

· 思路与方法 ·

基于“升清降浊”分型论治直肠癌术后
低位前切除综合征[※]裴正颖¹ 范 铎² 王 珍² 郭佳慧² 郝淑兰^{3▲}

摘 要 文中基于“升清降浊”理论,概括低位前切除综合征(LARS)核心病机为“中州虚羸,枢机不利”,并进一步阐述其分型演变规律:急迫失禁型病机为脾虚清阳不升,魄门失约;排空障碍型病机为胃虚通降无力,魄门不利。治疗方面,急迫失禁型治以补中升降、收涩止泻,而排空障碍型治以补中升降、通腑降浊,从而实现“升清降浊”的动态平衡,临床疗效显著,为 LARS 的治疗提供新思路。

关键词 升清降浊;低位前切除综合征;直肠癌;分型论治;中州虚羸;枢机不利;补中升降

低位前切除综合征(low anterior resection syndrome, LARS)是指直肠癌前切除术后排便功能的紊乱,以排便频率增加、排便急迫、遗粪、大便性状改变、排空困难为特异性症状。该综合征通过生理功能障碍(厕所依赖)、心理压力(过度关注肠道功能)以及社会功能受限(日常活动受限以及社交退缩)三个方面,显著降低患者生存质量^[1]。流行病学数据显示,中国直肠癌发病率居恶性肿瘤第二位^[2]。直肠癌治疗以手术为主,大约 73.3%~77.0% 的患者选择保肛手术^[3],而术后 LARS 的发生率可达 34%~80%^[4]。目前 LARS 的病理机制尚不明确,现代研究认为其与自主神经支配和直肠抑制反射的破坏、肛门内括约肌功能障碍、肛管感觉减弱以及新直肠的容量和顺应性下降有关^[5]。

根据临床表现,LARS 可分为急迫失禁型和排空障碍型。急迫失禁型以急迫感明显、排便频繁、控制气体和粪便(尤其是稀便)困难为特征;排空障碍型则表现为排便频繁、排便困难、里急后重感明显^[6]。现代医学治疗 LARS 主要采用摄入高纤维食物、应用止泻药物、盆底康复训练、肛门灌洗以及骶神经刺激等^[7]方

法。目前治疗方案大多针对 LARS 急迫失禁型,疗效主要取决于患者的实施^[8],缺乏特异性。值得关注的是,中医药在治疗 LARS,改善患者生活质量方面已经表现出独特优势^[3,9]。

LARS 属于中医学“泄泻”“便秘”的范畴。当前,学者多以脾虚湿盛^[10]、脾肾亏虚^[11]、脾胃虚损^[12]、脾虚湿热兼气滞血瘀^[13]为病机论治 LARS 急迫失禁型。本文基于“升清降浊”理论,从气机升降角度论治 LARS,认为急迫失禁型应责之于脾虚升清不足,而排空障碍型应责之于胃虚通降无力。据此,本文提出以补中升降法调和脾胃气机,以恢复升降平衡,为 LARS 的治疗提供新思路。

1 “升清降浊”理论内涵

人体生理功能的正常依赖于脾胃的升清降浊。《四圣心源·天人解》言:“水谷入胃,脾阳磨化,渣滓下传,而为粪溺,精华上奉,而变气血。”脾主升清,输布水谷精微濡养全身;胃司降浊,传导糟粕排出人体。脾胃升降相因,是气机运转的枢纽,故协调脾胃升降是治疗脾胃疾病的关键。金代医家李东垣在其著作《脾胃论》中,系统阐述了“升清降浊”理论,将其发展为脾胃疾病辨治的核心病机,如《脾胃论·脾胃盛衰论》言“若饮食不节,损其胃气,不能克化,散于肝,归于心,溢于肺,食入则昏冒欲睡,得卧则食在一边,气暂得舒,是知升发之气不行”,指出脾胃虚损的病机在于脾虚清阳不升。李东垣重视升发脾胃之阳气,创立益气升阳法补益脾胃,主张“以辛甘温之剂,补其中而升其阳,甘寒以泻其火”,开创升清阳治脾胃的先河。

※基金项目 山西省中医药管理局中医药创新团队建设项目(No. zyytd2024001);山西省中医药重点研究室建设项目(No. zyyyjs2024001);中央引导地方科技发展资金项目(No. YDZJSX20231 C020)

▲通信作者 郝淑兰,女,副主任医师,硕士研究生导师。研究方向:中医药防治肿瘤疾病的研究。E-mail:dxl328321@163.com

• 作者单位 1.山西省中医药研究院(山西 太原 030012);2.山西中医药大学(山西 晋中 030002);3.山西省中医院(山西 太原 030012)

