

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.15.023

标准与规范

便秘中医诊疗专家共识意见 (2017)

中华中医药学会脾胃病分会

便秘是临床常见病、多发病。流行病学调查及回顾性研究显示,我国老年人便秘患病率为 18.1%,儿童的患病率为 18.8%,均显著高于一般人群的 8.2%;农村人口患病率为 7.2%,显著高于城市人口的 6.7%^[1]。中医药治疗便秘积累了丰富的临床经验,如《伤寒论》创立了蜜煎导法,所记载的麻子仁丸至今仍在临床广泛应用,取得了较好的疗效。2008 年中华中医药学会公布了《中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分》^[2],2009 年中华中医药学会脾胃病分会公布了《慢性便秘中医诊疗共识意见》^[3],促进了便秘中医药诊治规范的完善。近年来便秘的临床研究不断进展,有必要对既往的共识意见进行更新。

中华中医药学会脾胃病分会于 2014 年 8 月在合肥牵头成立了《便秘中医诊疗专家共识意见》起草小组。小组成员依据循证医学的原理,广泛搜集循证资料,并先后组织国内脾胃病专家就便秘的证候分类、辨证治疗、诊治流程、疗效标准等一系列关键问题进行总结讨论,形成本共识意见初稿,并按照国际通行的德尔斐法进行了 3 轮投票。2015 年 9 月,于重庆进行了第一次投票,并根据专家意见,起草小组对本共识意见进行了修改。2015 年 12 月,在北京进行了第二次投票。中华中医药学会脾胃病分会于 2016 年 6 月,在厦门召开核心专家审稿会,来自全国各地的 20 余名脾胃病学知名专家对本共识意见(草案)进行了第三次投票,并进行了充分讨论和修改。2016 年 7 月在哈尔滨第 28 届全国脾胃病学术会议上,专家们再次进行讨论、修改和审定,并于 2016 年 9 月在北京召开了专家定稿会议,完成了本次共识意见的制定。表

决选择: 1) 完全同意; 2) 同意,但有一定保留; 3) 同意,但有较大保留; 4) 不同意,但有保留; 5) 完全不同意。如果 $>2/3$ 的人数选择 1), 或 $>85\%$ 的人数选择 1) + 2), 则作为条款通过。现将全文公布如下,供国内外同道参考,并冀在应用中不断完善。

1 概述

1.1 便秘是指排便次数减少(每周排便 <3 次),粪便干硬难下,或粪质不干但排便困难

《中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分》^[2]指出便秘为每周排便 <3 次,无稀便,大便硬结或呈团块,或排便费力,或有排便不尽感,或排便时需用手法协助。

《中国慢性便秘诊治指南(2013,武汉)》^[4]指出便秘的主要临床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、排便不尽感、排便费时及需手法辅助排便。

罗马 IV 诊断标准^[5-7]对便秘的描述为:排便为硬粪或干球粪,排便费力,排便有不尽感,排便时有肛门直肠梗阻/堵塞感,以及排便需要手法辅助。

1.2 中医病名除“便秘”外,尚有“后不利”“大便难”“脾约”“秘结”等病名,其治疗经验可供临床参考

便秘之症首见于《黄帝内经》,其称便秘为“后不利”“大便难”。汉代张仲景所著《伤寒杂论》称便秘为“脾约”。《景岳全书·秘结篇》将便秘分为阳结、阴结。而“便秘”一名首见于清代沈金鳌所著《杂病源流犀烛》,并沿用至今。

1.3 便秘既可作为功能性疾病独立存在,也可作为症状见于多种器质性疾病,临床应注意鉴别诊断

常见引起便秘的器质性疾病有^[8,9]: 结直肠肿瘤、肠腔梗阻或狭窄、肛裂、内痔、直肠脱垂、肛周脓肿等消化系统疾病;脊髓损伤、多发性硬化

基金项目:北京市医院管理局重点医学专业发展计划-重点医学专业(中医脾胃病)(ZYLX201411);江苏省中医消化临床医学研究中心项目(BL2014100)

通讯作者:1) 张声生,首都医科大学附属北京中医医院消化中心, zhss2000@163.com; 2) 沈洪,江苏省中医院脾胃病科, shenhong999@163.com

