

# 丁义江教授辨治功能性便秘思路初探

● 赵 斌 指导:耿学斯

**摘 要** 功能性便秘是肛肠疾病治疗难点之一,其病因及病理表现复杂,发病与人体整体功能失调关系密切。丁义江教授在肛肠动力性疾病领域潜心研究三十载,对功能性便秘的诊治强调整体,重视问诊,辨证与辨病结合,辨治衷中参西,颇有心得。他认为,功能性便秘整个病理过程以气虚为本,气阴(津)两伤贯穿始终,可挟湿、热、瘀等邪实,证多兼夹,但本在气虚,气阴(津)两伤是主要特点,当以益气养阴调气求本,治疗以辨证施治及针灸治疗为主,并充分发挥生物反馈在治疗功能性排便障碍方面的优势,同时建立了更为科学完善的功能性便秘 PRO(Patient Reported Outcome)疗效评价体系。

**关键词** 功能性便秘 中医治疗 丁义江

丁义江教授系南京中医药大学博士生导师,主任医师,全国中医肛肠专科医疗中心主任,中华中医药学会肛肠分会名誉主任委员兼江苏省中医肛肠学会主任委员,享受国务院政府特殊津贴,为丁氏肛肠第九代传人,从事肛肠病临床工作 40 余载,学验俱丰。丁义江教授对功能性便秘(Functional Constipation,以下简称 FC)的病理生理、诊断和治疗及疗效评价体系等方面的研究有很深的造诣,国内外影响较大。笔者有幸师从学习,获益匪浅。现就丁师有关 FC 的辨治思路和经验进行整理阐述,与同道交流共飨。

90 年代初 Petros 和 Ulmsten 首先提出了盆底整体理论<sup>[1]</sup>。此后,整体理论在国际上得到许多专家学者的认同,从而促进了盆底康复学(pelvic floor rehabilitation)的发展,亦促进了慢性便秘尤其是排便障碍的研究。FC 发病与人体整体功能

失调有关,尤其是功能性排便障碍与盆底功能障碍关系密切,其中盆底失弛缓综合征与排便中枢调节机理的紊乱有关,盆底松弛综合征与盆底整体松弛有较大关系<sup>[2]</sup>。因此,丁师认为,FC 治疗中应重视排便中枢调节机理的康复和盆底改变,而不应只重视局部和解剖形态改变,随着盆底整体理论的发展,非手术治疗尤其是中医辨治体系的整体思路尤为重要<sup>[3]</sup>。

## 1 辨证思路

**1.1 重视脏腑辨证** 丁师认为,本病病位在大肠,与肺、脾、肝、肾关系密切。肺气不足,上焦失宣;脾虚运化失常,糟粕内停;肝郁气滞或化火伤津;肾虚气弱、血亏津少;此外,饮食不节,动少静多,致积湿生痰,腑气不通,久服峻下,津伤液枯,均可发为本病。因此,FC 整个病理过程以气虚为本,气阴(津)两伤贯穿始

终<sup>[4]</sup>,可挟湿、热、瘀等邪实。临床症候表现复杂,证多兼夹,常常虚实夹杂,但本在气虚,气阴(津)两伤是主要特点。

## 1.2 辨证与辨病结合,衷中参西

种种研究显示,FC 中医证候表现与西医病因病理之间存在关联性。丁师认为在中医辨证过程中要善于利用现代检查结果,作为中医微观辨证的依据,并结合辨病综合考虑患者的病因病机及辨证。如结肠慢传输型便秘患者,结肠运输试验显示结肠运输迟缓,结肠气钡造影显示结肠袋减少或消失、结肠扩张、横结肠下垂、乙状结肠冗长,其证候常常表现为气虚证。排粪造影和盆腔造影提示直肠前突、直肠内脱垂、会阴下降、骶直分离、盆底疝等盆底松弛综合征所见的便秘多见于老年患者及产后,具有肛门坠胀、便质虽软但仍排出困难的特点,其证候常常也是气虚证为主。直肠感觉功能减退的患者,肛管直肠压力测定常常表现为直肠感觉阈值和直肠最大耐受