清代医家叶天士在此理论上进一步发展,主张脾胃分治,提出“腑病以通为补,与守中必致壅逆”,认为治胃病应侧重通降腑气,忌用补脾升提之品。脾胃分治的核心法则由此确立,其精要在于“治脾以升清为贵,疗胃以降浊为先”。现代研究表明,胃肠动力正常维持依赖于脾胃升降^[14]。从生理机制解析,“脾主升清”对应营养物质的吸收转运以及线粒体能量代谢的过程;“胃主通降”则与中枢神经、自主神经、肠神经系统以及兴奋性胃肠激素共同调控的胃肠蠕动直接相关^[15-16]。这表明,“升清降浊”理论对排便功能紊乱类疾病的诊疗具有重要指导价值。

2 基于“升清降浊”理论阐释 LARS 病机

2.1 LARS 核心病机:中州虚羸,枢机不利 “脾胃亏虚,癌毒内盛”是直肠癌发生的根本病机^[17]。现代研究表明,LARS作为直肠癌术后的常见病症,其发生与直肠癌术后化疗药物密切相关^[18],而化疗药物最易损伤脾胃^[19]。脾胃为人体之中州,为气机升降之枢纽。《四圣心源·中气论》言:“中气衰则升降窒。”直肠癌患者脾胃本虚,再经术后化疗攻伐脾胃,终致中州虚羸、枢机不利。脾虚易生湿邪,而湿性黏滞、趋下,易聚于肠腑;加之直肠癌术后局部瘀血与余毒未清,三者搏结凝聚,终成胶着难解之浊毒。浊毒聚于肠腑,阻滞气机,加重升降失衡。鉴于“魄门亦为五脏使”,肛门开阖赖五脏气机调节,而脾胃为气机升降之枢纽,枢机不利则五脏气机失调,进而影响魄门功能,故LARS之核心病机在于“中州虚羸,枢机不利”。因此,辨治LARS当以调节气机升降为纲,其分型演变实为枢机失衡的动态体现:脾虚升清不足,发为急迫失禁型;胃虚通降无力,发为排空障碍型。

2.2 急迫失禁型:脾虚清阳不升,魄门失约 LARS急迫失禁型的病机为脾虚清阳不升,魄门失约。其典型症状为肛门坠胀、排便急迫、便意频数、排便失禁、大便溏泄。此病机涵括两个方面:一为“脾气下陷”,如《灵枢》所言“中气不足,溲便为之变”,升举无力则肛门坠胀,固摄无权则糟粕失控而失禁;二为“脾失健运”,正如叶天士所警示“脾气下陷固病,即使不陷,但失健运亦病”,运化失常则肠腑失养,清浊不分则下注便溏。此外,浊毒刺激肠腑,可导致肛门灼热、排便急迫。

现代医学研究^[5]表明,LARS排便失禁与肛门内括

约肌松弛、直肠抑制反射受损、新直肠顺应性下降以及肛管感觉减弱的病理改变有关。从中医角度解析,脾失健运,肛周宗筋失养,导致肛门内括约肌松弛、神经反射失调;而脾气下陷,肠腑、肛门失于固摄,导致新直肠顺应性下降,人体对肛门感知力减弱。LARS的病理变化为急迫失禁型以“脾虚清阳不升,魄门失约”为病机提供了有力的佐证。

2.3 排空障碍型:胃虚通降无力,魄门不利 LARS排空障碍型的病机为胃虚通降无力,魄门不利。大便质干、排便费力、里急后重、腹胀是排空障碍型的特异性表现。《临证指南医案》指出“下焦便不通调,九窍不和,都胃病也”,故可知LARS排空障碍型病位在胃。“胃宜降则和”,若胃气亏虚,无力降浊,大肠传化失职,导致排便费力。浊毒、糟粕互结于肠腑,激惹魄门产生便意,加之胃气亏虚推动无力,则表现为里急后重。浊滞久积,日久化热,耗伤津液,则燥屎内结;久积导致胃气上逆,“浊气在上,则生膜胀”,因此临床表现出腹胀的症状。

现代研究^[20]表明,手术切除后自主神经去神经支配导致的新直肠运动障碍,是造成大便排空困难的重要因素。直肠通过蠕动推动燥屎排出与胃气降浊推动糟粕传导的生理特性相契合,故上述病理改变可归结为“胃虚通降无力”,致使肠腑气机壅滞、传导失司,发为“魄门不利”之排空障碍。

