**論述治療痢疾的個人體會以及心得**

朱柱彤中醫師

廣州中醫藥大學學士

香港中文大學理學碩士

國際中醫暨綜合自然療法學會副會長

摘要：痢疾在中國古代的時候已經有「痢無補法」、「痢禁汗法」等等的禁條，在嶺南地區更以清熱解毒燥濕為常法。而本人曾經在一例治療痢疾中，在失敗與思考之下，用汗、温、補三法奏效，遂把病案列出，以及總結探討當中的治療歷程以及思路。

**痢疾的認識**

痢疾在中醫內科學給出的定義是指：以腹痛，裏急後重，下痢赤白膿血為主症的病證。與在西醫學中的細菌性痢疾，阿米巴痢疾，潰瘍性結腸炎等相似。在中醫的角度認為，痢疾的發生是由於感受六淫邪氣，邪氣內蘊腸腑，與腸中氣血相搏結，致大腸傳導功能失司，通降不利，氣血瘀滯腸道脂膜血絡，使血絡受損，腐敗化為膿血而下痢赤白膿血；氣機郁滯，腑氣不通，致腹痛，裏急後重。

在很多的古籍中，都詳述了痢疾的具體病機、病因、以及治方。例如在《諸病源候論》中，將痢疾分為「赤白痢」、「膿血痢」、「冷熱痢」、「休息痢」等病候，在病機上認為「痢由脾弱腸虛……腸虛不復，故赤白連滯……」強調「脾弱腸虛」是痢疾發生的原因，並認為「血痢者，熱毒折於血，入大腸故也。」強調血痢的發生在於熱毒。

而在明清時期，醫家對於痢疾的認識提供了更多的治療思路。例如張景岳特別強調治療痢疾「最當察虛實，辨寒熱」。李士材在《醫宗必讀．痢疾》提及「痢之為證，多本脾腎……未有久痢而腎不損者。」提出痢久損及腎的病程進展認識。而在治法上，喻昌在《醫門法律‧痢疾論》中提出利用汗法治療痢疾，認為「失於表者，外邪但從裏出，不死不休，故雖百日之遠，仍用逆流挽舟之法，引其邪而出之於外，則死證可活，危證可安。」由於以往認為，痢疾的病因在於熱毒瘀阻腸道，腐敗化膿而痢。而汗法則能動血傷陰，故一直都有「痢無汗法」一說。而喻昌的說法則顛覆了一貫對於痢疾治療的看法。時至今天，對於痢疾的看法以及治療，大多遵循清熱解毒燥濕的方法治療痢疾，特別在嶺南地區更以此為常法，對於如何利用汗法治療痢疾，一般鮮有所聞。

以下一側病案，都在思路上都利用了喻昌所提及的「逆流挽舟法」進行治療，俱取奇效。

**病案分析**

1. 病案一：

**一診：**患者為友人陳姓，男性，22歲，曾於2013年，在大便後，在手紙上發現鮮紅色血，在大便上亦沾有血色，認為是痔瘡出血，由於一天後血色已再無出現，故並未理會。於2015年12月上旬，再發現大便後手紙上沾有血色，鮮血暗血混雜，近來幾天加重，症狀持續。由於一直有腸道不適感的問題，遂求助於本人處方開藥，以圖獲效。

**刻下症：**大便後手紙沾上鮮紅暗紅血，近日來大便困難費力，如有物堵塞，自覺肛門有重墜感，用手觸摸到肛門有腫物少許突出，無疼痛感。長期感覺腹中臍下的位置有「空虛」的不適感，喜温喜按，時有隱痛，痛時需要上廁所，但大便難排，或無大便排出。在夏天時，腹中的不適感減輕，近秋冬季節，或下雨天，腹中不適感會加重。其形體瘦削，面部皮膚粗糙，在冬天時掉屑明顯，鼻兩側毛孔大而能見。舌紅，苔白較膩，兩側伴有齒痕，脈細數，按之無力較軟。