● 作者单位 福建中医药大学附属厦门市中医院(361009)

量升高,肛管括约肌的张力和反应性降低,直肠肛管收缩和抑制反射减弱等“下降”、“不足”类客观征象。排便推进力不足常常出现在老年患者或结肠慢传输、盆底松弛综合征等气虚证患者。FC 虚证患者呼氢试验口-盲通过时间延长等。因此,在继承祖国医学对便秘传统的辨证理论基础上,将辨证与辨病结合,中西医双重诊断,将有助于提高辨证的准确性,指导治疗,提高中医治疗疗效。

**1.3 四诊合参,问诊为首,重视切诊,审因求证** 丁师认为,FC 辨证过程中要突出整体观,望、闻、问、切四诊结合,详细收集病情资料,参通机变,审因求证。四诊当以问诊为首。丁师询问病史时,注重分清主次,逐步询问。首问粪便情况:便意有无、频次、性状、量、颜色、气味等;二问排便情况:费力程度、有无直肠肛门堵塞感、是否手助排便、有无排便不尽感;三问伴随症状:如腹胀、食欲不振、倦怠乏力、烦躁、失眠等全身症状;四问发病过程:起病时间、演变过程、治疗及缓解情况;五问特殊病史:是否伴有其他疾病、有无长期服用某种可致便秘的药物或依赖泻剂、有无腹部及会阴部手术史等;六问心理社会因素:研究表明,心理因素与本病有关,许多便秘患者有明显的抑郁、焦虑、强迫、偏执等症状。此外,对病情资料的收集,除问诊外,丁师非常重视切诊。这里的切诊,不单指诊脉,还包括专科检查。如,嘱患者作排便动作,有会阴下降者可见盆底以肛门为中心明显向下突出;再嘱收缩肛门,盆底支配神经严重受损者,收缩能力减弱或消失;棉签或尖锐物快速划肛门边缘皮肤,若外括约肌收缩功能减退,提示阴部神经受损;若肛管张力增高,可能有内括约肌失迟缓。

提肛时耻骨直肠肌无明显收缩,提示可能骶3、4神经受损;若直肠中潴留大量粪便而无便意,提示直肠无力或感觉功能减退;直肠内套叠患者,直肠壁松弛,指诊时直肠内有粘膜堆积、变厚的感觉,偶然也可扪及套叠之肠壁;盆底失弛缓综合征患者,嘱排便时可明显感觉到盆底肌、耻骨直肠肌、外括约肌各部不松弛或松弛不充分,提肛或力排时肛直角变化不明显甚至出现矛盾运动;用食指压迫直肠壶腹各方向以检查盆底感觉功能(即直肠感觉功能),可粗略估计感觉功能受损的程度。通过这样的方式,便能获得详尽的病史,获得 FC 的主证和初步分型。

## 2 治疗策略

**2.1 治病求本,当益气养阴调气为主** 丁师根据“气虚为本,气阴(津)两伤贯穿始终”的理论,强调 FC 论治当以“益气养阴调气”求本。具体治则治法包括:健脾助运,调和升降;滋阴增液,润肠通便;清热润肠,滋养阴液;肃肺降气,润肠通腑;益气温阳,养血生津等。此外,丁师根据多年的临证经验,形成了经验方益气润肠汤,随证加减,简便廉验。方药组成:生白术 30g,黄芪 20g,生地 10g,玄参 10g,青、陈皮各 10g,柴胡 10g,升麻 6g,焦楂、曲各 6g。方中大剂量生白术、黄芪健脾益气;生地、玄参养阴滋润;青、陈皮行气除胀;柴胡、升麻调理气机;焦楂、曲消食导滞。全方共奏益气滋阴、润肠通便之效,适合于脾气虚弱,推动无力,加之阴液不足,肠失濡润,大便干结者。随症加减:兼见气郁者,可加用柴胡、白芍、香附、郁金、枳实、厚朴等;兼见阳虚者,可加用肉苁蓉、制附子、锁阳等;挟湿者,可加用泽泻、茯苓等;兼瘀者,可加