症、帕金森病、脑卒中、脑肿瘤、自主神经病变、强直性肌营养不良、淀粉样变性等神经系统及肌肉疾病；糖尿病、高钙血症、低钾血症、甲状腺功能减退、甲状旁腺功能亢进、嗜铬细胞瘤等内分泌和代谢性疾病。

常见表现为便秘的功能性疾病主要包括便秘型肠易激综合征、功能性便秘、阿片剂诱导型便秘、功能性排便障碍（排便推进力不足、不协调性排便）等^[8]。

1.4 临证应综合病史、症状、体征，对高危人群应重视影像学 and 结肠镜检查

临证应注意分析便秘的原因，判断患者的全身状况，包括体育运动，精神心理因素，纤维素摄入，是否服用导致便秘的药物（阿片类药物、精神类药物、抗痉挛剂、抗胆碱能药物、多巴胺能药物、钙通道拮抗剂、胆汁酸结合类药物、非甾体抗炎药、钙剂和铁剂等），是否存在器质性疾病等。

大便隐血应作为便秘患者的常规检查和定期随诊项目。对年龄 > 40 岁，有便血、大便隐血试验阳性、贫血、消瘦等症状的便秘患者，应行必要的实验室、影像学及肠镜检查，及时发现肠道器质性疾病。

2 病因病机

2.1 病因主要有饮食不节、情志失调、久坐少动、劳倦过度、年老体虚、病后产后、药物所致等，部分患者与先天禀赋不足有关^[9]

过食肥甘厚腻，可致胃肠积热，大便干结；恣食生冷，可致阴寒凝滞，腑气不通。思虑过度，或久坐少动，致使气机郁滞，腑失通降。劳倦过度、年老体虚或病后产后，气血亏虚，气虚则大肠传送无力，血虚则肠道失于濡润，大肠传导失司。屡用苦寒泻下药物，则耗伤阳气，肠道失于温煦。部分患者与先天禀赋不足有关。

2.2 病位在大肠，与肺、脾（胃）、肝、肾诸脏腑的功能失调相关^[10-11]

“大肠者，传导之官，变化出焉”，故本病病位主要在大肠。导致大肠传导失司的原因很多，肺与大肠相表里，肺失宣降，则大肠传导无力；脾虚运化失常，则糟粕内停；胃热炽盛，耗伤津液，则肠失濡润；肝气郁结，气机壅滞，或气郁日久化火伤津，则腑失通利；肾主水而司二便，肾阴不足，肠道失濡；肾阳不足，失于温通，皆可发为本病。

2.3 基本病机为大肠通降不利，传导失司

阳明燥热伤津、气滞腑失通降、寒邪凝滞肠

腑、气虚推动无力、血虚肠道失荣、阴虚肠失濡润、阳虚肠失温煦^[11]。除上述病理因素、基本病机外，亦有湿、瘀所致的湿秘和瘀血秘。瘀血秘是多种因素共同作用的结果，而湿秘则如张景岳所云“再若湿秘之说，湿则岂能秘，但湿之不化，由气之不行耳，气之不行，即虚秘也，亦阴结也”。

2.4 病理性质可概括为寒、热、虚、实四个方面，且常相互兼夹或转化^[12-13]

随着病情变化，寒、热、虚、实之间常相互兼夹或转化，如肠道积热，久延不愈，津液渐耗，肠失濡润，病情可由实转虚；气血不足，运化失健，饮食停滞，胃肠积热，则可由虚转实。屡用苦寒泻下，耗伤阳气，阳虚不能温通，可由热转寒；寒凝日久，郁而化热伤阴，则可由寒转热；病情日久，又可见寒热虚实夹杂之象。

