

功能性便秘的中医认识

易小玉¹ 李雅方² 应继荣² 指导:傅萍³

(1 江西中医药大学 2013 级研究生 南昌 330004; 2 江西中医药大学 2014 级研究生;
3 江西中医药大学附属医院脾胃肝胆科 南昌 330006)

关键词:便秘;病因病机;分型;方药治疗

中图分类号:R442.2

文献标识码:A

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.01.037

功能性便秘是以粪便干结、排便困难或不尽感以及排便次数减少等为主要表现的一种常见病症。本病是消化科门诊最为常见的一种功能性肠道疾病,循证医学研究报道,便秘在全球的总体发病率为 7.0%~19.0%,平均 16.0%^[1]。国内便秘的流行病学调查为 3%~17%,显示男女比例为 1:1.32^[2],并且随着年龄的增长发病率也相应增加。由于病程较长,症状通常反复发作,已成为影响人们身心健康的重要因素之一,逐渐引起了人们的重视。大多数功能性便秘患者需要长期药物治疗,给其工作和生活方面带来严重不便^[3]。在西医治疗功能性便秘通常采取服用泻药,或外用开塞露和甘油栓等,这些传统治疗方法往往对患者肾肝及胃肠有着不同程度的损害,还容易导致机体出现耐药性。

1 中医学病因病机

中医学将本病归于“便秘”范畴,是指大肠传导功能失常,导致大便秘结,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,但便出不畅的病症。《内经》称便秘为后不利、大便秘,病机与脾胃受寒、肠中有热等有关。汉代张仲景在《伤寒论》中将便秘分为阳结、阴结、脾约等,并认为与寒、热、气滞等因素有关。《诸病源候论·大便难候》曰:大便难者,由五脏不调、阴阳偏有虚实,谓三焦不和则冷热并结故也。指出引起便秘的因素很多,即五脏不调、阴阳虚实寒热均有关系。又指出“邪在肾,亦大便难……,肾气不固,则小便利,小便多则津液枯燥,肠道干涩,故大便艰涩难解”。《丹溪心法·燥结》中则认为便秘由血少,或者肠胃受风,肠腔失于润养,燥屎秘结所致。唐宗海《血证论》云:“肺移热于大肠则便结,肺津不润则便结,肺气不降则便结”。故便秘的发生与大肠、脾、胃、肺、肝、肾等脏腑关系密切。饮食入胃,经脾胃运化,水谷精微被机体吸收后,传其糟粕于大肠,大肠为传导之官,将糟粕排出体外,在此过程中需肝主疏泄的功能,若肝郁气滞,则腑气不通,气滞不行,则大肠失运。肺与大肠相表里,肺气虚弱,大肠则传导无力,肾司二便,肾气不

足,大肠亦传导无力,大便难于排出。一般认为病因病机是:素体阳盛,或饮酒过多,或过食辛辣厚味等,致胃肠积热,耗伤津液,导致肠道干涩,便燥难排;忧愁思虑过度,或久坐少动,或虫积肠道,导致肠失肃降,腑气不通,传导失司,糟粕内停而成秘结;外感寒邪,过食寒凉,导致阴寒内盛,凝滞胃肠,糟粕传导不能;饮食劳倦,年老体虚,大病产后,均可因体质的不同,而出现气虚阳衰、阴亏血少等情况,导致大肠传导无力,或肠道失濡,而致大便秘结。

