

便秘

诊治与调养

张薇◎主编



 金盾出版社

便秘诊治与调养

主 编

张 薇

副主编

张怀明 张晓燕

编著者

李 芳 靳 岛 岳洪宾

路 箐 王海音 王鲜婵

孟晓燕

金 盾 出 版 社

内 容 提 要

本书对常见便秘的病因、分型和药物治疗、偏方验方治疗、饮食调养、运动锻炼等中西医防治方法做了较全面的介绍,对不同人群便秘的病因、临床特点和防治方法进行了详细深入的阐述。本书通俗易懂,集知识性、科学性和实用性为一体,既可供广大基层医务人员参考,也适用于便秘患者阅读。

图书在版编目(CIP)数据

便秘诊治与调养/张薇主编. — 北京:金盾出版社,2014.5
ISBN 978-7-5082-9130-7

I. ①便… II. ①张… III. ①便秘—诊疗 ②便秘—防治
IV. ①R574.62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 009545 号

金盾出版社出版、总发行

北京太平路 5 号(地铁万寿路站往南)

邮政编码:100036 电话:68214039 83219215

传真:68276683 网址:www.jdcbs.cn

封面印刷:北京精美彩色印刷有限公司

正文印刷:北京万友印刷有限公司

装订:北京万友印刷有限公司

各地新华书店经销

开本:850×1168 1/32 印张:6.25 字数:120 千字

2014 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

印数:1~6 000 册 定价:16.00 元

(凡购买金盾出版社的图书,如有缺页、
倒页、脱页者,本社发行部负责调换)

前言



便秘是人们日常生活中最常遇见的一个问题,严重影响人们的工作和生活,且随着社会节奏的加快、生活方式的改变、生活压力的增大、加班熬夜、缺乏锻炼、三餐无定时等不良生活习惯已成为很多上班族的生活常态,使得便秘的发病率大大增加。便秘不仅影响人们的生活质量,还是心脑血管意外、结肠癌、乳腺疾病等发病的重要诱因,应引起我们的重视,科学防治。

本书共分为四章,从肠道、肛门的解剖结构和生理功能讲起,依次阐述了人体正常的排便过程,便秘的病因、危害、诊断和防治方法;重点讲解了白领人群、孕妇、老年人、儿童,以及糖尿病、脑卒中、心肌梗死、骨折和癌症患者等不同人群的便秘病因和防治方法;并结合生活实际,详细介绍了防治便秘的各种饮食疗法、药物方剂和运动方法。希望本书能成为基层医务工作者和便秘患者的实用参考书。

由于水平所限,本书中存在的错误之处,恳请广大读者予以批评指正。

作 者



第一章 便秘相关知识	(1)
一、大肠的解剖结构与生理功能	(1)
(一)大肠的解剖结构	(1)
(二)大肠的生理功能	(4)
(三)中医对大肠的认识	(7)
二、肛门的解剖结构与生理功能	(8)
(一)肛门的解剖结构	(8)
(二)肛门的生理功能	(11)
三、排便与抑制排便	(12)
(一)粪便的形成与排便	(12)
(二)抑制排便	(13)
第二章 便秘的病因、危害	(14)
一、便秘的病因	(14)
二、中医对便秘病因的认识	(15)
三、便秘的危害	(16)
四、慢性便秘的诊断	(19)

五、便秘的分型与程度划分	(22)
六、中医对便秘的辨证	(27)
第三章 便秘的预防与治疗	(32)
一、生活方式调整	(32)
二、科学饮食	(37)
三、便秘食疗方	(41)
四、便秘的药物治疗	(45)
(一)常用泻药	(46)
(二)促动力药	(49)
(三)其他药物	(50)
五、便秘的分级诊治	(53)
六、便秘的中医辨证治疗	(55)
(一)实热便秘	(55)
(二)虚寒便秘	(56)
(三)肠燥便秘	(57)
(四)正虚邪实便秘	(57)
(五)阴虚、阳虚便秘	(58)
(六)津亏便秘	(60)
(七)宿食不消便秘	(61)
(八)气滞腹急便秘	(61)
(九)年高冷秘、虚秘	(62)
(十)蓄血便秘	(63)
(十一)痰饮湿热便秘	(63)
(十二)膈噎便秘	(64)
七、便秘单、验方治疗	(65)

