

实用
中医

便秘治疗学

主编 王建民 侯勇 李新茂

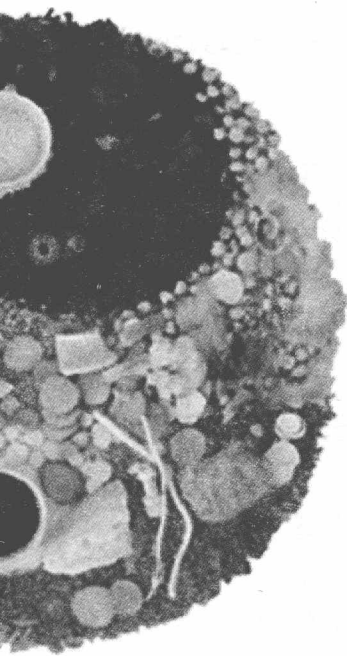


合肥工业大学出版社
HEFEI UNIVERSITY OF TECHNOLOGY PRESS

实用
中医

便秘治疗学

主编 王建民 侯勇 李新茂



合肥工业大学出版社
HEFEI UNIVERSITY OF TECHNOLOGY PRESS

图书在版编目 (CIP) 数据

实用中医便秘治疗学 / 王建民 侯勇 李新茂 主编. —合肥: 合肥工业大学出版社, 2014.10

ISBN 978-7-5650-2006-3

I. ①实… II. ①王… ②侯… ③李… III. ①便秘—中医治疗法
IV. ①R256.35

中国版本图书馆CIP数据核字 (2014) 第243729号

实用中医便秘治疗学

王建民 侯勇 李新茂 著

责任编辑 朱移山

出版	合肥工业大学出版社	版次	2014年10月第1版
地址	合肥市屯溪路193号	印次	2014年10月第1次印刷
邮编	230009	开本	889毫米×1194毫米 1/32
电话	总编室: 0551-62903038	印张	8 彩插1页
	市场营销部: 0551-62903198	字数	135千字
网址	www.hfutpress.com.cn	印刷	合肥寿春印刷有限公司
E-mail	hfutpress@163.com	发行	全国新华书店

ISBN 978-7-5650-2006-3

定价: 48.00元

如果有影响阅读的印装质量问题, 请与出版社市场营销部联系调换。

《实用中医便秘治疗学》

编 委 会

主 审	于庆生	汪新安	崔兴道
主 编	王建民	侯 勇	李新茂
副主编	石 健	卢灿省	李 明
	张 琦	解伟华	王 森
编 委	乔 莎	杨玲玲	吴桂娟
	方笑丽	李晓博	何中鑫
	武 岳	唐 昆	查德华
	王乐炜	吕文辉	彭西兰
	朱 竞	张 坤	吕义贵
	贾 如	姚 剑	孙家忠
	高 翔	陈 松	孙术婷
	张鑫龙	郭彬彬	魏肥生

前 言

当今社会,由于物质生活的改善,人们的膳食结构逐渐精细,而体力活动却大大减少,多种原因使便秘的发病率逐年升高,便秘已成为影响人民健康和生活质量的常见病、多发病。

本书参考了近年来国内外有关便秘的文献及研究成果,阐述了中西医对便秘的认识、解剖生理、检查等,重点介绍了便秘的中医疗法及非手术疗法,尤其是对目前临床常用的中医便秘疗法进行了全面系统的介绍。本书内容详尽,层次清晰,实用性强,可供肛肠专业医师及其他相关专业临床医师及医学生阅读学习;亦可供广大患者朋友作为医学科普知识读物。

本书在编写过程中参阅大量的相关文献,不能一一列举,在此表示感谢!由于编写人员能力有限,书中难免有不足之处,恳请广大同仁及读者朋友批评指正。

编 者

2014年8月

目 录

第一章	
便秘的基本知识	(1)
第二章	
中西医对便秘的认识	(14)
第三章	
便秘的治疗原则	(63)
第四章	
便秘的治疗	(69)
第五章	
便秘的预防与调护	(227)

第一章 便秘的基本知识

一、便秘病名的历史沿革

便秘在最初是作为一个临床症状被记载的，其后逐渐演变为一个独立的病。在此过程中，历代医家对便秘使用了多种不同的称谓。

(一)先秦至西汉时期

先秦时期，便秘并未成为一个独立的病，而是作为一种临床症状散见于文献中。马王堆帛书《阴阳十一脉灸经》中有“水与闭同则死”的记载，提出了“闭”为大便不通的称谓；《黄帝内经》中，与便秘相关的称谓有大便难、后不利、不得前后、膈肠不便、不得大小便、大便干燥、前后不通、前后痛涩、大小便不利、大便不利、便澼难、不能大便、时窘之后、大肠结等。从这些记载中已能体现“不利”“难”“不通”“闭”等程度上的差别，但都是一些描述性的用语。