2 中医辨证分型

古人将便秘分为虚秘、风秘、气秘、寒秘、湿秘等,李东恒分为热燥、风燥、阳结、阴结等四型,张景岳认为前人分型过于繁琐,又无明确的理论依据,就分为阴结、阳结两类。闫迪等认为便秘是由大肠传导糟粕功能失司引起的,与脾胃等脏腑的关系也极为密切,由脾胃受病、燥热内结、气虚肠道干涩或阴寒内结等病因从而导致便秘,按照病因病机及临床所见一般可分为热秘、气秘、虚秘、冷秘等四种类型^[4]。郑丽华在临床上将便秘一般分为肠胃积热、气机郁滞、气虚便秘、血虚便秘、阳虚便秘等类型^[5]。叶华方在临床中根据病因症状分为气滞型便秘、气虚型便秘、津血不足型便秘、肠道湿热型便秘等四型^[6]。卞秀华在浅谈辨证分型治疗便秘一文中将便秘分为实秘与虚秘两大类:实秘包括肠胃积热型(热秘)及肝脾不调型(气秘)两种。虚秘包括肺脾气虚型(虚秘)、肝肾阴虚型(虚秘)、脾肾阳虚型(冷秘)、津亏血虚型(虚秘)四种^[7]。李彦哲根据患者的不同体质、不同的粪便性质、以及在临床上的不同表现症状,将便秘在临床上分为实秘、虚秘两种。实秘又包括冷秘、热秘、气秘;虚秘又包括气虚秘、血虚秘、阴虚秘、阳虚秘^[8]。

3 中医方药治疗

中医主张辨证施治、随机应变,治疗便秘不主张偏执一方一法或一味攻下。常用治则有:泻下通腑(包括苦寒泻下、温里泻下等)、益气润肠、养血润燥、温阳利水、滋阴润燥、补中益气、疏肝理气等。常用方有承气汤系列方、济川煎、麻子仁丸、润肠丸、补中益

气汤等;常用药有大黄、芒硝、黄芪、党参、生地、火麻仁、郁李仁、当归、枳实等。张仲景其治疗便秘立论全面,辨证灵活,治法多样,在寒、热、虚、实的不同病机的理论下,创制了苦寒泻下的承气汤,温里泻下的大黄附子汤、养阴润下的麻子仁丸、理气通下的厚朴三物汤内服及猪胆汁道导外用塞肛通便法。当今许多医者在多年临床经验中总结了一些经验方治疗便秘,取得了较好疗效。刘绍能^[9]认为便秘关键是气虚推动无力,肠道干涩,腑气不通,故治疗应益气通腑,养血润燥相结合,选用黄芪、生白术、当归三药补其气;玄参、生地、麦冬、火麻仁、桃仁等养血滋阴润肠;枳实、大腹皮、虎杖等行气通腑。李文龙等^[10]认为便秘的主要因素:一是阴津枯竭,二是水液不布,三是传导无力,四是三焦气滞。故采用温阳利水法治疗便秘,方选五苓散原方治疗便秘 30 例,并与西药福松治疗对照,发现治疗组的临床疗效明显优于对照组,并提高了便秘患者的生活质量。史萍慧^[11]认为年老便秘患者,多阳气虚衰,肾精不足,治疗应温阳、滋阴、润燥三法相结合,故以济川煎为主方治疗 129 例阳虚型老年便秘患者,并与观察组常规西药治疗老年便秘对照。治疗组总有效率为 87.5%,对照组为 71.9%,两组比较 $P<0.05$,治疗组患者症状改善优于对照组,不良反应明显低于对照组。都乐亦等^[12]采用补中益气汤治疗功能性便秘 43 例,总有效率 93.02%。钱弘泉^[13]认为疏肝理气可调顺胃肠气机,故治便秘之法本在调达肝脾,其以加味四逆散为主方,随症加减治疗功能性便秘 94 例,总有效率达 96%。刘长生等^[14]运用黄芪增液五仁汤治疗气阴两虚型便秘 31 例,服用 4 周,停药随访 6 周后,排便时间、大便质地、性状等情况都有明显改善。黄红元^[15]加味麻仁汤治疗顽固性便秘 45 例疗效观察中用加味麻仁汤合用莫沙必利治疗顽固性便秘比单独用西医治疗此病效果更佳。王斌^[16]用加味小柴胡汤治疗肝胆气滞型妇女习惯性便秘 46 例,疗效显著,且无毒副作用。

(上接第 65 页)提高了苏醒质量。老龄患者对药物的耐受性较差,且较易发生苏醒延迟,本研究结果显示,布托啡诺并未延长患者自主呼吸恢复时间、苏醒时间及拔管时间,可能与其小剂量应用有关。

