

张福利教授基于太阴 - 少阴理论治疗泄泻的经验

周连兵^{1*}, 张福利^{2#}

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第二医院, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2025年5月21日; 录用日期: 2025年6月27日; 发布日期: 2025年7月9日

摘要

泄泻是消化系统的常见病, 临床表现以排便次数增多、粪质稀薄、腹痛肠鸣, 甚至泄出如水样为主症的病证。其归属于中医学“鹜溏”、“飧泻”、“下利”、“溏泄”、“濡泄”、“洞泄”、“肠癖”等范畴, 可见于西医功能性疾病如肠易激综合征、功能性腹泻等。本病的发生与外邪、情志、饮食、体质、阳虚等相关, 病机多为正虚邪实、湿邪困脾和肝旺克脾, 病理因素多为湿邪、阳虚。张福利教授认为, 脾虚湿盛为基本病机, 阳虚和湿邪相兼致病。二者互为因果贯穿于疾病的始终。基于太阴 - 少阴理论, 张福利教授结合多年临证经验提出了温阳健脾、祛湿、“顺势”的基本治则, 自拟基础方, 临证时, 根据阳气偏衰或湿邪偏重的疾病不同阶段, 加减方中诸药的温阳或祛湿之力, “观其脉证, 随证治之”, 获效颇丰。

关键词

泄泻, 太阴, 少阴, 张福利

Professor Fuli Zhang's Experience in Treating Diarrhea Based on the Theory of Taiyin-Shaoyin

Lianbing Zhou^{1*}, Fuli Zhang^{2#}

¹Graduate School of Heilongjiang University of Traditional Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²The Second Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Traditional Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: May 21st, 2025; accepted: Jun. 27th, 2025; published: Jul. 9th, 2025

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 周连兵, 张福利. 张福利教授基于太阴-少阴理论治疗泄泻的经验[J]. 中医学, 2025, 14(7): 2988-2993.

DOI: 10.12677/tcm.2025.147439

Abstract

Diarrhea is a common disease of the digestive system, characterized by increased frequency of bowel movements, thin stool, abdominal pain, intestinal sounds, and even watery discharge. It belongs to the categories of traditional Chinese medicine, such as “wu tang”, “pi xie”, “xia li”, “tang xie”, “ru xie”, “dong xie”, and “chang yu”, and can be seen in functional diseases such as irritable bowel syndrome and functional diarrhea in Western medicine. The occurrence of this disease is related to external pathogens, emotions, diet, physical constitution, Yang deficiency, etc. The pathogenesis is mostly positive deficiency and pathogenic excess, with damp pathogens trapping the spleen and the liver acting on the spleen. Pathological factors should be noted as damp pathogens and Yang deficiency. Professor Fuli Zhang believes that spleen deficiency and excessive dampness are the basic pathological mechanisms, with both Yang deficiency and dampness pathogenic factors causing the disease. The two are mutually causal and run through the entire process of the disease. Based on the theory of Taiyin-Shaoyin, Professor Fuli Zhang proposed the basic treatment principles of warming Yang and strengthening spleen, dispelling dampness, and “following the trend” based on years of clinical experience. He self-formulated the basic formula, and during clinical practice, according to the different stages of diseases with weakened Yang Qi or excessive dampness, he adjusted the warming Yang or dispelling dampness power of various drugs in the formula, “observed the pulse syndrome, and treated it according to the syndrome”, achieving significant results.

Keywords

Diarrhea, Taiyin, Shaoyin, Fuli Zhang

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

泄泻是以排便次数增多、粪质稀溏、或完谷不化，甚至泻出如水样为主症的病证，常伴有腹痛、肠鸣等症状。泄者，即泄漏之意，为大便稀溏，病势较缓者；泻者，即倾泻之意，病势较急。《素问·咳论篇》云：“肺咳不已，则大肠受之，大肠咳状，咳而遗失”。张介宾《景岳全书·泄泻篇》曰：“凡泄泻之病，无不由于脾胃” [1]。《黄帝内经·举痛论》言：“寒气客于小肠，小肠不得成聚，故后泄腹痛矣”。《素问·脏气法时论》曰：“脾病者，虚则腹满肠鸣，飧泄，食不化”。《伤寒论》第316条：“少阴病，二三日不已，至四五日，腹痛，小便不利，四肢沉重疼痛，自下利者，……真武汤主之”。《素问·经脉别论篇》语：“饮入于胃，游溢精气……上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行”。若少阴枢机失常，太阴开之不利，肺为水之上源，脾主运化，脾以升为健，若肺宣发肃降及脾运化输布水液功能失调，将导致津液代谢失调 [2]。《素问·生气通天论》亦曰：“春伤于风，邪气留连，乃生洞泄”。

