

魏玮教授辛开苦降法治疗功能性便秘经验总结

张建非¹ 魏玮² 苏晓兰²

100020北京市朝阳区劲松社区卫生服务中心¹

100102中国中医科学院望京医院²

doi:10.3969/j.issn.1007-614x.2017.24.53

摘要 功能性便秘为临床常见功能性胃肠病。该病病程较长,易反复发作,对患者生活质量影响较大。魏玮教授治疗脾胃病经验丰富,擅于运用辛开苦降的半夏泻心汤治疗功能性便秘,效果显著,复发率低。本文就魏玮教授论治功能性便秘方法及特色进行了简单介绍。

关键词 魏玮;功能性便秘;辛开苦降

Professor Wei Wei's experience in treating functional constipation with acrid-release and bitter-downbearing therapy

Zhang Jianfei¹, Wei Wei², Su Xiaolan²

Jinsong Community Health Service Center, Chaoyang District, Beijing City 100020¹

Wangjing Hospital of China Academy of Chinese Medical Sciences 100102²

Abstract Functional constipation is a common functional gastrointestinal disease, which has a longer course and is prone to recurrent attacks, which has a great impact on the quality of life of the patients. Professor Wei Wei has rich experience in the treatment of spleen and stomach diseases, and is good at the use of Banxia Xiexin decoction with acrid-release and bitter-downbearing therapy in the treatment of functional constipation. The effect is remarkable and the recurrence rate is low. This article briefly introduces the treatment methods and characteristics of functional constipation.

Key words Wei Wei; Functional constipation; Acrid-release and bitter-downbearing

魏玮教授是中国中医科学院望京医院脾胃病专家,博士研究生导师,业医30余载,精研中医古籍,经验丰富,善用辛开苦降、温肾健脾、活血化瘀、调畅情志等治法治疗脾胃病。笔者有幸侍其左右,就魏玮教授运用辛开苦降法治疗功能性便秘进行归纳、总结。

病因病机

功能性便秘是指以大便排出困难、排便不适及排便时间延长为主诉的病症。中医学称便秘为“脾约”“阴结”。“阴结”等。《医学正传》所云“有年高血少,津液枯竭;或因有所脱血,津液暴竭;或新产之妇,气血虚耗,以致肠胃枯涩;或体虚之人,摄养乖方,三焦气滞,运化不行,而肠胃壅滞,遂成便秘”^[1]。便秘原因可总结为肠胃积热、津液不足、劳倦体弱、气机郁滞等。其病位在肠,又与肺、脾、胃、肝、肾等脏腑有关。对便秘的治疗,《岳岳全书·秘结》说^[2]:“阴结者邪有余,宜攻宜泻者也;阴结者正不足,宜补宜滋者也。”

魏玮教授认为目前因便秘就诊者,单纯的气虚、血虚、阴虚或阳虚便秘少见,往往相伴存在,虚实夹杂者居多,

病性一般多属本虚标实、寒热错杂,且情志因素在本病发展过程中具有重要地位。故魏教授认为该病的基本病机为寒热错杂、运化失调、气机不畅。因此临床常选用仲景半夏泻心汤加减以辛开苦降、寒热平调,旨在疏通肠道,使气机通畅、清阳自升、浊阴自降。

典型病例

初诊:患者,女,76岁,主因“便秘20余年,大便未解7d”于2016年12月29日入院。患者20年前无明显诱因出现便秘,大便5~6d一行,便干呈羊屎状,属于Bristol分型2型,偶需开塞露辅助排便,便后无肛门下坠感或排便不尽感。2015年9月因不完全肠梗阻于望京医院住院治疗,诊断为不完全性肠梗阻,经治疗后好转出院。7d前无明显诱因出现大便未解,自服芪蓉润肠、通便灵、番泻叶效不佳,4d前甘油灌肠治疗后大便仍未行,今日就诊于我院门诊。现症见大便7d未行,腹胀,得温胀减,有排气、口干不苦、喜热饮,无反酸烧心,无腹痛,无心慌胸闷,寐差、夜尿频,2~3次/夜。近半年体重无明显变化。舌象见舌红、苔薄黄,脉弦细。中

