

姚树坤教授论治功能性便秘经验

吴桐¹ 姚树坤²

(1 北京中医药大学, 北京, 100029; 2 中日友好医院, 北京, 100029)

摘要 功能性便秘是一种常见的慢性消化系统疾病, 近年来发病率不断上升, 严重困扰着人们的生活。姚树坤教授在治疗消化系统疾病方面, 疗效卓著, 对于功能性便秘的治疗, 颇具心得。姚教授认为, 功能性便秘的诊断、治疗应中西合璧, 先明确诊断, 再予辨证论治, 病机以湿热阻滞肠胃为主要特点, 治疗应清化湿热、疏调气机为本。

关键词 功能性便秘; @ 姚树坤; 经验

Professor Yao Shukun's Experience on Treating Functional ConstipationWu Tong¹, Yao Shukun²

(1 Beijing University of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100029, China;

2 China-Japan Friendship Hospital, Beijing 100029, China)

Abstract Functional constipation (FC) is a common chronic digestive disease, and its incidence rate has been rising in recent years, which seriously affects people's life quality. Professor Yao Shukun has engaged in medicine profession for more than thirty years, and he has remarkable outcomes in treating diseases of digestive system. He has considerable experience for the treatment of functional constipation. Professor Yao thinks that integrated traditional Chinese and western medicine shall be applied on diagnosis and treatment of functional constipation. It should be clearly diagnosed, and then treated by syndrome differentiation, and the main characteristics of pathogenesis is damp and heat block gastrointestinal. The treatment of the disease should be clearing dampness and heat, smoothing and regulating qi.

Key Words Functional constipation; @ Yao Shukun; Experience

中图分类号: R25 文献标识码: B doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2015.01.017

功能性便秘是指排除器质性疾病, 而出现大便秘结, 排便周期延长, 或周期不长, 但粪质干结, 排便艰难, 或粪质不硬, 虽有便意, 但便出不畅的病证^[1]。调查显示, 我国慢性便秘的发病率为 3% ~ 17%^[2-4]。姚树坤教授从医 30 余年, 临床经验丰富, 尤其在消化系统疾病方面, 采用中西医结合治疗方法, 疗效卓著。笔者有幸跟师学习, 亲历百余例功能性便秘患者, 多为严重便秘者, 多有 10 余年病史, 经姚师治疗, 均取得满意疗效。现将用药经验介绍于下。

1 明确诊断, 辨病为先

对于功能性便秘的诊治, 首先应明确诊断, 中西医并重, 辨病与辨证相结合, 辨病为先, 次予辨证。据罗马Ⅲ诊断标准, 必须包括下列 2 个或 2 个以上的症状: 1) 至少有 25% 的排便感到费力; 2) 至少 25% 的排便为块状或硬便; 3) 至少有 25% 的排便有排便不尽感; 4) 至少 25% 的排便有肛门直肠的阻塞

感; 5) 至少有 25% 的排便需要人工方法辅助 (如指抠、盆底支持); 6) 每周少于 3 次排便。如果不使用泻药, 松散便很少见到, 诊断肠易激综合征依据不充分, 患者须在诊断前 6 个月出现症状, 在最近的 3 个月满足诊断标准^[5]。诊断时, 除以上条件, 还应综合评价患者病情以指导进一步检查, 如甲状腺功能检查排除甲状腺功能低下等全身性疾病。尤其对于年龄偏大, 有发热、消瘦、腹痛、便血等报警症状及结肠癌家族史的患者, 应行肠镜检查。明确诊断后, 再予辨证施治, 避免贻误病情。

2 功能性便秘的病因、病机

功能性便秘属中医“便秘”范畴, 历代文献中, 有着大量详细的描述。最早于《黄帝内经》中已有关于便秘的记载, 如“大便难”“后不利”等, 《伤寒杂病论》中提出了寒、热、虚、实的不同病机, 并最早给出了治疗便秘的方法。归纳起来, 便秘可分为实秘、虚秘两大类, 其中实秘包括肠胃积热、气机郁滞, 虚

