

• 经验交流 •

基于“运脾化浊”治疗顽固性湿热便秘伴大肠黑变病的思考

黄孟欣, 胡 玲, 李欣如, 叶晋通, 余 莹, 于 唱, 陈苇菁, 劳绍贤

(广州中医药大学脾胃研究所, 广东 广州 510405)

摘要: [目的] 探讨运脾化浊法治疗顽固性湿热便秘的特点。 [方法] 通过对湿热便秘特点及理论基础进行分析, 并分享导师胡玲教授临床用药的思路与体会。 [结果] 湿热便秘在岭南地区较为常见, 以排便不爽为主要特征且迁延难愈, 患者往往长期依赖泻药排便而易导致大肠黑变病的发生; 故临证时不应过度使用泻下法, 而应注意顾护脾胃, 运脾化浊兼以清热。 [结论] 临床使用运脾化浊兼理气清热之法治疗顽固性湿热便秘疗效较为确切。

关键词: 湿热便秘; 大肠黑变病; 运脾化浊法

doi: 10.3969/j.issn.1671-038X.2019.05.17

中图分类号: R442.2 **文献标志码:** B

便秘在临床上尤为常见, 长期便秘的患者多有依赖含蒽醌类成分泻药或通便茶方可排便的不良习惯, 甚者可出现大肠黑变病; 而后者被证实与结肠息肉和腺瘤的发生存在一定关联^[1]。中医将便秘主要分为热积秘、寒积秘、气滞秘、气虚秘、血虚秘、阴虚秘、阳虚秘, 治疗时分别辨证使用清热润肠、温通散积、顺气导滞等治则^[2]。但笔者在临证中发现, 湿热便秘在岭南地区十分常见, 使用运脾化浊兼理气清热法治疗, 对于顽固性湿热便秘患者屡获奇效。

1 湿热便秘的特点及理论基础

湿热便秘的典型表现为大便黏滞不通、便下欠畅或粪质干硬难解, 伴腹部胀满疼痛、口干口苦口臭, 舌质红, 苔黄腻; 其中, 排便不爽为主要特征, 具体可表现为排便不畅、便后明显不尽感, 觉肛门坠胀旋即又欲临厕, 费力排便却又难以排出, 或虽有便意但临厕许久无大便或仅少量大便解出; 且多因湿热之邪胶着, 缠绵难愈, 故临证往往较为顽固。由于使用泻药可在一定程度上即时解除症状使大便顺利排出, 因此部分患者心理上对于泻药产生依赖并长期服用。

湿热便秘的发生与岭南地区气候炎热潮湿以及岭南人特殊的生活饮食习惯密切相关。关于便秘, 早在《黄帝内经》便有“大便难”、“不便”等记载。宋代医家严用和在著《严氏济生方》中将便秘分为风秘、气秘、湿秘、寒秘、热秘五种, 湿热便秘则归属

于其中的湿秘。脾主运化, 喜燥恶湿, 若脾为湿所困则大肠传导受阻, 使大便黏滞不畅, 艰涩难通; 且脾以升为顺, 胃以降为和, 清气上升、浊气下降, 若湿浊阻滞气机则肠道气机运行受阻, 浊气难降而易引起便秘。《临证指南医案·湿》“酒客中虚, 粤地潮湿, 长夏涉水, 外受之湿下起, 水谷不运, 中焦之湿内聚”指出岭南地区潮湿, 更易化生湿浊之邪并易蕴而化热; 《湿热病篇》论及“太阴内伤, 客邪再至, 内外相引, 故病湿热”。以上皆说明脾胃湿热与便秘存在关联, 尤其在炎热潮湿的岭南地区, 饮用凉茶之风盛行, 患者常因自觉体内有“湿气”而盲目饮用大量苦寒凉茶, 反伐伤脾胃正气, 使脾失健运, 湿热之邪更盛而加重原有便秘症状; 或自觉神疲体虚而滥用补益中药煲汤, 更加影响脾胃运化。

2 顽固性便秘与大肠黑变病

大肠黑变病是指一类以大肠黏膜色素沉着为主要特征的非炎症性、可逆性、良性大肠病变, 为临床少见病^[3]。长期便秘和(或)长期使用含有蒽醌类成分的植物性泻药例如大黄、番泻叶等是导致大肠黑变病最主要的原因^[4]。有关大肠黑变病与结肠癌发病关联的研究迄今为止尚存在争议。有学者通过组织学随访观察发现了由正常大肠黏膜→大肠黑变病→腺瘤性息肉→癌变的变化过程^[5]。研究显示蒽醌类泻剂可刺激结肠上皮细胞凋亡导致大肠黑变病, 但在严重病例中肠上皮细胞凋亡反而被延缓了, 提示其可能逃避了机体某种保护机制而成为癌变的危险因素^[6]。也有研究认为大肠黑变病是一种肠道黏膜慢性损伤的征兆^[7]。且对此临床治疗效果不佳, 单独停用泻药仍有 52% 左右患者不能得到明显改善^[8]。

