 [闻斐斐(硕士研究生),李振华]

作者简介:闻斐斐(1987-),女,2011级在读硕士研究生。研究方向:中医内科、脾胃病。E-mail: wenfeifei1987@126.com

通讯作者:李振华(1960-),硕士,主任医师。研究方向:中西医结合脾胃病学。E-mail: lixingka@yahoo.com.cn

给体内的郁热以外出之机,使热邪里外分消以迅速达到疗效。临床运用清凉法时应注意中病即止,避免过用苦寒而戕伐脾胃阳气,致热未清而阳已伤,进而加重泄泻。另外,临床更为常见的是内伤脾胃湿热证,治疗上就不能单独使用清凉法,应注重使用健脾利湿法。

### 3 疏利法

案三:患者,女,43岁。半月前连食肥甘,近几日大便频急,一天3~4次,量少质粘,臭秽难闻,口中粘腻,腹部胀满,纳食减少,舌红,苔白腻,脉细涩。诊断:腹泻。中医诊断:泄泻。辨证:食滞胃肠。治法:行气导滞,化腐消积。处方:焦六曲12g、焦山楂12g、槟榔15g、莱菔子10g、茯苓10g、法半夏10g、连翘10g、炒山栀10g、香附10g、川芎10g、苍术15g、佩兰10g、生大黄6g。上方4剂症状基本消失,服完7剂症状痊愈。患者欲再进7剂汤药以巩固疗效,李教授嘱其饮食将息即可。

李中梓疏利法云:“痰凝气滞,食积水停,皆令人泻,随证祛逐,勿使稽留,经云‘实者泻之’,又云‘通因通用是也’。”本案患者正是缘于恣食肥甘而起病,致使脾胃纳运失常,湿热食积滞于中焦,下迫大肠,故欲出不得,而便频量少,壅塞气机而见腹痛腹胀。处方以越鞠保和丸加减,去菴陈蔞、畅通腑气,使泻痢愈,此乃李中梓“随证祛逐,勿使稽留”是也。

李中梓提出的疏利法是指通过运用行气攻逐药物以驱除体内郁阻之实邪而治疗泄泻的方法,即“实者泻之”,“通因通用”之谓也。所用药物多药性峻烈,临床运用此法时关键是要掌握好适应症,必有实可攻方可用之,病程短者宜中病即止,虚实互见者宜先攻后调,勿使伤及正气,李振华教授正是考虑到此点,才会劝说患者以饮食调养。

### 4 淡渗法

案四:患者,男,31岁。慢性腹泻10余年,大便平时一天3~4次,多时则达6~7次,便质稀溏,晨起症状为重,饮水多时症状亦加重,胃脘胀满。舌淡,苔薄白而滑,脉弦细。诊断:肠易激综合征。中医诊断:泄泻。辨证:脾胃阳虚,水湿内盛。治法:温阳健脾,淡渗利湿。处方:猪苓30g、茯苓皮30g、桂枝10g、泽泻10g、炒白术15g、附子6g、肉桂6g、干姜10g、炒苍术15g、厚朴10g、陈皮10g、炙甘草10g、冬瓜皮30g。上方7剂后腹泻次数有所减少,渐能成形。原方加减温补固涩之药,调理月余而获痊愈。

本案患者慢性病程10余年,脾阳已虚,运化无力,致水湿内盛,流注于肠间而腹泻不止。水为阴邪,易伤阳气,故饮水多时腹泻加重。遵“急则治其标”,处方以大剂五苓散“利小便以实大便”,使湿速去。李中梓谓:“使湿从小便而去,如农人治涝,导其下流,虽处卑隘,不忧巨浸。经云‘治湿不利小便,非其治也’。又云‘在下者,引而竭之是也’。”此即所谓淡渗法。根据本案病例特点又在淡渗利湿的基础上运用了辛温通阳的附子、肉桂、干姜等药,以期温振脾阳,绝生湿之源,体现了中医“标本兼治”的治疗原则。

李中梓的淡渗法是运用甘淡性平且具利尿作用的药物

以“使湿从小便而去”,主要适用于水湿壅盛所致的泄泻或兼见小便不利。淡渗法毕竟是治标之法,临床运用时一定要寻求病因,在“治病求本”的基础上运用淡渗法,如配合温运脾阳、扶固正气之品等,使祛邪不伤正,并根据相关病机或佐以清热育阴、化痰祛瘀等法而治疗泄泻。而且运用淡渗法的一个重要前提是体内津液尚没有过多耗损,否则徒伤体内气阴而致“败证”。

### 5 燥脾法

案五:患者,男,30岁。近3个月来腹泻,大便一天2~3次,不成形,每于进食难消化食物后则大便次数增多,自觉唇周上火,口中粘腻燥热,舌淡,苔厚腻微黄,脉沉。诊断:腹泻。中医诊断:泄泻。辨证:湿浊蕴阻。治法:燥脾化湿。处方:黄连10g、陈皮10g、清半夏10g、茯苓皮30g、枳壳10g、竹茹15g、生姜10g、木香10g、葛根15g、厚朴10g、肉豆蔻6g、荷叶10g、藿香10g、佩兰10g、苍术15g、炒白术30g。患者服药后自觉身体轻松,如释重负,大便较前成形,一天2次,畅快,但舌苔仍厚腻。上方加减调理一月余而获痊愈。

