

引用:孙鹏.老年便秘辨治摘要[J].陕西中医药大学学报,2024,47(3):119-123.

老年便秘辨治摘要

孙鹏

(清华大学附属北京市垂杨柳医院中医科,北京 100022)

摘要:便秘分虚实,老年便秘以虚证为主,与脾肾密切相关,辨证上把握气、血、津三端。治疗上,重视健脾助运,避免壅补;补肾培元,鼓舞肾气;温润而下,存阴不伤正,同时注意兼夹证的处理。补虚泻实、补运结合、用药温润平和,是治疗老年便秘的特点。

关键词:老年便秘;虚实夹杂;补运结合;温润而下;自拟通便汤

中图分类号:R256.35

文献标识码:A

文章编号:2096-1340(2024)03-0119-05

DOI:10.13424/j.cnki.jsctcm.2024.03.018

便秘是临床常见的消化系统疾病,主要是指排便次数的减少(每周少于3次)、粪便量减少、粪便干结、排便延时费力等。近年来,由于人们生活水平的提高,饮食结构的改变,以及生活和工作压力的增加,便秘的发生率呈逐年上升趋势。长期便秘不仅可引起痔疮、肛裂等疾病,还可增加心脑血管疾病及结肠癌发生的风险,影响生活质量,危害身心健康^[1-3]。便秘有器质性便秘和功能性便秘之分。功能性便秘是指除肠管器质性病变、全身系统性疾病(如神经系统、内分泌系统等)及药物等继发性因素所致的便秘^[4]。西医治疗多给予促分泌药、胃肠动力药以及泻药,给药后短期疗效显著,但停药后便秘程度加重^[5-6]。长期服用各种泻药,不良反应较多且易产生依赖性,甚至会加重患者的便秘症状^[7]。便秘的非药物治疗包括饮食及生活习惯调整、生物反馈治疗、精神心理治疗、中医穴位贴敷、推拿疗法、粪菌移植及手术治疗等^[8]。因受患者依从性、技术手段及可能存在的并发症等因素影响,某些非药物治疗如生物反馈、粪菌移植、手术等应用受到限制,难以普及。

中医药治疗本病疗效确切,且安全性较高,日益显示出独特优势。根据病因病机和临床特点,便秘可分为热秘、气秘、虚秘、冷秘四类。其中“虚秘”是除“热秘”外最为常见的一种类型^[9]。老年人便秘多为慢性功能性便秘^[10],具有病程久且反复发作的特点。老年人脏腑功能衰减,且常伴见多种慢性疾病,故正气亏虚是老年疾患基本的病

机特点。针对老年虚秘,笔者灵活运用自拟通便汤化裁治疗,取得了较好的临床疗效,现将辨治要点论述如下。

1 病因病机

便秘病位在大肠,与脾、胃、肺、肝、肾等脏腑密切相关,病因多由饮食不节(过食辛辣厚味或寒凉)、感受外邪、情志失调、年老体虚、劳倦久病、产后等引起。病机不外虚实两端:实者在于邪实阻滞肠道,腑气不通,多与肝郁气滞、胃肠燥热、阴寒凝滞,或外邪束肺、肺失宣降等有关;虚者在于气虚阳衰推动无权,或津亏血少肠道失濡,与脾肾密切相关。脾为后天之本,脾运正常则中州健旺,中气充足,则大肠传导有力,大便自通。若饮食劳倦脾胃受损,运化无权,则大肠传导无力,糟粕难以下行而成便秘;同时脾虚日久津血化源不足,肠道失于濡养,亦可导致便秘。《素问·上古天真论》载女子“五七,阳明脉衰,面始焦,发始堕……七七,任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭,地道不通,故形坏而无子也”;言男子“五八,肾气衰,发堕齿槁……八八,天癸竭,精少,肾脏衰,形体皆极则齿发去”,明确指出女子从五七、男子从五八开始出现精亏、血少、肾气衰的情况,并随年龄增长逐渐加重。老年人天癸衰减,肾精不足,无以化生肾气,肾气虚衰则脏腑功能减退,故常见便秘等与衰老相关疾病的发生。年高体衰,肾精及真阴不足,津血匮乏,肠道失于濡润,更易产生或加重便秘症状。肾阳虚脏腑失于温煦,阴寒凝滞于肠道,糟粕