3 运脾化浊法治疗湿热便秘

导师胡玲教授基于岭南湿热气候及便秘的症状

收稿日期: 2019-01-12

基金项目: 广州中医药大学高水平大学创新项目(广中医研[2016]64号); 广州中医药大学一流学科建设专项资金项目(广中医研[2017]70号); 广州中医药大学一流学科研究重点项目(广中医规划[2018]6号)

作者简介: 黄孟欣, 女, 硕士研究生

通讯作者: 胡 玲, E-mail: drhuling@163.com

特点,认为湿热便秘的治疗应以运脾化浊为先,行气为佐,辅以清热,且应时刻注意顾护阴液,切不可图一时之快而妄用攻下^[9]。若湿热便秘误下最易损脾伤胃,使脾气难以升腾化湿,湿反乘虚下陷则便秘更加难愈^[10]。盲目攻下还会损害肠道黏膜,进一步加重便秘,甚则可导致大肠黑病变。治疗时应运脾化浊,使脾气升、胃气降,三焦之气通畅,气化则湿化,湿去则热孤,不用泻药而浊气降则排便恢复如常,避免患者产生依赖。其中白术与枳实 2:1 配伍使用,最体现运脾化浊法之意,白术为健运脾胃之要药,小剂量可健脾燥湿止泻,大剂量则可滋脾液助脾运化通便,对大便起双向调节作用;加之与枳实配伍则有补中行滞之效,脾气得复,肠胃之津液得生,大便自通矣。亦有研究表明,白术与枳实配伍可促进脾虚证慢传输型便秘小鼠肠道运动、以减少小鼠结肠水分的重吸收,进而使粪便含水量增高达到治疗便秘目的。对于湿热便秘,除白术与枳实经典配伍外,对于湿浊上蒙清窍出现头晕困重等,导师则擅长用石菖蒲与郁金药对芳香化湿浊达开窍目的。若湿浊较重则予泽泻加强健脾利湿降浊;湿浊兼热见大便秘结,咽干口苦,心烦失眠则予白茅根以清热利湿又不致苦寒太过,且玄参滋阴增液,防利湿太过损伤阴液;腹胀满、腹痛则予莱菔子、大腹皮理气消胀,牛蒡子宣降肺气。长期湿热便秘兼脾气虚疲乏者可加素有“南芪”之称的五指毛桃,健脾除湿通络而又不至太过温燥。

4 病案举例

患者,女,66岁。2016年9月25日因反复便秘10年余就诊。病史:大便3~7d方解1次,伴腹胀腹痛,便后痛减;就诊前外院肠镜检查示:①大肠黑变病;②内痔。曾多方医治,疗效不佳,常有复发,多依赖服用泻药方可完成排便。症见:排便欠畅、便后明显不尽感,伴腹胀腹痛、口苦口臭、神疲、焦虑,舌质红苔黄腻,脉滑数。辨证为湿热便秘,治以运脾化浊为主,佐以理气清热。处方如下:地榆15g,白术30g,麸炒枳实15g,玄参30g,牛蒡子15g,大腹皮15g,白茅根30g,柿蒂15g,莱菔子30g,白芍15g,素馨花5g,干石斛10g,水煎服,每日1剂,并嘱饮食清淡,多食水果、蔬菜。二诊:大便已1~3日一行,便质仍稍干燥、便后不尽感伴腹胀,口臭及焦虑缓解,余症同前,舌质红苔黄腻,脉弦。患者湿浊依然顽固,易疏肝解郁之白芍、素馨花为石菖蒲5g、郁金15g,去柿蒂以加强化浊之功。三诊:诸症好转,唯时有腹胀,将大腹皮用量增至20g,另加槟榔15g以增强理气消胀之功。四诊:诸症明显缓解。患者大便每日一次,排便顺畅、成形质软,舌质红减轻,舌

苔转薄白。一年后随访,患者便秘未再复发,且排便规律已基本恢复正常。2018年3月外院复查肠镜示:结直肠黏膜未见明显病变,大肠黑变病已消失。

按:本病案中,患者为老年女性,但长期生活在炎热潮湿之岭南,饮食仍偏好泡菜等辛辣刺激之物;且入乡随俗,时而服用清热祛湿的凉茶或以红参煲汤,反而使湿热之邪更盛。湿浊阻碍脾胃运化,热邪灼津炼液均影响大肠传导糟粕,又因患者情绪较为焦虑,肝气郁结易阻滞大肠气机,故大便干结难解且腹胀腹痛;湿浊阻滞中焦,浊阴上犯,故口苦口臭,影响五谷精微之输布,故感神疲;长期便秘并依赖泻药排便而导致大肠黑变病。治疗时嘱患者及时停用泻药;方中白术与枳实运脾化湿,地榆、玄参清热润肠通便,莱菔子、大腹皮、柿蒂理气消胀,白茅根清肺胃郁热,素馨花、白芍调畅气机,干石斛顾护阴液,石菖蒲配郁金加强芳香化浊之力,全方共奏运脾化浊、理气清热之功,使脾胃恢复健运,湿浊得去、热无所依,大肠恢复正常运转则大便秘结得舒,腹痛腹胀、口苦口臭、神疲烦躁等诸症悉除,同时大肠黑变病得以逆转。

