王克窮主任運用大承氣湯治療熱結旁流證經驗

Chief physician *WANG Keqiong's* experience in the treatment of heat fecaloma with watery discharge syndrome by *Da-Cheng-Qi* Decoction

張春紅，王克窮[2]，朱小燕[1] *ZHANG Chunhong , WANG Keqiong, ZHU Xiaoyan*

（1.陝西中醫藥大學；2.陝西中醫藥大學第一附屬醫院）

1. Shanxi University of Chinese Medicine, Xianyang,712000, China;

2. Affiliated Hospital of Shanxi University of Chinese Medicine, Xianyang,712000, China;

[摘要] 「熱結旁流」為燥屎內結，津液從旁而下，以自利清水為特點。臨床上較少見，並且容易誤診失治，故將王克窮主任醫師運用大承氣湯治療熱結旁流證驗案作以詳敘，以饗同道。

[關鍵詞] 熱結旁流；急下存陰；通因通用；大承氣湯

「熱結旁流」是少陰熱化轉屬陽明之證，是少陰三急下證之一，是因腸中實熱積滯較甚，燥屎內結大腸，致大腸傳導功能障礙，而引起糞水從旁而流的一種病證，以自利清水為特點，常解釋為燥屎內結，津液從旁而下[1]。導師王克窮諳熟經典，對大承氣湯治療熱結旁流證有獨到理解，筆者侍診王師左右，悉聽教導，勤擷其驗。該證臨床上較少見，並且容易誤診失治，故將王師運用大承氣湯散結腑實治療熱結旁流證驗案作以詳敘，以饗同道。

一、病例摘要

患者，男，71歲，住院號2492779；於2020年06月14日因「胸背部、脅肋部疼痛不適3周餘」為主訴，急診以「多發性骨髓瘤待確診」入院。現病史：3周前因咳嗽、少痰等誘因引發，自覺胸背部疼痛不適，繼而脅肋部疼痛抽痛，遂就診於當地醫院理療（具體不詳）疼痛未緩解。2天前疼痛加重，並出現腰部疼痛，遂就診於我院急診，查血常規：白細胞計數：6.69×109/L，紅細胞計數：2.50×1012/L，血紅蛋白：91g/L，平均紅細胞體積：113.2 fl，血小板計數：65×109/L，C反應蛋白：53.8mg/L。ESR:130mm/h。胸腹部CT：掃描範圍內多發椎體、肋骨、胸骨、雙側肩胛骨及肱骨骨質破壞，多發性骨髓瘤可能性大，雙側多發肋骨、胸7椎體骨折，考慮病理性骨折，請結合臨床。雙肺間質增生，肺氣腫，肺大泡。左肺上葉片狀密度增高影，考慮炎症，建議隨診複查。雙肺散在纖維索條灶。兩側胸膜增厚。主動脈壁鈣化。肝實質多發低密度灶，多考慮囊腫，建議進一步檢查。急診遂擬「多發性骨髓瘤」轉入我科，入院見：精神萎靡，嗜睡，腰背部、脅肋部疼痛，活動受限，影響睡眠，口幹口苦、胸脅苦滿，乏力，納差，反酸，夜休差，大小便尚可。行骨髓穿刺，骨穿結果回報：多考慮多發性骨髓瘤。西醫予以解痙平喘、止痛、補充白蛋白等對症支持治療。6月17日刻下症：胸脅肋部疼痛不適較前減輕，偶感腹脹，身感燥熱，袒胸，被半遮，四肢外露，心下痛，按之尤甚，口舌乾燥，氣粗促，小便色黃，大便3-5次/天，清水樣臭便。望聞切診: 面部表情痛苦，面赤，形體偏瘦，四肢瘦削，皮膚乾燥，兩目少神，口唇乾燥起皮，腹診: 舟狀腹，觸診腹部皮溫略高，心下疼痛拒按（++），右側胸脅苦滿（+），左側髂窩壓痛（++）。舌絳，苔焦黑而幹。西醫診斷：多發性骨髓瘤；中醫辨證：熱結旁流證，施以大承氣湯：大黃20g、厚樸40g、枳實30g、芒硝12g，3劑，每天一劑，配方顆粒，每次1格，沸水沖服，日2次。

2020年06月19日二診，家屬訴服上方2劑後，症狀較前減輕，大便5次，先乾後稀，味臭穢，刻下症: 燥熱減輕，被半遮，稍口乾，精神較前改善，全身疲乏無力較前改善，食納增加，睡眠改善，今日解少量大便，大便較前成形，小便色稍黃。望聞切診：神志清晰，面部表情自然，面紅，形體偏瘦，四肢瘦削，皮膚乾燥，兩目少神，口唇稍紅潤，腹診: 舟狀腹，觸診腹部皮溫正常，心下仍痛。舌質絳紅，苔黃，脈滑數。服上方3劑後，自訴現患者可自行排便，質地較前成形，食納、夜休等均較前改善。現患者仍面赤、燥熱，心下痛，大便味臭穢，繼服3劑。