患者大便不成形,每于进食难消化食物后则大便次数增多,可见患者为脾虚不能运化,湿邪内生而致的泄泻;湿浊阻碍正常津液之输布上腾,故见口中粘腻燥热。患者体内湿邪蕴积,而湿邪重浊黏腻,反过来又可加重脾虚,故在燥脾之时应兼顾补脾,使脾旺则湿自除。处方乃是藿香正气散合黄连温胆汤加减,以“燥能胜湿,健脾化湿”。并加荷叶、葛根等药,升脾之清,使气机条畅,湿浊得化。湿邪重着粘滞,患者服药后体内湿浊得以排出,故感身体轻松自如。

燥脾法针对的是脾阳虚弱,不能运化水湿,下注于肠而导致的泄泻,其病机关键是“脾虚湿盛”,故临床运用燥脾法时要注重健脾化湿药物的运用。此外李振华教授还常加用葛根、荷叶等清轻之品,使脾气清而阳气复,即李中梓所谓“土德无惭,水邪不滥”,“仓廩得职,水谷善分”。

### 6 温肾法

案六:患者,女,49岁。慢性腹泻十余年,两个月前因过食寒凉而加重,平素五更即泻,并每于着凉及进食生冷油腻后加重,便前腹痛便后缓解,平素畏寒喜暖,手足发凉。舌淡红,苔薄滑,脉沉细。诊断:肠易激综合征。中医诊断:泄泻。辨证:脾胃阳虚。治法:温肾健脾,疏肝理气。处方:淫羊藿10g、仙茅10g、肉豆蔻10g、补骨脂10g、五味子10g、吴茱萸3g、干姜10g、黄连10g、木香10g、川芎10g、白芍20g、白术10g、陈皮10g、防风10g。7剂后腹泻已止,每天1~2次,大便成形,便前腹痛消失,唯咽痒,脐周隐痛,舌脉同前。上方加僵蚕10g、蝉衣10g、肉桂10g、细辛3g继续调理2月余而病愈。

患者久病,由脾及肾,肾中命火衰微,不能温煦脾阳,脾肾两虚,寒湿内生而腹泄。导师处方以二仙汤合四神丸加减,使肾阳温,命火旺而脾阳实,泄泻止,即“寒者温之是也”。患者长期为病所苦,心情自然抑郁不舒,故佐痛泻药方以疏肝理脾,以断泄泻的“情志”之因。

温肾法是运用温补脾肾的药物治命门火衰所致的泄

泻。虽然此型泄泻的病本根本在于命火衰微,但临床应用时也应注意配合使用健脾和固涩的药物,以便迅速达到理想的治疗效果,毕竟泄泻的病机关键在于脾虚湿盛。

## 7 甘缓法

案七:患者,男,28岁。一年多来左上腹不适,伴腹泻,呈稀水样,几近“食后即泄”,每逢饮食不节及着凉后腹泻可达每日十数次,时感恶心,纳食尚可,舌胖,有齿痕,苔花剥,脉沉细。诊断:慢性腹泻。中医诊断:泄泻。辨证:脾阳虚弱。治法:甘温运脾,缓急止泻。处方:北沙参 15 g、太子参 20 g、白术 15 g、生薏仁 30 g、茯苓 30 g、扁豆 15 g、山药 60 g、莲子肉 10 g、桔梗 6 g、木香 10 g、防风 10 g、白芍 15 g、苏叶 10 g、柴胡 10 g。上方进 7 剂后,腹泻和进食的时间间隔延长约 1 个小时左右,次数亦有所减少,原方加减调理 2 个半月而获全效。停药后嘱患者在家自行熬食山药粥以资调补。

患者中焦空虚,无力缓存,粮谷无可羁留,悠忽下行,呈现出急速下趋的病势,使腹泻立发于饮食之后,如畅通之江渠。方以甘淡平和之参苓白术散加减而补益脾胃、渗泄水湿,重用山药,用量达 60 g,并于停药后粥食山药,即李中梓所谓“甘能缓中,善禁急速,且稼穡作甘,甘为土味,所谓急者缓之是也”。药后中焦固缓自能化五谷为精微,并行糟粕而出。李振华教授于方中用防风和白芍,寓痛泻药方之意,是甘缓之外又加用了酸收及风药胜湿之意。因为甘缓法针对的病变脏腑不只在脾,亦在肝,病势之急不因虚而急,亦可因肝气而急<sup>[2]</sup>。脾胃虚弱易招“木来克土”,即使脾胃如常,急迫之肝气也易克伐脾胃。所以临床应用甘缓之法时,往往合用酸收法。

