

# 从湿滞论治便秘新探

吴义春 王德辰 苏泽琦 赵莹 丁霞

**【摘要】** 随着人们生活水平提高及生活方式改变,慢性便秘的发病率反而有上升趋势。便秘根据大便性状可分为干结型与黏腻型两种,风疏雨润疗干结效果良好,受便秘即大便干结思想的束缚,医者和患者往往忽略湿秘的存在。湿秘的病机是湿邪弥漫,湿阻气机,其中“湿”为病因,“滞”为病理,对于湿热便秘强调消走泄祛湿滞,同时结合限食疗法,临床可以大大提高疗效,值得临床重视和进一步推广。

**【关键词】** 便秘; 功能性便秘; 湿秘; 代谢综合征; 限食疗法

**【中图分类号】** R256.35 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.06.018

便秘临床常见,其中肠道功能异常导致的便秘,称之为功能性便秘(functional constipation,FC),在临床上被视为一个独立的疾病,表现为排便次数减少、粪便干硬和(或)排便困难。排便次数减少指每周排便少于3次。排便困难包括排便费力、排出困难、排便费时、排便不尽感及需手法辅助排便。慢性便秘(chronic constipation,CC)的病程至少为6个月<sup>[1]</sup>。古代不太关注便秘,一般在热病的治疗中会关注并且干预,原因大致有二:一是古代人粗粮,体力劳动多,便秘少;二是即使轻微便秘也不以此为主诉就医。时至今日,慢性便秘不但是消化科疾病,还会涉及到糖尿病、手术后、孕妇、肿瘤等,不少药物也会引起便秘。便秘特别是功能性便秘,目前没有像器质性疾病那样引起医患双方的重视。随着现代社会的发展、科技的进步,古今疾病谱已经发生了巨大的变化,病因有了霄壤之别。近年来越来越多的消化科医生在临床实践中发现,相当多的便秘患者临床治疗效果欠佳,而且严重的便秘患者存在程度不同的精神心理异常,后者对身心健康的影响较器质性疾病更为突出,使得症状长期难愈,已成为了临床十分棘手的问题。因此,有必要从中医角度探索便秘病因病机、治则治法,充分发挥中医药优势和特色,以便提高临床疗效。

## 1 湿滞便秘亦多见

### 1.1 时代背景

随着时代的变化,便秘的病因病机也在变化,其病机并

不仅限于肠道津枯、气机紊乱。现代生活节奏加快,社会竞争激烈,工作压力大,以车代步,以电脑代劳,体力劳动减少,饮食结构大有变化,肥甘厚味,嗜酒吸烟,在这样的生活习惯下,肥胖络绎不绝,代谢综合征风起云涌,便秘蔚为大观。常食肥甘厚味、过食辛辣燥热,容易引起胃肠浊腻壅塞、气机不畅、运行失调等多种原因导致大便不以时下。其中过食辛辣,助湿生热,湿热弥漫,湿阻气机,大便黏滞,排便不畅;肥甘厚味,蕴湿生痰,更困脾土,脾气不醒,运化失常,糟粕内停而致便秘。笔者临床体会:目前湿热型便秘逐渐增多,其核心病机为湿滞胃肠。

### 1.2 临床发现

受便秘即大便干结思想的束缚,医者和患者往往忽略湿秘的存在。湿秘虽不会出现急症,但其导致的腹胀、大便不畅等症,亦常常影响患者的生活质量,给患者带来一定的思想压力;同时由于湿性黏滞,缠绵难愈,临床用药往往疗程较长。

通过临床观察,根据大便性状的不同便秘大体可分为两种:干结型与黏腻型。前者大便燥结难出,为人们印象中便秘之常态;而对于后者常缺乏认识,但它却在当今社会尤为多见,经过统计,大概能占到50%的比例<sup>[2]</sup>。大便黏腻是湿热型便秘的主要临床表现,由于现代人过食肥甘辛辣厚味,便秘并不表现为大便干燥结硬,而是经常出现黏腻不成形、粘马桶冲不干净。据《中医消化病诊疗指南》,湿热型便秘应满足:大便黏腻不爽伴有胃脘痞满或舌苔黄腻,同时至少伴有以下症状之一:排便费时,排便不尽感,身重困倦,嗳气或恶心呕吐,食少纳呆,小便黄赤等。临床研究发现<sup>[2]</sup>,黏腻型便秘与干结型的症状谱有明显区别:有便意却排不出是黏腻型患者最痛苦的症状,因为湿邪容易阻滞气机,所以“滞”是湿热型便秘的核心病机;而干结型患者最痛苦的是排便费力,所排粪便较干硬,其核心病机是肠道津枯。肠道菌群分析得出黏腻型便秘患者除了有益菌减少,致病菌增多之外,更易出现肠道真菌异常<sup>[3]</sup>。