失于传送亦可引起便秘,如《景岳全书·秘结》^[11]谓:“凡下焦阳虚,则阳气不行,阳气不行则不能传送,而阴凝于下,此阳虚而阴结也。”

如前所述,老年便秘以功能性便秘为主,文献研究^[12]表明功能性便秘证候类型以虚证为主,气虚、血虚、阴虚是其主要的证候要素。气虚血亏,血亏气弱,而津血又源于水谷精微,同源所化,三者生理上相互联系,病理上相互影响,故对老年人来说,单一病理类型的虚秘比较少见,更多的是相兼为病,如气血不足或气阴不足等。气虚血行不畅而成瘀,脾虚运化不利而生食积、痰湿;阴虚生内热,血虚生燥,故老年便秘具有虚实夹杂的证候特点。虚者在于脾肾两虚和气、血、阴(津)亏虚。排便困难见神疲肢倦、气短乏力等,是为气虚;大便干结见面白无华、头晕目眩等,则属血虚;大便干结如羊屎状,则为阴津不足,若虚热内生,则可见两颧红赤、潮热盗汗、舌红少苔、脉细数等。阴损及阳,少部分便秘患者伴腹中冷痛、四肢不温等,则为阳虚。实者在于气滞、血瘀、痰、湿、食、燥、热等病理因素的蓄积。故对各种原因引起的老年虚秘常脾肾同治,气、血、津同调。其中气、血分别包含两层含义,即气虚、气滞和血虚、血瘀,脾气健运则痰湿、食积不生,气行则血行、津行,同时兼顾清热、润燥等。

2 治则治法

2.1 重视健脾,助运通便 《素问·玉机真脏论》言脾为孤藏,“其不及,则令人九窍不通”,《素问·厥论》曰:“太阴之厥,则腹满胀,后不利。”明确指出脾脏功能失调与便秘发生非常密切。脾主运化,生化气血,脾虚运化无力、气血生化乏源,可见倦怠、乏力、懒言、便干、排便困难等虚秘表现,故脾虚失运是虚秘发病的关键环节,治疗的重点在于健脾助运,白术是临床最常用之选。白术自古以来就被誉为“补气健脾第一要药”,脾气得健,则转运升降之势得行,如《本经逢原》^[13]所言:“白术甘温味厚,阳中之阴,可升可降,入脾、胃二经……补脾胃药以之为君,脾土旺则清气升而精微上,浊气降而糟粕输。”张仲景开创白术治疗便秘之先河^[14],如《伤寒论》第174条:“伤寒八九日,风湿相搏,身体疼烦,不能自转侧,不呕,不渴,脉浮虚

而涩者,桂枝附子汤主之。若其人大便硬,小便自利者,去桂加白术汤主之。”此处“大便硬”即大便坚硬、难以排出之便秘。中医传统观念认为,改善肠道津液状况,增强肠道蠕动能力是治疗便秘的关键。白术健脾助运,增强胃肠蠕动,使脾能为胃行其津液,《伤寒论类方》^[15]谓:“白术生肠胃之津液。”同时白术富含脂膏,滋液润燥,故肠道得以濡润,大便得通。白术炒制后温燥之性增加,健脾收湿之力增强,多用于脾虚湿盛之泄泻;生白术甘而柔润,质多脂液,为通便之良品。现代药理学研究^[16]表明便秘与肠道菌群失调有着密切关系。白术还能调节肠道微生态^[17],从而改善便秘症状。临床上笔者常用15~20 g,重者可用至30~40 g。有研究表明^[18]大剂量生白术通便作用更佳,多用于治疗中老年便秘。老年患者体质虚弱,其本身存在脾胃功能衰减,而党参、黄芪、甘草等补气之品,有壅中碍胃之弊,影响运化,故笔者很少使用。若兼见神疲、气短、努挣汗出、便后乏力等症,属脾虚气弱明显者,可酌情使用,参芪一般10~15 g,甘草一般3~6 g,不可过用。过用容易升阳助火,加重肠燥便秘。