综上所述,小剂量的布托啡诺应用能够有效抑制术后疼痛,减轻应激反应,明显减少苏醒期躁动的发生率,使老龄患者苏醒期的血流动力学更稳定,且并未出现明显的呼吸抑制和苏醒延迟。所以术毕前注射小剂量的布托啡诺对老龄患者是安全有效的,能够提高患者的苏醒质量。

用。

综上所述,中医在治疗功能性便秘方面有较大的优势,它具有一套比较完整的理论体系,通过辨证论治的理论思想,将便秘分型论治,用专方专药对症、对型进行治疗,在改善症状、提高生活质量、减少复发等方面都有较好的作用。故此,我们应该继续挖掘中医的优势及潜力,以提高治疗便秘的效果。

参考文献

[1]Mugie SM,Benninga MA,Di Lorenzo C.Epidemiology of constipation in children and adults:a systematic review [J].Best Pract Res Clin Gastroenterol,2011,25(1):3-18

[2]沈峰,周惠清,隗光榆,等.上海市社区成年居民功能性便秘的流行病学调查[J].中华流行病学杂志,2012,33(3):296-300

[3]刘银云,金小晶,丁曙晴.中医药治疗功能性便秘的研究进展[J].湖北中医药大学学报,2012,14(1):75-76

[4]闫迪,李园,贾立群,等.便秘的中医分型及治疗 - 李佩文教授经验总结[J].中日友好医院学报,2010,24(1):57-58

[5]郑丽华.便秘和肥胖的中医分型治疗及药茶调理[J].中国临床医生杂志,2015,43(3):89-91

[6]叶华方.中医辨证分型治疗便秘 68 例[J].中国民间疗法,2010,18(12):35-36

[7]卞秀华.浅谈辩证分型治疗便秘[J].中医中药,2015,13(24):190-191

[8]李彦哲.中医对功能性便秘的分型与治疗[J].大家健康(学术版),2015,9(11):32-33

[9]刘绍能.功能性便秘证治探讨[J].中国中医药信息杂志,2007,14(3):83-84

[10]李文龙,罗建国.温阳化气行水法治疗功能性便秘 30 例疗效观察[J].云南中医中药杂志,2009,30(12):23-24

[11]史萍慧.加味济川煎治疗阳虚型老年功能性便秘临床疗效观察[J].云南中医学院学报,2010,33(2):47-48

[12]都乐亦,吴昆仑,唐蕊蕊.补中益气汤治疗功能性便秘 43 例[J].四川中医,2010,28(3):60-61

[13]钱弘泉.加味四逆散治疗慢性功能性便秘 94 例[J].浙江中西医结合杂志,2007,17(8):494-495

[14]刘长生,马鑫文,木合塔尔·阿尤甫.黄芪增液五仁汤治疗气阴两虚型便秘 31 例[J].新疆中医药,2014,32(6):26-27

[15]黄红元.加味麻仁汤治疗顽固性便秘 45 例疗效观察[J].新中医,2015,47(2):58-59

[16]王斌.加味小柴胡汤治疗妇女习惯性便秘临床疗效观察[J].医学信息旬刊,2011,24(3):1286-1287

(收稿日期: 2015-12-17)

参考文献

[1]金士翀,马自成.麻醉临床指南[M].北京:科学出版社,1999.334-335

[2]薄惠龙,顾琴.右美托咪定对预防老年患者全麻苏醒期躁动的临床观察[J].临床麻醉学杂志,2013,29(10):1029-1030

[3]Weldon BC,Bell M,Craddock T.The effect of caudal analgesia on emergence agitation in children after sevoflurane versus halothane anesthesia[J].Anesth Analg,2004,98(2):321-326

[4]许厚仁,王力峰,郭锐,等.不同剂量地佐辛用于小儿斜视矫正术超前镇痛的效果比较[J].实用临床医学,2014,15(2):60-63

[5]沈七襄,孙增勤.麻醉药物手册[M].北京:科学技术文献出版社,2000.131-335

(收稿日期: 2015-05-25)