3 基于“升清降浊”阐述 LARS 治法 治则

脾胃疾病皆可从“升降”论治。李东垣治脾胃疾病重在治脾,以升清阳为主。叶天士主张“脾宜升则健,胃宜降则和”,提示脾胃应该分而论治:脾病治以升清,胃病治以通降。LARS急迫失禁型病位在脾,排空障碍型病位在胃。此外,LARS是本虚标实的病症,以中州虚羸为本,浊壅肠腑为标。故LARS应以升降同调,补泻兼施为主要治则。

3.1 急迫失禁型:补中升降,收涩止泻 LARS急迫失禁型以每日排便次数增多(每日5~6次甚或10余次)、大便质稀、肛门重坠、纳差、神疲乏力为主要表现。其辨证要点在于脾虚太过,浊毒不盛。治疗上应采取补中升降之法,可用黄芪、人参、升麻、当归、木香、枳壳、枳实、黄连、蒲公英进行组方。方中以黄芪、人参、升麻、当归益气升阳,配伍木香、枳壳、枳实降气化滞,佐以黄连、蒲公英清肠腑浊毒。

本型以脾虚为主,浊毒虽轻却黏滞难消,故治疗初期应该以补益中气、调理升降、祛除浊毒为关键。临证需详辨浊毒盛衰,不宜过早使用收涩之品,以免浊毒留滞,导致病情迁延难愈。若肛门灼热、排便急迫感消失或肛门坠胀转为空坠,表明肠腑浊毒已祛。若此时排便失禁症状仍未缓解,方可酌加炒薏苡仁、炒山药、莲子、乌梅、补骨脂、肉豆蔻等涩肠止泻之品,以防久泻伤正。脾虚则湿邪易生,湿困则脾不健运,故治疗后期常在健脾运的同时,配伍薏苡仁以防湿邪滋生,助脾运化。《本草经解》评薏苡仁:“微寒……久服轻身益气者。湿行则脾健而身轻。”若久泻伤肾,则投补骨脂、山茱萸、黄精、女贞子、墨旱莲、淫羊藿等药,以补肾止泻,其中山茱萸、黄精、女贞子酒制更助其温通之性。另外,方中常以乌梅为引,既引药入大肠,其酸收之性亦有助固涩,协同补中升降之法。

3.2 排空障碍型:补中升降,通腑消积 LARS排空障碍型以术后大便质干、排便费力、里急后重、腹胀、排气偏多为主要表现。其辨证要点在于中气未馁,浊毒壅盛。治宜补中升降,通腑降浊。基于前述补中升降法之基础,常配伍豆蔻、厚朴、槟榔等降气之品,以理气机、降浊阴,以消黏滞浊毒,正如《四圣心源》所载“胃降则心肺亦降,故金火不滞”。其中豆蔻、厚朴性温,与原方性寒之枳壳、枳实配伍,寒热相宜,共和肠腑;槟榔性如铁石之降,主以破气消滞。若温燥之品较多,可加白芍以敛阴,调和药性。若浊毒黏滞难消,易日久化热,则加浙贝母、蒲公英、白花蛇舌草等配伍原方黄连以清热解毒,同时配伍郁金、大血藤以活血祛瘀,共同疏通行气之道,以助人体升清降浊的恢复。

4 临床验案

4.1 LARS急迫失禁型案 患者,男,43岁,2021年4月23日就诊。患者于2016年9月进行直肠癌根治术,术后病理提示“直肠溃疡型中分化腺癌”,术后进行奥沙利铂+卡培他滨辅助化疗8个周期;2020年7月进行左肺下叶切除术+纵隔淋巴结清扫术,术后病理提示“符合转移性腺癌,结直肠来源可能”,术后进行6个周期化疗,近期CT、彩超检查均未见明显异常。刻下症见:排便急迫,大便每日7~8次,不成形,质黏,胸闷气短,小便调,纳眠可,舌淡苔白,脉细弱。西医诊断:低位前切除综合征急迫失禁型。中医诊断:泄泻,辨为脾虚清阳不升,气虚下陷证。治宜补益脾胃,调和升降,渗湿止泻,当以补中升降为法进行组方。

处方:黄芪30g,人参10g,升麻6g,当归10g,木香10g,枳壳30g,枳实30g,黄连10g,蒲公英30g。7剂,每日1剂,水煎煮取200mL,于早、晚空腹时温服。