3 辨证分型

3.1 热积秘

主症：1) 大便干结；2) 腹胀或腹痛。次症：1) 口干；2) 口臭；3) 面赤；4) 小便短赤。舌脉：舌红苔黄，脉滑。

3.2 寒积秘

主症：1) 大便艰涩；2) 腹中拘急冷痛，得温痛减。次症：1) 口淡不渴；2) 四肢不温。舌脉：舌质淡暗、苔白腻，脉弦紧。

3.3 气滞秘

主症：1) 排便不爽；2) 腹胀。次症：1) 肠鸣；2) 胸胁满闷；3) 呃逆或矢气频。舌脉：舌暗红、苔薄，脉弦。

3.4 气虚秘

主症：1) 排便无力；2) 腹中隐隐作痛，喜揉喜按。次症：1) 乏力懒言；2) 食欲不振。舌脉：舌淡红、体胖大、或边有齿痕、苔薄白，脉弱。

3.5 血虚秘

主症：1) 大便干结；2) 排便困难；3) 面色少华。次症：1) 头晕；2) 心悸；3) 口唇色淡。舌脉：舌质淡、苔薄白，脉细弱。

3.6 阴虚秘

主症：1) 大便干结如羊矢；2) 口干欲饮。次症：1) 手足心热；2) 形体消瘦；3) 心烦少眠。舌脉：舌质红、有裂纹、苔少，脉细。

3.7 阳虚秘

主症：1) 大便干或不干，排出困难；2) 畏寒肢冷。次症：1) 面色_㿅白；2) 腰膝酸冷；3) 小便清长。舌脉：舌质淡胖、苔白，脉沉细。

证候诊断: 主症 2 项, 次症 2 项, 参考舌脉, 即可诊断。

4 临床治疗

4.1 便秘的治疗目标为缓解症状, 恢复正常的排便功能, 改善患者的生活质量

4.2 便秘的治疗应注意区分功能性便秘和器质性便秘

器质性便秘者, 应积极治疗原发病; 饮食因素所致者, 应及时调整饮食结构; 药物所致者, 应酌情停用或者调整相关药物。

4.3 便秘的治疗应以恢复肠腑通降为要

针对病情的寒热虚实采取对应的治疗方法, 实者泻之, 虚者补之。分而言之, 积热者泻之使通, 气滞者行之使通, 寒凝者热之使通, 气虚者补之使通, 血虚者润之使通, 阴虚者滋之使通, 阳虚者温之使通。

4.4 临证应区分便秘病程的长短、虚实的主次

对于病程短, 证候属实者, 可直接采取通下的方法; 病程长, 反复不愈, 虚实夹杂者, 应注意在辨证施治的基础上联合使用多种治疗方法。如在行滞通腑的基础上, 联合宣肺导下、益气运脾、养血润肠、滋阴润燥、温补肾阳等治法, 旨在调节脏腑功能、气血阴阳, 恢复气机的升降出入^[13-14]。

4.5 应在辨证施治的基础上适当选用具有泻下作用的药物

非病情急骤者, 慎用峻下药; 体壮证实者, 可选用大黄、番泻叶、芦荟等泻下药, 但应中病即止, 不宜久用, 以防损伤正气; 慢性便秘者, 应结合患者的气血阴阳不足, 选用具有相应作用的润下药; 因便秘多伴有肠腑气机郁滞, 故理气行滞应贯彻始终^[15]。

4.6 辨证施治

4.6.1 热积秘 治法: 清热润下。主方: 麻子仁丸(《伤寒论》)。药物: 火麻仁、芍药、杏仁、大黄、厚朴、枳实。加减: 大便干结难下者, 加芒硝、番泻叶; 热积伤阴者, 加生地、玄参、麦冬。

4.6.2 寒积秘 治法: 温通导下。主方: 温脾汤(《备急千金要方》)。药物: 大黄、人参、附子、干姜、甘草、当归、芒硝。加减: 腹痛如刺, 舌质紫暗者, 加桃仁、红花; 腹部胀满者, 加厚朴、枳实。

4.6.3 气滞秘 治法: 行气导滞。主方: 六磨汤(《世医得效方》)。药物: 槟榔、沉香、木香、乌药、枳壳、大黄。加减: 忧郁寡言者, 加郁金、合

欢皮(花); 急躁易怒者, 加当归、芦荟。

4.6.4 气虚秘 治法: 益气运脾。主方: 黄芪汤(《金匱翼》)。药物: 炙黄芪、麻子仁、陈皮、白蜜。加减: 乏力汗出者, 加党参、白术; 气虚下陷脱肛者, 加升麻、柴胡; 纳呆食积者, 可加莱菔子。

4.6.5 血虚秘 治法: 养血润肠。主方: 润肠丸(《沈氏尊生书》)。药物: 当归、生地、火麻仁、桃仁、枳壳。加减: 头晕者, 加熟地黄、桑椹子、天麻; 气血两虚者, 加黄芪、白术。