八、便秘中医外治疗法	(68)
九、便秘针灸治疗	(72)
十、便秘按摩治疗	(73)
十一、便秘拔罐疗法	(80)
十二、便秘的心理治疗	(81)
十三、便秘的手术治疗	(83)
第四章 特殊人群便秘	(86)
一、白领人群便秘	(86)
(一)病因与分型	(86)
(二)预防与治疗	(89)
二、妊娠妇女便秘	(100)
(一)妊娠便秘病因	(100)
(二)预防和治疗	(101)
三、老年人便秘	(109)
(一)病因分析	(110)
(二)临床表现和危害	(113)
(三)诊断	(114)
(四)老年人便秘的防治	(116)
四、儿童便秘	(130)
(一)儿童便秘病因分析	(130)
(二)临床表现和诊断	(134)
(三)预防和治疗	(135)
五、糖尿病患者便秘	(145)
(一)病因	(145)
(二)危害	(147)

(三) 预防和治疗	(148)
六、脑卒中后便秘	(155)
(一) 病因分析	(155)
(二) 防治措施	(157)
七、心肌梗死后便秘	(166)
(一) 病因分析	(166)
(二) 预防和治疗	(168)
八、骨折后便秘	(173)
(一) 病因分析	(174)
(二) 预防和治疗	(175)
九、癌症患者便秘	(181)
(一) 病因分析	(181)
(二) 预防和治疗	(183)

第一章 便秘相关知识

一、大肠的解剖结构与生理功能

(一) 大肠的解剖结构

大肠为消化道的下段,是人体消化系统的重要组成部分,成人大肠全长约 1.5 米,起自回肠,包括盲肠、升结肠、横结肠、降结肠、乙状结肠和直肠六部分(图 1)。全程形似方框,围绕在空肠、回肠的周围。大肠的外形与小肠有明显的不同,一般大肠口径较粗,肠壁较薄,盲肠和结肠还具有以

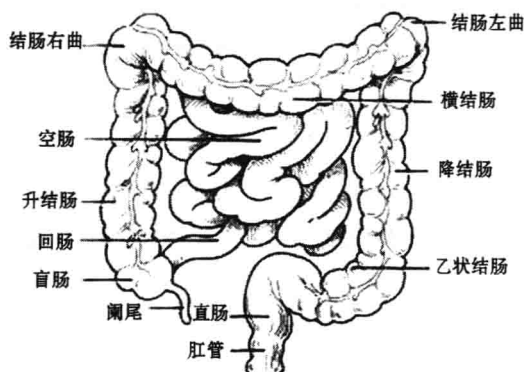


图 1 大肠解剖结构

下3种特征性结构:在肠表面,沿着肠的纵轴有结肠带,由肠壁纵行肌增厚形成;由肠壁上的横沟隔成囊状的结肠袋;在结肠带附近,由于浆膜下脂肪聚集,形成许多大小不等的脂肪突起,称肠脂垂。

1. 盲肠 盲肠为大肠起始的膨大盲端,长6~8厘米,位于右髂窝内,向上通升结肠,向左连回肠。回、盲肠的连通口称为回盲口。口处的黏膜折成上、下两个半月形的皱襞,称为回盲瓣,此瓣具有括约肌的作用,可防止大肠内容物逆流入小肠。在回盲瓣的下方约2厘米处,有阑尾的开口。

2. 阑尾 阑尾形如蚯蚓,又称蚓突。上端连通盲肠的后内壁,下端游离,一般长2~20厘米,直径约0.5厘米。阑尾全长都附有阑尾系膜,其活动性较大。阑尾根部在体表的投影位置,通常以脐和右髂前上棘连线的外、中1/3交界处做标志,临床上称麦氏点,急性阑尾炎时该处可有压痛。

3. 结肠 结肠为介于盲肠和直肠之间的部分,按其所在位置和形态,又分为升结肠、横结肠、降结肠和乙状结肠4部分。

(1)升结肠:长约15厘米,是盲肠向上延续部分,自右髂窝沿腹后壁的右侧上升,至肝下方向左弯形成结肠右曲,移行于横结肠。升结肠后面借结缔组织附贴于腹后壁,故活动性较小。

