



LINCHUANG CHANGJIANBING
ZHENLIAO CONGSHU

临床常见病诊疗丛书

总主编 ● 焦保华

便秘

BIANMI

主编 赵发 李红岩



军事医学科学出版社

▲ 临床常见病诊疗丛书 ▲

总主编 焦保华

便秘

主 编 赵 发 李红岩

军事医学科学出版社
· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

便秘/赵发,李红岩主编.

-北京:军事医学科学出版社,2007.9

(临床常见病诊疗丛书/焦保华总主编)

ISBN 978-7-80121-929-9

I. 便… II. ①赵… ②李… III. 便秘-诊疗
IV. R574.62

中国版本图书馆CIP数据核字(2007)第116616号

出 版:军事医学科学出版社

地 址:北京市海淀区太平路27号

邮 编:100850

联系电话:发行部:(010)63801284

63800294

编辑部:(010)66884418,86702315,86702759

86703183,86702802

传 真:(010)63801284

网 址:<http://www.mmsp.cn>

印 装:三河佳星印装有限公司

发 行:新华书店

开 本:850mm×1168mm 1/32

印 张:12.5

字 数:308千字

版 次:2007年9月第1版

印 次:2007年9月第1次

全套定价:432.00元 每册定价:27.00元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

内 容 提 要

本书共分八章。全书针对便秘的特点,首先阐述了便秘的发展史、解剖生理、检查等,并结合典型病例,重点介绍了便秘的诊断与治疗,尤其是对目前临床最新、最全的诊治手段进行了全面系统地介绍。本书内容新颖,逻辑性和实用性强,可供从事肛肠外科专业以及相关专业的临床医师阅读使用。

《便秘》编委会

主 编 赵 发 李红岩

副 主 编 卞红磊 赵士彭 张 燕

刘红彬 张 鑫 陶 钧

编 委 (按姓氏笔画排序)

孔 斌 安俊岐 李梅岭

吴剑冬 张秋平 陈 强

武卫东 袁巧英 聂红峰

桂 林 夏之岷 黄艳平

舒建厂 靳 步

前 言

便秘是影响人民健康和生命安全的常见病,随着其检查、诊断和治疗技术的发展以及循证医学研究的进一步深入,便秘的诊断和治疗有了新的思路和途径。

本书参考了众多国内外便秘的相关专著、参考文献及便秘循证医学研究成果,阐述了便秘的发展史、解剖生理、检查等,并结合典型病历,重点介绍了便秘的诊断与治疗,尤其是对目前临床最新、最全的诊治手段进行了全面系统地介绍。本书内容新颖,逻辑性和实用性强,可供从事肛肠外科专业以及相关专业的临床医师阅读使用。

本书在编写过程中,参考了大量国内外有关作者的文献资料,不能一一列出,在此表示感谢!由于编写人员能力有限,书中不足之处在所难免,恳请广大同仁予以批评指正。

编 者

2007年3月

目 录

第一章 便秘治疗的发展史	(1)
第一节 中国便秘治疗的发展史	(1)
第二节 国外便秘治疗的发展史	(7)
第二章 大肠肛门的解剖与生理	(13)
第一节 大肠肛门的解剖	(13)
第二节 大肠肛门的生理	(33)
第三章 肛管、直肠及结肠的检查	(43)
第一节 肛管直肠指诊术	(46)
第二节 肛门镜检查术	(57)
第三节 硬管乙状结肠镜检查术	(59)
第四节 电子结肠镜的应用	(65)
第五节 CT 仿真结肠镜	(86)
第六节 胶囊肠镜检查	(87)
第七节 排粪造影检查	(87)
第八节 结肠运输功能试验	(89)
第九节 肛管直肠压力测定	(91)
第十节 水囊排出试验	(94)

第十一节	盆底肌电图检查	.....	(95)
第四章	慢性便秘的诊断标准	.....	(97)
第一节	诊断依据	.....	(99)
第二节	慢性便秘诊治指南	.....	(103)
第五章	慢性便秘的治疗	.....	(121)
第一节	内科治疗	.....	(121)
第二节	外科治疗	.....	(128)
第三节	中医中药治疗	.....	(131)
第六章	慢性便秘手术治疗的术前准备和		
术后处理	.....	(141)	
第一节	结肠手术的术前准备	.....	(141)
第二节	直肠肛门病的术前准备	.....	(149)
第三节	结肠病手术后的一般处理	.....	(153)
第四节	肛门直肠病手术后的一般处理	.....	(154)
第七章	慢传输型便秘	.....	(159)
第一节	慢传输型便秘病因	.....	(160)
第二节	慢传输型便秘的临床表现	.....	(182)
第三节	慢传输型便秘的诊断	.....	(183)
第四节	慢传输型便秘的治疗	.....	(188)
第八章	出口梗阻型便秘	.....	(205)
第一节	直肠内脱垂	.....	(205)
第二节	直肠前突	.....	(234)