### 1.3 理论探源

湿秘论述较早见于宋严用和之《济生方》,其对便秘有

基金项目:北京市医管局培育计划(PZ2016018);首都中医药研究专项一般项目(15ZY12)

作者单位:100010 首都医科大学附属北京中医医院急诊科[吴义春(博士研究生)];北京中医药大学[吴义春(博士研究生)、王德辰、苏泽琦、赵莹、丁霞]

作者简介:吴义春(1983-),2013级在读博士研究生,主治医师。研究方向:中西医结合治疗脾胃病。E-mail:wuyichun518@126.com

通讯作者:丁霞(1970-),女,教授,主任医师。研究方向:消化系统疾病的基础和临床研究。E-mail:dingx@bucm.edu.cn

经典五分类法,即“夫五秘者,风秘、气秘、湿秘、寒秘、热秘”,并进一步指出“摄养乖理,三焦气涩,运掉不得,于是乎壅结于肠胃之间,遂成五秘之患。”《景岳全书·秘结》篇亦提到湿秘,但未详细论述。由此可见,湿秘在古代发病较少,故未引起足够重视。从湿热论治便秘,属于便秘中的特殊类型,现今临床却颇为常见,极易失治误治,难以根除<sup>[4]</sup>。无独有偶,冯兰玲<sup>[5]</sup>认为,湿秘在糖尿病患者中占一定比例,应引起临床医师的重视。

湿秘是由于湿气内困导致的大便不畅,表现为大便黏腻不爽,质不干,量较少,有排便不净之感,可伴乏力、腹胀、脘闷、周身沉重等。《黄帝内经》提出了便秘有时与脾受寒湿有关,如《素问·厥论》所指“太阴之厥,则腹满腹胀,后不利”,《素问·至真要大论》又有“太阴司天,湿淫所胜,……大便困难”。湿热也是湿秘的重要病因,如《脾胃论》所言“湿热皆由饮食,劳倦损伤脾胃,乘天暑而病作”,《温热论》又有“酒客里湿素盛”、“外邪入里,里湿为合,在阳旺之躯,胃湿恒多;在阴盛之体,脾湿亦不少,然其化热则一”之论。《医学正传·秘结论》同样认为本病与脾胃亦有关,如:“大便燥结……饮食失节,或恣饮酒浆,过食辛热,饮食之火起于脾胃……渐成燥结之证”从饮食伤脾胃角度阐明了本病的病机。概而言之,湿秘的病机是湿邪弥漫,湿阻气机,其中“湿”为病因,“滞”为病理。

“滞”的病理过程通过现代研究也不断得到揭示。有研究指出<sup>[6]</sup>湿热型便秘在久坐少动的脑力劳动者中更多见,常有喜食辛辣油炸、浓茶咖啡、饮酒等不良饮食习惯。脑力劳动,思虑伤脾,影响脾之运化;久坐少动,体力活动过少,容易引起气机阻滞、气血不通。症状方面,排便不尽感更突出,有便意却排不出大便是湿热型患者最痛苦的症状,而非湿热型排便次数减少症状更突出;湿热型多有焦虑、抑郁状态以及睡眠障碍,生活质量下降等状态;湿热型便秘分型中出口梗阻型较多见,混合型较少;慢传输型中非湿热型较常见,这些皆是“滞”的有力体现—排便不尽,情志抑郁,出口梗阻等。而“湿”是造成“滞”的始动因素,有研究认为<sup>[6]</sup>,肠道菌群紊乱,双歧、乳杆菌有益菌减少,肠球菌、霉菌有害菌增多,霉菌阳性检出率显著升高是其临床检验指标之一,结合自然界潮湿之处易生真菌,推论湿可能是造成肠道菌群紊乱重要因素。而现代医学研究的成果认为:肠道微生态制剂通过肠道繁殖并产生大量乳酸和醋酸可促进肠蠕动缓解便秘,有文献报道益生菌能改善慢性便秘的症状;金双歧片治疗功能性便秘,1周后总有效率能达到94%。肠道微生态研究一直是近些年研究的热门,而揭示中医学与肠道微生态学的本质联系大有可为,著名微生物学者魏曦认为:“微生态学很可能成为打开中医奥秘大门的一把金钥匙。”