综上观之，泄泻的病位在肠，与心、肝、脾、肾、肺等脏相关，其主要病因为情志失调、饮食不节、阳气亏虚、外邪侵袭等。随着社会的发展，精神压力也逐渐增加，肝气横犯脾胃所致的泄泻也愈发增多。张福利教授对泄泻病证的临床辨治有独到的见解，重视“顺势”理论，验之临床，疗效颇佳 [3]。

2. 太阴 - 少阴理论之于泄泻探讨

2.1. 太阴 - 少阴理论概述

太阴在十二经络中分别代表手、足太阴两经, 在五脏中分别代表肺、脾两脏[4]。《伤寒论》273条: “太阴之为病, 腹满而吐, 食不下, 自利益甚, 时腹自痛。若下之, 必胸下结硬”。这一条文作为整个太阴病的提纲, 阐明了中阳不足、脾胃阳虚、寒湿内盛、气滞水停、升降失常的基本病理机制。

少阴在十二经络中分别代表手、足少阴两经, 在五脏中分别代表心、肾两脏[4]。《伤寒论》281条: “少阴之为病, 脉微细, 但欲寐也”。该条文论述了少阴病虽阴阳气血俱虚, 但以阳虚为重。

阳气虚衰是导致太阴、少阴病的根本, 《素问》曰: “三阴之离合, 太阴为开, 少阴为枢” [5]。太阴主司开之能, 受纳由“阳明”进入之五谷精华, 是机体阳气损伤、邪气入阴的分界线。若太阴开太过, 转输津液过多而致湿困中焦, 运化失司, 脾升清的功能失常, 水谷精微转输吸收失调, 谷不能化, 水不能布, 混杂而下为泄泻。《素问·阴阳应象大论》曰: “清气在下, 则生飧泄”, 也表明了脾气不升而致泄泻的病机所在[6]。少阴为枢, 主司太阴与厥阴之贯通能量之源; 少阴司水火, 内寓原阴原阳, 且水火相交、阴阳相济有赖于少阴的枢纽作用。若少阴枢不及致太阳开不及, 阳气疏布失职, 心为君火居上, 心阳不足, 不能下交于肾, 则肾水太寒而相火亏虚, 肾阳不能温煦脾脏, 脾虚湿盛, 运化失司发为泄泻[6]。《素问·水热穴论》: “肾为胃关, 开窍于二阴”, 因此二便之开闭有赖于命门之火的气化功能, 如肾中阳气亏虚, 命门火衰, 而肾水独寒则导致肾主闭藏功能失常发为泄泻[7] [8]。

2.2. 太阴 - 少阴治疗泄泻的理论依据

素体脾胃虚弱, 或饮食不节, 或嗜食烟酒、辛辣燥烈之品, 或过度忧思致使脾胃损伤, 脾虚则湿盛, 湿邪困扼脾阳, 脾主运化升清功能下降, 水谷不化, 混杂而下发为泄泻[8]。感受风寒、暑、湿、热诸邪及内伤饮食, 以致脾胃受损, 湿困脾土, 脾失健运, 肠道功能失司, 水谷清浊不分, 临床症状以起病急骤, 病程短, 泻下急迫, 常伴有腹痛、肠鸣、纳呆等表现的称为急性暴泻[1]。先天禀赋不足, 或房劳所伤, 命门火衰, 不能上温于脾, 脾阳虚衰, 脾失健运, 或急性泄泻日久不愈, 阳随阴消, 损伤脾阳, 临床多见病程长, 反复发作, 常伴有腹部隐痛、肛门重坠、食欲不振等症状的称作慢性泄泻[9] [10]。太阴 - 少阴应四季阴阳消长, 初秋初冬, 阳气逐渐收敛闭藏, 阴气渐盛, 气机运化功能衰弱。感寒致阳气受损, 运化失司, 气机不利, 邪气下迫大肠, 促成泄泻的发病[11]。