4.6.6 阴虚秘 治法: 滋阴润燥。主方: 增液汤(《温病条辨》)。药物: 玄参、麦冬、生地。加减: 大便干结者, 加火麻仁、杏仁、瓜蒌仁; 口干者, 加玉竹、石斛; 烦热少眠者, 加女贞子、墨旱莲、柏子仁。

4.6.7 阳虚秘 治法: 温阳泻浊。主方: 济川煎(《景岳全书》)。药物: 当归、牛膝、肉苁蓉、泽泻、升麻、枳壳。加减: 腹中冷痛者, 加肉桂、小茴香、木香; 腰膝酸冷者, 加锁阳、核桃仁。

4.7 常用中成药

4.7.1 麻仁丸 润肠通便。用于肠热津亏所致的便秘。

4.7.2 麻仁软胶囊 润肠通便。用于肠燥便秘。

4.7.3 麻仁润肠丸 润肠通便。用于肠胃积热, 胸腹胀满, 大便秘结。

4.7.4 通便宁片 宽中理气、泻下通便。用于实热便秘。

4.7.5 枳实导滞丸 消积导滞、清利湿热。用于饮食积滞、湿热内阻所致的脘腹胀痛、不思饮食、大便秘结。

4.7.6 清肠通便胶囊 清热通便, 行气止痛。用于热结气滞所致的大便秘结。

4.7.7 四磨汤口服液 顺气降逆, 消积止痛。用于中老年气滞、食积证。

4.7.8 厚朴排气合剂 行气消胀, 宽中除满。用于腹部非胃肠吻合术后早期肠麻痹等。

4.7.9 芪蓉润肠口服液 益气养阴、健脾滋肾、润肠通便。用于气阴两虚, 脾肾不足, 大肠失于濡润而致的便秘。

4.7.10 滋阴润肠口服液 养阴清热, 润肠通便。用于阴虚内热所致的大便秘结、排便不畅。

4.7.11 苁蓉通便口服液 润肠通便。用于老年便秘, 产后便秘。

4.7.12 便通胶囊 健脾益肾、润肠通便。用于脾肾不足、肠腑气滞所致的便秘。

4.8 灌肠疗法

常用药物: 实证者, 可选大黄、芒硝; 虚证者, 可选用当归、桃仁、火麻仁等。也可在辨证基础上选用中药复方煎剂灌肠。操作方法: 将药物加沸水 150 ~ 200 ml, 浸泡 10 min (含芒硝者搅拌至完全溶解) 去渣, 药液温度控制在 40℃, 灌肠。患者取左侧卧位, 暴露臀部, 将肛管插入 10 ~ 15 cm 后徐徐注入药液, 保留 30 min 后, 排出大便, 如无效, 间隔 3 ~ 4 h 重复灌肠。

4.9 针灸疗法

针刺主穴多选用天枢、大肠俞、支沟、上巨虚等穴。热积秘加合谷、曲池、内庭; 气滞秘加中脘、太冲; 寒积秘加关元; 气虚秘加脾俞、胃俞、肺俞、气海; 阴虚秘、血虚秘加足三里、三阴交; 阳虚秘可艾灸神阙、关元。耳穴压豆常选用胃、大肠、直肠、交感、皮质下、三焦等穴位^[6-7]。针刺手法的选择: 实证便秘, 以泻法为主, 强刺激, 腹部穴位如天枢等, 以局部产生揪痛感为宜; 虚证便秘, 针刺手法以补法为主, 轻刺激, 以局部得气为宜, 可加用温针灸或者灸盒悬灸, 以热感向皮下组织渗透为佳。

4.10 敷贴疗法

敷贴药物的选择: 1) 实证便秘: 中药组方可包含: 大黄、芒硝、甘遂、冰片等。2) 虚证便秘: 中药处方可包含肉桂、大黄、丁香、木香、黄芪、当归等。穴位的选择: 虚证及实证便秘皆可选用神阙穴, 此外可根据证候不同选用相应的背部俞穴。如实证便秘可选膈俞、脾俞、胃俞、三焦俞、大肠俞等; 虚证便秘可选肺俞、膈俞、脾俞、肾俞、关元俞等。敷贴时间及疗程: 每日 1 次, 每次 6 ~ 8 h, 3 ~ 5 天为 1 个疗程。

