

(上接第19版)

便秘的治疗应遵循整合理念

▲ 河南中医药大学第三附属医院肛肠科 刘佃温



刘佃温 教授

便秘是以大便排出困难、排便次数减少、粪便干结为主要临床表现的一组症候群，也可有多种疾病的病理过程引起，是临床上最常见、看似简单而实际上非常难治的一个疾病，也是全球公认的较为棘手的难题。

流行病学调查显示：欧美发达国家便秘的发病率15%~20%，我国便秘患者约占健康人群的10%~15%，患病率随年龄的增长而上升，且女性患病率高于男性。据估计，约半数以上的人（50%~60%）曾受过便秘的折磨，特别是老年人、孕妇、儿童和节食减肥者发生率较高，而且便秘经常是一些患者到医院就诊的唯一原因。

便秘的发生机制

便秘的发生，是一个非常复杂的过程，因此对引起便秘病因的研究日益受到重视。排便过程是一种复杂而协调的生理反射

活动，是非意识性的反射活动，且还受大脑高级中枢的意识控制。胃肠反射引起结肠集团运动，将粪便推入乙状结肠和直肠，刺激直肠壶腹感受器，出现便意引发排便反射。受大脑皮层控制的盆底肌及直肠肌肉松地，盆底下降，肛直角扩大，直肠“S”状弯曲变直，肛管开放，完成排便。任一环节出现问题，都可以发生排便障碍。

现代医学治疗便秘的主要药物有容积型泻药、润滑性泻剂、渗透性泻剂、盐类泻剂、刺激性泻药、促动力剂。

中医便秘分为虚实两种，实者多因阳盛之体或饮酒过度，嗜食辛辣厚味，以致胃肠积热；虚者多因气血不足，阴津亏虚，肠道失润所致。气虚则大肠推动无力，阴津亏虚则肠道失其滋润濡养而致阴虚肠燥，无力行舟，传导失司，致大便干结难下。

便秘的外科治疗

20世纪80年代中期，人们开始尝试通过外科手术来治疗便秘，出现了很多新的手术方式，虽取得了一定的疗效，但是针对各种类型便秘的手术效果、并发症发生率以及复发率等文献报道差异较大。

以盆底肌痉挛或耻骨直肠肌肥厚为主的功能性排便障碍，通过外科手

术治疗可取得立竿见影的效果。如1964年，Wasserman首先报道了采用耻骨直肠肌部分切断术来治疗4例盆底痉挛综合征，有3例取得了成功。之后多位学者采用该术式，但手术有效率在24%~83%不等，而且存在较高的肛门失禁风险。因直肠黏膜内脱垂或内套叠、直肠前突、会阴下降、肠疝等而引起的功能性排便障碍，常采用直肠黏膜纵行折叠术、经直肠或阴道修补术、吻合器痔上黏膜环切钉合术（PPH）、经肛吻合器直肠切除术（STARR）、直肠悬吊术、直肠悬吊+乙状结肠切除术等，但术后远期效果文献报道差异性很大，早期有效率可达90%，但远期复发率可达50%以上。

STARR手术曾被广泛应用于直肠内套叠和直肠前突的治疗，但文献中报道的STARR的效果差别很大，有效率从短期的90%到18个月时的45%不等。因此，近年来慢性便秘的治疗又更多地恢复到以非手术治疗为主，对是否应当手术以及采用何种手术方式的争议也越来越引起临床外科医生的关注。

思考

★ 便秘仍是全球性最常见、最棘手的病症，便秘的概念应进一步规范化。应加强对便秘的基础研究（发病机制），如出口梗阻型便秘形态学异常的造模问题，是出口梗阻引发的结肠形态学改变还是结肠神经节变性、肌纤维断裂等因素引起的形态学改变？又是什么原因引起的出口梗阻？

★ 进一步规范、改进粪便造影、大肠传输试验的检查方法及标准。或探索一种新的检查方法。

★ 便秘治疗应个体化，并制定不同类型个体优化治疗方案。注重心理、针灸及生物反馈治疗的作用价值。

★ 在治疗方面，应采取“辨病与辨证相结合、外治与内治相结合、整体与局部相结合、手术与中药相结合”四结合的治疗方法，采用现代检查手段（排粪造影、结肠传输试验、肛门功能检测等）明确发病的原因，根据中医辨证分别施以不同的中医外治法或手术（急则治其标）及内治法（缓则治其本），标本同治。