3. 基于太阴 - 少阴理论的泄泻治疗思想

中医古籍文献中泄泻的病名有[12]: 泄、利、溏、鹜溏、飧泻等, 《太平圣惠方》初见“泄泻”作为症状出现, 陈言《三因极一病证方论》中“泄泻”则作为病名出现, 对泄泻进行了定义, 并对泄泻的病因分为内因、外因和不内外因[1]。《景岳全书·泄泻篇》云: “凡泄泻之病, 无不由于脾胃” [1]。由此可知泄泻病变多在脾, 脾虚湿盛是导致泄泻的主要病机。急性泄泻的病因病机以湿盛为主, 慢性泄泻以脾虚为主。此外, 情志因素、饮食水土、禀赋、外感六淫、阳气亏虚为泄泻主要致病因素, 脾虚湿盛为泄泻基本病机, 风、寒、湿、热为基本病理因素。概而言之, 泄泻发生的主要原因是肝气郁结、脾虚湿盛、饮食水土、感受外邪、禀赋不足, 病位在大肠, 多涉及心、肝、脾、肺、肾五脏, 病理因素多为湿邪、阳虚、气滞、寒凝。张教授基于太阴 - 少阴理论认为泄泻应从以下几个方面来辨治。

3.1. 病因病机

3.1.1. 饮食所伤

饮食不洁或暴饮暴食, 或嗜食肥甘厚味, 《素问·痹论》曰: “饮食自倍, 脾胃乃伤” [13]。损伤脾

胃,脾胃运化功能失职,升清降浊失调,水谷不分下注大肠而致泄泻。

3.1.2. 情志失调

急躁易怒,忧思善虑,悲伤不乐,肝气郁结,疏泄失常,横逆犯脾胃,以致脾失健运,升清无力,津液代谢失常,清浊不分,下迫大肠可发为泄泻。

3.1.3. 体质因素

先天禀赋不足,命门火衰,火不暖土,脾阳虚弱,湿浊内生,中焦气机阻滞,脾气不升,水湿下注,则发为泄泻。或素体脾虚,太阴升清无力,或久病伤及太阴,湿邪内生,水反为湿,谷反为滞,水谷不化而成泄泻。

3.1.4. 四季变化

长夏季节中暑易夹湿,湿气最盛,湿邪侵犯中焦,湿困脾土,脾阳运化无力,津液代谢疏布失调,湿易趋下,助势水液下迫大肠亦成泄泻。

3.1.5. 外邪侵袭

机体感受外邪,肺主皮毛,首先犯肺,肺气受损,宣发肃降功能失职,肺与大肠相表里,大肠的传导功能失调,水液下趋大肠而致泄泻。或寒邪直中少阴,伤及心阳,心与小肠相络属,心火不能移热小肠,小肠泌别清浊功能失调,水液不走膀胱而走大肠亦发泄泻。

张福利教授认为泄泻的发病与脾最为密切,基本病机为脾虚湿盛,基本病理因素为风、寒、湿、热。脾主运化、主升清,脾失健运,则水湿不化,水谷下趋大肠,或脾虚日久则阳虚亦见,阳虚阴胜,阴乘阳位,阴邪聚水成饮,袭扰胃肠,大肠主液功能失调,则影响大肠传导糟粕的功能。