第三节	盆底疝	(268)
第四节	盆底痉挛综合征	(292)
第五节	耻骨直肠肌综合征	(306)
第六节	会阴下降综合征	(326)
第七节	内括约肌失弛缓症	(338)
第八节	直肠孤立性溃疡综合征	(355)
第九节	子宫源性便秘	(369)
第十节	痔源性便秘	(373)
第十一节	生物反馈疗法	(376)

第一章 便秘治疗的发展史

第一节 中国便秘治疗的发展史

便秘自古以来就有记载,古代中医文献多有描述。《内经》对便秘已有一定认识,认为便秘与肾、脾、胃有密切关系,其病机多为脾虚、胃热。如《素问·举痛论篇》谓:“热气留于小肠,肠中痛,瘴热焦渴,则坚干不得出,故痛而闭不通矣。”汉代张仲景对便秘的认识已较《内经》深入。仲景认为便秘除与胃肠燥热直接有关外,尚与脾阴虚、肠胃气滞、阴血亏虚有关。仲景首次将便秘分为阴结、阳结二类,并具体提出了诸承气汤、麻子仁丸、厚朴三物汤、蜜煎导、猪胆汁导等内外治疗的方剂,时至今日,这些方剂在临床上仍得到广泛的应用。隋代巢元方强调便秘之病因在寒、热二端,其病位在于胃肠。《诸病源候论·大便病诸侯》曰:“大便难者,由五脏不调,阴阳偏有虚寒,谓三焦不和,则冷热并结故也。……五脏三焦既不调和,冷热壅涩,结在肠胃之间,其肠胃本实,而又为冷热之气所结聚不宣,故令大便难也。”巢氏在当时已认识到便秘与

小便有密切关系。曰：“邪在肾，亦令大便难，所以尔者，肾脏受邪，虚而不能制小便，则小便利，津液枯燥，肠胃干涩，故大便难。又渴利之家，大便亦难，所以尔者，为津液枯竭，致令肠胃干燥。”

在唐代，医学界对便秘的治疗，有了一定的发展。《外台秘要》即已收集了当时治疗便秘的方剂 26 首。孙思邈认识到：“凡大便不通，皆用润腻之物及冷水并通也。凡面黄者，即知大便难（《千金要方·秘涩》）。宋代著作《圣济总录》中，已对便秘初步进行了分类。当时归纳为风气壅滞、肠胃干涩之风秘；胃壅客热、口糜体黄之热秘；下焦虚冷、窘迫后重之冷秘及肾虚津枯之虚秘四类。沿用和更加完整了便秘的分类及治疗。《济生方·秘结》谓：“摄养乖理，三焦气涩，运调不行，于是乎运结于肠胃之间，遂成五秘之患。夫五秘者，风秘、气秘、湿秘、寒秘、热秘是也。更有发汗利小便，及妇人新产亡血，走耗津液，往往皆令人秘结”。严氏又提出治便秘之法：燥则润之、涩则滑之、秘则通之、寒则温利之四法。《太平惠民和剂局方》中收录了半硫丸，谓其：“除积冷，暖元藏，温脾胃，进饮食。治心腹一切痙癖冷气，及年高风秘，冷秘或泄泻等，并皆治之。”半硫丸作为治疗冷秘的有效药品，一直被后人所重视。至金元时期，张洁古将便秘分为虚实两类。《医学启源·中卷·六气方治》谓：“凡治脏腑之秘，不可

一例治疗。有虚秘,有实秘。有胃实而秘者,能饮食,小便赤,当以麻仁、七宣丸之类主之,胃虚而秘者,不能饮食,小便清利,厚朴汤宜之。”