**辨證分析：**患者在兩年前曾出現大便出血症狀，色鮮紅，現今再度發病，而色不全然是鮮紅，而是有較暗色的血混雜。從中醫病因的角度而言，是「近血」以及「遠血」俱有，從治療上考慮，「近血」在中醫內科學中認為是由於濕熱蘊結阻絡，脈絡受損，血溢出腸道所致。而「遠血」則由於脾胃虛寒，脾失統攝，引致血溢腸中所致。所以從治療上，寒與熱要並用的可能性很高。不可因香港天氣潮濕悶熱，以濕熱為患者多，而棄温熱補法而不用。

從整體上去考慮，出現腹中不適感，喜温喜按，是由於脾腎陽虛，火不暖土而造成。

而從體質上考慮，形體較為瘦削，陰損的情況是存在的。而皮膚粗糙脫屑，與肌膚甲錯的表現頗有相似，當中血瘀情況也是有的，加之出血的病機中，是由於邪氣瘀阻脈絡，令血絡受損而出血，病情亦有符合。另外，皮毛與肺相合，肺與大腸相表裏，大腸之氣機郁滯，則可以出現腹中隱痛，毛孔擴大；腸之血絡瘀滯，則出血，肌膚甲錯。故在治療上，應顧及血瘀，氣滯，陰損的情況去加以用藥。

從舌脈上去看，脾腎俱虛，脾失健運則水濕內生，腎虛不能主水，則水濕內困不能化津，故可以看見舌紅，苔白膩，脈細數的情況。

**方藥治則：**

治宜温補脾腎，止血化瘀理氣。

方用李可三畏湯，仲景黃土湯，東恒補中益氣湯，欽安封髓丹加減化裁。

一方：

附子60g(不先煎) 赤石脂30g 白朮20g 黃柏10g 砂仁10g 炙甘草15g 山藥30g 仙靈脾25g 肉桂15g(不後下) 紅參10g 五靈脂10g 黃蓍30g 陳皮10g 柴胡5g 升麻5g

上藥2000ml 煮取 200ml

二方：

麻黃15g 連翹15g 赤小豆60g 杏仁10g 生薑30g

上藥1000ml 煮取 200ml

服法：一方及二方各取一半(各100ml)，混為一碗，在晚飯後6點服一碗，9點後再服一碗。

**方藥分析：**方一用黃土湯作為主方，温補脾腎，以統攝失血。方中重用附子，温補脾腎，用60g之重量，通常會出現以下幾點疑慮：第一，在血證之下，應用大温之藥會否加重出血；第二，應用起出藥典劑量的附子，會否出現嚴重的不良反應。方中利用赤石指代灶心土。黃柏代替黃芩，加上砂仁，炙甘草，即封髓丹，意在收斂陽氣至腎中，使陽氣不會上瘀血絡而出血。用仙靈脾，益精補陰以替阿膠；山藥滋脾腎陰液，以代地黃，用以平補陰氣而過於滋膩礙脾。加入黃蓍，陳皮，柴胡，升麻，升提氣機，以消肛門之重墜，又可暢順氣機，以解腹中之不適感、隱痛感，又兼補肺氣，使行氣而有氣可行。方中用肉桂配伍赤石脂，一辛一澀，令壯火之餘亦有所制，取土能伏火，少火生氣之意；又用紅參配伍五靈指益氣化瘀止血，兼能通便。

方二取用麻黃連翹赤小豆湯，取喻昌「逆流挽舟法」之意，引其邪而出之於外，開表逐邪，令邪有出路。麻黃連翹赤小豆湯本治傷寒瘀熱在裏而形成黃疸，今用於治療便血，其一考慮出血的病機不離乎熱，而熱瘀阻血絡則可令血絡受損而出血；其二考慮到大腸與肺相表裏，加上毛孔擴大，皮膚粗糙脫屑等表現，可以判斷為大腸與皮毛皆有邪氣所藏；其三，考慮到發病的時間與天氣相關，而且每次發病，正值秋冬之際，極具規律，此與肺氣不能治節有關。故前思後想，嘗試利用開表之法，開邪退之路，以冀能逐大腸之邪氣於外，另一方面可以兼清裏之瘀熱，切合出血之病機。