2.2 补肾培元,增水行舟 《素问·阴阳应象大论》云:“年四十而阴气自半。”“年六十,阴痿,气大衰,九窍不利,下虚上实。”反映了老年便秘阳气不足,阴液亏虚的特点。《素问·逆调论》曰:“肾者水脏,主津液。”肾为“水之下源”,肾气具有调节水液代谢的作用,协助脾肺等脏腑,推动和调控津液的运化输布。《赤水玄珠》^[19]言:“肾气充则大便润,虚则津液耗竭而燥结矣。”强调肾气在大便通畅方面的重要性。肾虚则津液输布失调、肠腑传导无力而引起便秘。故补肾法在老年便秘的治疗中具有重要的地位。笔者临证发现,肾阴虚潮热盗汗或阳虚畏寒肢冷这种明显寒热偏向的便秘并不常见,更多的是肾气亏虚、津亏血燥之便秘,表现为腰膝酸软、疲乏倦怠、便难便干等症,常予补肾濡润之品,如肉苁蓉、生地或熟地治之,二者是笔者治疗便秘常用对药。肉苁蓉甘咸质润,补肾助阳、润肠通便。研究表明^[20]肉苁蓉含有的成分与果糖相同,两者都具有高渗性,能够增加肠道水分,促进排便;总寡糖和半乳糖醇是肉苁蓉润肠通

便的药效物质基础^[21]。生地甘寒,滋阴清热并举,《医学启源》^[22]谓生地“凉血补血,补肾水真阴不足”;熟地甘而微温,滋阴养血,大补真水。肉苁蓉和地黄,前者偏于补肾阳,后者偏于补肾阴,二者合用相辅相成,补肾又无伤阴助火之弊,肾气得以鼓舞,则肠蠕动原动力得以增加。增液行舟法来源于《温病条辨》,曰:“津液不足,无水舟停者,间服增液,再不下者,增液承气汤主之。”^[23]常配伍玄参、麦冬、知母、石斛等增液生津,润泽肠道,有利于糟粕下行。

2.3 温润而下,慎用攻伐 笔者通便多以瓜蒌子、火麻仁、当归、桃仁、杏仁、柏子仁、郁李仁等为主,温而不燥、润滑多脂,适用于慢性久病之便秘,最常用瓜蒌子、火麻仁和当归。研究表明,瓜蒌仁所含脂肪油可致泻,且作用较强^[24];火麻仁水提液能够调整肠道微生态、缓解模型大鼠的便秘状态并修复结肠炎性损伤^[25];当归具有“补血活血,润燥滑肠”的功效,补虚通便,润下而不伤正,非常切合老年便秘正虚体弱、血亏肠燥的病机特点。便秘兼见筋骨疼痛或舌质紫暗者,加桃仁;伴见咳嗽者,加杏仁;睡眠不实、寐浅梦多者,加柏子仁;便秘而肢体浮肿者,加郁李仁。慎用大黄、芦荟、番泻叶等攻伐泻下之品,以免攻伐伤正,犯“虚虚之戒”。大黄含有多种化学成分,如蒽类衍生物、鞣质类、有机酸类、挥发油类等。其有效成分番泻甙^[26]在肠道细菌酶的作用下分解产生大黄酸蒽酮,大黄酸蒽酮可刺激大肠黏膜,使肠蠕动增加而泻下。长期使用大黄等蒽醌类泻药,会导致结肠黑变病(melanos coli, MC)。MC是指结肠黏膜含有脂褐素样物质沉着非炎症性可逆性肠病。MC与大肠癌的关系尚未完全明确,但是有研究^[27]指出不排除存在正常黏膜-MC-不典型增生-腺瘤-腺癌的发展过程,且药理研究表明大黄尚有肝肾毒性。便秘可见于各年龄段患者,而慢性、难治性便秘则多见于老年人,常表现为对泻药的依赖。老年人易患此病,与其特定的病理、生理、心理因素相关^[28]。老年人精衰血少,脏气虚衰,治疗上应补虚泻实并举,以补开塞;合理慎重使用泻下药^[29],旨在调节脏腑功能、恢复肠腑气机。上述因素使大黄等泻下药不利于慢病久服;对于确有燥屎坚