用桃仁、红花、鸡血藤等。研究显示,虚证便秘患者直肠感觉功能明显减退,肛管括约肌反应性降低,益气润肠汤水煎液能有效改善直肠感觉功能,并提高肛管括约肌反应性。

**2.2 针药结合,相得益彰** 针灸治疗具有调节脑-肠轴功能,并呈双向调节作用。丁师对 FC 的取穴指导思想可概括为:局部取穴,直达病所;远端配穴,整体调整;通调督脉,通阳调神。常用的取穴有腹部和背部两组<sup>[5,6]</sup>:第1组:天枢、大横、腹结、气海、关元、足三里、上巨虚、支沟等。第2组:大肠俞、脾俞、肾俞、八髎、四神聪、百会等。两组穴位隔日交替使用,平补平泻。临床可结合现代医学对 FC 的分类诊断及结肠的神经支配来选穴及操作<sup>[4]</sup>。针灸对于功能性便秘结肠慢传输型和出口梗阻型均有效。丁师通过研究发现,不同动力学机制 FC 的针刺疗效具有差异<sup>[6]</sup>:结肠慢传输型优于盆底失弛缓型,盆底失弛缓型优于盆底松弛型。对于单纯针刺效果不满意者可采用电针,针、灸同用,针药结合,协同起效。

**2.3 充分利用现代技术,不断丰富治疗手段** 生物反馈疗法是根据操作性条件反射原理并借助生物反馈治疗仪建立起来的一种治疗方法,盆底生物反馈是生物反馈领域中的一个特殊分支。自 1974 年 Bleijen-berg 首先将其用于便秘的治疗以来,国际上对其研究方兴未艾,欧洲和美国甚至成立了专门的生物反馈协会。国内的研究起步较晚,丁师在国内较早开展了便秘生物反馈治疗。2004 年 11 月他作为访问学者应邀到美国佛罗里达州克里佛兰医院肛肠病医疗中心进行为期三个月的访问、交流,并与国外建立了紧密联系,迅速推动了我国盆底生物反馈的发展。研究表明生物反馈治疗

对出口梗阻型和结肠慢传输型便秘均有效,但比较而言,生物反馈训练对于出口梗阻型便秘尤其是不协调性排便型疗效更明显,甚至作为一线疗法<sup>[7]</sup>。丁师的研究显示,该疗法治疗功能性排便障碍的有效率为 71.4%<sup>[8]</sup>。丁师认为,便秘生物反馈治疗前应对便秘患者的病情进行全面评估,针对病因作出正确诊断选择恰当的适应证,并针对性地选择治疗训练方法,是取得良好治疗效果的关键<sup>[9]</sup>。其治疗前评估包括:详细的病史询问、全面的体格检查、肛肠动力学检查及一些必要的辅助检查。同时,治疗师在治疗前与患者之间的充分交流、患者的心理状况和主观参与性也是影响疗效的关键。训练主要分两个阶段<sup>[9]</sup>:因盆底失弛缓综合征所致便秘者第一阶段为盆底肌松弛训练,主要目的是降低肛管静息压;第二阶段是肛管内、外括约肌等的协调训练,配合呼吸完成 Vasaval 动作训练,并在治疗仪的辅助下不断强化。因盆底松弛综合征所致便秘者第一阶段的训练重点在于提高盆底肌肉张力及耐疲劳性,配合呼吸完成 Kegal 动作训练,第二阶段通过在直肠内放置充气气囊模拟排便感觉并逐渐减少充气量的训练方法降低排便感觉阈值,提高直肠敏感性。生物反馈训练的应用,丰富了传统中医有关 FC 的治疗手段,并客观地提高了 FC 中医治疗疗效。