## 2 分消走泄祛湿滞

### 2.1 时代特色

提及肥胖、代谢综合征、便秘,三者常紧密相连,使便秘具有鲜明的时代特色,在代谢综合征的基础上更容易导致便

秘,现代医学认为,由于长期高血糖导致内脏植物神经受损等,出现胃动力减弱、胃排空延迟,便秘亦成为糖尿病患者常见的临床症状。《素问·奇病论》论述:“脾瘕……此肥美之所发也,此人必数食甘美而多肥也。肥者令人内热,甘者令人中满,故其气上溢,转为消渴。”其中“此人必数食甘美而多肥也”,概括了多食肥甘的后果“多肥”,连锁反应就是肥胖→脾瘕→消渴。肥胖分虚实,大吃大喝致胖为实胖,实胖者,由“饮食自倍”、代谢负担过重而来;肥胖、脾瘕、高尿酸血症、血脂异常等疾病之集合即为代谢综合征。实胖为脾滞,血糖、血脂、尿酸增高,属脾滞者,治以通腑泻浊、清热降浊、芳香化浊;此类病人,宜少食多动,必以苦寒折其壮火。故治此病,少食即是生气,泻火即是扶阳。《素问·阴阳应象大论》“壮火之气衰,少火之气壮;壮火食气,气食少火;壮火散气,少火生气”此之谓也。

### 2.2 理论依据

叶天士在《温热论》中指出邪留三焦可以用分消走泄法,即“再论气病有不传血分,而邪留三焦,犹之伤寒中少阳病也。彼则和解表里之半,此则分消上下之势。随证变法,如近时杏、朴、苓等类,或如温胆汤之走泄。”关于“三焦”与便秘的关系,张仲景在《伤寒论》230条指出:“阳明病,……不大便而呕……可与小柴胡汤。”笔者受此启发常用小柴胡汤加减治疗便秘而获效。“上焦得通,津液得下”,“胃气因和,身汗出而解”,这种上下宣通、里应外合的手法叶天士在《温热论》中也有相似的论述:“再论三焦不得从外解,必结,里结于何?在阳明胃与肠也。亦须用下法,不可以气血之分,谓其不可下也。”但是伤寒与温病治疗便秘的手法不尽相同:“唯伤寒热邪在里,劫烁津液,下之宜猛;此多湿邪内搏,下之宜轻。伤寒大便溲为邪已尽,不可再下;湿温病大便溲为邪未尽,必大便硬,乃为无湿,始不可再攻。”具体的辨治及禁忌包括:“再人之体,脘在腹上,其位居中,按之痛,或自痛,或痞胀,当用苦泄,以其入腹近也。必验之于舌:或黄或浊,可与小陷胸汤或泻心汤随证治之;若白不燥,或黄白相兼,或灰白不渴,慎不可乱投苦泄。其中有外邪未解,里先结者,或邪郁未伸,或素属中冷者,虽有脘中痞痛,宜从开泄,宣通气滞,以达归于肺,如近世之杏、蔻、橘、桔等苦微辛,具流动之品可耳。”其核心的手法是用“具流动之品”轻清宣散、芳香化浊。

### 2.3 具体方法

对于此种便秘,核心治法应以运脾化湿,行气导滞为主,《叶氏医案存真》云:“热从湿中而起,湿不去则热不除也。”即提示在化湿清热治疗中,须注重分解湿热,使湿去热孤则易消解。分析其原因在于湿性黏腻厚浊,易滞留体内胶着不化,且热处湿中,如油裹面,易使病势缠绵不解,故治当利湿为先。湿秘其实也是“脾虚”的一种表现,当然这种脾虚与古代有异,是因实致虚,即长期过食肥甘厚腻之品生湿妨碍后天之本脾胃受纳运化水谷精微的能力,湿邪困阻大肠则表现为大便黏滞不畅。临床应该从三方面用药才能效如桴鼓:以清热通腑之品祛实,如虎杖、大黄等;淡渗之品利湿,如薏