结、大便难行者,可短暂应用,但应中病即止,继予温润之品下之以善后。

3 自拟通便汤组成及方解

笔者治疗老年虚秘自拟通便汤,由生白术、当归、白芍、地黄、肉苁蓉、玄参、麦冬、枳实、知母、黄芩、瓜蒌子组成。方中生白术健脾助运通便,肉苁蓉补肾助阳、润肠通便,地黄、白芍、当归滋阴养血,地黄合玄参、麦冬是谓增液汤,有“增水行舟”之义,枳实行气导滞,合白术含枳术丸之义,有健脾理气消滞之功,知母生津润燥,当归合瓜蒌子加强润肠通便之效,黄芩兼顾清热,诸药合用,共奏健脾补肾、生津养血、润肠通便之功。临床上常用于治疗老年功能性便秘,以及饮食劳倦、久病产后等多种原因引起的便干、便难等症,是笔者治疗虚秘的经验用方,取得了不错的临床疗效。

4 病案举例

4.1 案例一 患者,女,89岁,2019年10月23日初诊。患者便秘5年,大便干燥,有时呈球状,排便困难,2~3日一行,神疲乏力,平素时有咳嗽、少痰,夜间明显,睡眠欠佳,无发热,腰痛,近日两侧腹部起皮疹,伴瘙痒,舌暗红苔薄黄,脉沉细弦。辨证:脾肾气虚,阴亏热结,血虚生风。处方:自拟通便汤加减,组成:生地20g,当归15g,白芍15g,麦冬15g,生白术15g,玄参15g,枳实12g,丹参20g,瓜蒌子20g,黄芩12g,肉苁蓉15g,炙百部15g,柏子仁20g,蒺藜9g,生龙骨30g,生牡蛎30g,知母12g,防风10g,7剂,水煎服,日一剂。2019年11月13日二诊。患者诉服用上方后,便干及排便困难较前明显缓解,现排便顺畅,每日一行,晨起即排(服药前不曾有过),皮肤瘙痒减轻,余症同前,舌暗红苔薄黄,脉沉细弦。上方去蒺藜,加连翘15g,陈皮9g清热利咽、化痰止咳,7剂,水煎服,日一剂。

按语:患者年老体弱,脏腑机能衰减,脾虚气血生化乏源,大肠传导无力、肠道失濡,故见便难、便干;肾水亏虚,真阴不足,阴虚生内热,上干于肺,肺气上逆,故见咳嗽;虚热内迫血分,而见皮疹;阴虚血耗,血虚生风故见瘙痒。方中加丹参配合生地滋阴清热凉血;炙百部润肺止咳;龙骨、牡蛎、柏子仁安神,柏子仁兼可润肠通便。

4.2 案例二 患者,女,79岁,2019年8月7日初诊。患者便秘3年,平素排便费力感,不干,乏力,纳可,眠可,小便可。舌暗红苔薄黄,脉弦细。辨证:气虚传导无力。处方:自拟通便汤加減,组成:肉苁蓉 15 g,生白术 15 g,怀牛膝 20 g,黄芩 12 g,知母 15 g,瓜蒌子 20 g,丹参 20 g,玄参 15 g,麦冬 15 g,生地 20 g,赤芍 15 g,当归 15 g,5剂,水煎服,日一剂。

2019年8月14日二诊。患者排便费力感症状较前减轻,时有上腹部胀满不适感,餐后明显,舌暗红苔薄黄,脉弦细。上方生白术改为 20 g,瓜蒌子改为 25 g,加半夏曲 6 g,厚朴 10 g,5剂,水煎服,日一剂。

2019年8月21日三诊。患者排便通畅,每日一行,时有关节痛、怕受风,仍诉餐后上腹部胀满不适感,舌暗红苔薄黄,脉弦细。上方加防风 10 g,生麦芽 20 g,5剂,水煎服,日一剂。在之后3个月的时间里多次回访患者,便秘均未再发作。