(2)横结肠:长约50厘米,起自结肠右曲,向左横行至脾处再向下弯成结肠左曲,移行于降结肠。横结肠全部被腹膜包被,并借横结肠系膜连于腹后壁,其中部下垂,活动性

较大。

(3)降结肠:长约 20 厘米,从结肠左曲开始,沿腹后壁的左侧下降,至左髂嵴处移行于乙状结肠。降结肠后面借结缔组织附贴于腹后壁,所以活动性也小。

(4)乙状结肠:长 40~45 厘米,平左髂嵴处接续降结肠,呈“乙”字形弯曲,至第三骶椎前面移行于直肠。空虚时,其前面常被小肠遮盖,当充盈扩张时,在左髂窝可触及。乙状结肠全部被腹膜包被,并借乙状结肠系膜连于左髂窝和小骨盆后壁,其活动性也大。

4. 直肠 直肠为大肠的末段,长 15~16 厘米,位于小骨盆内。上端平第三骶椎处接续乙状结肠,沿骶骨和尾骨的前面下行,穿过盆膈,下端以肛门而终。男性直肠的前面有膀胱、前列腺和精囊腺;女性则有子宫和阴道。直肠在盆膈以上的部分称为直肠盆部,盆部的下段肠腔膨大,称为直肠壶腹。盆膈以下的部分缩窄称为肛管或直肠肛门部。直肠有两个弯曲,上段凸向后,与骶骨前面的曲度一致,形成骶曲;下段向后下绕过尾骨尖,形成凸向前的会阴曲。

直肠壶腹内面的黏膜,形成 2~3 条半月状的直肠横襞,这些横襞有支持粪便的作用。肛管上段的黏膜形成 6~10 条纵行的黏膜皱襞,叫肛柱。各柱的下端有半月形的小皱襞相连,称为肛瓣。在肛瓣与相邻二柱下端之间有小凹陷,称为肛窦。各肛瓣与肛柱下端,共同连成锯齿状的环形线,称为齿状线,为皮肤和黏膜相互移行的分界线。齿状线以下光滑而略有光泽的环形区域,称为肛梳或痔环。痔环和肛柱的深面有丰富的静脉丛,此丛如淤血扩张则易形成痔,

在齿状线以上者称为内痔,以下者称为外痔。

直肠周围有内、外括约肌围绕。肛门内括约肌由直肠壁环形平滑肌增厚而成,收缩时能协助排便。肛门外括约肌是位于肛门内括约肌周围的环行肌束,为骨骼肌,可随意括约肛门。

(二)大肠的生理功能

大肠的主要功能是进一步吸收由小肠转运来的液体食糜中的水分、电解质和其他物质(如短链脂肪酸、氨、胆汁酸、细菌代谢产物等);缓慢推动肠内容物向远端移动;形成、贮存和排泄粪便。同时,大肠还有一定的分泌功能,如杯状细胞分泌黏液中的黏液蛋白,能保护黏膜和润滑粪便,使粪便易于下行,保护肠壁防止机械损伤,免遭细菌侵蚀。肠道内还生长有大量的细菌,具有重要的生理功能。

1. 大肠的运动功能

(1)节段性运动:曾被称为袋状往返运动,是结肠在空腹时最多见的一种运动形式,由环行肌无规律地自发性收缩所引起,它使结肠袋中的内容物向两个方向做短距离的位移,但并不向前推进。节段性收缩可使结肠转运减慢,结肠内容物得到缓慢的混合和研磨,并与肠黏膜充分接触,从而促进内容物中水和电解质的吸收。

(2)推进集团运动:推进性运动在整个结肠运动中具有非常重要的作用,凡是能够推动肠内容物向远端移行的运动形式,都可归于此类运动。它常为分节或多袋推进运动,这是一个结肠袋或一段结肠收缩,将肠内容物推移到下一