饮食因素与便秘的关系,前人虽有论及,但约而不详,如《三因方·秘结》谓:“故饮食烦热而热中,胃气强涩,大便硬秘,小便频数,谓之脾约,属不内外因。”至李东垣方强调饮食劳逸与便秘的关系。《兰室秘藏·燥结论》曰:“若饥饱失节,劳逸过度,损伤胃气,及食辛热厚味之物,伏于血中,耗散真阴,津液亏少,故大便燥结。”东垣依《内经》之论,重视肾与便秘的关系,他认为肾主五脏,肾经不足,津液匮乏是发病的重要原因之一,提出“如少阴不得大便,以辛润之;太阴不得大便,以苦泄之;阳结者散之,阴结者温之”的治疗大法,他还提出了通幽汤、活血润燥汤、润肠汤等临床上确有疗效的方剂。

明代虞抟强调肾及脾胃在便秘发病中的作用。《医学正传·秘结》曰:“原其所由,皆房劳过度,饮食过节,或恣饮酒浆,过食辛热,饮食之火起于脾胃,淫欲之火起于命门,以致火盛水亏,津液不生,故传道失常,渐成结燥之证。”虞氏所采用的以黄蜡包备急大黄丸,复以细针穿一窍,使药不犯胃气,得出幽门达大小肠取效法及令人口含香油,以小竹筒套入肛门,以油吹入肛门内,使结粪自下的方法,为近代肠溶剂及灌肠法之雏形,在当时能有这种思

想是难能可贵的。戴元礼在《证治要诀》中认识到气机失调,升降乖违是造成便秘的原因之一。他说:“气秘则气不升降,谷气不行,其人多噫,宜苏子降气汤加枳壳,吞养正丹,或半硫丸、来复丸。未效,佐以木香槟榔丸,欲其速通,则枳壳生用。”李挺对便秘仍依少阴、太阴辨治,但他又补充了虫积、药石毒,饮食毒、痰滞不通等病因。李氏基于肺与大肠的关系,强调了宣降肺气以治便秘的方法。《医学入门·大便燥结》谓:“流行肺气,肺与大肠为表里故也,桔梗汤加紫苏,或苏子降气汤,或苏子麻仁煮粥。”张景岳承袭仲景之说,主张将便秘分为“阳结”、“阴结”二类。《景岳全书·秘结》谓:“秘结一证,在古方中有虚秘、风秘、气秘、寒秘、湿秘等说,而东垣又有热燥、风燥、阳结、阴结之说,此其立名太烦,又无确据,不得其要而徒滋疑惑,不无为临床之害也,不知此证之当辨者惟二,则曰阴结、阳结而尽之矣。……有火者便是阳结,无火者便是阴结。”此说简便易行,对后世产生了一定的影响。

清代李用粹主张秘结“要皆血虚所致,大约燥属肾,结属脾,须当分辨”(《证治汇补·秘结》)。《石室秘录》提出了治疗津液干涸、燥属内结之生阴开结汤;治疗肺燥、清肃之气不行方;阴虚津血不润肠道方等方剂,重用熟地、元参、当归、麻仁等药,加用牛乳、蜂蜜等润肠滑窍药物,在配伍用药上颇具特色,对临床治疗有一定的参考价值。叶

桂对便秘强调宣降肺气以通便闭。华玉堂谓：“肠痹本与便秘同类，今另分一门者，欲人知腑病治脏，下病治上之法也。……故先生但开降上焦肺气，上窍开泄，下窍自通矣。”叶氏善用杏仁、枇杷叶、瓜蒌皮、紫菀、枳壳类以通秘结。林佩琴以胃实、胃虚、热秘、冷秘、风秘、气秘、三焦不和、胸膈痞满、大肠实、肾虚液少便燥、血热便难、风热郁滞、血燥兼气秘、血虚秘结、津液枯涸、幽门不通、素有风病而便秘、病后老人及产后便秘，老人气秘、血秘、脾约等而分，分类略嫌繁琐。但林氏提出外治法当以寒热而分，冷秘用蜜煎导加草乌头末，热秘用猪胆汁导。又用川芎、当归煎汤，入木桶，乘热坐熏之等法，对外治之法进行了发展。

中医学对便秘的认识，肇端于《内经》，发展于金元，完善于明清，对便秘的治疗经验已不断丰富和完备。

我国现代西医对便秘的详细研究起步较晚。

张连阳等(1994年)采用GY-2型下消化道功能测定仪,对经排粪造影结合盆腔造影诊断的36例直肠黏膜脱垂和25例直肠全层内脱垂进行了肛肠测压,结果发现直肠黏膜脱垂组的肛管静息压低于对照组($P < 0.05$);直肠全层内脱垂组的静息压和咳嗽压均显著低于对照组($P < 0.01$);直肠全层内脱垂组的静息压明显低于直肠黏膜脱垂组。崔毅等(1995年)采用丹麦公司 Countirpoint 四道

