

DOI: 10. 13288/j. 11-2166/r. 2016. 05. 020

升提固本法治治疗直肠前突型便秘经验

徐春艳, 贾小强*

(中国中医科学院西苑医院, 北京市海淀区西苑操场 1 号, 100091)

[摘要] 介绍运用升提固本法治治疗直肠前突型便秘的经验。认为中气下陷、肾气不固为直肠前突型便秘的核心病机, 治疗应以升阳举陷, 补益肾气, 即升提固本为法。其中补益肾气甚为重要, 是提高疗效、减少复发的关键。治疗中应辨病与辨证相结合, 抓住主证, 兼顾其标, 分阶段进行治疗。

[关键词] 便秘; 直肠前突; 升阳举陷; 补益肾气

直肠前突是造成女性梗阻型便秘的常见原因之一^[1], 其发病率占顽固性便秘的 30% ~ 81%^[2-3], 现代医学主要采取通便药及外科手术的方法, 但长期使用通便药可引起大肠黑变病等副作用^[4], 外科手术临床疗效尚不确切, 存在复发率高、并发症多、现有的检查手段很难预测手术治疗效果等问题^[5], 因此, 我们运用升提固本法治治疗直肠前突型便秘, 现将经验总结如下。

1 中阳虚陷、肾气不固为核心病机

1.1 中阳不足, 升降失衡

直肠前突系排便过程中直肠前壁薄弱松弛, 并在外力的作用下呈囊袋样向前突出的病变, 多伴有不同程度的直肠黏膜松弛。直肠前突型便秘在发病机制上与中医“脱肛证”有类似之处, 因此, 中气不足、中阳虚陷是其核心病机之一。脾气主升, 胃气主降, 为气机升降的枢纽, 气机升降有序, 则大肠传导正常, 中气不足, 升降失常, 则大便排出不畅。中阳之气具有升举固托内脏的功能, 中阳之气充足则内脏能够维持相对恒定位置而不下移。中阳不足, 则五脏气虚, 难以保持位置恒定, 表现在直肠则为直肠黏膜松弛、直肠前突等。《诸病源候论》云“肛门, 大肠候也, 大肠虚冷, 其气下冲者, 肛门反出也, 亦有因产用力努偃, 气冲其肛, 亦会反出也。”因此, 中阳虚陷, 升降失衡, 肛门直肠膨出则致直肠前突型便秘。

1.2 肾气不固, 魄门不畅

中老年女性为直肠前突型便秘高发人群^[3, 6],

这一人群多处于更年期和更后期, 普遍存在阳气渐衰、肾气不足等病理生理变化。《诸病源候论·大便难候》曰“邪在肾亦令大便难”; 《兰室秘藏·大便结燥》曰“肾主大便, 大便难者, 取足少阴”。肾藏真阴真阳, 司二便。大肠传导排泄糟粕, 全赖阳气的推动, 而大肠的阳气根源于肾阳的温煦。肾之阳气充足, 则大肠气机顺畅, 传导有力, 燥化有度。魄门的启闭与肾的气化功能息息相关。肾中精气充足, 气化功能正常, 则魄门开合有度, 反之则关门不利。肾气虚二阴不固, 加之中阳虚陷, 则易表现为直肠壁松弛, 下移膨出, 大便困难。直肠前突型便秘患者虽存在排便困难, 但大便多数并不干结, 排便无力、欲便不得是其临床特征, 而且许多直肠前突型便秘患者同时伴有腰膝酸软、张力性尿失禁, 这一临床特点符合肾气不固的病机特点, 因此, 肾气不固是直肠前突型便秘的核心病机之一。

中阳不足, 肾气不固共为直肠前突型便秘的核心病机, 二者之间相互影响, 如李东垣《脾胃论》所言“元气之充足, 皆由脾胃之气无所伤, 而后能滋养元气”。二者之间在不同的患者可有不同侧重, 有的以中阳不足为主, 有的则以肾气不固为主。

2 升提固本法治治疗大法

针对直肠前突型便秘的核心病机, 提出升提固本法治治疗直肠前突型便秘的大法, 认为在治疗时应注意固本为主, 兼顾其标, 调理五脏, 平衡阴阳的基本原则。

* 通讯作者: jxq391@sina.com (010) 62835357

2.1 升提固本, 兼顾其标

升提即升阳举陷之法, 临床以张锡纯《医学衷中参西录》中升陷汤为基础配伍用药, 重用炙黄芪补气升阳, 惟其性稍热, 故以知母之凉润济之; 加用具有升提功效的柴胡、升麻、桔梗等, 共达升阳举陷之功效。固本即补益肾气之法, 重用肉苁蓉补肾润肠, 加用生地黄、何首乌、益智仁, 共达益肾固脱之功效。直肠前突型便秘常同时存在浊气不降, 气机不利, 血虚津亏的病机, 此为本病之标, 治疗在升提固本的同时兼顾其标, 配合应用宽肠下气、养血润燥之品, 使清升浊降, 气机顺畅, 肠润得通。常用药物如厚朴、枳实、木香、当归、麦冬、瓜蒌等。