4.11 诊疗流程图 (图 1)

5 疗效评价

便秘的疗效评价包括中医证候疗效评价、主要症状的记录与评价、平均每周完全自发排便次数、肠动力及肛门直肠功能评价、生活质量评价等。临床研究中应根据主要研究目的的不同, 选择主要疗效指标与次要疗效指标。

5.1 主要症状的记录与评价^[8-19]

包括: 1) 粪便性状; 2) 排便费力; 3) 排便时间; 4) 下坠、不尽、胀感; 5) 排便频率; 6) 腹胀。具体评分标准见表 1。

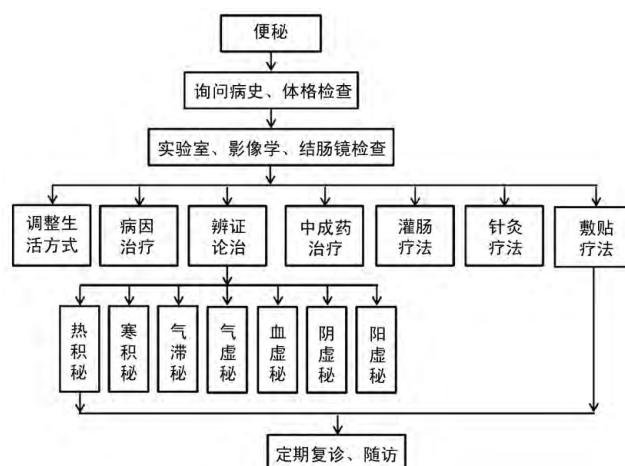


图 1 便秘诊疗流程图

表 1 便秘主要症状评分标准

分值	粪便性状*	排便费力	排便时间 (min)	下坠、不尽、胀感	排便频率 (天/次)	腹胀
0	IV - VII 型	无	< 10	无	1 ~ 2	无
1	III 型	偶尔	10 ~ 15	偶尔	3	偶尔
2	II 型	时有	15 ~ 25	时有	4 ~ 5	时有
3	I 型	经常	> 25	经常	> 5	经常

注: * 粪便性状: 参考 Bristol 粪便分型标准^[8]。I 型, 坚果状硬球; II 型, 硬结状腊肠样; III 型, 腊肠样, 表面有裂缝; IV 型, 表面光滑, 柔软腊肠样; V 型, 软团状; VI 型, 糊状便; VII 型, 水样便。IV - VII 型, 计 0 分; III 型, 计 1 分; II 型, 计 2 分; I 型, 计 3 分。

5.2 中医证候疗效评定标准

采用尼莫地平法计算: 疗效指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%, 分为临床痊愈、显效、有效、无效, 共 4 级。1) 临床痊愈: 主要症状、体征消失或基本消失, 疗效指数 ≥ 95%; 2) 显效: 主要症状、体征明显改善, 70% ≤ 疗效指数 < 95%; 3) 有效: 主要症状、体征明显好转, 30% ≤ 疗效指数 < 70%; 4) 无效: 主要症状、体征无明显改善, 甚或加重, 疗效指数 < 30%。

5.3 平均每周自发完全排便次数 (SCBM)^[20]

只有患者认为完全排空感觉的自主排便才称为自发完全排便。SCBM ≥ 3 次可视为正常排便。

5.4 肠道动力、肛门直肠功能评价

5.4.1 结肠传输试验 随标准餐顿服不透 X 线的标记物后, 于 48 h 时拍摄腹部 X 线片 1 张, 若 48 h 时大部分标记物在乙状结肠以上, 可于 72 h 时再摄片 1 张, 根据标记物的分布计算结肠传输时间和排出率, 判断是否存在结肠传输延缓、排便障碍。