按语:大便虽然不干,但润泽肠道有利于糟粕下行,故仍用自拟通便汤加減。舌暗有瘀,白芍改赤芍,并加丹参、牛膝增强活血之力。餐后上腹部胀满,加生麦芽、半夏曲、厚朴消食健胃,理气除满。

4.3 案例三 患者,男,85岁,2020年8月10日初诊。患者排便费力2月余,排便费力,大便头干,需借助药物辅助排便,下肢静脉曲张,下肢浮肿,左侧明显,乏力,纳可,眠欠佳,小便可。既往高血压病史。舌暗红苔少有裂纹,脉弦。辨证:气阴不足,血瘀水停证。处方:自拟通便汤加減,组成:熟地 20 g,当归 15 g,白芍 15 g,生白术 20 g,肉苁蓉 20 g,玄参 15 g,麦冬 15 g,知母 15 g,瓜蒌子 20 g,熟军 5 g,黄芩 12 g,鸡血藤 30 g,水红花子 15 g,怀牛膝 20 g,地骨皮 20 g,泽兰 20 g,7剂,水煎服,日一剂。

2020年8月18日二诊。服药效可,排便费力较前减轻,余病史同前。舌暗红苔少有裂纹,脉弦。熟军改为 6 g,瓜蒌子改为 30 g,加枸杞子 30 g。

2020年8月25日三诊。服药期间大便顺畅,每日一行,余病史同前。舌暗红苔少有裂纹,脉弦。上方去地骨皮,水红花子改为 20 g,加茅根

30 g,生甘草 5 g,半边莲 15 g。

按语:患者下肢静脉曲张,伴水肿,且舌质暗,属血脉瘀阻,“血不利则为水”,而见水肿,加鸡血藤、水红花子、怀牛膝、茅根、半边莲活血利水。患者便秘症状较重,需借助药物辅助排便,治疗上酌加少量熟军,相比生品,泻下之力相对缓和,但用量亦不易多,待病情改善要逐渐减量以至停用。

5 小结

便秘是临床常见病,调查^[30]显示世界范围内便秘的患病率约 20.0%,我国成年人的便秘患病率为 7.0%~20.3%。便秘随年龄的增长患病率逐渐增加。有研究^[31]指出大于 60 岁人群慢性便秘患病率可高达 22%。老年人肾精亏损,气血津液渐衰,大肠液亏无力行舟,而形成便秘,以虚为根本。《脾胃论·脾胃盛衰论》^[32]谓:“百病皆由脾胃衰而生。”脾脏虚损、运化失常可导致腹胀满、大便不利。故脾虚失运和肾精亏损是老年便秘的两大核心病机,常兼夹气滞、痰、食、瘀、燥、热等实邪,故虚实夹杂为其证候特点。

治疗上,当以补肾健脾为主,补运结合,对于腰膝酸痛者,予自拟通便汤加杜仲、山药、川断等;对于畏寒肢冷者,上方加附子、肉桂、巴戟天、仙灵脾等;虚热内扰者,见手足心热、夜间汗出者,上方用生地合丹皮、地骨皮。患者年老体虚,脾胃运化机能衰减,临床上可见噎腐吞酸、脘腹胀满等食积气滞之证,或肾虚水无所主,泛滥于肌肤而见水肿的征象。前者在自拟通便汤基础上加山楂、麦芽、鸡内金、苏梗、厚朴等;后者要加车前子、牛膝、茯苓、泽泻等。另外,老年人常有各种基础病,如心脑血管疾病、高脂血症等,常言“久病入络”,结合基础病的病理特点,“多虚多瘀”是老年便秘的又一发病特点,治疗上常加桃仁、红花、丹参、川芎等。老年人正虚气弱,要慎用大黄、芒硝、番泻叶等大剂攻伐之品,当予温和之品、润而下之,缓调收功,以存阴顾护正气。

参考文献

- [1]姜亚,林琳.肠道促分泌药治疗慢性便秘的临床进展[J].胃肠病学,2020,25(3):176-179.
- [2]熊理守,陈旻湖,陈惠新,等.广东省社区人群慢性便秘的流行病学研究[J].中华消化杂志,2004,25(8):