**二診：**患者自訴當晚9點服藥後半小時，忽然臍下絞痛，痛不可忍，立馬到廁所解決，瀉下大量糞便及糞水。瀉後覺腹中充實，空虛感消失，精神爽利。手紙已再無血色，用手觸摸肛門腫物，覺腫物縮少。翌日早晨起床，覺精神狀態前所未有之好。而且面部皮屑明顯減少，毛孔收縮非常明顯。既然整體感覺有如斯改善，則效不更方，鞏固療效。

**三診：**服藥六天，每每服藥後亦出現腹中紋痛，大量瀉下，但疼痛程度慢慢減輕，瀉下的量亦愈發減少。但到服藥第七天，在瀉完大量糞水後，出現肛門射血的情況。思慮會否連服熱藥七天而熱盛，使血絡受損。遂改為苦寒清腸，袪風止血之方，以對病(痔瘡)治療，以及阻止肛門射血。

**四診：**換方藥服後兩天，雖射血消止，但出現手紙反沾有鮮紅色血，欲便但大便困難費力，用手觸摸肛門，發現腫物再次突出，並無疼痛。由於服藥後，出血並無改善，遂到廣州中醫藥大學一附院肛腸科求診。肛門指檢提示：I期內痔。腸鏡提示：重度慢性糜爛性直腸炎。由於友人工作關係，需要長時間逗留外地，故未有後續治療。

**五診：**2017年11月下旬，友人在出國旅遊回港後，腹中隱痛感，出血問題再次加重，手紙見黏液，大便次數增多，大便爛。因上次檢查後，得知病不在痔瘡，而病在腸炎，而現代醫學的腸炎，與中醫的痢疾頗為相似。於是汲取上次治療的失敗經驗，疏方再次治療。用李可三畏湯，三畏湯為李可先生治療各種腸炎，尤其是潰瘍性腸炎的驗方，合四逆湯，温補脾腎，生火暖土。

附子60g 紅參10g 肉桂15g 干薑15g 丁香10g 郁金10g

赤石脂30g 炙甘草15g 五靈脂10g

上水1500ml 煮取200ml 日一服，一劑

**六診；**服一劑後，腹中隱痛感好轉不明顯，大便次數稍有減少，大便能夠成形，手紙沾血減少，黏液仍有，質稠色白帶黃。原方基礎上加入黃柏15g 砂仁15g 山藥30g，煎煮服法不變。

**七診：**服後，腹中隱痛感明顯改善，大便成形，次數減少，手紙已再無血跡，黏液質地轉稀，色黃減退。但面部皮屑，毛孔擴大情況並没有改善。但在精神方面的改善並没有上次來的明顯。故又重施故技，利用一診時的原方原量治療，服用三天。

**八診：**本次服藥後，腹中隱痛感基本消失，大便次數恢復為1天2次，質轉正常，手紙已無沾血及黏液，面部毛孔少許收縮。囑患者忌酒食，奶酪，生冷冰涷。並以上方磨粉調服，每日15克，每次5克，早午晚各一服。

**領悟以及心得**

按語：此病案原由誤診便血一症為單純的痔瘡出血，而在辨證開方的思路上，從便血的病因，整體觀，體質，以及發病的規律上選方用藥，僅服後半小時，大量瀉下後，大部份的症狀已消七八，並且對於一直感受困擾的皮膚問題亦有所改善，此是所料不及。其後，因畏懼藥後肛門射血，而轉用苦寒清腸之法，反令症狀加重。在五診時，單純使用純温之劑，效果一般，而在六診時，加入封髓丹，以及補脾腎陰液之山藥，則改善症狀的速度以及效果有明顯改善。在五六七診中，少用開表逐邪的方法，而面部皮膚的症狀只是改善少許。