## 8 酸收

案八:患者,男,70岁。主诉:溃疡性结肠炎病史 30 余年,因升结肠癌行升结肠切除术,最近 1 个月以来,大便一天 10 余次,量少,稍有粘液,无脓血,里急后重感明显,无腹痛腹胀。舌淡红,苔薄白,脉弦细。诊断:结肠癌术后。中医诊断:泄泻;辨证:脾肾两虚。治法:酸敛气阴,兼补脾肾。处方:乌梅 20 g、五味子 10 g、山茱萸 10 g、木瓜 15 g、法半夏 10 g、干姜 10 g、炮姜 10 g、党参 15 g、炙甘草 10 g、大枣 10 g、黄连 6 g、黄芩 6 g、补骨脂 10 g、肉豆蔻 10 g、木香 10 g、葛根 10 g。7 剂后症状稳定,无何不适,大便每天 3 次,成形,纳食可,舌脉同前,原方加减调理。

患者年老体弱,病程日久,且癌症术后,正气大伤,导致胃肠功能低下,无力统摄,使大便频脱、气阴耗散,此时需急敛气阴、迅固正气,方用酸味之乌梅、五味子、山萸肉、木瓜等急收将脱之气液,即“散者收之”是也。本病例除频繁腹泻外,还兼有里急后重,可见脾肾阳虚之外,还有几分积滞,年迈体虚久病之人难堪消导破气,故并配半夏泻心汤调理中焦气机的升降,以防过用酸收而闭门留寇<sup>[3]</sup>。临床应注意酸收法适用于病程比较长的、纯虚无邪的泄泻,即李中梓所谓“泻下有日,则气散而不收,无能统摄”。新病泄泻,多以实为主或虚实夹杂,此时不宜妄用酸收,或用酸收佐以祛邪之品,以防闭门留寇,变生它证。

## 9 固涩法

案九:患者,男,62岁。泄泻 5 年,一天 4~5 次,畏寒着凉后症状加重,量多质稀,无腹胀腹痛。舌淡无苔,脉弦。诊断:肠易激综合征。中医诊断:泄泻。辨证:脾肾阳虚。治法:温补脾肾,涩肠固脱。处方:赤石脂 15 g、禹余粮 20 g、葛根 15 g、乌梅 15 g、石榴皮 30 g、诃子 10 g、炒芡实 15 g、益智仁 10 g、炮姜 10 g、黄连 10 g、补骨脂 10 g、肉豆蔻 10 g、吴茱萸 3 g、五味子 10 g。7 剂后大便次数减少,一天 2~3 次,渐能成形,胃无不适,纳可,便调,舌脉同前。原方加减调理,月余而瘳。

患者年老且泄泻日久,并每于受寒时腹泻加重,可见脾肾虚寒严重,致关门不固,滑脱不禁,气液败亡,此时唯急用固涩之法方可截下注之势。导师处方以赤石脂禹余粮汤配酸收之石榴皮、诃子、乌梅等,急挽气液之奔脱,“所谓滑者涩之是也”,并用四神丸以温肾旺脾而达“治病求本”之效。

李中梓云:“注泄日久,幽门道滑,虽投温补,未克奏功,须行涩剂,则变化不愈,揆度合节,所谓滑者涩之是也”。此法是运用收涩药物治疗脾肾虚寒所致的大便滑脱不禁、病程相对较长的泄泻。其病机依据是脾虚中气下陷或肾虚关门不固而致泻痢日久<sup>[4]</sup>。所以固涩法并不是简单的运用收敛固涩药以治疗泄泻,而是在此基础上寻找导致泄泻的病因,或健脾或温肾或疏肝,以标本兼治,而止气液之奔脱。

酸收与固涩,都非治病之长久之计,二者均用于虚多实少,病势急迫的情况下,其临床运用应适可而止,最终还是要回归到“治病求本”,寻求病因之上,否则就会闭门留寇。

## 10 小结

李中梓治泻九法的提出,指示临床上泄泻的治法是灵活多变的,每一法所针对的病机亦是不同的。但是临床上泄泻的发生常非单一病机所致,如脾胃虚弱所致的泄泻常会蕴含肝气乘脾的因素在内,脾胃湿热所致者常会有腑气壅滞不畅的一面,所以我们临证时还需深入了解病情,详查病机,正确运用治泄各法,以提高辨证施治的精准率。同时,也不可拘泥于任何一法,犯“死于句下”的错误,而是将各法灵活的融会贯通,应诚如李中梓所言:“夫此九者,治泻之大法也,业无遗蕴,至如先后缓急之权,岂能预设,须临证之顷,圆机灵变,可以青天下于寿域矣。”

## 参 考 文 献

- [1] 冯恩波. 李中梓治泻九法补识[J]. 北京中医药大学学报, 1994, 17(3): 12.
- [2] 陈丽平, 宋兴. 李中梓甘缓治泻法的理论依据和适应病症[J]. 成都中医药大学学报, 2012, 35(1): 74.
- [3] 李振华. 脾胃升降失常的病机与治则探讨[J]. 中医杂志, 2012, 51(12): 1131.
- [4] 谢鸣, 贺又舜, 樊巧玲, 等. 方剂学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 234.

(收稿日期: 2013-03-04)

(本文编辑: 黄凡)