根据其病机,主要以健脾、疏肝、祛邪、温阳为主,佐以清热祛湿、收敛固涩、调畅气机为辅。

3.2. 治法方药

明代李中梓《医宗必读·泄泻》中提出治泻九法,即淡渗、升提、清凉、疏利、甘缓、酸收、燥脾、温肾、固涩,这对泄泻的治疗是较为完备的并对后世提高临床疗效影响甚大[14]。目前泄泻的临床治疗多以温肾、健脾、疏肝为主[15],采用温肾健脾,化湿止泻的治则[16]。张教授认为泄泻治疗应不拘泥于此。五脏六腑皆有“寒”湿,病机见有寒湿乖乱之象者,可以太阴-少阴之法调之。以温阳化湿为根,通调太阴-少阴为本,佐以疏肝理肺、调畅气机。阳气实,少阴和,湿气化,太阴健,机体安。张教授认为温阳化湿、脏腑同调是其治疗泄泻的基本治则。治以淡渗健脾之品健脾化湿,则水湿化,脾阳升;甘温温阳之品助阳化气;兼疏肝之品以条达肝气,助肺和降;辅以引经药直达病所及使邪从二便出;亦可加入收敛固涩之药和祛风清热之品。然少阴热化,或外感热邪,热与湿合下迫大肠,故治疗时,张教授运用“顺势”理论助邪从大便出,邪气去则泄泻止。

基于上述,张教授立足经典,健脾化湿,五脏同调自拟泄泻治疗之基础方剂,方药组成:生白术、半夏、茯苓、生地、麦冬、郁金、黄芩、白芍、桂枝、生姜、桑寄生、防风、山楂、益智仁、炙甘草。方以生白术、半夏、茯苓、生姜四药合用,中土健运,化中焦湿邪,使脾气得以复升,胃气得以复降,人身中气如轴,四维如轮,中气运而整个升降复,周身之气得以运转。生地、麦冬相须为用,凉血生津、养阴润燥,助太阴之力。肝体阴而用阳,郁金、黄芩恰入肝胆,清肝热、解肝郁,使肝气条达。甲木乙木本是一气,甲降则乙升,可重用白芍以降甲木,轻用桂枝以升乙木;桂枝、白芍合用功能和营卫,营卫和气血顺畅、阴阳平衡,诸病皆愈。桂枝亦能助白术化水湿。桑寄生、益智仁补水中之火,肾阳充足,脾阳得以温煦,叶天士云:“太阴湿土,得阳始运”[17]。吴昆《医方考·泄泻门》曰:“久风入中,则为肠风飧泄”。

故用防风取风能胜湿之意, 现代药理研究显示: 多数风药具有抗炎、抗菌、抗过敏、兴奋迷走神经、镇痛、调节肠道蠕动和分泌[18][19]。现代人多食肥甘厚味, 易致脾胃受损, 体质偏胖, 肥人多湿, 山楂健脾消食、降脂化浊以复其偏。炙甘草调药和中, 合白芍可治腹痛。全方共奏健脾祛湿、温肾疏肝之功。以平调脾胃, 调畅气机, 健脾温肾之品治其本虚, 淡渗利湿治其标实。诸药合用, 扶正与祛邪并举, 标本兼治, 寓温心肾之火、补脾胃之阳、散肠中之湿于此方之中。

张教授认为泄泻病初多见泻下急迫、腹痛等急性泄泻表现, 提示疾病湿邪亢盛, 此时应以健脾祛湿之药为主。日久会出现身体困重、神疲乏力、畏寒、喜热饮的阳虚症状, 此时阳虚湿困, 则增强温阳理气渗湿之效。四季的阴阳消长亦是重要因素, 顺应四时变化加减方中温阳、祛湿的药理, 依据整体观、脉证结合, 一方化裁治疗疾病的始终。

4. 验案举隅

患者王某, 女, 33岁, 2023年11月20日初诊于黑龙江中医药大学附属第二医院。主诉: 腹泻日4~5次, 大便稀薄, 伴有腹痛半月余。该患者平素压力大, 饮食不规律, 性情急躁, 口苦, 纳差, 左胁胀满不适, 矢气后缓解, 睡眠不安, 腰部不适, 畏寒, 饮食生冷则症状加重, 小便淡白, 舌苔略白腻, 两脉尺道陷弱、两关浮弦兼滑, 查体: 血压(左侧)110/80 mmHg, (右侧)114/82 mmHg。证属脾肾阳虚, 肝旺克脾。治宜补益脾肾, 抑肝扶脾。处方: 郁金 10g、黄芩 10g、茵陈 20g、菊花 10g、生白芍 30g、生地 30g、麦冬 25g、竹茹 10g、半夏 10g、茯神 20g、炙甘草 10g、生白术 20g、桑寄生 10g、防风 10g、焦山楂 20g、益智仁 10g、桂枝 5g、生牡蛎 30g、首乌 15g、生姜 8g, 7付水煎服, 早晚分服。