### 3 中医疗效评价

国内有关 FC 的疗效评价尚无统一的标准体系。丁师认为,国内相关文献的疗效结局指标存在如下问题:如便秘主证,或缺乏统一标准,研究结果无可比性;或缺乏量化

指标,疗效评价模糊;或以疗效指数作为结局指标不能反应临床实际;或缺乏远期疗效评价。又如便秘兼症,疗效评价缺少反映中医个体诊疗特色和复杂干预的结局指标,相反,患者整体的功能状态和生活质量变化等这些能体现中医药疗效的有效作用点却未列入疗效评价的指标体系。再如实验室检查,过度重视实验室指标,反而忽视患者的自我感受。传统医学的“有效性评价是一个关键和核心的问题”,不同的疗效评价甚至可以得出有效或无效两种截然相反的结论。国外有关 FC 的疗效评价遵循 PRO (patient reported outcome) 疗效评估体系,PRO 以患者报告的最终治疗结局为核心,反映了患者对疗效的评价,避免了医生评价为主的疗效评价模式,减少了医生主观因素的影响,疗效更客观,结果更令人信服。因此,更科学的 FC 的中医疗效评价体系对于证明中医治疗 FC 的优势、提高中医的国际地位是非常重要的。

丁师认为,FC 的中医疗效应侧重于通过整体调节来改善和恢复病人内在机能的失衡状态,不仅注重消除病的危害,也注重病人整体的功能状态和生活质量的提高。目前中医药治疗 CFC 疗效评价的主体都是临床医师,忽视了患者对疾病的自我感受及其最关注的问题,而以患者临床自觉症状的改善来评价疗效比医生报告的临床评价更可靠。患者的主观感受不仅作为辨证的主要依据,同时也是评价中医疗效的主要指标,将有助于客观评价中医药干预措施的效能及优势。FC 适合运用 PRO 疗效评价方法,因为某些症状指标感受、生活质量及精神、心理状态只有患者才能真

切感受。经过多年的研究,丁师初步建立了功能性便秘 PRO 疗效评价体系<sup>[10]</sup>,其条目的建立通过病人访谈、专家咨询和文献调查而获得。该体系评价内容包括“便秘严重程度评分(CSS)”和“便秘患者生活质量问卷(PAC-QOL)”两部分,其中“CSS”疗效评价指标包括:排便频率、排便费力程度、排便不尽感、腹痛、每次如厕时间、排便辅助方式、每天去排便但没有排出来的次数、生活质量和泻剂、灌肠的使用情况等内容。

### 参考文献

- [1] Petros P E, Ulmsten U I. An integral theory and its method for the diagnosis and management of female urinary incontinence [J]. Scand J Urol Nephrol Suppl, 1993, 153: 1-93.
- [2] 丁义江. 盆底疾病的诊治进展[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2010, 17(2): 109.
- [3] 丁曙晴. 以整体观指导慢性便秘的诊治[J]. 医学新知杂志, 2010, 20(2): 66-68.
- [4] 丁义江, 丁曙晴. 慢性功能性便秘的中医诊治策略[J]. 中国临床医生杂志, 2007, 35(3): 19.
- [5] 丁曙晴, 丁义江, 王玲, 等. 针灸治疗便秘 31 例临床疗效分析[J]. 中华中医药学刊, 2008, 26(2): 435.
- [6] 金 洵, 丁义江, 王玲玲, 等. 针刺治疗慢性功能性便秘疗效观察[J]. 中国针灸, 2010, 30(2): 98-100.
- [7] Diamant NE, Kamm MA, Wald A, et al. A GA technical review on anorectal testing techniques[J]. Gastroenterology, 1999, 116: 73-260.
- [8] 丁曙晴, 丁义江. 盆底表面肌电生物反馈在功能性排便障碍诊治中的应用[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2009, 31(5): 349-350.
- [9] 丁曙晴, 丁义江. 生物反馈训练与排便障碍性疾病[J]. 中国临床医生杂志, 2008, 36(4): 21.
- [10] 丁义江, 金 洵. 慢性功能性便秘中医药疗效评价体系探讨[J]. 辽宁中医药大学学报, 2011, 12(4): 19-21.