

黏滞性便秘的病机及治疗探讨

——附验案 3 则

史仁杰

(江苏省中医院, 江苏南京 210029)

摘要 黏滞性便秘是便秘的一种特殊类型,以粪质不干但十分黏稠,难以排出,排便费力,粪便黏便池为临床特征。本病以脾虚失运为本,湿阻气滞或湿热阻滞为标,主要分为脾虚失运证、脾虚湿滞证和脾虚湿热证三个证型。治疗应标本兼顾,主要采用健脾助运或健脾除湿导滞、健脾清热化湿法治疗。

关键词 便秘 脾虚失运 湿阻气滞 湿热阻滞 健脾 除湿导滞 清热化湿

中图分类号 R256.35 **文献标识码** A **文章编号** 1672-397X(2015)03-0045-03

便秘是指粪便在肠内滞留过久,秘结不通,排便周期延长;或周期不长,但粪质干结,排出艰难;或粪质不硬,虽有便意,但便而不畅的病证。相当于西医的功能性便秘^[1]。表现为粪质不硬,虽有便意但便而不畅,有粪质黏滞难解与粪质不黏滞两种不同情况。对粪质黏滞排便不畅的病证,文献尚没有足够的认识与讨论,但不少文章中都提到过粪质黏滞,难以解出的症状,在慢性肝炎、溃疡性结肠炎、复发性口疮、湿温病、糖尿病等都可见大便黏滞难解的情况^[2-7]。笔者将粪质虽不干硬,但大便黏滞难解的便秘病症称之为“黏滞性便秘”,现就其病机及治疗进行讨论。

1 临床特点

黏滞性便秘临床表现为:粪质不干,但十分黏稠,大便多软溏或呈细条状。因粪质黏稠难以排出,患者排便极为费力,排便量少、慢而不畅,便后多有残便感,以致每日多次排便。便后粪便染纸,肛门不易擦拭干净,或粪便黏便池难以冲洗干净。医生作直肠指诊时,手指在肠腔内感觉到肠壁黏滞不畅,转动艰涩,退出手指时可见指套上沾染物黏稠而难以擦净。

黏滞性便秘多见于老年、体弱、大病后、素体湿热盛或痰湿重的患者。患者或有神疲乏力、气短、脘腹胀满、纳呆食少、胸闷呕恶、口舌生疮、口气秽重等症。

2 病机

2.1 脾虚失运 本病多见于脾虚体弱、老年、久病

体弱患者。因脾主运化,脾虚气弱,脾的运化失健,则会导致水谷运化与传导皆受其累,大便黏滞秘涩。《灵枢·口问》言:“中气不足,溲便为之变。”《太平圣惠方·卷第二十九·治虚劳大便难诸方》曰:“夫虚劳之人,脾肺损伤,谷食减少,气血阻隔,阴阳不和,胃气壅滞,上焦虚热,流注大肠,故令秘涩也。”老年人、大病后而发大便黏滞者,皆因元气虚弱,脾气虚衰,运化无力,水谷精微不得转输,湿浊内生,肠腑传化失司所致。故脾虚失运是本病的发病之本。

2.2 湿邪或痰湿阻滞气机 湿阻气滞是本病的另一重要病机。《素问·至真要大论》云:“太阴司天,湿淫所胜……大便难。”所言即指因湿邪黏滞困脾,气机郁滞,腑气不通,胃气不降,大肠失于传导而导致的后不利或大便难、大便溏而不爽的病证。《景岳全书·杂证谟》云:“湿秘……湿岂能秘?但湿之不化,由气之不行耳。”

《临证指南医案》中说:“溏泄之肠垢污积,湿兼热也。”《张氏医通·卷七》云:“肥人素多痰饮湿热结聚,因病每致大小便不通,腹满不食,气逆喘急,势盛不得下,有屙下不得通利者,有再三下而始通者,有下之遂利不止者。大抵湿热素盛之人,大便不行,日数虽多,结粪甚少,所下不过溏粪垢腻,甚至骤下不可遏者。……此本属湿热。”脾虚湿浊不化,湿浊郁结化热,或湿与热结,湿热内结肠道,导致肠腑气机阻滞,则大便黏滞,欲便不得便。

黏滞性便秘其粪便黏滞难解,符合湿邪重着黏滞、秽浊的特点;同时粪质黏滞,胶结难下,又符合痰湿的特点。因此,“湿邪”或“痰湿”是本病重要的病理因素。湿浊阻滞或痰湿胶结,阻遏气机,导致肠腑气机不畅,传导失常,大便秘涩不通畅。

此外,“气滞”也是本病的重要病理因素。隋·巢元方《诸病源候论·大便不通候》谓:“大便不通者,由三焦五脏不和,冷热之气不调……壅塞不通也。”《金匱翼·便闭统论》亦云:“气内滞,而物不行也。”

2.3 兼夹气血阴阳不足 因为脾虚气弱,气血生化不足,有的黏滞便患者可同时兼见阴血不足的表现,可见皮肤干燥、脱发、月经量少、目干涩等症,而使本病的临床表现更为复杂,增加了辨证和治疗的难度,临证时需要加以注意。