二诊: 2023年11月27日。大便日2~3次, 大便黏滞, 腹痛, 口苦, 纳差, 左胁胀满不适, 小便淡白, 畏寒, 腰部不适明显缓解, 睡眠不安减轻, 舌淡红、苔略白腻减退, 两尺陷弱、两关弦滑。处方: 前方减茵陈, 加夜交藤 30g, 7付水煎服, 早晚分服。

三诊: 2023年12月4日。大便日1次, 大便成形, 腹痛、口苦、小便淡白、左胁胀满不适等症状消除, 纳差、睡眠不安、腰部不适明显缓解, 舌红苔薄黄。处方: 一诊方加炒白术 20g, 减生白术, 7付水煎服, 早晚分服。

四诊: 2023年12月11日。患者心情舒畅, 纳差、睡眠不安, 小便淡白, 畏寒症状消失、腰部不适明显减轻, 继续服用前方10付。巩固其疗效, 并嘱其避风寒, 调情志, 节饮食, 随诊。

按语: 该患者青年女性, 因平时工作压力大, 肝气郁结, 肝旺克脾, 及饮食不节, 多食肥甘厚味, 脾失健运, 清阳不升, 水谷不分下注大肠, 发为泄泻。严冬之季, 寒邪偏盛, 易伤阳气, 或寒邪直中太阴、少阴, 无力运化水湿, 水液疏布障碍, 下行大肠而致泄泻。肝主疏泄, 调畅气机, 肝气不疏, 则气机郁滞, 不通则痛, 症见腹痛, 左胁胀满不适; 肝气横犯脾胃则纳差; 胆经不降, 相火上逆而现口苦。心火不足, 心神失养出现睡眠不安。患者尺部陷弱, 为下焦肾元亏虚, 则畏寒, 腰部不适。心火不能下移小肠, 则小便淡白。大便稀薄, 舌苔略白腻为寒湿蕴结之象。该患者脉压差偏小及脉弱的症状, 张教授认为患者脾虚运化不足。患者少阴虚太阴盛, 致病因素以湿为主。方中郁金、菊花、茵陈、黄芩, 清肝火, 疏肝气, 使肝疏泄条达, 肝气升发。白术、生姜、半夏温补中焦, 化湿邪, 则中土运而中枢复旧。生地、麦冬甘寒, 养胃阴润肺燥, 亦防燥邪伤阴。茯神甘平, 宁心、安神、健脾, 助升脾气, 现代药理研究表明: 茯神具抗炎、利尿之效[20]。白芍酸苦, 降甲木敛相火而通腠理, 合甘草兼治腹痛。与桂枝配伍, 左升右降, 气机运转调畅。桑寄生、益智仁、首乌温补下元命火, 水液得以正常气化蒸腾。山楂健脾消食、降脂以助中焦健运。防风, 辛甘发散为阳, 助脾化湿之力, 助肝升发之性。生牡蛎具收敛、补阴、入肾之能, 可用于泻下伤阴, 开阖无度, 亦助阳明之通降, 使气机升降平衡[21]。竹茹以清热理气除烦。炙甘草调和诸药。二诊, 腹泻次数减少, 大便黏滞, 湿邪多数已排出机体外, 故去茵陈, 睡眠改善较小,

加夜交藤助安神之功。三诊,大便基本正常,生白术换成炒白术,增其健脾之力,脾健而余湿皆除。四诊,患者病情基本已愈,防病情反复,今为其巩固其疗效,故继续服用10剂,治疗3、5、7周后随访,其症未见复发。