2.2 调理五脏, 平衡阴阳

直肠前突型便秘病位在直肠肛门, 但由于人体是一个有机整体, 五脏均对直肠前突型便秘的形成和发展起着重要作用, 故《素问·五脏别论》曰: “魄门亦为五脏使, 水谷不得久藏”。五脏之中脾气升提作用和肾气固摄作用对直肠前突型便秘的影响在前面已有论述, 同时肺、肝、心三脏的作用也不容忽视。肺与大肠表里相合, 肺气充足, 则大肠传导顺畅, 若肺气虚弱或宣降失常, 可致浊气不降, 大肠传导失常而大便困难。肝主疏泄, 调畅气机, 有助于脾胃之气升降, 肝失疏泄可致大肠肛门气机不利, 出现排便障碍。心为“五脏六腑之大主”, 大肠传导、肛门开合均在心的主宰下进行, 心血不足, 大肠肛门失养, 心气不足, 大肠肛门血行不畅均可导致排便障碍。治疗直肠前突型便秘应注意调理脏腑功能和气血阴阳的偏胜偏衰, 根据临床辨证, 在升提固本治法的基础上, 配合应用宣通肺气、疏肝理气、补血养心等法, 改善患者脏腑机能, 平衡阴阳, 提高临床疗效。

3 临证原则

3.1 辨病辨证合参, 力求准确全面

直肠前突型便秘有其显著的自身特点, 如果仅仅从患者欲便不能, 肛门有堵塞感、坠胀感等症状表现, 很容易将其病机理解为气机郁滞, 而忽略其中阳虚陷的核心病机。中阳虚陷既可表现为脱出肛门之外的脱肛证, 也可表现为直肠壁内在的松弛和膨出所致的直肠内脱垂及直肠前突。直肠前突常常合并有不同程度的直肠黏膜内脱垂, 两者在病因病机上具有很大的相关性。叶宇飞等^[7]报道了 321 例直肠黏膜内脱垂患者, 所有患者均同时伴有直肠前

突。当内脏的松弛与膨出发生后, 局部的气机必将因之郁滞不畅, 但其所出现的气机郁滞症状只是标, 而中阳虚陷才是本。因此, 诊治直肠前突型便秘要辨病辨证合参, 在明确直肠前突诊断的基础上, 才能够准确辨证, 抓住矛盾的主要方面, 制定出切中要害的治疗原则。

3.2 便秘重在治本, 切忌一味通腑

对于直肠前突型便秘的治疗不能一味通便, 应兼顾脏腑阴阳气血之偏胜偏衰, 恢复机体主动排便的机能, 获得持久的疗效。很多临床医生片面理解“六腑以通为用, 六腑以降为顺”的治疗原则, 治疗直肠前突型便秘以泻下药物为主, 虽可解决患者一时之苦, 但存在进一步损耗中气、加重病情之虞。我们认为, “通”在生理上是指六腑之气连续贯通, 传导输送正常; 在病理上强调调气不通, 传导输送功能障碍, 甚至不降反逆; 治疗中重在恢复六腑之气的传导输送能力。“降”在生理上是指与升清相对应的降浊功能, 降与升相辅相成; 在病理上, 无升则无降, 无降则无升, 升清功能异常必将导致降浊功能异常, 反之亦然; 在治疗中以升促降, 以升促通。直肠前突常合并有直肠黏膜松弛、会阴下降、张力性尿失禁等盆底松弛改变, 伴有脾胃气虚、肾气不固等证候。通过长期临床观察和研究, 总结出直肠前突型便秘的核心病机为中气下陷、肾气不固, 治则以“升提固本”之法, 以求脾胃复健, 肾气固摄, 升降有常, 气血充足, 肠道得润, 传导有力, 从而有效缓解直肠前突型便秘。补益肾气甚为重要, 是提高疗效、减少复发的关键。

3.3 提出“畅舟通便”, 指导临床用药

受“增液行舟”中医治疗思想的启发, 亦可从四方面分析排便能否顺畅, 一是看肠蠕动是否正常; 二是看肠道津液是否充足; 三是看肠道本身是否存在器质性病变; 四是看粪便是否过于干结。以此论述慢性便秘的治疗也应由此四方面考虑, 一是要补益中气和肾气, 调理脏腑气机, 增强肠道的蠕动功能; 二是要养阴润燥, 养血润肠, 增加肠道的滑润度; 三是要排除肠道本身的器质性病变, 必要时采用外科方法解决; 四是通过纠正不良饮食习惯和生活习惯, 改变大便质地。对照畅舟通便观点可将升提固本汤的用药分为三组, 第一组为升阳举陷药加益肾药为君药, 意在增加动力, 改善机能; 第二组为养阴润燥药为臣药, 意在增加肠道滑润度; 第三组为宽肠理气药为佐药, 意在改善气郁气滞,