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

2020年07月02日三診，家屬訴昨日服用藥後大便5次，先乾後稀。脅肋部疼痛不適較前減輕，口乾不着，氣粗不顯，納食稍增，夜休改善明顯，小便調。望聞切診：神志清晰，面部表情自然，面色淡紅，形體偏瘦，皮膚乾燥，兩目靈活，口唇紅潤，腹診：腹軟，觸診腹部皮溫正常，心下痛（＋），左側髂窩壓痛（＋）。舌淡暗，苔黃膩乾。中醫效不更方，繼續以熱結旁流辨證論治，方選大承氣湯3劑，劑量、服法同前。西醫行MPT方案化療。服藥2劑後，家屬訴其排便燥如羊糞，感身熱，但精神較前明顯轉佳，疼痛症狀緩解，可坐起，與人攀談。效不更方，繼服3劑。服藥後患者心下痛明顯減輕，口舌乾燥較前明顯減輕，仍感身熱，納食漸增，夜休可，小便正常，大便乾。舌淡暗，苔薄黃乾裂。中醫腹診：舟狀腹，腹力一般，心下痛（＋），無臍上動悸，無少腹急結。現基於其病致全身疼痛不適，疲倦乏力，辨病與辨證相結合，辨病多發性骨髓瘤，全身疼痛不適，現基於其病致全身疼痛不適，疲倦乏力，中醫給予大承氣湯3劑以防死灰復燃，後予以獨活寄生湯祛風濕止痹痛，益肝腎補氣血。

2020年09月03日四診，刻下：患者消瘦衰竭，疲倦乏力，左側肢體活動障礙，潮熱汗出，夜休差，小便可，大便3-5天/次，純水樣便，臭穢難聞。舌淡暗，苔黃膩燥黑。複查頭顱、胸腹部CT：掃描範圍內多發椎體、肋骨、胸骨、雙側肩胛骨及肱骨骨質破壞，符合多發性骨髓瘤，較前2020-06-14相仿。雙側多發肋骨、胸4、7及腰4椎體骨折，考慮病理性骨折，較前增多。左側氣胸，本次新發。雙肺間質增生，肺氣腫，肺大泡。左肺上葉片狀密度增高影，考慮炎症，較前縮小。雙肺散在炎症，伴纖維索條灶。較前滲出增多，左肺下葉顯著。兩側胸膜增厚，較前明顯增厚；右側斜裂增厚。兩側少量胸水。較前稍增多。主動脈壁鈣化。肝實質多發低密度灶，多考慮囊腫。胆汁粘稠，膽囊炎。右側半卵圓中心及右側頂葉病灶，考慮惡性病變，建議核磁檢查。肝實質多發低密度影，考慮囊腫。中醫辨證為熱結旁流證，施以大承氣湯原方3劑。西醫予以甘露醇脫水降顱壓。家屬代訴：服上藥3劑後，潮熱汗出改善，可蓋薄被，大便較前稍成形，日3次，仍有左側肢體活動障礙，舌淡暗，苔燥黑。繼服上藥4劑，一般症狀緩解，大便正常，左側上肢可局限活動。

2020年09月11日五診，患者行第2週期化療，中醫認為化療為攻法，患者呈衰竭貌，中醫辨證為氣血虧虛，痰瘀痹阻，治以益氣養血，通絡止痛，方選十全大補湯、獨活寄生湯交替服用。

2020年10月08日六診，患者消瘦衰竭，表情淡漠，無問答。氣粗，被半遮，偶有頭痛不適，左側肢體活動障礙，無噁心嘔吐，無咳嗽，咳痰，不進食，夜休差，小便可，大便難。腹診：舟狀腹，觸診腹部皮溫稍高，心下痛（＋），左側髂窩壓痛（＋）。舌淡暗，苔黃膩乾。中醫辨證：熱結旁流，方選大承氣湯3劑，劑量、服法同前。服上藥後不適症狀稍有改善，大便4次，先幹後稀，味極臭，繼服3劑。後因病期晚，多功能衰竭而亡。

按：本案患者處於腫瘤晚期，大量消耗體內的氣血津液，全身氣血津液虛竭至極，中醫辨證當屬少陰病階段，患者面赤氣粗，惡熱不惡寒，被半遮，手足外露。察舌焦黑而幹，唇乾裂，腹診心下痛。辨屬癌邪傳陽明之腑、併入裡化熱，與腸中燥屎相結而成裡熱實證，迫津外出。患者表現為裡熱熾盛、燥屎結於腸中不得出，自利清水，為「熱結旁流」。此證乃伏氣之熱竄入肝腎二經，肝熱而波及膽，胆汁因熱妄行，隨肝氣之疏泄而下純青色之水。腎水因疏泄太過而將竭，不能上濟以鎮心火，且肝木不得水氣之涵濡，則在下既過於疏泄，在上益肆其橫恣，是以心下作痛、口中乾燥也。方選大承氣湯急下之，一則腎中之真陰可回，故而上濟愈口中乾燥、心下作痛；二則瀉下燥屎有形之邪，積熱即下，六腑即通，通因通用而利自止。患者初診時肌肉削脫、舟狀腹，不應被其表像迷惑辨為虛證，《醫宗必讀》有雲「大實有羸狀，至虛有盛候」，實乃因實致虛，故治當以瀉實為主，不可為虛候所擾。三診患者訴症狀較前改善，方證相應，已見初效，故繼服原方以防「死灰復燃」，中病即止，更方以緩解餘不適。患者應用甘露醇、化療等治療，加重津液虧損，更加重便秘之勢。蓋腸中既燥，胃居其上，亦化熱。胃有神經上通於腦，輾轉相傳[2]。所謂上病下取，故服大承氣湯大便得排，腑氣得通，陳腐去而腸胃潔，上肢活動障礙、頭痛得以緩解。