★ 手术治疗应严格掌握其适应证，并逐渐规范其操作流程。重视术后的后续治疗，尤其是中医中药的辨证施治。

★ 新的治疗方法不断尝试：如骶神经刺激、顺行性结肠灌洗、电脑灌肠仪中药高位灌肠、自助式中药高位灌肠等。

★ 逐渐成立便秘或排便障碍病区或专科，并形成多学科交叉的学术团队。



从“马桶游行事件”看顽固性便秘的综合治疗

▲ 成都肛肠专科医院便秘科 杨向东 龚文敬



杨向东 教授

综合方案治疗集合了众多的治疗便秘的手段，中西医汇通运用，不仅在改善便秘这个病症上效果确切，而且在术后患者的功能恢复、精力恢复、生活质量与社会活动改善上表现良好，患者总体满意度好，体现了治人的思想。也正是生物-心理-社会医学模式的实践者。

慢性顽固性便秘的含义中，慢性指便秘病史超过2年，或年幼时即已发病，顽固性指的是经一般药物及非手术方法难以奏效。目前便秘的治疗，尤其是慢性顽固性便秘的治疗仍属于国际性难题。1994年3月8日美国纽约爆发一起“马桶游行事件”，有132位女市民，每人搬一个马桶，蹲坐在市政厅广场要求解决便秘治疗问题，震惊世界。

慢性顽固性便秘是一种具有独特病理学改变的器质性疾病，外科手术治疗有着充分的理论基础。

慢性顽固性便秘外科治疗

慢性顽固性便秘的外科治疗始于1908年，由Arbuthnot首先提出行全结肠切除、回肠与直肠吻合术治疗结肠慢传输型便秘，后来逐渐开展了全结肠切除，盲直肠吻合术及节段性结肠切除术等，从此便秘治疗进入了外科手术的时代。至今全结肠切

除、回直吻合仍然是治疗慢性顽固性便秘的经典术式，国内外均有较多报道，术后功能改善率可达90%~100%。

在临床工作中我们也发现，慢性顽固性便秘的患者术后，随着便秘症状的改善，精神心理症状也可得到部分缓解，甚至痊愈。我们认为，慢性顽固性便秘一旦确诊，经正规的中医、西医保守诊治无效的，应尽早地实施外科手术。并且精神症状越重，越要果断早期手术，只有这样才能打断“便秘→抑郁症前→抑郁症→精神分裂症”这一恶性链条！

中医药辅助治疗必不可少

慢性顽固性便秘的治疗我们总结了一套中西医结合的综合治疗原则“内外结合、中西合璧、身心同治、上下兼顾、分度论治”，被业界称为“二十字真言”。慢性顽固性便秘经过上述手术治疗后，笔者团队主张早期中医介入，从术后24h开始自胃管灌服中

药，早期以通腑为主，给予增液承气汤加减。

增液承气汤为吴鞠通在其著作《温病条辨》中记载，为津液枯竭，水不足以行舟而燥结太甚，为润下合用，原为津液大伤，燥结已甚救急而设。手术后津液大伤则增液，燥结不下则承气，如方名所言，玄参、麦冬、细生地增液行舟，承气，下气也，方中生大黄，芒硝，枳壳、厚朴下气通便，手术后元气大伤，气血亏虚，加人参、黄芪正是对症之药，且防止大黄、芒硝等耗气。腑气一通立即实施个体化治疗以疏肝解郁、理气健脾为主，给予香砂六君子汤加减。人在天地之中，因天地二气相感而生，气行则愈，气怯气滞而为病，而生气总以胃气为本，四君子（人参、白术、茯苓、甘草）为气分之总方，人参长一身元气，白术培中宫，茯苓清治节，甘草调五藏，治胃气。陈皮以利肺金之逆气，

加木香以行三焦之滞气，缩砂以通脾肾之元气，使之补者不至滞而不行，半夏运脾除湿，再加上柴胡、郁金、百合、合欢皮清郁结的相火，疏肝解郁。合而用之，正为慢传输型便秘术后患者气血大亏，胃气亏虚不行，肝木郁结克土对症之药，四君得余药辅助则功力倍增，余药辅奉四君则元气大振，君臣佐使相得而益彰。以五行之理推之，实为抑木扶土大法。

实验研究也证实：香砂六君子汤具有调节胃肠功能紊乱，保护胃黏膜，良性调节胃肠内分泌系统，通过多方面影响单胺类神经递质系统来达到抗抑郁的目的以及健脾止泻等作用。在术后服用这个汤药有疏肝解郁、理气健脾，调理胃肠功能，振奋消化系统减轻术后属于中医太阴病的症状，如腹泻、腹胀、乏力、神倦、胃纳差等以及抗抑郁作用。

(下转第21版)