2021年5月1日二诊:气短、头晕好转,稍感乏力,排便急迫感消失,大便每日5~6次,质黏,小便调,纳眠可,舌淡苔白,脉细弱。上方加肉豆蔻10g,补骨脂15g,炒薏苡仁20g,醋五味子10g。20剂,每日1剂,水煎煮取200mL,于早、晚空腹时温服。

2021年6月21日三诊:气短偶有,大便每日2~3次,质可,小便调,纳眠可。上方基础上加麦冬10g,白花蛇舌草增至60g。20剂,每日1剂,水煎煮取200mL,于早、晚空腹时温服。

2021年8月10日四诊:气短,二便调,纳眠可,余无明显不适。上方基础上去薏苡仁,加酒萸肉10g、熟地黄10g。15剂,每日1剂,水煎煮取200mL,于早、晚空腹时温服。

按 患者手术、放化疗后出现大便稀溏且常觉气短,考虑其病位在脾、肾。肾虚则不纳气,发为气短;脾虚清阳不升,发为急迫失禁型。以补中升降法组方用药后,二诊时患者排便急迫感消失,泄泻稍有缓解,故加入肉豆蔻、补骨脂补肾固涩,炒薏苡仁健脾渗湿,五味子收涩。三诊时大便质可,大便频繁缓解,但偶有气短,故加入麦冬,与方中人参、五味子共奏益气养阴之效;白花蛇舌草增量以清泄余毒。四诊时大便调,但仍然气短,治疗侧重由脾转肾,遂加入熟地黄、酒萸肉,以滋肾固肾,缓解气短症状。本案始终以补中升降法健运中州、调畅气机为本,兼以祛湿收涩治标,终获良效。

4.2 LARS排空障碍型案 患者,男,58岁,2023年2月21日就诊。患者于2022年7月进行直肠微创手术,术后病理提示“腺癌”,遂行造瘘术,并于2022年10月行造瘘回纳术,术后反复出现里急后重、腹胀、大便费力,依赖药物通便,屡经治疗效果不佳。刻下症见:腹胀,排便无力,里急后重感,神疲乏力,纳少,睡眠可,小便调,舌淡胖有齿痕,苔薄白,脉沉细。西医诊断:低位前切除综合征排空障碍型。中医诊断:便秘,辨为中气不足,肠腑气滞证。治宜补益脾胃,调和升降,行气通腑,当以补中升降为法进行组方。处方:黄芪30g,人参10g,升麻6g,当归10g,木香10g,枳壳30g,枳实30g,黄连10g,蒲公英30g。14剂,每日1剂,水煎煮取200mL,于早、晚空腹时温服。

2023年3月21日二诊:神疲乏力明显好转,仍有

里急后重感,但较前明显减轻,舌淡胖苔薄白,脉沉细。上方加土茯苓 30 g,牡丹皮 30 g,槟榔 10 g。14剂,每日1剂,水煎煮取 200 mL,于早、晚空腹时温服。

2023年5月19日三诊:里急后重感消失,大便日行 2~3次,午后自觉胸闷气短,舌淡胖,苔薄白,脉沉细。上方基础上加白花蛇舌草 30 g,焦神曲 15 g,麦冬 15 g,醋五味子 10 g,增黄芪用量至 60 g,黄连用量至 20 g。14剂,每日1剂,水煎煮取 200 mL,于早、晚空腹时温服。

此后随访半年,患者里急后重感未再复发。

按 患者是典型的 LARS 排空障碍型。术后正气大伤,胃气亏虚,无力通降,大肠传导失常,糟粕排出不畅而滞留肠腑,与浊毒互结阻碍气机运行,导致排便困难。治疗上应以补中升降法进行组方。二诊时患者里急后重感减轻,加入土茯苓以增强祛湿之效,加入牡丹皮以活血化瘀,加槟榔以增强理气降气之效。三诊时患者里急后重感消失,但午后自觉胸闷气短,说明仍存在气虚、气机不畅,遂加大黄芪用量以补气,并配焦神曲以健脾助运,理气化湿;虽然补益脾胃初见成效,但浊毒仍瘀积在内,遂加入白花蛇舌草,并加大黄连用量,以防积滞化热;考虑补气理气药物耗伤阴液,遂加入麦冬、五味子养阴益气之品,扶助正气,共同恢复脾胃健运、气机升降。本案例遵循补中升降、通腑降浊的治则,使 LARS 排空障碍型患者的症状得到显著改善。