综上所述,本病是在脾虚气弱失于运化的基础上,湿浊或湿热阻滞气机,导致肠腑气机不利,传导不畅而发病,脾虚为发病之本,湿阻气机或湿热阻滞为发病之标。

3 辨证与治疗

3.1 脾虚失运证 症见:大便溏而黏腻,努挣亦难排出,努挣后汗出气短,便后肛门后重残便感。面色少华,神疲纳少,肢软乏力,少气懒言,动则汗出。舌质淡苔白,脉细弱无力。治法:健脾益气助运。代表方:黄芪人参汤(《脾胃论》)。常用药:黄芪 20g,升麻 8g,党参 12g,陈皮 6g,麦冬 8g,苍术、白术各 10g,黄柏 6g,神曲 8g,当归 6g,炙甘草 3g,五味子 8g,白芷 9g,等。

案 1.季某某,男,66 岁,江苏宜兴人。2013 年 4 月 5 日初诊。

患者排便困难 10 余年,长期服各种通便药,否则大便约 1 周左右方能解出,量少,质软而黏为多,有时偏干而黏,排便困难,每次排便需半小时以上方能解出少许粪便,便后残便不尽感,肛门坠胀不适。面色少华,神疲纳少,时有动则汗出,小腹微胀,时有隐痛。舌质淡、苔白微腻,脉细弱。证属脾虚气弱失运。治拟健脾益气助运。方选黄芪人参汤,处方:

黄芪 30g,升麻 8g,党参 12g,陈皮 8g,苍术 12g,白术 20g,黄柏 5g,神曲 8g,当归 10g,炙甘草 3g,羌活 8g,木香炭 4g。14 剂,每日 1 剂,水煎,分早晚 2 次饭后服。

二诊(2013 年 4 月 19 日):服药后,大便每日 3~4 次,质软微黏,排便明显较前通畅,但仍欠畅,排

便时间仍需 10 分钟左右,仍有轻度残便感。自觉精神大振,纳谷香,汗出止,腹胀痛消失。舌淡、苔薄,脉细弱。治守原法。原方去羌活,加五味子 10g,28 剂,煎服法同前。

三诊(2013 年 5 月 17 日):现大便日行 1~2 次,质软不黏,排出基本顺畅,每次排便时间约 5 分钟,残便不尽感有时仍有。二诊方继服 28 剂。

按语:本病为典型的脾虚失运证,既有脾虚气弱的表现,亦有运化失常的大便多日一行、质软黏滞难解的表现,因有长期用泻药通便的情况,阴血亦有不足。黄芪人参汤对黏滞性便秘疗效较好,方中以黄芪、党参、炙甘草健脾益气;五味子兼以养阴;苍术、白术、陈皮健脾燥湿行气;升麻、黄柏一升一降,调畅全身气机兼清阴火;再辅以羌活祛风胜湿,木香理气导滞。全方共奏健脾益气养阴,燥湿理气导滞之功。

3.2 脾虚湿滞证 症见:大便溏软,涩滞难下,肛门后重窘迫,甚则脘腹痞满或胀痛,嗝气,纳食正常或减少,或有肛门潮湿不洁。舌苔白腻,脉细或细涩。治法:健脾除湿行滞。代表方:升阳除湿汤(《脾胃论》)。常用药:苍术 12g,柴胡、羌活、防风、升麻、神曲、泽泻、猪苓各 6g,炙甘草、陈皮、神曲 4g,桔梗 8g,等。

案 2.王某某,男,49 岁,江苏江浦人。2014 年 8 月 8 日初诊。

患者排便黏滞难解伴肛门坠胀间作 2 月余。现大便日行 2~4 次,稀溏质胶黏难解,肛门坠胀,时有潮湿,劳累后发作或加重,常感疲乏。舌质淡、苔白微腻,脉细涩。证属脾虚湿浊阻滞。治拟健脾除湿行滞。方选升阳除湿汤加减,处方:

苍术 20g,柴胡 10g,升麻 10g,羌活 10g,防风 10g,神曲 10g,泽泻 10g,猪苓 10g,木香炭 8g,白芷 10g,青皮 3g。14 剂,每日 1 剂,水煎,分早晚 2 次饭后服。

二诊(2014 年 8 月 22 日):前诊服药后 3 天肛门坠胀逐渐减轻,约 1 周左右消失,粪质由胶黏逐渐变为正常,排便渐通畅,精神稍振,肛门潮湿明显改善。但劳累后原有诸症仍稍有反复。舌偏红、苔薄白,脉细。治守原法,原方去青皮,加黄芪 20g、当归 10g、黄芩 6g,14 剂,服法同前。

按语:本病证属脾气亏虚运化失调,由清阳不升,浊阴困遏脾阳所致,当以益气健脾、升阳除湿法治疗。方中苍术为君辛温燥湿运脾,柴胡、升麻分别升肝、脾之阳而开郁滞为臣,佐以猪苓、泽泻利水渗