- 43-46.
- [3] 吕恒刚,宋云平,郭莘.便秘的危害及预防[J].解放军预防医学杂志,2019,37(8):198.
- [4] 王冬冬,吴相柏.功能性便秘的诊治进展[J].中国全科医学,2019,22(24):3016-3022.
- [5] 孟玉,朱平生,焦炎杰,等.便秘的中医药治疗进展[J].中医研究,2018,31(12):69-73.
- [6] 陈士新.中医辨证治疗功能性便秘[J].中医临床研究,2018,10(17):34-35.
- [7] 葛均波.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2013:406-407.
- [8] 刘诗,李英莉.老年人慢性便秘非药物治疗进展[J].中国临床保健杂志,2019,22(1):18-21.
- [9] 高氏,王春溢.“虚秘”论治[J].实用中医内科杂志,2013,27(12):35-36.
- [10] 郑松柏.重视老年人慢性功能性便秘的危害[J].老年医学与保健,2010,16(2):77-78.
- [11] 张景岳.张景岳医学全书[M].李志庸,主编.北京:中国中医药出版社,1999:1301.
- [12] 马鑫文,王程,刘洁.基于文献研究的功能性便秘中医证候要素分析[J].2018,40(7):1104-1107.
- [13] 张民庆,王兴华,刘华东.张璐医学全书[M].北京:中国中医药出版社,1999:804.
- [14] 孟景春.白术为治气虚便秘专药[J].江苏中医,1994,15(10):20.
- [15] 徐灵胎.徐灵胎医学全书[M].刘洋,主编.北京:中国中医药出版社,1999:196.
- [16] 蓝文通,熊理守,李秀红,等.肠道菌群参与慢性便秘发生发展机制的研究[J].消化肿瘤杂志(电子版),2020,12(4):264-268.
- [17] 张毅超.便秘从疏肝论治五法及临床应用[J].新中医,2014,46(9):218-219.
- [18] 叶爱军,穆林,张碧华.北京医院生白术治疗便秘处方分析[J].北京中医药,2019,38(1):77-78.
- [19] 孙一奎.孙一奎医学全书[M].韩学杰,张印生,主编.北京:中国中医药出版社,1999:335.
- [20] 顾志坚,林江.便秘常用中药作用机制研究进展[J].上海中医药杂志,2018,52(5):87-93.
- [21] 高云佳,姜勇,戴昉,等.肉苁蓉润肠通便的药效物质研究[J].中国现代中药,2015,17(4):307-314.
- [22] 张元素.张元素医学全书[M].郑洪新,主编.北京:中国中医药出版社,2015:58.
- [23] 吴塘.温病条辨[M].北京:人民卫生出版社,2005:172.
- [24] 万丽娟,卢金清,许俊洁,等.瓜蒌子化学成分和药理作用的研究进展[J].2015,26(31):4440-4443.
- [25] 李寒冰,吴宿慧,张颜语,等.基于肠道内环境调整的麻仁润下作用的现代研究[J].2018,49(14):3334-3342.
- [26] 张丹丹.大黄的临床药理研究[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(17):68-69.
- [27] 徐光辉,仇敏洁,凌国敏,等.结肠黑变病与癌基因表达的关系及其临床意义[J].临床荟萃,2013,28(3):294-297.
- [28] 中华医学会老年医学分会.老年人慢性便秘的评估与处理专家共识[J].中华老年医学杂志,2017,36(2):28-31.
- [29] 中华中医药学会脾胃病分会.便秘中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中医杂志,2017,58(15):1345-1350.
- [30] 单宝珍,李胜保.慢性便秘的流行病学研究概况与现状[J].医学新知,2016,26(3):160-162.
- [31] 中华医学会消化病学分会胃肠动力组,中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组.中国慢性便秘诊治指南(2013版)[J].中国实用乡村医生杂志,2014,21(4):4-8.
- [32] 李东垣.脾胃论[M].北京:人民卫生出版社,2005:15.
- (修回日期:2023-03-16 编辑:蒲瑞生)