5 小结

本文基于“升清降浊”理论,概述了低位前切除综合征的核心病机为“中州虚羸,枢机不利”,提出其分型演变规律:脾虚升清不足致急迫失禁型,病理关键在于肠腑失养、固摄失司;胃虚降浊不足致排空障碍型,病理基础在于浊毒壅滞、通降无力。针对 LARS 邪实而正虚的特点,治疗上应以补中升降为核心,同病异治,对于急迫失禁型治以收涩止泻,对于排空障碍型治以通腑降浊。临床实践表明,此分型论治方案能显著改善患者相关症状,为 LARS 的中医诊疗提供了新的思路。

参考文献

- [1] KEANE C, FEARNHEAD N S, BORDEIANOU L, et al. International consensus definition of low anterior resection syndrome[J]. *Colorectal Dis*, 2020, 63(3): 331-341.
- [2] 郑荣寿,陈茹,韩冰峰,等. 2022年中国恶性肿瘤流行情况分析[J].

中华肿瘤杂志, 2024, 46(3): 221-231.

- [3] 李英,许睿,王琼,等. 雷火灸联合盆底肌功能训练治疗直肠癌术后低位前切除综合征 32 例临床研究[J]. *江苏中医药*, 2024, 56(12): 41-44.
- [4] 张芳弟,万雪,闫雪南. 影响直肠癌保肛根治术后发生 LARS 的相关因素分析[J]. *黑龙江医学*, 2025, 49(7): 786-789.
- [5] KAY D I, THEISS L M, CHU D I. Epidemiology and pathophysiology of low anterior resection syndrome [J]. *Semin Colon Rectal Surg*, 2021, 32(4): 100844.
- [6] 徐云鹤,柳越冬. 直肠癌前切除综合征病因及中西医治疗概况[J]. *辽宁医学杂志*, 2022, 36(2): 93-97.
- [7] RYOO S B. Low anterior resection syndrome [J]. *Ann Gastroenterol Surg*, 2023, 7(5): 719-724.
- [8] ZHANG R, LUO W, QIU Y, et al. Clinical management of low anterior resection syndrome: review of the current diagnosis and treatment [J]. *Cancers*, 2023, 15(20): 5011.
- [9] 崔文文,肖守铜,管忠安. 姜春英名老中医补脾益肾法治疗直肠癌前切除综合征疗效观察[J]. *现代中西医结合杂志*, 2023, 32(18): 2583-2586.
- [10] 丰硕,叶晖,武颖超,等. 参苓白术颗粒治疗直肠癌低位前切除综合征的双盲随机对照临床研究[J]. *北京中医药大学学报*, 2024, 47(7): 953-960.
- [11] 吴柯玫,金鑫,吴金玲,等. 直肠癌术后伴低位前切除综合征验案举隅[J]. *中医临床研究*, 2024, 16(5): 111-114.
- [12] 王兆京, 还向坤, 吴冠楠, 等. 补中益气汤加减治疗急迫失禁型低位前切除综合征(脾胃虚损证)的临床研究[J]. *中医药导报*, 2021, 27(2): 80-83.
- [13] 叶忠伟,吴雪莲,吴敏华,等. 仙桔汤加味治疗直肠癌术后低位前切除综合征临床观察[J]. *浙江中医杂志*, 2019, 54(6): 419.
- [14] 李予焯,刘宏岩. 胃肠动力低下下的中西医研究概况[J]. *长春中医药大学学报*, 2017, 33(6): 1036-1038.
- [15] 柳丽松,刘晓培,吴范武. 脾主运化的研究进展[J]. *华北理工大学学报(医学版)*, 2024, 26(5): 417-420.
- [16] 蒋里,张耀夫,孟繁章,等. 基于通降理论探讨降胃理脾法在糖尿病胃轻瘫的应用[J]. *环球中医药*, 2021, 14(5): 923-926.
- [17] 高宇,郝淑兰,张福鹏,等. 从“人体失和-癌毒传舍”探讨结肠直肠癌肝转移各阶段辨治思路[J]. *中华中医药杂志*, 2022, 37(10): 5837-5840.
- [18] YE L, HUANG M, HUANG Y, et al. Risk factors of postoperative low anterior resection syndrome for colorectal cancer: a meta-analysis [J]. *Asian J Surg*, 2022, 45(1): 39-50.
- [19] 张月月,张东伟. 基于“疏达少阳”治疗肿瘤化疗后胃肠道反应经验[J]. *中医临床研究*, 2025: 1-4.
- [20] VARGHESE C, WELLS C I, BISSETT I P, et al. The role of colonic motility in low anterior resection syndrome [J]. *Front Oncol*, 2022, 12: 975386.

(收稿日期:2025-04-09)

(本文编辑:金冠羽)