湿,羌活、防风、白芷祛风胜湿,木香、青皮行气导滞。二诊时因水湿渐去,再加黄芪健脾,黄芩、当归防诸温药过于温燥。

3.3 脾虚湿热证 症见:大便软溏黏滞,胶结难下,或有肛门灼热或坠胀不适,口苦,口干不欲饮,口舌生疮,脘闷纳少,神疲体倦,面垢,手心汗多,口气秽重。舌淡体胖、苔白腻或淡黄腻,脉细或细滑微数。治法:健脾清热燥湿。代表方:半夏泻心汤(《伤寒论》)。常用药:法半夏 12g,黄芩 9g,党参 12g,干姜 9g,黄连 6g,木香 6g,生苡仁 10g,神曲 8g,枳实(炒) 9g,瓜蒌仁 6g,陈皮 6g,白茯苓 6g,桔梗 6g,白术(炒)6g,等。

案 3. 吕某某,女,59 岁,南京人。2013 年 11 月 17 日初诊。

粪便黏滞排出不畅 4 年余。大便 2~3 日一行,质软而黏滞,难以解出,肛门灼热或坠胀不适,便后残便感较重,矢气多而味重,腹有时胀痛。晨起口干苦,常有口疮,口气秽重,胃脘痞闷不适,神疲肢软,寐差,手心汗多。舌偏红、苔淡黄腻,脉细弦滑。证属脾虚湿热阻滞,胃肠升降失调。治以清热利湿,健脾益气导滞。方选半夏泻心汤加减,处方:

法半夏 12g,黄芩 9g,党参 12g,干姜 9g,黄连 6g,木香 8g,厚朴 6g,山楂 10g。7 剂,每日 1 剂,水煎,分早晚 2 次饭前服。

二诊(2013 年 12 月 2 日):服药后患者大便日 1~2 行,质软溏不黏,大便气味大减,晨起排便为多,排出较前通畅,肛门坠胀消失,但仍有排便不畅和便后残便感,精神大振,脘腹舒适,口苦和手心汗多消失,时有口干。舌淡红、苔薄微腻。继予健脾利湿,佐以清热助运。处方:黄芪 20g,党参 12g,陈皮 6g,炒白术 10g,黄柏 6g,神曲 8g,法半夏 12g,五味子 8g,焦山楂 10g,茯苓 8g,炒木香 4g。14 剂,煎服法同前。

三诊(2013 年 12 月 16 日):患者大便日行 1 次为多,质软不黏,有时偏干,排出通畅,残便感不明显,纳可寐安。治守原法,二诊方去炒木香,加麦冬 8g,14 剂,煎服法同前。

四诊(2013 年 12 月 30 日):患者大便软,排出通畅,有时稍感神疲。三诊方去法半夏、黄柏,加当归 10g,14 剂,煎服法同前。

按语:虽然便秘是由大肠的传导功能失职所致,但其功能有赖于脾胃功能的正常和脾胃气机的升降有序。若脾胃升降失常则会导致大肠的传导功能失常,而发生大便秘结。本案为脾虚失运,痰湿内

生,郁久化热,胃失和降,腑气不通所致病证,故用半夏泻心汤辛开苦降、清化湿热、调畅气机。方中干姜、半夏辛温开结,黄连、黄芩苦寒降气、清热燥湿,党参、白术健脾益气,佐以木香、山楂、神曲等共奏健脾调中、清热化湿之功。

4 结语

综上所述,黏滞性便秘作为便秘的一种特殊类型,临床并不少见。本病属于本虚标实证,以脾虚为本,在脾虚的基础上湿浊不化,湿阻气滞,或湿热交结,肠腑传导失司,气机不利而发为本病。对于本病的治疗,应标本兼顾,在健脾的同时,予以化湿、助运、导滞、清利并施。由于脾虚的恢复和湿浊(湿热)的燥化(清化)相对较慢,本病的治疗过程较长,医患都必须对此有所认识。切忌急功近利,因起效较慢,而加大黄、番泻叶、芦荟等峻下药图一时之快,加大治疗难度。

参考文献

- [1] 中华中医药学会.便秘诊疗指南.中国中医药现代远程教育,2011,9(17):126
- [2] 彭荣琛.论“利小便即所以实大便”.中医药通报,2008,7(6):1
- [3] 王东旭.杂证治验 2 则.江苏中医药,2006,27(11):46
- [4] 高永前.小陷胸汤加味治疗消渴病脾虚湿热证案举隅.北京中医,2005,24(4):252
- [5] 刘玉峰.中医辨证分型治疗慢性溃疡性结肠炎.中医杂志,2003,24(4):161
- [6] 姜开福,崔玉芳.甘温除热法临床应用举隅.中国民间疗法,2002,10(7):15
- [7] 车念聪,付修文,高连印,等.北京地区慢性丙型肝炎中医证候学研究及辨证分型的初步调查.北京中医,2002,21(5):300

第一作者:史仁杰(1963-),男,研究生学历,主任医师,教授,研究方向为肛肠疾病的中西医结合诊疗。231070866@qq.com

收稿日期:2014-10-16

编辑:吴宁