苡仁、茯苓;香燥之品醒脾,如紫苏梗、木香、砂仁等。从脏腑角度讲其方法包括:(1)治秘勿忘理肺。前人所谓“开上窍以通下窍”,“提壶揭盖法”。用紫菀、杏仁、陈皮、枇杷叶等降肺气以通便结,暗含《温病条辨》上焦宣痹汤之意,或用苏子降气汤。(2)治秘勿忘健脾。古人曾用生白术治便秘,少则 30~60 g,多则 80~120 g。白术之所以能通便,著名医学大家陈士铎《《石室秘录》》曾指出“白术上利胃而下健脾,且能祛湿以生肾。有此大功,则大小便得脾肾之气而能开能合”或可借鉴。临床有时取得疗效的一个核心因素就是把握肝脾关系,《内经》云“土得木则达”,《金匱要略》开篇论述,临床或用四逆散加减开郁结治疗便秘。

### 3 限食疗法善其后

#### 3.1 时代特征

在临床上发现,湿秘运用中药虽然有效,但容易迁延反复,原因在于改革开放以来,国人的饮食结构从传统的“五谷杂粮”向西方“肉蛋奶”模式转变,由于不同种族在体质上差异巨大,中国居民体质向来没有西方人健壮,脾胃功能相对虚弱,因此,带来了口福的同时亦增加了心脑血管疾病、糖尿病、癌症等慢性病的发生率。调查显示,原本发病率不高的乳腺癌、结直肠癌等以及精神类疾病短时间内增长迅速,中西方的疾病谱越来越接近<sup>[7-9]</sup>,便秘也是慢性病中的重要一员。

#### 3.2 限食概念

据此提出运用限食疗法辅助治疗便秘善后以断其根。“限食疗法”,也叫饮食限制或热量限制,不光包括食量减少,还包括饮食结构调整,即是指在保证机体正常营养状态的前提下,通过减少热量的摄入控制治疗相关疾病<sup>[10]</sup>。它不光成为内分泌科控制和代谢综合征、2 型糖尿病的主要手段之一,而且在预防及控制心脑血管疾病、肿瘤、退行性神经病变、自身免疫性疾病等生活方式及衰老相关慢性疾病,甚至在治疗焦虑、抑郁症等方面均大有可为<sup>[10]</sup>。正如陶弘景在《养性延命录》所言:“百病横夭,多由饮食……为益亦多,为患亦切”。看过《红楼梦》的人都知道第 53 回有这么一段:“这贾宅中的风俗秘法,无论上下,只略有些伤风咳嗽,总以净饿为主,次则服药调养。”虽然这是小说中的情节,却并非虚构,自古以来中医对此就有深刻的认识,如《伤寒论》第 398 条提出“损谷则愈”理念。冯世纶教授针对“盲目用补”时弊,曾指出“少食也是愈病方”,冯老举了一个反复发烧的患儿病例:反复发烧究其原因,细问家长得知:因长期有病,都说是免疫力低、抵抗力弱,故经常让孩子吃肉、补品,始悟“损谷则愈”,遂据症用药外,嘱其少吃肉,晚饭不能过饱,调理一月,烧未再起。现代医学也同样验证了半饥饿状态能阻止或逆转许多慢性疾病的发展,并能够激活长寿基因,延长寿命。如日本的小仓重成于上世纪 80 年代观察了哮喘等病患者,除了给对证的方药外,同时采用了控制饮食、通腑涤肠等方法以消里实,使临床的治愈从 20%~30% 提高到 70%~80%;瑞士的民间疗法,以饥饿疗法使顽固重症

类风湿患者症状显著减轻,与经方的“损谷则愈”有异曲同工之妙。

#### 3.3 限食机理

关于限食疗法的中医机理,汤灵翼<sup>[11]</sup>等主张用恢复脾主散精的功能来解释,细思食物属于阴性有形之物,全赖机体阳气消化,肥甘厚味阴气厚重,极难消化,长期如此脾胃不堪重负,有时即使出现食欲不振、反酸、胃胀等脾胃报警症状,人们一日三餐却始终依旧。而限食疗法是减轻脾胃负担的最直接、最迅速的方法。脾胃运化功能强则水谷易化生气血,久则人体强健;脾胃虚弱则食积郁生湿浊,久则脉络瘀阻,百病丛生。该疗法从源头减少“痰浊”的生成,可以正本清源。