領悟：在一診時，本人的着眼點在於便血一病上，而漏診痢疾一證，仔細一想之下，臍下空虛感，便暗紅血，腹隱痛，肛門重墜感，與痢疾的裏急後重，有接近之地方。而本人的治療方向，不著重在血證一病上，反而著重腹中不適感的病機，以及整體的狀態去思考用藥，反倒誤中痢疾的病因。相反，在藥後出現射血，因畏懼「熱藥致出血」這一症狀，希望利用苦寒藥盡快止血，卻忽視了整體去處理疾病，反倒令症狀加重，反覆不愈。因此，中醫的優勢在於辨別整體的虛實寒熱，不只是在於治療單一或多種疾病的病因(例如：出血 = 熱)。

在五診時，由於已經認識到出血原因與痢疾相關，主證在於脾腎陽虛，因此，想着單純使用温補脾腎，理氣化瘀的方式治療，但卻療效一般，大不如前。在六診時加入一味黃柏苦寒止血燥濕，一味砂仁甘温芳香化濕和中，合而為封髓丹，潛陽於腎，又加入山藥滋脾腎陰液，卻又收效甚好。仔細回想以後，想起見習時候，脾胃科主任對於黃土湯的見解。他在丹溪心法中領悟到，凡出血都有火，所以黃土湯中，雖然全方較為温熱，但不忘加入黃芩以作清熱止血之功，加入地黃、阿膠補已損之陰。因此，雖然在整體治療的方向上，總以脾腎陽虛為主證，但在特定的疾病上，它也是既有它發病的原因，不可以只顧體質，而忽視對於疾病上的對應治療。所以由此領悟到，中醫治療要取得神效，必須同時兼顧整體的患者體質、生活習慣、既往病史等各個方，以及疾病發生的特有病機，對其加以處理。

在治療痢疾的心得上，縱使痢疾的病因，主流認為是濕熱之邪瘀阻血絡，腐敗為膿而為病。但在此則病案中可以看見寒熱虛實夾雜的情況下，對於主證(脾腎陽虛，表氣不通)使用温、補、汗三法的主力使用是十分肯定，縱然矛盾，但大可大膽使用。反之，對於兼證(便血，舌紅)在主方的基礎上酌加一兩味去應對已經非常足夠，反倒使用大量苦寒清腸，企圖切合便血的病因，可以一無所獲。

對於藥後瀉下大量，以及止血後，復出血的問題。本人認為這是疾病潛伏日久，邪漸外出的排邪反應，實與利用汗法中，微微汗出的意思是一致的。例如在傷寒論中，不少使用熱藥後都會出現排邪反應，譬如小柴胡湯證中出現的「戰汗」，太陰病中的「暴煩下利」，小青龍湯證中「服湯已渴者」等等。既然病在脾腎，邪氣盤踞脾腎，若正氣既復，邪氣則循出路而去，即大腸；既然病至出血，即邪在血分，若正氣既復，邪氣則循出路而去，即大腸之血絡。因為有時候排邪的反應看上去十分嚴重，甚至本人身為一介中醫學生，都曾經對此感到恐懼。所以，在使用熱藥治病時，更應該要與患者詳細交代有可能發生的排病反應，以及如何區別不良反應。本人認為與服藥前後作為判斷，若藥後精神萎靡，則是用藥失當；反之，藥後精神爽利，則是排病反應。

**總結**

本文詳細交代了本人之病案治療經歷以及思考，嘗試利用温、補、汗法解決痢疾以及便血。在辨證明確的情況下，縱使出血，亦不應避温不用；相反，亦不應在主證明確之下，治療只針對主證，而對兼證一無所顧。對於運用熱藥出現的排邪反應，應該了然於心，對患者交待清楚。對於利法汗法治療痢疾的指證中，規律發病，皮膚病症等要注意。

**參考資料**

張伯禮、薛博瑜，中醫內科學，人民衞生出版社，2014

李日庆、何清湖，中醫外科學，中國中醫藥出版社，2015

李士材，醫宗必讀，明代

張景岳，景岳全書，明代

喻嘉言，醫門法律，清代

鄭欽安，中醫火神三書，中國醫藥科技出版社，2014

李可，李可老中醫急危重症疑難病經驗專輯，山西出版傳媒集團，2014