(二)东汉至南北朝时期

《伤寒杂病论》《脉经》等文献，都对便秘作了相关记载。《伤寒杂病论》中，与便秘相关的称谓有阴结、阳结、大便硬、大便难、脾约、闭、大便必坚、不大便等；《脉经》则有不得大小便、大便难、大便不利、九窍闭塞不能、不得前后、闭塞不通、涇澼不利、秘塞之病等相关记载。《神农本草经·序录》提及“夫大病之主……大小便不通”，并记载了一些药物可以利大小便，如“百合……利大小便，补中益气”和“橘皮，主大小便不通”等。

这一时期对便秘的记载包含以下几个方面：其一，粪便排出困

难,如“闭塞不通”“大便难”;其二,排便间隔延长,如“不大便六七日”;其三,粪质干硬,如“燥屎五六枚”“大便必坚”。另外,《伤寒杂病论》所使用的“阴结”“阳结”“脾约”等称谓,已有病因病机的内涵。因此,在这一时期,便秘已具备了成为一个独立病种的相关内涵。

(三)隋唐时期

这一时期对便秘的称谓有所变化。《诸病源候论》提出了“大便秘难”及“秘涩”的称谓。孙思邈的《备急千金要方》称便秘为“秘涩”。《外台秘要》则将便秘分为“大便难”“大便不通”“秘涩”三节加以论述。

隋代医家巢元方的《诸病源候论》中“大便病诸候”下列有“大便难”和“大便不通”两候,自此开始,正式将大便的相关病变作为独立的病来讨论。

在这一时期的文献中,《诸病源候论》侧重于病因病机的探讨,《备急千金要方》《千金翼方》《外台秘要》在继承《诸病源候论》的基础上,提出了大量的治疗方药。随着理法方药的完善,便秘正式成为一个独立的病。

(四)宋金元时期

这一时期不同的医家采用了不同的病名。如《太平圣惠方》所使用的病名有“大肠风热秘涩”和“虚劳大便难”等;《太平惠民和剂局方》、杨士瀛、危亦林等则直称“秘涩”;陈言以“秘结”称之;张子和以“大便涩滞”名之;东垣则称“大便结燥”;严用和亦以“秘结”称之,同时使用了“风秘”“湿秘”“热秘”“冷秘”“气秘”等称谓;朱丹溪称其为“燥结”。

这一时期关于便秘的相关病名采用病因病机与症状描述相结

合的方式。如严用和《济生方》所提出的“风秘”“湿秘”“热秘”“冷秘”“气秘”，其中的“风”“湿”“热”“冷”“气”即是病因病机。

(五)明清时期

明清时期，医家对便秘多沿用前人的称谓，其中以“秘结”最为常见。对于便秘的临床表现，李梴在《医学入门》中结合前人“数日”的认识，提出“一日一便为顺，三四日不便为秘，一日三四次为利”的认识，对便秘的时间概念做了明确界定。现代便秘的诊断标准“罗马 III”对便秘的时间界定为“每周排便小于三次”，与李梴的三四日已比较接近。张景岳指出，便质并不干硬，而“连日或旬日欲解不解，或解些须而不能通畅”者仍为便秘，他从排便感觉对便秘进行了界定。

(六)民国时期至新中国成立后

从民国时期的相关文献来看，医家所使用便秘虽有不同，但渐趋统一。“便秘”一词首次作为病名被使用，详见于《中华医学杂志》1919年第5卷第三期刊登的“小儿便秘之疗法”（伐因勃兰特氏）。此后，“便秘”作为病名沿用至今。

二、便秘的基本知识

便秘既是一个独立疾病，又是一种消化道的常见症状。通常所说的便秘，即大便秘结，有以下三方面含义：①排便周期延长；②周期不长，但粪质干结，排出困难；③粪质不硬，虽有便意，但便而不畅，甚至需要手法辅助或服用泻药维持排便。另外，必须不能有肠易激综合征诊断，尤其是明显腹痛或不适是其主诉者。中华医学会消化病学分会胃肠动力学组在2013年《中国慢性便秘的诊治指南（2013,武汉）》中指出，便秘(constipation)是指排便次数减少、粪便