段的运动。根据收缩的幅度可分为低幅推进性收缩和高幅推进性收缩。进食后或结肠受到拟副交感药物刺激时,这种运动增多。

(3)蠕动:结肠的蠕动,由一些稳定向前的收缩波所组成,可以使肠内容物缓慢向前推进。在大肠还有一种进行很快,且前进很远的蠕动,称为集团蠕动。它通常开始于横结肠,可将一部分大肠内容物推送至降结肠或乙状结肠。集团蠕动常见于进食后,最常发生在早餐后 60 分钟之内,可能是胃内食物进入十二指肠,由十二指肠-结肠反射所引起。

2. 结肠运动的调节和影响因素

(1)结肠运动的神经体液调节:结肠的运动受到自主神经系统、肠神经系统和中枢神经系统的调节。支配大肠的神经,除肛管、肛门括约肌外,由交感和副交感神经支配。刺激支配结肠的迷走神经,可促进结肠的节段性运动,刺激交感神经通常抑制结肠运动。结肠还分布有肌间神经丛和黏膜下神经丛,能不依赖于外来神经的支配而对结肠运动进行调节。而中枢神经系统对结肠运动的影响主要是精神因素的作用,精神紧张可抑制结肠运动,而精神过度紧张则作用相反;在应激情况下,结肠的运动增强,而抑郁则可抑制结肠的运动。另外,体液因素对结肠的运动亦有影响,如胆囊收缩素可促进结肠运动,5-羟色胺能增强结肠的节段性收缩;而生长抑素、血管活性肠肽则抑制结肠的运动。

(2)进食对结肠运动的影响:进食后可刺激结肠运动,引起结肠收缩增加,从而引起便意,称为胃-结肠反射,此时

结肠可出现更多的袋状收缩或集团收缩,诱发餐后便意。另外,食物的种类对餐后结肠的运动有着不同的影响。例如,脂肪和糖类(碳水化合物)可促进大肠的运动,蛋白质类食物则抑制大肠的运动。

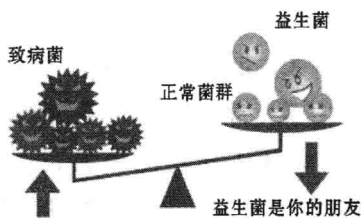
(3)其他:结肠运动存在昼夜节律的变化,夜间睡眠时,节段性和推进活动减弱;白天上述运动则增强,尤其是在餐后及晨起时。体育活动可促进结肠的运动,主要是增强结肠的推进性运动、集团运动和排便。

3. 大肠液的分泌 大肠黏膜的上皮和大肠腺均含有许多分泌黏液的杯状细胞。因此,大肠的分泌液富含黏液,黏液能保护肠黏膜和润滑粪便。结肠还分泌碳酸氢盐,故大肠液呈碱性(pH 值为 8.3~8.4)。大肠液中可能含有少量二肽酶和淀粉酶,但它们对食糜的分解作用不大。大肠液的主要作用在于其中的黏液蛋白,它能保护肠黏膜和润滑粪便。大肠液的分泌主要是由食物残渣刺激肠壁引起的,刺激大肠的运动和排便,可能通过局部反射完成。大肠的运动少而慢,对刺激的反应也较迟缓,这些特点对于大肠作为粪便的暂时贮存场所是适合的。副交感神经兴奋可使分泌增加,而刺激交感神经则可抑制肠液的分泌。

4. 大肠菌群 人体大肠内细菌构成一个巨大而复杂的生态系统,对于维持人体正常的内环境稳定具有十分重要的作用。首先,大肠内细菌来源于空气和食物中的细菌,它们经口腔进入消化道,由于结肠缓慢运动,温度和 pH 值适宜等,使细菌得以在这里大量繁殖。细菌中含有酶,能使纤维素和糖类分解或发酵,产生乳酸、乙酸、二氧化碳和甲烷

等,还可使脂肪分解成脂肪酸、甘油和胆碱等。有些细菌能使蛋白质分解成氨基酸、肽、氨、硫化氢、组胺和吲哚等,使粪便有臭味。结肠中的细菌还能合成微量的维生素,主要是B族维生素复合物和维生素K,对人体代谢和维持某些功能具有重要作用。所以,长期或不适当地使用抗生素,使维生素的合成和吸收不良,易