#### 3.4 限食措施

由上分析可知,便秘是消化系统的常见慢性病,与饮食有着不可分割的联系。那么通过限食疗法辅助干预湿秘可从以下几方面着手<sup>[12]</sup>:(1)总原则:不吃或少吃肉蛋奶及糖类,以富含膳食纤维的蔬菜、水果、五谷杂粮为主,避免饮食过于精细;保持半饥半饱的状态以增强脾胃运化功能;(2)严重湿热黏腻型便秘,应严格禁忌辛辣刺激及肥甘厚腻之品,如辣椒、肉蛋奶等;(3)食欲旺盛的年轻人湿热型便秘应该限制饮食物,晚上以粥和蔬菜为主,少吃或不吃主食;(4)老年人便秘可能食量减少,此时不应过分限制饮食物,应以改善食物种类为主,如多喝小米粥,多吃纤维素含量高的果蔬等。分而论之,对于便秘就要遵循<sup>[12]</sup>:食量太少的便秘强调限食是没有意义的,重点在于食用粗纤维蔬菜和五谷杂粮;若是严重湿热黏腻型便秘,减去辛辣刺激及肥甘厚腻之品,如辣椒、肉蛋奶等最为重要。

### 4 结语

综上所述,如今脾胃病的病因病机带有鲜明的时代烙印,首先以烟酒及肥甘厚味损伤胃肠增加;其次,生活节奏加快,生活规律紊乱、精神压力加重,人们每天疲于奔忙,使性情急躁易怒而不再沉静,肝气郁滞犯胃,生活诱因明显增多。所以,烟酒、肥甘增湿助热,精神压力滞肝成瘀、化火、蕴毒,更伤脾胃。便秘亦不例外。临床便秘常以湿滞证居多,因此临床需注意祛除肠道的湿热瘀滞,即使有脾胃虚象,也应用甘平养胃法,补虚而不碍邪,少用甘温健胃及甘寒益胃之法。脾主运化,胃主受纳,脾胃既虚,同时有湿浊、食滞、郁热、瘀毒留存。一味补益,势必碍邪;单纯祛邪,又必伤正,故以通补为上。临床可用分消走泄法祛除湿滞,结合限食疗法以善其后,可以很好提高疗效,值得临床重视和推广。

### 参 考 文 献

- [1] 中华医学会消化病分会胃肠动力学组,中华医学会外科分会结直肠肛门外科学组. 中国慢性便秘诊治指南(2013 年,武汉)[J]. 中华消化杂志. 2013,33(5):291-295.
- [2] 陈欢. 脾胃湿热型与非脾胃湿热型功能性便秘的临床对比研究[D]. 北京:北京中医药大学,2014.



- [3] 王芳,张艳丽,姚树坤,等. 重度功能性便秘患者症状特点及肠道微生态分析[J]. 疑难病杂志,2014(07):707-709.
- [4] 吴桐,姚树坤. 姚树坤教授论治功能性便秘经验[J]. 世界中医药,2015(01):67-69.
- [5] 冯兰玲. 糖尿病湿秘治验[J]. 山东中医杂志. 2006, 25(4):281.
- [6] 吴宛蔚. 湿热型便秘患者的症状特点与治疗研究[D]. 北京:北京中医药大学,2014.
- [7] 刘红宁,何晓晖,王茂泓. 重视伤食研究应对疾病谱变化(上)[N]. 中国中医药报,2012-09-10.
- [8] 刘红宁,何晓晖,王茂泓. 重视伤食研究应对疾病谱变化(下)[N]. 中国中医药报,2012-09-10.
- [9] 唐闻佳. 中西方疾病谱越来越接近[N]. 文汇报. 2011-5-18(7).
- [10] 杨婉薇,张家明,刘超. 限食疗法的研究进展[J]. 中华内分泌代谢杂志,2014,30(11):1005-1008.
- [11] 汤灵翼,吴敏,刘超,等. 限食疗法与中医“脾主散精”理论的关系探微[J]. 中医杂志,2014(10):818-821.
- [12] 王德辰. 姚树坤教授中西医思维及功能性便秘治疗经验总结[D]. 北京:北京中医药大学,2015.

(收稿日期:2016-03-07)

(本文编辑:禹佳)