干硬和(或)排便困难。排便次数减少是指每周排便少于3次。排便困难包括排便费力、排出困难、排便不尽感、排便费时以及需手法辅助排便。

中医称便秘为“大便难”“脾约”“后不利”“秘结”“秘涩”“阴结”“阳结”“肠结”等,多由大肠积热,或气滞、痰凝、阴阳气血亏虚,使大肠的传导功能失常所致,常与肺、脾、肾有关。便秘病名最早由清代沈金鳌提出,于《杂病源流犀烛》一书中记载:“若为饥饱劳疫所损,或素嗜辛辣厚味,致火邪留滞血中,耗散真阴津液亏少,故成便秘之证。”

随着现代社会人们饮食结构的改变和生活节奏的加快,便秘的发病率呈上升的趋势。便秘在人群中的患病率高达27%,可影响各个年龄段的人,其中女性发病率高于男性,老年人高于青年人,脑力劳动者高于体力劳动者。重度或顽固性便秘患者时常焦虑不安,不能坚持工作和正常生活,生活质量受到明显影响。临床上,因便秘诊治的患者数量增多,医疗费用支出较大,不少患者由于疗效不佳,滥用泻药,反而加重了病情。

三、大便的形成与排出机制

(一)粪便的形成

食物的残渣进入大肠内,其中一部分水分和电解质等被大肠黏膜吸收,经过细菌的发酵和腐败作用,即变成粪便排出体外。粪便含有食物中不消化的膳食纤维、消化道脱落的上皮细胞、黏膜碎片和大量细菌,还有未被吸收的消化道分泌物,如黏液、胆色素、黏蛋白和消化液等。如不食用蔬菜和粗糙谷类食物,粪便组成常一致,即水分65%,固体35%。粪便中固体部分细菌最多,可达总量的

1/3~1/2,当排出粪便时,大部分细菌已死亡;另有 2%~3%的含氮物质,10%~20%的无机盐,如钙、铁、镁盐;脂肪占 10%~20%,一种是未被吸收的分解脂肪,另一种是由细菌和上皮残片分解出来的中性脂肪,还有少量的胆固醇、嘌呤基和维生素。

(二)粪便排出的机制

大肠包括盲肠、结肠(升结肠、横结肠、降结肠、乙状结肠)和直肠。成人的大肠长 1.2~1.5 m。结肠的主要功能是继续吸收来自小肠内容物中的水分和电解质等。结肠每天能吸收水 350~2500 ml,钠 400~460 mmol,吸收少量的钾、氯、尿素、氨基酸、胆酸等物质。

粪便的排出机制主要有以下几个方面:

1. 结肠的运动机理

在人体内,结肠的纵行肌集中形成三个束带,环形平滑肌的分节收缩和纵行肌带的皱褶,使得升结肠、横结肠和降结肠的肠壁形成结肠袋,这些结肠袋并非固定不变的结构,当不同的环形肌带收缩时,结肠袋的外形与位置随之产生相应的变化。总的来说,结肠的收缩类型分为两种:一种是袋状收缩:形成—消失—再形成,混和与碾磨结肠内容物;另一种是集团收缩:大段结肠收缩,其下段落结肠扩张,将肠内容物推向远端。

2. 肠的运动形式

运动形式可分为三种,其一是袋状往返运动(无前冲、空腹、无规律)。其二是分节或多袋推进运动(前冲性、进食后);其三是蠕动(前冲性、收缩波、集团蠕动)。

(1)袋状往返运动

袋状往返运动是由于结肠环形肌无规律的自发性收缩引起的,是空腹时最常见的结肠运动,其结果是使结肠袋中的内容物向

两个相反的方向做短距离的往返移动,不向远端结肠推进。袋状运动的功能是混合及碾磨结肠内容物,使其与肠黏膜充分接触,以促进水和电解质的吸收。

(2)分节或多袋推进运动

当一个结肠袋的环形肌有规律地收缩时,使其内容物推向远端相邻的结肠袋,收缩结束后,肠内容物不返回原来的位置,则产生分节推进运动。结肠分节推进运动的功能是结肠在搓揉和挤捏粪便的同时缓慢向远端推移粪便。多袋推进运动是多个结肠袋协同收缩,将其全部或一部分内容物推向远端肠段的运动,它是结肠受刺激或餐后多见的一种运动形式。多袋推进运动是结肠推进收缩的结果,其肠内容物被推移的距离比分节运动远。

(3)蠕动

蠕动是结肠的主要运动形式,常称为集团蠕动,是传送结肠内容物的主要运动形式。蠕动大多发生在餐后,一段结肠运动活跃时,出现运动段结肠的结肠袋消失,多段结肠袋递进性地收缩,并持续 2~3 秒,结肠里内容物被传送到收缩段结肠的远端,然后结肠再恢复原状。经过结肠这种逐段的集团蠕动,结肠内的粪便就能运送到直肠。