秘包括气虚、血虚、阳虚便秘。姚师认为,随着时代的发展,生活条件的提高,饮食结构的改变,便秘的病因病机较前有了很大的改变。首先,物质生活极大丰富,形成了以肉食为主的肥甘厚腻、辛辣、烟酒嗜烟等饮食生活习惯,“酒客里湿素盛”“酒肉之湿助热”,久之损伤脾胃,湿邪内生,蕴久化热,致湿热互结,阻滞肠胃气机,导致便秘产生;其次,由于竞争激烈,压力增大,情志抑郁、焦虑等显著增加,肝失疏泄,久郁化火,进而木郁克土,致脾虚湿生,胃虚食停,湿热与食滞互阻,引起便秘;第三,由于长期使用导泻、滋补类中药及抗生素、激素等药物,损伤脾胃,湿邪内生,阻碍胃肠气机,可引起便秘;另外,由于电脑使用增多,人们长期久坐,活动减少,脾胃功能减弱,运化失调,水湿停滞,导致便秘产生。总之,湿热阻滞型便秘显著增加,临床可见大便秘结,或排便欠畅,有排不尽感,伴脘腹胀满,暖气吞酸,口干口苦,舌红,苔黄腻,脉沉滑数等征象。

3 治疗特点

3.1 调气机 气机的升降出入是人体生命活动的基本形式,早在《素问·六微旨大论》中就提出“非出入,则无以生、长、壮、老、已;非升降,则无以生、长、化、收、藏。是以升降出入,无器不有”,故在正常的生理状态下,人体气机时刻进行着升降出入运动,清气上升,浊气下降,维持着脏腑功能,如果气机的升降出入发生障碍,疾病则随之而生,甚至威胁生命,如“出入废,则神机化灭;升降息,则气立孤危”。于功能性便秘来说,气机失调尤为显著,无论湿热阻滞,抑或气虚、血虚,均影响了胃肠气机的条畅,致浊气下降障碍,引起便秘产生,因此治疗中疏调气机尤为重要,主要体现在三个方面:

1)降胃气。胃属阳土,喜润恶燥,主收纳、腐熟水谷,以通降为顺。胃气降,则浊气下降,如此糟粕残渣等可下移形成粪便,并规律地排除体外。若胃失通降,浊气下降受限,则出现脘腹胀满,大便秘结等症,若胃气不降反而上逆,则出现暖气、呃逆、恶心、呕吐等症,故通降胃气为疏调气机第一要素。姚师喜用旋覆花、代赭石等通降胃气,其中旋覆花、代赭石取自于《伤寒论》中“旋覆代赭汤”,该方具有降逆化痰,益气和胃功效,用于治疗胃虚痰阻气逆证,姚师师其意,取方中旋覆花、代赭石来通降胃气,两药始载于《神农本草经》,均具有降逆气,化痰涎作用,旋覆花性温,有“诸花皆升,旋覆独降”之谓,为治疗胃气不降要药,代赭石质重性寒,张锡纯认为降胃之药,以代赭石为最效,两药配伍,寒温相济,胃气

得以通降,恢复浊气下降功能。

2)升脾气。脾属阴土,喜燥恶湿,主运化水谷,其气以升为健。脾与胃同居中焦,为“仓禀之官”,是后天之本,气血生化之源。在气机升降方面,脾胃至关重要,为气机升降之枢纽,《伤寒论直解》曾指出:“阴阳与水火,位居上下,而土居其中,上下交合,必由中土”。脾升胃降共同维持正常的生命活动。脾气不升,则水谷精微输化失常,易停湿停痰,郁阻气机,进一步影响胃气通降功能,可致脘腹胀满,纳呆,排便不畅,或排不尽感,大便黏腻。治疗应予健脾祛湿,升发脾气为主,姚师喜用白术、茯苓两药。《本草通玄》指出:“白术,补脾胃之药,更无出其右者……土旺则清气善升,而精微上奉,浊气善降,而糟粕下输。”茯苓,气味甘平,可健脾祛湿,《本经崇原》指出:“其本松木之精气,藉土气以结成,故气味甘平,有土位中央而枢机旋转之功。”两药配伍,健脾祛湿升清之力显著。