总之,对于湿热便秘,导师胡玲教授认为临证用药不可过于苦温、苦寒,应注意力求平衡,方可达五脏与六腑通。对于长期便秘者,还应注意询问是否长期依赖泻药排便并耐心劝导,及时纠正患者的不良习惯。针对岭南湿热便秘特点,导师用运脾化湿降浊兼以清热法,全方药性平和,灵活轻清,不至过于苦寒伐伤脾胃正气,亦不呆补壅滞脾胃,故虽没有使用攻下药,却能较大程度上使患者形成自主排便的“生物钟”,避免因泻药依赖造成大肠传导功能的障碍及诸多副作用;同时嘱患者养成良好生活和排便习惯,多食时令性新鲜蔬菜水果,适当进食富含粗纤维的五谷杂粮;保持良好心态,适当运动,从药、食、生活习惯全方位调摄,从而可在临床上取得较为稳固的疗效。

参考文献

- [1] Blackett JW, Rosenberg R, Mahadev S, et al. Adenoma Detection is Increased in the Setting of Melanosis Coli. [J]. Clin Gastroenterol. 2018, 52(4): 313-318.
- [2] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 功能性便秘中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(1): 18-26.
- [3] 周青, 张丹, 陈玉根. 大肠黑变病 322 例临床分析[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2012, 20(12): 551-553.
- [4] Nusko G, Schaeider B, Schneider I, et al. Anthranoid laxative use is not a risk factor for colorectal neoplasia: results of a prospective case control study[J]. Gut, 2000, 46: 651-655.

中西医结合治疗:本病例中患者老年女性,以突发身目黄染为主症就诊,舌暗红,苔少,脉弦数,四诊合参,病属祖国医学“黄疸(阳黄)”范畴,证属肝胆湿热。详问生活史,缘患者久居潮湿之地,平素嗜食肥甘厚腻,久伤脾胃,脾虚失运,精微不布,水湿内生,湿从热化,湿热蕴结,熏蒸肝胆,致胆汁疏泄失常,胆液不循常道,外溢肌肤,下注膀胱,而发为目黄、肤黄、小便黄。本病位于中焦,病性属实证,治疗当以祛邪为则,以清热祛湿解毒为法拟方茵陈蒿汤加减调服,在一定程度上辅助改善患者身目发黄、腹胀、口干口苦等症状,收效尚可。

现代医学研究认为,GBA 虽是良性增生性胆囊疾病,但存在恶变倾向,故归为胆囊癌前病变范畴。另外,用于本病诊断的影像学手段各具特点与局限性,尤与胆囊癌的术前鉴别诊断存在难度。因此,基本确诊或高度怀疑 GBA 的,主张早发现、早

治疗。手术切除仍是目前最有效可行的选择,术后送病理活检可排除恶性病变可能;疑似 GBA 或不行手术治疗的患者,应密切随访,定期复查,以防失治、误治。

参考文献

- [1] 陈宇,罗孝勇,吴杭,等.超声造影和常规超声在诊断胆囊腺肌症中的应用价值[J].河北医学,2017,23(4):597—600.
 - [2] 李霞,李静,刘佳,等.二维与超声造影在诊断胆囊腺肌症方面的分析[J].中华临床医师杂志(电子版),2014,8(3):559—561.
 - [3] 付泉水,张波,蒋永明,等.MRCP 与 CT 检查对胆囊腺肌增生症的诊断价值[J].实用癌症杂志,2013,28(5):572—574.
 - [4] 孙敏,张磊,刘洋,等.MRI 结合 MRCP 在胆囊癌与胆囊腺肌症鉴别诊断中的应用价值[J].河北医药,2018,40(4):539—541,546.
-
- (上接第 396 页)
- [5] Willems M, Van B H K R. Anthranoid self-medication causing rapid development of melanosis coli[J]. Neth J Med, 2003, 61(1): 22—24.
 - [6] Van Gorkom B A, Karrenbeld A, Van d S T, et al. Apoptosis induction by sennoside laxatives in man; escape from a protective mechanism during chronic sennoside use? [J]. J Pathol. 2010, 194(4): 493—493.
 - [7] Liu Z H, Foo D, Law W L, et al. Melanosis coli: Harmless pigmentation? A case-control retrospective study of 657 cases[J]. Plos One. 2017, 12(10): e0186668.
 - [8] 罗斌,胥佳.药物治疗肠道黑变病疗效分析[J].临床普外科电子杂志,2016,4(3):39—42.
 - [9] 陈万群,胡玲,陈苇菁等.运脾降浊法治岭南老年湿热便秘思路探讨[J].广州中医药大学学报.2012,29(6):725—726.
 - [10] 陈苇菁,胡玲,鄢雪辉等.顽固性湿热便秘治验一则[J].新中医.2014,46(1):218—219.