在结肠运动中,升结肠、横结肠、降结肠、乙状结肠和直肠的内容物运动速度是不相同的。节段运动能使肠腔内容物不断往返地向前移动,有利于物质的充分吸收。最终在再吸收过程中以及经过大肠内的细菌发酵和分解作用后,使食物残渣浓缩成粪便,并通过结肠的推进性蠕动,使形成的粪便以每分钟 1~2 cm 的速度向直肠移动,最终将粪便排出体外。

3. 结肠的运动调控

(1) 肌源性控制

肌源性控制是指通过结肠平滑肌膜电位的振荡来控制收缩。

(2) 神经性控制

①中枢神经控制 控制结肠运动的中枢神经信号来自大脑,通过自主神经在时间上和空间上调控结肠收缩活动。中枢神经系统主要在排便时协调结肠运动、盆底肌、肛门括约肌和腹肌收缩舒张的协调动作。

②自主神经控制 支配结肠的自主神经有副交感神经及交感神经。电刺激副交感盆神经可引起全结肠的纵形肌和环形肌的运动。刺激盆神经可以释放非胆碱能的兴奋性神经递质,可能是 P 物质。电刺激副交感神经同样可以引起结肠运动。

③肠神经控制 结肠平滑肌由兴奋性与抑制性神经元支配,这些神经元的胞体主要位于肠肌间神经丛内。另外,黏膜下神经丛的神经元可以通过与肌间神经丛的突触连接而间接地支配平滑肌。兴奋性与抑制性神经元互相竞争来控制结肠运动,结肠平滑肌是收缩还是舒张取决于兴奋性与抑制性神经所释放神经递质的数量和时间比。肠内容物的量和质、体位、运动等都可引起肠神经的兴奋和抑制。

(3) 化学性控制

化学性控制是指神经末梢、内分泌及旁分泌细胞通过释放化学物质对结肠平滑肌收缩活动的调控。这一类的化学物质目前已发现 40 余种,依其对结肠运动的作用可分为兴奋性和抑制性两类。兴奋性介质有:乙酰胆碱、组胺、P 物质、胆囊收缩素、5-羟色胺、促胃液素、胃动素、胃泌素、胰高血糖素、甲状腺素等。抑制性介质

有:去甲肾上腺素、血管活性肠肽、多巴胺、促胰液素、生长抑素、一氧化氮等。其中一氧化氮和乙酰胆碱是终末神经介质。

4. 结肠感觉受体及反射

(1) 结肠的感觉受体

结肠的感觉受体主要感受化学性、张力性和损伤性的信号。结肠的黏膜、浆膜、肌层和肠系膜都存在感受器。结肠黏膜主要感受生理和化学的刺激(食物及药物的性质),肌层受体用来感受张力性刺激(食物的体积),而浆膜和系膜则感受内脏的移位和变形。

(2) 结肠、直肠反射

①胃-结肠反射 胃结肠反射引起结肠集团蠕动,以每小时 10 cm 的速度推进,如乙状结肠内存有粪便可使粪便进入直肠内,蓄积足够数量时约 300 g 左右对肠壁产生一定的压力时则引起反射效应。正常成人进食 1000 kcal 食物迅即引起结肠电活动和运动增强。胃结肠反射是进食引起结肠、直肠活动的即时效应。胃-结肠反射受神经、激素的调节,与食物中脂肪含量有关。正常人应用抗胆碱能药物可抑制由脂肪刺激的结肠运动的早期效应。

②体位反射 当人早晨起床或由较长时间的卧位改为直立,可诱发结肠的多袋推进运动和集团蠕动。可能和自主神经活动有关联。

③肠源性反射 肠反射可使刺激点以上的肠段兴奋,刺激点以下的肠段抑制,刺激点近端的肠段受肠内容物的扩张及化学性刺激而兴奋收缩,而刺激点远端的肠段抑制舒张以接纳肠内容物。因此,肠源性反射有助于结肠的推进性收缩和蠕动。低位灌肠通便就是利用这一原理。

④肛门直肠反射 当直肠下段扩张时,肛门内括约肌反射性抑

制而松弛。直肠下段黏膜感受器感觉钝化时,此反射减弱或消失。

5. 排便

直肠充盈和扩张引起排便反射,使降结肠、乙状结肠和直肠收缩,肛门括约肌舒张。

最初粪便可下降至肛管的起始部感觉敏感区。此时还产生腹肌收缩、膈肌收缩下降,闭口鼻屏气后用力等协同动作,腹内压进一步升高,耻骨直肠肌和外括约肌放松,盆底下降,肛直肠角进一步伸直,直肠平滑肌收缩,活瓣机能被克服,粪便即可排出。排便结束后,内外括约肌和耻骨直肠肌恢复原状。