肌电图仪检测了直肠内脱垂和直肠黏膜脱垂 94 例,肌电异常率为 85.1% (80/94)。

1985 年张胜本采用功能性直肠悬吊术治疗直肠黏膜内脱垂取得了良好疗效。1993 年赵征元开始应用经直肠修补术治疗直肠前突,总有效率达到 97.6%。1995 年黄显凯报道了 85 例直肠内脱垂行注射疗法的结果,大多数临床症状明显改善。王立勇等(1995 年)报道 4 例盆底疝,2 例行直肠固定、部分乙状结肠切除、盆底腹膜抬高术,术后排粪造影证实疝囊消失,便秘症状改善。1995 年金定国等报道了 32 例直肠黏膜脱垂,经产妇 26 例,占 81%,认为妊娠期的胎体对盆腔压迫、血流不畅、直肠黏膜慢性淤血减弱了肠管黏膜的张力,使之松弛下垂为病因之一。

1997 年张胜本详细阐述了盆底痉挛综合征与耻骨直肠肌综合征病因、病理和治疗上的差异。

2003 年外科学(第六版)汪建平将便秘定义为:便秘不仅是一种疾病,还是临床上最为常见的消化道症状,使便秘成为一个独立的病种。

第二节 国外便秘治疗的发展史

1908年 Arbutthnot lane 首次提出经腹手术治疗慢性顽固性便秘,他认为这是一种自身性中毒,由机械性及吸收毒物所致。他用大手术解除患者的痛苦及压抑的生活。共报道39例,女34例,男5例。结果:死亡率21%。术后仍需服泻剂2例,小肠梗阻需行粘连分离2例(5%)。

1911年 Chapple 也报道50例慢性顽固性便秘的外科治疗,女44例,男6例,手术方式:结肠切除及ISA 3例,结肠切除及IRA 10例,结肠转流及IRA 10例,结肠转流及ISA 3例,结肠转流及吻合(未指出部位)17例,结肠切除术+吻合(未指出部位)7例。晚期再行结肠切除7例。结果:偶需泻剂或灌肠7例(14%),无死亡。并发粪瘘1例,肠梗阻4例,均需行粘连分离术。

以上成功率虽不高,且有一些并发症,但给慢性顽固性便秘的外科治疗奠下基础。

关于出口梗阻性便秘,早在1912年 Moschowitz 描述了直肠脱垂患者的直肠前陷窝(Douglas 陷窝)特别低而且深,此病理变化在直肠脱垂发病机理中有重要的意义。他还提出直肠脱垂就是一种滑动疝,而 Douglas 陷窝是疝囊,当腹内压增高时,盆腔最低处的直肠前壁受压,并被推

入直肠腔内,直肠逐渐脱入肛管,因而脱出的是直肠全层而不仅仅是黏膜,腹膜返折和小肠亦可一并脱出。Devadhav(1965)、Broden 和 Snellman(1968)、Thenerkauf 等(1970)相继报道了采用放射造影技术观察的结果,发现直肠脱垂先是直肠内脱垂,脱垂的起始部位通常在距肛门缘 6~8 cm 处,因而受累的不只是直肠前壁,而是直肠壁全环一起脱出,同时腹膜返折亦可一并脱出。

1839 年 Denonvilliers 首先描述在男性盆底有一层筋膜,并称之为直肠膀胱膈。1969 年 Milley 和 Nichols 发现在女性盆底直肠前壁和阴道后壁之间也有膈。这一发现被后来的学者证实,称之为直肠阴道膈。女性的直肠前壁有直肠阴道膈支持,并与阴道分开。直肠阴道膈厚度一般在 0.5 cm 左右,该膈主要由骨盆内筋膜构成,内有耻骨直肠肌和肛提肌的前中线交叉纤维组织及会阴体。目前文献报道直肠阴道膈与直肠前突的形成密切相关。

Lenart Wallden(1952 年)首先采用排粪造影的方法,对出口梗阻性便秘的患者进行了盆底动力学和形态学研究,发现小肠或部分乙状结肠疝入深的直肠生殖陷窝内是引起梗阻性便秘的原因之一。

1964 年 Wasserman 首次报道并详细描述了 4 例耻骨直肠肌痉挛性肛门狭窄,施行耻骨直肠肌部分切除术,效果良好。