3)疏肝气。肝主疏泄,调畅全身气机,与脾胃关系密切,其疏泄功能正常,则脾胃受纳、运化,进而升清降浊,营养精微物质敷布周身,糟粕残渣从二便而解,反之,则木郁克土,气失调畅,出现脘腹胀满,暖气,吞酸,大便秘结等症,如《血证论》提出:“木之性主于疏泄,食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之,而水谷乃化;设肝之清阳不升,则不能疏泄水谷,渗泄中满之症,在所不免。”故治疗中常加入香附、枳壳、柴胡、陈皮等疏肝理气。如此,则三焦气机通畅,气化则湿化,气行则血行,湿去热孤,邪去正复,恢复大便正常排泄。

3.2 据证灵活加减 功能性便秘以肠胃湿热阻滞为主,但临床症状复杂,应据证灵活加减:如热重湿轻,以大便秘结,口苦咽干,心烦急躁,夜寐欠安为主,可加黄芩、金钱草、龙胆草、栀子等清泄肝胆郁热;如湿重热轻,以排便不畅,大便黏腻,脘腹胀满,纳呆,泛泛欲恶为主,可加白扁豆、生薏苡仁、苍术等健脾祛湿;如木郁克土,胃气上逆明显,以大便秘结不通,频频暖气,嘈杂,呕吐酸水为主,可加柿蒂、黄连、姜半夏等和胃、祛湿、降逆气;如兼夹饮食积滞,见大便不爽,脘腹饱胀,恶心欲吐,矢气酸臭等症,可加焦山楂、焦麦芽、焦神曲等以消食助运。

3.3 忌攻伐与壅补 中医对便秘的研究历来已久,从《伤寒论》开始,历代名医创立了许多治疗便秘的名方,如大、小承气汤、调胃承气汤、增液承气汤、麻子仁丸、枳实导滞丸、当归芦荟丸、润肠丸、济川煎等,大多数方剂中均含有大黄、芒硝、番泻叶、芦荟等

含蒽醌苷类泻下通便攻伐之药。诚然,使用泻下攻伐药物后,便秘病情可得一时缓解,但停药后易于近期复发,如此长期应用后,不良反应显著增加。近年来,随着便秘患者的增多以及电子结肠镜的开展与普及,结肠黑变病的检出率越来越高,该类患者易于出现便秘情况加重,腹胀甚至疼痛,食欲不振等症状,经研究发现,结肠黑变病的发生及程度与使用含有蒽醌苷类泻药密切相关,如连续服用 1~4 个月,即可见结肠黑变病发生^[6-9]。有学者曾对 1 800 例结肠镜检查结果进行分析,检出本病 32 例,且 32 例患者均服用过蒽醌苷类泻药,其中伴结肠癌者 4 例,伴肠息肉者 12 例,提示结肠黑变病患者中结肠癌发病率高,其息肉类新生物检出率也较高^[10]。因此,在临床上应忌用泻下攻伐类中药,即便使用,应短期内应用,中病即止。

长期功能性便秘患者易于出现疲乏无力,倦怠嗜卧,食欲低下等症状,更严重者甚至出现手足逆冷,细审该类患者,除以上症状外,往往伴有心烦,急躁易怒,夜寐欠安,梦多易惊醒,舌红苔黄腻根厚,脉沉弦滑数,此为湿热阻滞,气机不能调畅,因而出现疲乏无力,倦怠等正虚表现,正所谓“大实有羸状”,治疗时应予清热化湿,调畅气机,疏利三焦为主,应忌用补益类药物,盖邪盛之时,惟当攻邪,邪不去则正不复,邪去则正安。前贤张子和云:“陈莖去而肠胃洁,癥瘕尽而营卫昌,不补之中有真补存焉。”