医诊断为肠结。辨证:脾虚血瘀,津亏肠燥。中药治以辛开苦降,益气生津,疏肝解郁。方药:清半夏10g,干姜10g,黄芩10g,黄连8g,太子参30g,枳实30g,厚朴30g,黄芪45g,玫瑰花30g,合欢花30g,火麻仁60g,苦杏仁10g,炒酸枣仁60g,大枣10g,生姜6片。6剂,水煎服,2次/d。

2诊:2017年1月5日,患者诉大便2d前已行,便质干、呈香肠状、表面凹凸、量少,腹部胀满较前减轻,无头晕、头痛,无心悸、胸闷,舌红、苔薄黄,脉沉细。原方基础上加黄芪至90g,郁李仁60g。

3诊:2017年1月12日,患者诉近日大便2~3d一行,质可、表面光滑,无排便困难,无腹痛腹胀,舌红、苔微黄,脉沉细。原方基础上加黄芪至120g,合欢花、玫瑰花改为18g。

4诊:2017年1月19日,患者诉近日大便1d一行,质可,嘱患者继续口服原方6剂,后未再复诊。

按:此患者间断便秘20余年,素体脾虚胃弱、升降失常、气机滞涩,故见脘腹痞满,大便干结,日久则肝气郁结,

(下转第89页)

表1 两组患者复苏前血流动力学与BNP的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	BNP(pg/mL)	GEDVI(mL/m ²)	HR(次/min)	MAP(mmHg)	CVP(mmHg)	CO(L/min)
观察组	28	158.5 ± 6.1	654.3 ± 8.2	123.1 ± 3.1	65.4 ± 4.2	9.3 ± 4.4	3.9 ± 1.4
对照组	12	277.1 ± 9.8	762.3 ± 9.9	119.9 ± 4.2	67.3 ± 4.7	10.2 ± 1.2	4.1 ± 1.8
t		3.652	3.481	0.125	0.227	1.328	1.423
P		0.021	0.025	1.125	0.854	0.568	0.457

表2 两组患者复苏后血流动力学与BNP的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	BNP(pg/mL)	GEDVI(mL/m ²)	HR(次/min)	MAP(mmHg)	CVP(mmHg)	CO(L/min)
观察组	28	204.3 ± 5.1	786.1 ± 8.5	115.2 ± 2.1	83.1 ± 4.1	11.5 ± 4.1	6.1 ± 1.2
对照组	12	415.2 ± 7.8	794.3 ± 2.9	113.1 ± 3.2	79.3 ± 3.7	12.8 ± 1.3	4.8 ± 1.3
t		7.649	0.168	0.113	1.766	1.328	3.876
P		0.005	0.997	1.065	0.854	0.315	0.019

复苏后两组之间血流动力学参数以及BNP值对比:复苏后两组之间的HR、MAP、CVP以及GEDVI差异不具有统计学意义($P > 0.05$);但观察组的CO要高于对照组,BNP要低于对照组,两组之间差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

讨论

脓毒性休克患者很容易出现发热、腹泻以及呕吐等并发症,进而会丢失大量的体液,再加上炎症反应以及感染等导致血管扩张,病情严重的患者还有可能导致毛细血管渗漏,最终会导致患者体内的有效循环血量不足,因此在患者发病早期便进行相应的治疗能够提升患者的生存率^[4]。然而盲目的液体复苏很容易导致患者出现心力衰竭、肺水肿以及呼吸衰竭等症状,从而使得机械通气的时间延长,最终会提升患者的死亡率^[5]。

因此对患者的容量反应性进行评估,对休克患者的液体复苏进行有效指导,对于休克患者的临床治疗非常重要。

通过本次的研究可以了解到,观察组与对照组在复苏前HR、MAP、CVP、CO均不具有统计学意义($P > 0.05$),表明HR、MAP、CVP、CO指标并不能够准确的反应出现休克患者的容量反应性,对于休克患者的液体复苏并没有指导价值。在复苏前观察组的BNP、GEDVI指标与对照组差异存在统计学意义($P < 0.05$),但复苏后观察组的GEDVI指标与对照组差异不存在统计学意义($P > 0.05$),因此GEDVI指标同样不适合在休克患者的液体复苏中作为临床指导。但复苏后两组患者的血浆BNP指标差异同样具有统计学意义($P < 0.05$),因此血浆BNP能够在休克患者液体复苏中进行有效的指导,对于脓毒性休克患者的临床