引起维生素缺乏或其他疾病。大肠内的菌群组成在正常情况下是稳定的,微生物之间的相互作用是调节结肠



固有菌群的重要因素。肠道菌群还能产生各种物质抑制其他菌种生长,甚至以此作为自身调节的方式,控制自身生长,如大肠菌素和短链脂肪酸等,都具有抑制细菌繁殖的作用。

(三) 中医对大肠的认识

1. 中医解剖学位置 大肠居于腹中,其上口在阑门处接小肠,其下端连接肛门。大肠的上端称为“回肠”,包括现代解剖学中的回肠和结肠的上段;下段称为“广肠”,包括乙状结肠和直肠。大肠亦是一个空腔性器官,呈回环迭积之状,主要有传化糟粕与主津的生理功能。大肠与肺有手阳明大肠经和手太阴肺经的相互经络而构成表里关系。

2. 中医生理功能

(1)主传化糟粕:大肠接受小肠下传的食物残渣,吸收其中多余的水液,形成粪便。大肠之气的运动,将粪便传送

至大肠末端,并经过肛门有节制地排出体外,故大肠有“传道之官”之称。

(2)大肠主津:大肠接受小肠下传的含有大量水液的食物残渣,将其中的水液吸收,使之形成粪便,即是所谓的燥化作用。大肠吸收水液,参与体内的水液代谢,故说“大肠主津”。

3. 功能失常症状 大肠传导糟粕功能失常,则出现排便异常,常见的有大便秘结或者泄泻。若有湿热郁结大肠,大肠传导功能失常,还会出现腹痛、里急后重、下痢脓血等症状。大肠主津功能失常,则大肠中的水液不得吸收,水与糟粕俱下,可出现肠鸣、腹痛、泄泻等病症,若是大肠实热,消化津液或者大肠津亏、肠道失润,又会导致大便秘结不通。

二、肛门的解剖结构与生理功能

(一)肛门的解剖结构

肛管是消化道的末端,上自齿线,下至肛缘,成人全长2.5~4厘米,为解剖性肛管。有人将肛管上界扩展至齿状线以上1.5厘米,即肛管直肠环平面,称外科性肛管,一般少用。肛管的表层,在上段为柱状上皮及移行上皮,下段为移行上皮及鳞状上皮。男性肛管前面与尿道及前列腺相毗邻,女性则为子宫及阴道;后为尾骨,周围有内、外括约肌围绕(图2)。

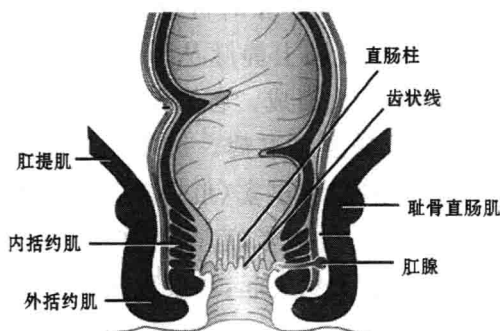


图2 肛门解剖结构

齿状线为直肠与肛管的交界线,由肛瓣及肛柱下端组成,该线呈锯齿状,故称齿状线(或称梳状线),为重要的解剖标志。齿线上、下的血管,神经及淋巴来源都不同,其表现的症状及体征也各异。齿状线在临床上的重要性如下:

①齿状线以上主要由直肠上、下动脉供应,齿状线以下为肛门动脉供应。齿状线以上静脉丛属痔内静脉丛,回流至门静脉,若曲张则形成内痔;齿状线以下静脉丛属痔外静脉丛,回流至下腔静脉,曲张则形成外痔。齿状线以上感染可经门静脉而致肝脓肿;齿状线以下感染,则由下腔静脉向全身扩散。

②齿状线以上黏膜受自主神经支配,无疼痛感,齿状线以下肛管受脊神经支配,疼痛反应敏锐。齿状线以上的淋巴主要回流至腹主动脉周围的淋巴结,齿状线以下的淋巴主要回流至腹股沟淋巴结。故直肠癌向腹腔内转移,而肛管癌则向双侧腹股沟淋巴结转移。齿状线以上的黏膜,由于括约肌收缩,出现6~10个纵行条状皱襞,长1~2