辅助推进肠动力改善。临床用药 4 周为 1 个疗程 (服药 3 周,停药 1 周),此后根据患者症状改善情况,逐步延长患者停药时间,直至完全停药,以图根治。

4 典型病例

患者,女,69 岁,2013 年 5 月 2 日初诊。以“排便困难 5 年,加重 4 个月”为主诉就诊。症见:排便困难,经常加用开塞露方能排出大便,便质不干,如便时肛门堵塞坠胀感,便后大便不尽感明显,伴见乏力,气短,纳呆,口干,腰膝酸软,活动时有遗尿发生,舌淡少苔,脉细。肛门指诊:直肠前壁松弛向前膨出约 4 cm。结肠传输试验结果示:72 h 无标记物存留。排粪造影示:直肠前突(膨出囊长径约 4 cm)、直肠黏膜内脱垂。诊断:直肠前突型便秘;辨证:中气下陷,肾气不足证;治以益气升提,补肾养阴,行气润肠;处方以自拟升提固本汤加减:炙黄芪 20 g,白术 30 g,北柴胡 12 g,升麻 3 g,山药 15 g,桔梗 12 g,当归 12 g,肉苁蓉 20 g,益智仁 15 g,陈皮 9 g,厚朴 15 g,枳实 15 g,苦杏仁 9 g,火麻仁 15 g,郁李仁 15 g,玄参 12 g,麦冬 15 g,甘草 6 g。7 剂,每日 1 剂,水煎服。

2013 年 5 月 9 日二诊:大便较前顺畅,排便时间缩短至 10 min,无需使用开塞露,但仍需手助排便。原方去枳实,续服 14 剂。

2013 年 5 月 28 日三诊:大便较前明显顺畅,每天能按时排便,未用其他通便药物,饮食较前好转,烦躁情绪消失,舌暗红,少苔,脉细小。继服二诊原方 1 周后停药观察。排便困难症状明显好转,无需手助排便,体力饮食好转,之后间断服药 6 个月,排便如常,其他症状也明显缓解,遂停药。每 3 个月随访 1 次,至 2015 年 4 月 3 日共完成 5 次随访,患者排便均顺畅,无特殊不适,直肠

指诊:直肠前壁松弛较前减轻,直肠前壁向前膨出约 1 cm,在正常值范围,达到临床治愈。

按:本病属慢性疾病,病位在脾、胃、肾,病性属本虚标实。本例患者临床表现为典型的直肠前突型便秘,且结合结肠传输试验及排粪造影检查等,符合直肠前突型便秘诊断标准。患者排便时肛门坠胀堵塞感,便后肛门下坠不尽感及乏力、气短、纳呆之表现属中气下陷见症,腰膝酸软、活动时有时有遗尿发生为肾虚见症,故本例辨证为肾气亏虚,中气下陷证,治以固本升提为基本治法。鉴于患者病本为虚,便难为标,治疗以急则治其标,缓则治其本为原则,标本兼治,治疗早期阶段侧重于治标,治疗后期侧重于治本,通过长达 6 个月的治疗,使治疗效果得到较好的加强和巩固。为尽快改善患者临床症状,加用滋阴润肠、行气通便之火麻仁、郁李仁、麦冬、玄参之品,且于患者症状缓解后去枳实,以防过度耗气。

参考文献

- [1]赵硕,王荣华. 直肠前突的临床诊疗进展[J]. 医学综述 2013,7(19):1250.
- [2]黄乃健. 中医肛肠病学[M]. 济南:山东科学技术出版社,1996:998.
- [3]芦美菊. 直肠前突的治疗和护理[J]. 医学信息 2015,28(1):164.
- [4]田华,汪和明,黄艳春,等. 大肠黑变病的临床及内镜特征分析[J]. 现代消化及介入诊疗 2014,19(1):50.
- [5]傅传刚,高显华. 便秘外科治疗的争议和共识[J]. 中国实用外科杂志 2012,32(1):60-62.
- [6]邓长生,余细球. 便秘高危人群及其特殊发病原因[J]. 医学新知杂志 2003,13(4):187-189.
- [7]叶宇飞,曹科,徐慧岩,等. 直肠黏膜内脱垂 321 例诊疗体会[J]. 人民军医 2015,58(4):431-432.

(收稿日期:2015-05-18;修回日期:2015-10-12)

[编辑:侯建春]

敬告作者

本刊于 2016 年 2 月 1 日起停止电子邮件和邮寄投稿,请您登录《中医杂志》在线投稿系统(网址: <http://zzyz.chinajournal.net.cn>) 点击主页左上侧的“作者投稿”进行注册,并按照提示完成投稿,作者可以在线查询稿件状态。稿件查询电话:010-64089195。

本刊编辑部