5. 小结

泄泻为临床常见病,研究显示其与大肠癌的发生有一定相关性[22],因此明确病因病机,辨证论治极为重要。张教授认为泄泻发病与六淫、饮食、情志、禀赋、季节变化等相关,病机多因脾虚湿盛,病理因素多为阳虚或湿邪,寒湿同病。张教授以太阴-少阴理论为指导,调畅气机、调和脾胃、寒湿同治,确立了温阳化湿、通调脾胃、气机升降平衡的基本治疗原则,自拟基础方,不泥古方,机圆法活,随证加减,标本同治,疗效显著。

参考文献

- [1] 韩天恒,李晶.李晶教授治疗泄泻经验[J].山西中医药大学学报,2024,25(4):394-397.
- [2] 徐文静,冯利民.基于“少阴为枢”理论探析心悸[J/OL].中医学报:1-9.
<http://kns.cnki.net/kcms/detail/41.1411.R.20240813.1431.078.html>,2024-08-30.
- [3] 辛宇航,张福利,苏金峰,等.张福利教授基于“一气周流”理论探讨慢性前列腺炎的病机与证治[J].河北中医,2024,46(9):1420-1423.
- [4] 姚菲,荣震,石玮,等.从太阴及少阴病角度试探恶性胸腔积液的发病机制及治疗[J].中医药导报,2018,24(19):35-37.
- [5] 杨琴,黄荣楷,王玉璐,等.运用太阴、少阴病理论调节肠道菌群改善艾滋病相关症状的思路探讨[J].四川中医,2023,41(5):29-34.
- [6] 翟雪娟,毛慧芳,梁永林,等.从开阖枢论脾肾阳虚型泄泻[J].光明中医,2021,36(5):705-707.
- [7] 沈凡琪,刘丽,韩延华.韩延华教授温胞健脾法治治疗经行泄泻[J].时珍国医国药,2022,33(6):1428-1429.
- [8] 岳珍珍,黄适,玉颖,等.神经肽 CGRP 与脾肾阳虚型 IBS-D 相关性研究概述[J].山东中医杂志,2018,37(7):623-626.
- [9] 李雯,李玉,李清波,等.基于五脏一体观论治慢性泄泻研究进展[J].河北中医,2024,46(5):868-872.
- [10] 游顺华,王立平.张凤武运用祛风药辨治慢性泄泻经验浅析[J].中医临床研究,2023,15(32):78-81.
- [11] 孙晶,李庆伟,汪金字,等.张福利教授基于太阴-阳明理论治疗桥本甲状腺炎经验[J].中国医药导报,2023,20(27):133-136.
- [12] 杨丽,王彩霞.泄泻病名的演变[J].长春中医药大学学报,2021,37(2):262-265.
- [13] 宋姝慧,庞庆宝,刘梦瑶,等.瘰疬的中医诊治[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(33):147-148.
- [14] 高红霞,郭君,陈晓杨,等.《医宗必读》治泄九法临床应用经验总结[J].辽宁中医杂志,2006,33(4):395.
- [15] 戴恒,孙丽霞.单兆伟基于孟河医派学术思想治疗泄泻病经验[J].中医药临床杂志,2024,36(8):1489-1492.
- [16] 张婷,章清华.从《医学衷中参西录》中探析张锡纯治泄诊疗特点[J].环球中医药,2023,16(3):493-496.
- [17] 岳珍珍,黄适,玉颖,等.神经肽 CGRP 与脾肾阳虚型 IBS-D 相关性研究概述[J].山东中医杂志,2018,37(7):623-626.
- [18] 郭军雄,王小莲,马丽,等.风药对肝郁脾虚型 UC 大鼠结肠组织一氧化氮含量和诱生型一氧化氮合成酶活性的影响[J].四川中医,2012,30(1):15-17.
- [19] 冯文林,伍海涛.防风治疗肠道疾病的作用机制研究[J].时珍国医国药,2016,27(2):425-426.
- [20] 胡云飞,王玺,刘晴,等.中药茯神相关研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2023,25(1):115-121.
- [21] 王欣,霍青.应用开阖枢理论解读柴胡加龙骨牡蛎汤[J].山东中医杂志,2023,42(4):318-322.
- [22] 张惟郁,沈小珩,郭元彪,等.参附注射液治疗大肠癌术后腹泻(脾肾阳虚证)的临床观察[J].中国中医急症,2014,23(12):2337-2339.