四、正常的排便

排便是由结肠蠕动将肠内容物推到直肠后所引起一系列反射的结果。大便正常含义有二,一是指排便过程正常,二是指粪便的性状正常。

排便过程正常,首先是指排便的时间,正常的排便频次为每天一次或两天一次,因为健康人进食后经过消化道吸收到形成粪便和排便,一般需要 24~48 小时,故两次大便间隔时间为 1~2 天;其次是指便感,即排便时不费力、便后无不尽感。正常粪便是不干不燥的圆柱状,长 10~20 cm,直径 2~4 cm,重 100~200 g,粪便一般呈碱性,但碱度高低与在结肠存留的时间长短有关,存留时间越长,碱度越高;相反,稀粪便存留时间短,常呈酸性,可刺激肛门周围皮肤。一般正常粪便呈棕色,这是由于粪内含有胆色素和尿胆素。因每人所摄入的食物不同,粪便亦有改变,如食用含蛋白质丰富的食物,粪便有臭味、稍硬、成块,色稍淡呈棕黄色或浅黄色,所含细菌以革兰氏阳性为多;食用含糖类丰富的食物,粪便呈棕绿色,恶臭

味,软或半液体状,酸性,细菌以革兰氏阴性居多。某些药物也可改变粪便颜色。

五、便秘的常见症状

便秘的主要症状是粪便干结、排粪困难、排便频次减少。如因结肠传输缓慢引起的便秘,则排出羊粪样便;由于用力排出坚硬粪块,可引起肛门疼痛、肛裂,诱发痔疮和肛乳头炎;有时,由于粪块嵌塞在直肠内难于排出,少量水样粪便绕过粪块自肛门流出,形成假性腹泻。

便秘常见症状有腹痛、腹胀、恶心、食欲减退、疲乏无力及头痛、头昏等症状。还有因吸收粪便中的毒素过多而引起全身症状。

(一)便意少,便次也少

此类便秘可见于慢传输型便秘和出口梗阻型便秘。前者是由于粪便传输缓慢,使便次和便意均少,但间隔一定时间仍能出现便意,粪便常干硬。而后者常因感觉阈值增高,导致便意迟钝,因而便次少,而粪便不一定干硬。

(二)排便困难、排便间期延长

突出表现为粪便排出异常艰难(排便时间延长),也见于两种情况:第一种以出口梗阻型便秘更为多见。患者用力排便时,肛门外括约肌呈矛盾性运动,以致排便困难。这种类型的便次不一定少,粪便不一定干燥,但排便费时费力。第二种情况是由于粪便传输缓慢,粪便内水分被过度吸收,粪便干结,使排便间期延长,干燥粪便排出异常困难,可发生粪便嵌塞。

(三)排便不畅

常有肛门直肠内阻塞感。虽便意频频,但行便不爽,即使排便努力也无济于事,排便后便意不尽。可伴有肛门直肠刺激症状,如下坠不适、残便感等。此类患者常有感觉阈值降低,直肠感觉高敏感,或伴有直肠黏膜结构异常,如直肠黏膜松弛套叠、直肠黏膜损伤等。个别病例的直肠感觉阈值升高,也出现类似症状,可能与合并肛门直肠局部解剖改变、盆底痉挛有关。

(四)便秘伴有腹痛或腹部不适

常见于肠易激综合征便秘型,排便后症状缓解。

(五)局部表现

便秘对局部的危害主要是干燥坚硬的粪块会损伤肛门,引起肛门出血、疼痛、肛垫下移等。如果原来有肛裂、痔疮等疾病,便秘还会加重疼痛和出血。另外,便秘还会引起骶部、臀部、大腿后侧隐痛与酸胀等感觉,这是由于粪块压迫第3~5骶神经根前支所致。

(六)全身症状

由于粪便积于体内,给人带来许多不适,久之导致心理障碍,出现烦躁、情绪低落、心神不宁、失眠、头昏、头痛、视物模糊等症状,并会引起注意力不集中,工作效率降低等后果。便秘患者还可伴有疲劳、心悸、神情淡漠等症状,并可以出现贫血、营养不良等,甚至诱发精神异常。

(七)皮肤变化

便秘对皮肤的影响,是大便在肠道停留过久,粪便在肠道细菌的作用下产生苯丙吡咯、氨以及其他有害物质,通过吸收到血液后作用于全身,而皮肤则首当其冲,因为这些有害物质有一部分通过皮肤排出,因而使皮肤变得粗糙。另外,便秘时人体的自主神经功