4 辅助调理

功能性便秘的发生与饮食、生活习惯等密切相关,使用药物治疗,只能取效一时,如需彻底根治,则需多方面配合:1) 饮食调理。需戒烟、戒酒,少食、甚至不食肥甘厚腻、辛辣刺激、烘烤、膨化等食品,鼓励多食五谷杂粮、蔬菜,并尽可能规律进餐时间。2) 生活调理。需养成良好的生活习惯,尽可能规律排便时间,并保持心情舒畅,积极对待生活、工作及学习中的问题,拥有良好的生活、工作、学习心态。3) 适当运动。需动静结合,每天保持适量的运动,以促进胃肠蠕动,利于大便排出。

5 病案举例

患者某,女,39 岁,因便秘 10 余年于 2013 年 1 月 9 日就诊。患者 10 余年前开始出现便秘,初起症状较轻,后逐渐加重,需服用通便药物始能排便,痛苦不堪。目前大便 4~5 d 一行,排便不畅,黏腻感,伴有脘腹胀满不适,纳呆,时有嗝气,倦怠乏力,舌红

苔黄腻有瘀斑,脉弦滑。予肠镜、肛门直肠动力等相关检查,排除器质性疾病,诊断为功能性便秘,辨证属肠胃湿热型便秘,治予清化湿热,行气通便。药物:黄芩 15 g、金钱草 20 g、旋覆花 15 g(包煎)、代赭石 30 g(先煎)、柿蒂 15 g、生白术 15 g、茯苓 15 g、柴胡 9 g、香附 12 g、枳实 12 g、桃仁 12 g、莪术 12 g、生甘草 6 g。14 剂,水煎服,早晚服用 1 次。并嘱其饮食、生活调理等注意事项。两周后复诊,患者诉大便 2~3 d 一行,排便较前通畅,仍有排不尽感,腹胀、嗝气、乏力改善,舌红苔腻夹瘀,脉滑数。药已得效,宜守方继进,加金钱草至 30 g,去柴胡,另加黄柏 15 g、路路通 12 g。以此加减服用 2 月余,患者大便 1~2 d 一行,排便通畅,余症消失。

按:患者排便不畅,黏腻,伴腹满纳呆、嗝气,舌红苔腻,脉弦滑,经相关检查排除器质性疾病,辨病诊断功能性便秘,进一步辨证为肠胃湿热,治疗予清化湿热,行气通便为主,方中黄芩、金钱草清热,旋覆花、代赭石、柿蒂降气祛浊,白术、茯苓升清祛湿,柴胡、香附、枳实疏理气机,桃仁、莪术活血化瘀,全方药少而效宏,服后湿热祛,气血调,便秘得以改善,复诊后,守方继进,并加强清热祛湿通络之力,且患者积极配合,严格遵守饮食、生活调理,故 10 余年之病痛,两月余而解。

参考文献

- [1] 田德禄. 中医内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:226.
- [2] 祝子华,刘建生,田怡,等. 上海市闵行区居民功能性便秘的流行病学调查[J]. 蚌埠医学院学报,2013,38(11):1480-1482.
- [3] 李桂荣,王凯凯,唐岚. 功能性便秘的研究进展[J]. 中国老年学杂志,2011,6(31):2372-2375.
- [4] 叶飞,王巧民. 慢性便秘的流行病学研究进展[J]. 中国临床保健杂志,2010,13(6):665.
- [5] 张丹,夏志伟. 功能性便秘的罗马Ⅲ标准[J]. 中国医刊,2008,43(12):63-64.
- [6] 王振喜,杨建林,鲁爱珍. 大肠黑变病 21 例临床镜检析及预防保健[J]. 中国医药卫生,2010(8):86.
- [7] 庞红全,李建芬,赵婧,等. 53 例结肠黑变病临床分析[J]. 第三军医大学学报,2008,30(1):66-67.
- [8] Willems M, van Buuren HR, de Krijger R. Anthranoid selfmedication causing rapid development of melanosis coli[J]. Neth J Me,2003,61:22-24.
- [9] 李健,王修齐,杨桂仙,等. 药源性消化系统疾病[M]. 北京:科学出版社,2001:796-199.
- [10] 高素强,贺鹏. 长期应用含蒽醌苷类中药泻下剂致结肠黑变病的问题探讨[J]. 中国中药杂志,2006,31(4):2088-2089.

(2014-09-20 收稿 责任编辑:洪志强)