5.4.2 肛门直肠测压 能评估肛门直肠动力和感觉功能, 监测用力排便时盆底肌有无不协调收缩、

是否存在直肠压力上升不足、是否缺乏肛门直肠抑制反射、直肠感觉阈值有无变化等。

5.4.3 排粪造影 通常采用 X 线法, 将一定剂量的钡糊注入直肠, 模拟生理性排便活动, 动态观察肛门直肠的功能和解剖结构变化。

5.4.4 球囊逼出试验 可反映肛门直肠对球囊(可用水囊或气囊)的排出能力, 正常人可在 60s 内排出球囊。

5.4.5 其他 肛门测压结合腔内超声检查能显示肛门括约肌有无局部张力缺陷和解剖异常; 盆底肌电图可通过记录盆底肌肉在静息、排便状态下的电活动变化来了解盆底肌、耻骨直肠肌、外括约肌等横纹肌的功能状态, 及其支配神经的功能状态。临床可选用 1 或 2 种进行疗效评价。

5.5 生存质量

目前与便秘患者生存质量相关的特异性测定量表有便秘评估量表(CAS)、神经源性肠功能障碍评分(NBD score)、便秘患者生存质量自评量表(PAC-QOL)和便秘症状问卷(PAC-SYM), 其中 PAC-SYM 和 PAC-QOL 应用较广。PAC-SYM 包括粪便形状、直肠症状、腹部症状 3 个维度, 12 个条目, 用以评价便秘相关症状。PAC-QOL^[21] 已由 Mapi Research Trust 开发为中文版, 量表共 28 个条目, 涉及患者生理、社会心理、担忧、满意度等方面内容。

6 预防调摄

6.1 注意调整饮食结构, 增加纤维素和水分的摄入 应定时定量进餐, 勿过食辛辣厚味或饮酒无度, 避免食物过于精细, 多吃富含膳食纤维的食物, 推荐每日摄入膳食纤维 25~35g^[22], 每日饮水 1.5~2.0L^[23]。

6.2 建立良好的排便习惯, 每日主动排便, 控制排便时间

建议在晨起或早餐后 2h 内尝试排便, 逐步建立直肠排便反射。排便时集中注意力, 每次排便时间不能太长, 摒弃临厕时读书看报的习惯^[24]。

6.3 适当运动锻炼

适当加强身体锻炼, 特别是腹肌的锻炼。老年人的锻炼方式以轻量、适度为宜, 可选择散步、太极、做操等。

6.4 保持心情舒畅, 避免不良情绪的刺激, 必要时可给予心理治疗

合并精神心理障碍、睡眠障碍者应给予心理指

导和认知治疗。合并明显心理障碍者, 可予抗抑郁、抗焦虑药物治疗。存在严重精神心理异常者, 应转至精神心理科接受专科治疗^[25]。

6.5 避免大量或长期服用蒽醌类刺激性泻药, 部分蒽醌类泻药有药物性肝损伤风险, 需定期监测肝功能

大黄、番泻叶、芦荟、决明子、何首乌等蒽醌类泻药是目前公认的引起结肠黑变病的主要因素^[26], 部分蒽醌类泻药如何首乌有导致肝功能损伤的风险, 服药过程中需定期检查肝功能。

项目负责人: 张声生

共识意见执笔人: 沈洪 张露 叶柏

参与共识意见专家(按姓氏笔画排名): 丁霞、马群、王凤云、王邦才、王汝新、王垂杰、王春生、王彦刚、王晓素、王敏、牛兴东、甘淳、叶松、叶柏、田旭东、田耀洲、白光、冯培民、朱生樑、朱西杰、朱莹、朱雄雄、任顺平、刘力、刘万里、刘友章、刘凤斌、刘兰英、刘华一、刘启泉、刘建设、刘绍能、刘铁军、刘德喜、齐玉珍、江一平、江宇泳、孙玉信、苏娟萍、李军祥、李佃贵、李保双、李勇、李振华、李桂贤、李乾构、李培、李慧臻、杨小军、杨胜兰、杨晋翔、杨翠兰、时昭红、吴耀南、何晓晖、余泽云、汪龙德、汶明琦、张小萍、张声生、张磊、陈苏宁、陈涤平、林江、林寿宁、季光、金小晶、周正华、周素芳、周强、郑昱、单兆伟、赵文霞、赵宇明、赵鲁卿、胡运莲、胡玲、柯晓、查安生、钦丹萍、姜莉云、袁红霞、顾庆华、党中勤、徐进康、徐健众、唐旭东、唐志鹏、陶夏平、陶琳、黄明河、黄绍刚、黄贵华、黄恒青、黄穗平、梁超、董明国、舒劲、曾芳斌、谢胜、谢晶日、路广晁、蔡敏、潘洋、薛西林、魏玮。