二、討論

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKCMA All Rights Reserved

1　熟諳經典，症文互譯

「熱結旁流」一詞最早出現于《溫疫論·大便》「熱結旁流者，以胃家實，內熱壅閉，先大便閉結，續得下利，純臭水，全然無糞」。其形成的原因[1]：（1）胃腸熱結，燥屎結於距肛門較遠部位，因腸道津液缺乏,故不足以使大便下趨，而腸中少量水液從旁流出肛門，故而自利臭水，全無糞便；（2）腸道實邪阻滯，化燥生熱，燥熱迫津下趨，使其沿腸道燥屎之空隙而下，出現結者自結，下者自下的現象。王師認為燥糞常結在降結腸、乙狀結腸部位，而在燥糞以下的腸道，因燥熱迫津下趨而自利清水。《傷寒論》雲「少陰病，自利清水，色純清，心下必痛，口乾燥者，可下之，宜大承氣湯」，病者瀉下物為純水樣便，臭穢難聞，熱象明顯，但與「下利清穀」不同，雖冠以少陰病，實為實熱內結，是少陰熱化轉陽明證，當應急下存陰、通因通用。

2　據證論治，效如桴鼓

對於熱結旁流證，臨證定要詳問病史，四診合參。特別對於腫瘤晚期患者，考慮腫瘤為消耗性疾病，醫者多不敢用攻伐之品，而喜活血化瘀或補益，往往更易忽視，致有些熱結旁流不能正確診斷治療。本例患者全身疲乏無力，肌肉削瘦，他人用大補之品，效果不佳。王師望其面赤、袒胸，舌焦黑而燥，素體陰虛陽亢，陰虛易化燥化熱，陽亢助燥熱與糟粕搏結與腸中[3]，徒耗腸中津液，此乃因實致虛，辨證熱結旁流，治以瀉實為主，果斷選方大承氣湯急下存陰。

3　活用大承氣湯

談起大承氣湯，大多人先會想到「痞、滿、燥、實」，但臨床有時不必拘於燥屎的形成與否，如林連美等[4]提出「有大承氣湯證，但見一證便是，不必悉具」之論斷，馮嵐嵐等[5]提出「急下求陰津存以截斷疾病的傳變，下不厭早以存腎水」，《金匱要略淺注》：「瀉陽明之燥氣而救其津液，清少陰之熱氣而複其元陰」。王師依據《傷寒論》等經典理論，總結大承氣湯可用於以下幾種條件：①太陽陽明合病時，表邪已解者。②胃腑實熱，大便不硬，尚未燥結成實者。③裡熱成實，燥屎已成者。④下後邪熱複聚，燥屎內結者。⑤陽明三急下證（熱邪伏裡，目中不了了，睛不和，劫灼津液之危候；實熱內結，發熱汗多；發汗不解，腹滿痛，津液外奪，燥熱成實）。⑥少陰三急下證，腸腑燥實，灼傷真陽者。

參考文獻：

[1]. 張迎泉.熱結旁流證概念探討[J].世界中西醫結合雜誌，2011,6（6）：464-465.

[2]. 唐小笛，李相儒，金傑.大承氣湯加減治療腦病醫案3則[J].中醫臨床研究,2020，12（6）：1-2.

[3]. 劉淼.急下存陰救陽明-結者散之療腑實-白長川教授運用大承氣湯治療熱結旁流證經驗[J].中國中醫急症，2019.8，28（8）:1485-1487.

[4]. 林連美，李雲海等.大承氣湯在《金匱要略》中的應用[J].中國中醫基礎醫學雜誌，2017.8，23（8）:1065-1066.

[5]. 馮嵐嵐.少陰急下證下不厭早的學術探究[J].環球中醫藥，2020.5，13（5）:838-839.

Abstract: “hot knot bypass flow” is the internal knot of dry excrement, body fluid from the side down, is characterized by self-benefiting clear water. It is rare clinically, and it is easy to be misdiagnosed and mistreated. Therefore, this paper gives a detailed description of the case in which the chief physician Wang Keqiong used Da Chengqi Tang to treat the hot junction bypass flow.

Key words: hot junction side flow, rapid deposit Yin, tong cause general, Da Chengqi Tang.

（編委：張群湘審校2021.12.29）

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved