

李玉奇教授治疗便秘经验

汤立东 王学良 王垂杰 白光 王辉 张泽 张会永

(辽宁中医药大学附属医院消化科, 沈阳, 110032)

关键词 @李玉奇;便秘;名中医经验;国医大师

doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2013.08.027

便秘指的是大便次数较少和(或)粪便干燥难解的一类病证。现代医学将其分为器质性便秘和功能性便秘两大类。而习惯性的便秘是指原发性持续性便秘。临床上把它视为一个独立的疾病,亦泛指功能性便秘。便秘作为症状是指比健康时排便次数减少,粪质坚硬难解。便秘在中医学也被称为“大便难”“大便不通”“大便秘涩”等^[1-2]。

1 便秘分为脾约证与大肠郁滞证两端

李老认为:“便秘者,大便难矣。临床可见两证,或粪便干结,如羊屎状,或大便重滞,便而不爽,里急后重,虽能食而不得便,痛苦非常。仲景谓‘趺阳脉浮而涩……,大便则坚,其脾为约,麻子仁丸主之。’由此而立脾约证,此仍为后世医家之向导,以补中升阳益气之法治之,疗效尤胜麻子仁丸。久秘之人,往往有久服泻药,滥用泻药之病史,虽得一时之畅,然峻泻的药物均为伤津耗液之品,愈服愈燥,使排便更加困难,不仅患者自己痛苦,也给治疗增加了难度。燥结伤阴,泻药耗气,久则造成气阴两伤之结局,故补中益气,润燥生津方为本病之根本治则^[3-4]。对于湿热蕴结,肠道传导失常之黏滞型便秘,应称之为大肠郁滞证,大肠郁滞之便秘,既有湿困,又有脾虚气化失司之表现,故治当健脾化湿,行气化滞,通里攻下,急则治标,缓则图本。三承气法临床应审慎应用,用之有时有度,切忌一见便秘即是通下,临床掌握适时而用药方为上工之治。”

2 典型医案举隅

2.1 便秘(大肠郁滞证)医案 某,女,26岁。初诊日期:2006年4月10日。主诉:便秘4年,加重半月。病史:患者于4年前即反复出现便秘症状,自服芦荟胶囊症状可缓解。近半月患者上症加重,为求系统治疗

遂来诊。现症:大便秘结,黏腻不爽,腹胀痛,食欲尚可,但食少噎气,夜眠尚可。查:面色萎黄无华,形体瘦削。舌淡红,苔白,脉沉细。查体:全腹软,左下腹有轻度压痛,无反跳痛及肌紧张。结肠镜:全结肠黏膜未见异常。患者由于年幼时饮食不节,食伤脾胃,脾胃运化失司,湿浊蕴蓄肠道,阻滞气机所致便秘,腑气不通。舌淡,脉沉细为脾肾气虚之征象。故治以补肾健脾润肠通便之法以行瘀滞。西医诊断:功能性便秘。中医诊断:便秘。证型:大肠郁滞证。治疗原则:补肾健脾,润肠通便。处方:麻子仁丸加减,苦参10g,黑芝麻15g,桑椹子15g,草决明15g,白扁豆15g,当归20g,桃仁15g,沉香5g,火麻仁15g,郁李仁15g,莱菔子15g,苏子15g,6剂,水煎服,日1剂。嘱调情志,节饮食,忌冷饮及过饱。

二诊:患者服药后自觉大便较前通畅,但觉腹胀。查:面色萎黄,精神状态较好。舌淡红,苔白,脉沉细。患者脾气渐苏,肠道得润故便秘缓解,然郁滞未除故仍见腹胀。治疗当通腑行气,按原方加减。上方加槟榔片20g通腑行气,利水消肿以解郁。患者服药1月余,大便基本恢复正常,仍时觉腹胀,余皆正常。

按:患者由幼时饮食不节,食伤脾胃而至脾胃失调,运化失司,肾气亦相对不足,精血津液虚少,肠道失润,腑气不通所致便秘、腹胀、腹痛。此时当以调养脾胃缓其燥结为主,而不宜峻下,因峻下恐更伤脾胃使疾病更加难治而不愈。方以麻子仁丸为底方加减。加黑芝麻、桑椹子、草决明以助润肠,苦参清无名虚火;白扁豆健脾化湿;当归、桃仁活血除瘀;沉香、莱菔子、苏子行气通腑。诸药力主通下而不燥,势缓而解急。李老特别指出,大肠郁滞亦有因虚因实所致,实则急攻,缓则润下,切莫急功近利妄投峻下之品,虽得便通,亦有伤正之弊,临床当审慎之。

2.2 便秘(脾约证)医案 某,女,73岁。初诊日期:

2008年8月12日。主诉:不能自行排便4年,加重1月。病史:患者已有4年不能自行排便,每次均靠口服或外用药物以助排便,于沈阳市肛肠医院做排粪造影检查报告:直肠前突Ⅲ度,直肠黏膜脱垂。曾多方治疗未见好转,经人介绍遂来诊。症见:排便困难,腹胀,无腹痛,自觉乏力,食欲及夜眠尚可,无呕吐,发热等症状。舌淡绛,苔白腻,脉弦细。查:形体消瘦,面色萎黄少华。患者年老脾肾两虚,阴亏血燥,脾不能为胃行其津液,肠失濡润,故排便困难;腑气不通,清气不升,浊气不降,故见腹胀,乏力。舌脉均示脾肾两虚,阴血不足之征。西医诊断:功能性便秘,直肠黏膜脱垂。中医诊断:便秘证型:脾约证。治疗原则:滋肾养血,润肠通便。处方:麻子仁丸加减,柴胡15g,当归25g,陈皮15g,桑椹子20g,厚朴15g,槟榔20g,莱菔子15g,草决明20g,沉香5g,火麻仁15g,郁李仁(单包)10g,6剂,水煎服,日1剂。嘱吃易消化食物,注意饭后运动。

二诊症见:患者服药后3d排便1次,排便略感困难,便质先干后稀,腹微胀。舌淡绛,苔薄白,脉弦细。患者排便有所缓解,但仍觉腹胀,排便困难,便下先干后稀。此为津亏血燥,气虚失于濡润推动,且脾虚失于运化,感寒而食滞不化,停蓄胃肠所致。便难须缓泄之,而不可急于峻下,以使津液愈亏耗伤正气,而病愈发难治。宜加强通腑之力以行气润肠。治以行气润肠之法。方用麻子仁丸加减:槐花10g,槟榔20g,厚朴15g,莱菔子15g,当归25g,火麻仁15g,橘核20g,荔枝核20g,防风15g,细辛5g,桃仁15g,酒大黄5g,6剂,水煎服,日1剂。

三诊症见:服药1月余,患者基本保持1~2d排便1次,腹胀症减,时有便不尽之感,遂又投以升阳健脾,养血润燥之补中益气汤加减:黄芪10g,太子参20g,白术15g,升麻15g,当归25g,火麻仁15g,橘核20g,柴胡20g,防风15g,陈皮5g,桃仁15g,酒大黄5g,6剂,水煎服,日1剂。3个月后电话随访患者诸证俱消,排便如常。

按:该患为老年患者,肝肾阴血不足,血燥而阴亏,肠失濡润传导失常,故见便秘,腹胀等症。患者不能自主排便,大便干结,此证与排便时间延长,排黏滞稀便,便后不爽之便秘当鉴别。此为阴虚血燥,气机推动无力所致,而后者为湿热蕴脾,结于肠间,影响运化传导所致,证不同,治疗亦有所区别。后者当清热利湿,通腑泄浊;而本证当以滋肾养肝,润肠通便为主。前方治疗可清可下,而本证治疗当润当缓。方以麻子仁丸为底方加减,行气润肠。又辅以滋肾养肝之桑椹子,草决明,当归三味药,润肝肾之燥兼俱通便之功。至三诊,

患者便已通,但略感排便不畅,血亏得补,然气虚易乏,故此时恰为调整治疗方案之时机,治以升阳健脾,养血润燥之法,换用补中益气汤加减。因此时便结虽通,然仍有余邪留滞肠间,而正气虚耗,故便难不解,故采用益气升提之法,使清气升而浊气降,清气走五脏,浊气归六腑,使正气得以扶,邪气得以除,故而脏腑安和,各得其所^[5-8]。

据临床所见,大便秘结屡屡并发脱发、失眠、烦躁、头痛、高血压、食少纳呆、胃脘不适、脱肛。究其原因,多有偏食习惯,厌食蔬菜,膏粱厚味过剩,就餐不规律,职业性入厕不便,一次餐量过大而饮水不足,空腹酗酒,以酒代食,房事过度,过食辛辣,不能养成定时入厕习惯,日久结为便秘,进而出现排便困难,通常所见3~5d,6~8d排大便1次,蹲便非常苦恼。便秘临床可见两种截然不同的表现,一为粪便干结,有如羊屎状,有时不得不借助力而排下;一为大便秘滞,呈糊状,时有便意,排便不爽。一为干便,一为稀便,然都存在排便困难之表现。干便多为阴虚燥热,耗伤津液,肠管失于濡润所致;稀便者多为平素嗜食膏粱厚味,脾胃蕴湿生热,湿浊阻滞肠道所致。故治疗亦有所区别。临证应详细追问大便性状,便中是否有脓血黏液,食欲如何,是否有腹部胀痛等症以供参详。

便秘患者往往有久服泻药病史,然服泻下药虽可暂得一时通畅,停药后又出现便秘,况久服泻药过早将食物推向大肠,往往可导致吸收不良而出现消瘦。便秘之成因由于饮食之火起于脾胃,淫欲之火起于命门,以致阴虚血耗,燥盛水亏,津液不生,故传化失常,渐成燥结,实为本虚而标实,不宜峻下,下之无益而反增燥结,徒伤胃气,易损阴津。应予补中益气润燥生津,治其本增水行舟而燥结必通。其次大便燥结还每每可见食道肿瘤、胃癌及肠道肿瘤,大便燥结与稀便交替出现,急需除外结肠癌和直肠癌,故须详查以免误诊。

李老认为:三承气法最适于阳明腑实之证,多为急性热结便秘之适应症,所以急下之示为存阴,免于燥热伤阴以留后患,而对于慢性久秘之人,长期应用大黄之类泻下之品,久用不仅可引起黑变病,而且可使津液更伤,肠管愈燥,传导愈发艰涩。对于气虚之人,气伤则阴亏,李老善以补中益气之法升提中焦脾胃之气,上补肺以通调水道;中补脾以运化升清;下补肾以滋阴养液,益津亏之本,润肠之艰涩,升清降浊,通腑利肠。方以黑芝麻、炒杏仁、火麻仁、桃仁等柔润之品通幽,意在润燥而不伤气,均为和缓之剂,尤适于体弱而不胜攻伐之人。而对于湿热内蕴所致大肠郁滞证,李老善以清

热燥湿,行气健脾之法处之。见此证者,患者往往见有便条变细,肛门灼热感,此表现预示肠管内水肿,湿热下注之征。故用药以苦参燥湿清热,茯苓,苍术健脾化湿;厚朴,槟榔,沉香行气通腑,利水消肿。大肠郁滞证乃李老之独创,从症状上看便秘及泄泻均无法概括本证,倒是大肠郁滞更能描绘出该病之特性,从行气健脾入手,继以清热燥湿之法即可清除肠道之郁热,通腑泄浊,使肠道气机调顺,郁滞得解^[9-10]。

参考文献

[1] 中华中医药学会. 便秘诊疗指南[S]. 中国中医药现代远程教育, 2011,9(17):126-127.
 [2] 中华中医药学会. 功能性便秘诊疗指南[S]. 中国中医药现代远程教育, 2011,9(17):127-128.
 [3] 姚一博,李峰. 益气开秘方联合生物反馈治疗脾气虚弱型便秘的临

床观察[J]. 世界中医药,2012,7(5):382-384.
 [4] 郑振麟,陆金根,郭修田等. 益气开秘方治疗功能性便秘 46 例[J]. 世界中医药,2011,6(1):42.
 [5] 黄庆伟. 中药益气润肠方治疗中老年人气虚便秘临床观察[J]. 海南医学,2012,23(4):29-30.
 [6] 姜德友,张森. 便秘源流考[J]. 江苏中医药,2011,43(9):79-81.
 [7] 续海卿,李广. 唐宋治疗便秘常法与变法[J]. 中国中医药信息杂志, 2011,18(9):95-96.
 [8] 赵春江,蔡辉. 中医八法治便秘[J]. 上海中医药杂志,2012,46(6): 87-88.
 [9] 李玉奇. 医门心镜[M]. 沈阳:辽宁科学技术出版社,2001:18-26.
 [10] 李玉奇. 中国百年百名中医临床家丛书:李玉奇[M]. 北京:中国中医药出版社,2001:18,59.

(2013-03-20 收稿)

刘沈林教授中西医结合治疗放射性肠炎便血经验

张 力

(江苏省中医院肿瘤内科,南京,210029)

关键词 放射性肠炎;中西医结合;仙榆合剂;名医经验;@ 刘沈林

doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2013.08.028

刘沈林教授是全国著名的名老中医药专家,秉承吴门、孟河医派,师从国医大师张泽生、徐景藩,潜心研究消化道疑难病、恶性肿瘤 40 余载,精勤不怠,手不释卷,归纳总结大量临床经验,临证造诣颇深,且提倡中西医结合、内外同治,博采众长、不拘形式,以解除患者痛苦为要。笔者有幸拜入刘师门下,伺诊在侧,亲见其医治大量多治少效之疑难患者,有幸记录部分在案,力求述其要于万一,以供同道参考。

1 放射性肠炎的西医治疗现状

放射性肠炎是腹、盆腔及腹膜后恶性肿瘤放疗后的一种并发症,可累及小肠、结肠和直肠的黏膜和血管结缔组织,引起肠上皮细胞增生受抑制;肠黏膜下小动脉受损产生肠壁缺血和黏膜糜烂、溃疡;肠壁组织损伤,纤维母细胞增生,最后导致纤维化,黏膜面扭曲和断裂,肠腔狭窄或穿孔,腹腔内形成脓肿、瘘道和肠粘连等。临床多表现为严重的脂肪泻、便秘、黏液脓血或鲜血便。其中尤以鲜血便给患者造成危害为大,不仅影响患者生活质量,造成恐惧心理,还可能导致严重贫

血,营养不良,甚或恶病质,若延误治疗,甚至增加患者死亡率。据国外报道,严重的肠道放射性损伤的病死率为 22%^[1]。目前对于放射性肠炎的治疗,西医治疗主要包含适当减小放射剂量、高压氧以及药物治疗^[2]。其中药物治疗占主要地位,包括谷氨酰胺、N-乙酰半胱氨酸等肠道营养剂;硫糖铝、蒙脱石散、康复新液、复方角菜酸酯栓等肠道黏膜保护剂;双歧杆菌等调节肠道菌群制剂;阿司匹林、塞来昔布、地塞米松等抗炎类药物;抑制消化液分泌的生长抑素;逆转放疗后自发性纤维化过程的 γ -干扰素等等^[3]。临床虽取得一定疗效,但对于严重的放射性肠炎,尤其鲜血便仍无有效控制手段,这是目前治疗的难题。

2 中医理论对放射性肠炎的认识

由于放疗的历史较短,中医理论中并无相应历史沿革。刘师认为,放射性肠炎表现多端,根据其表现,类似古代“泄泻”“便秘”“腹痛”等病范畴,而放射性肠炎之便血者,类似古代“肠风”“脏毒”范畴。虽病名不同,病因病机亦各有不同,但由于其为肿瘤治疗过程中的继发表现,究其病因,当以其原发肿瘤病为致病根本。故其发病根本,在于正气亏虚,脏腑功能失调,正所谓“正气存内,邪不可干”。由于癌瘤内伏,消耗人体之气、血、阴、阳,脏腑功能失司,五脏不能藏精,六腑