治疗有很重要的意义。

参考文献

- [1] 顾晓静. 静动脉二氧化碳分压差联合脑钠肽测定在严重脓毒症及脓毒症休克患者液体复苏中的作用[D]. 河北医科大学, 2015.
- [2] 郭霞. 不同液体早期复苏对感染性休克患者预后及脑钠肽水平的影响[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2016, 12(2): 74-77.
- [3] 王小智, 邢柏. 脑钠肽对脓毒性休克患者液体反应性的预测价值[J]. 海南医学, 2016, 19(3): 3097-3101.
- [4] 宛明明. PICCO监测技术指导创伤性休克患者液体复苏的临床研究[D]. 大连医科大学, 2015.
- [5] 石国权. 早期目标指导治疗对感染性休克患者的心肌保护作用研究[J]. 中国医药导刊, 2015, 12(2): 132-134.

(上接第87页)

失眠多梦, 结合舌脉属寒热错杂之便秘, 治疗予半夏泻心汤加减, 方中半夏、干姜辛温开散, 黄芩、黄连苦寒沉降, 四药相合, 辛开苦降, 恢复中焦气机升降。配以枳实、厚朴加强行气消滞之功; 重用生黄芪, 得气而津液得生; 玫瑰花、合欢花以疏肝解郁, 调畅情志; 火麻仁、苦杏仁润肠通便、滋养补虚。炒枣仁养心安神, 全方合用, 共奏辛开苦降、健脾疏肝、解郁安神之功。

论治经验

魏玮教授认为患者每因解便困难而屡用泻下之物, 如大黄、番泻叶、开塞露等暂通肠腑, 而《景岳全书》载“凡病涉虚损而大便秘结不通, 则硝、黄攻击等剂不可用”, 应避免泻剂的乱用而致

胃肠功能紊乱, 而且还会由于长期的泻剂依赖形成大肠黑变病、泻剂依赖性肠病等^[3]。百病皆由脾胃衰而生, 便秘患者大多脾胃虚弱, 运化失司, 中焦受困, 气机升降逆乱, 大肠传导失常, 多导致便秘, 故以调理脾胃为根本, 恢复中焦脾土的枢机功能, 从而疏导糟粕外泄, 达到升清降浊的目的。辛开苦降、升清降浊为治疗功能性便秘之大法, 使运化得以恢复, 大便自通。在辛开苦降基础上, 腹胀满闷者加枳实、厚朴以理气消胀, 加炒谷芽、炒麦芽以消食导滞, 加石斛、麦冬以滋胃阴、厚胃肠, 加火麻仁、郁李仁、苦杏仁润肠通便, 腹痛者加炒白芍、炙甘草, 痛有定处如锥刺者加丹参、红花以活血通络, 失眠多梦者重加炒枣仁, 情绪低落者加郁金、玫瑰花、合欢花, 气血两虚者重用生黄

芪。煎药时嘱放生姜, 取其辛温之性, 温胃和中散寒, 并解半夏之毒。外治法以大黄粉穴位贴敷, 泄热通腑导滞。综合分析用仲景半夏泻心汤“辛开苦降”之法, 恢复中焦脾土枢纽功能, 升清降浊、降浊通窍, 便秘自可缓解。全方合用, 消痞散结, 胃肠升降得复, 大便得通。同时注意调畅情志, 生活作息规律, 身心并治是提高本病临床治愈率、降低复发率、提高患者生活质量的重要环节。

参考文献

- [1] 虞转. 医学正传[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011: 236.
- [2] 张景岳. 景岳全书[M]. 人民卫生出版社, 2007: 764.
- [3] 张伟林, 王晓斌. 大肠黑变病的临床特点分析[J]. 中国医药指南, 2010, 8(19): 121-122.