参考文献

- [1] CHU H, ZHONG L, LI H, et al. Epidemiology characteristics of constipation for general population, pediatric population, and elderly population in China [J]. Gastroenterol Res Pract, 2014; 532734. doi: 10.1155/2014/532734.
- [2] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南: 中医病证部分 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 95-97.
- [3] 张声生, 李乾构, 时昭红. 慢性便秘中医诊疗共识意见 [J]. 北京中医药, 2011, 30(1): 3-7.
- [4] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组, 中华医学会儿科学分会结直肠肛门外科学组. 中国慢性便秘诊治指南(2013, 武汉) [J]. 胃肠病学, 2013, 18(10): 605-612.

- [5] SATISH SCR, ADIL EB, GIUSEPPE C, et al. Anorectal disorders [J]. Gastroenterology, 2016, 150(6): 1430-1442.
- [6] BRIAN EL, FERMIN M, LIN C, et al. Bowel disorders [J]. Gastroenterology, 2016, 150(6): 1393-1407.
- [7] 许国, 邹多武. 便秘的病因与发病机制 [J]. 中国实用内科杂志, 2004, 24(4): 194-195.
- [8] DROSSMAN DA, HASLER WL. Rome VI-functional GI disorders: disorders of gut-brain interaction [J]. Gastroenterology, 2016, 150(6): 1257-1261.
- [9] 周仲瑛. 中医内科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 261-263.
- [10] 鞠庆波. 李德新治疗便秘临床经验 [J]. 世界中医药, 2010, 5(6): 400-401.
- [11] 姚欣艳, 刘朝圣, 李点, 等. 熊继柏教授辨治便秘经验 [J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(11): 3990-3992.
- [12] 汤立东, 王垂杰. 王垂杰治疗功能性便秘经验 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2007, 9(3): 108-109.
- [13] 裴斌, 苏娟萍. 苏娟萍教授行气润肠法治疗功能性便秘临床经验 [J]. 中医临床研究, 2014, 6(11): 84-85.
- [14] 周红光, 刘沈林. 刘沈林治疗老年性便秘经验 [J]. 北京中医药, 2010, 29(6): 419-420.
- [15] 李宇飞, 王晓锋, 李华山. 习惯性便秘临证经验 [J]. 中医杂志, 2014, 55(4): 344-346.
- [16] 梁繁荣, 赵吉平. 针灸学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 287.
- [17] 石学敏. 针灸学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 252.
- [18] RIEGLER G, ESPOSITO I. Bristol scale stool form. a still valid help in medical practice and clinical research [J]. Tech Coloproctol, 2001, 5(3): 163-164.
- [19] 中华医学会外科学分会肛肠外科学组. 便秘症状及疗效评估 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2005, 8(4): 355.
- [20] 侯毅, 谷云飞, 朱秉宜. 普芦卡必利治疗慢性便秘的系统评价 [J]. 世界华人消化杂志, 2014, 22(4): 588-595.
- [21] MARQUIS P, DE LLC, DUBOIS D, et al. Development and validation of the Patient Assessment of Constipation Quality of Life questionnaire [J]. Scand J Gastroenterol, 2005, 40(5): 540-551.
- [22] American Gastroenterological Association, BHARUCHA AE, DORN SD, et al. American Gastroenterological Association medical position statement on constipation [J]. Gastroenterology, 2013, 144(1): 211-217.
- [23] LINDBERG G, HAMID SS, MALFERTHEINER P, et al. World Gastroenterology Organisation global guideline: Constipation: a global perspective [J]. J Clin Gastroenterol, 2011, 45(6): 483-487.
- [24] RAO SS. Constipation: evaluation and treatment of colonic and anorectal motility disorders [J]. Gastroenterol Clin North Am, 2007, 36(3): 687-711.
- [25] 胡薇, 喻德洪. 便秘心理因素的评估和治疗 [J]. 大肠肛门病外科杂志, 2004, 10(2): 150-153.
- [26] CHENJY, PAN F, ZHANG T, et al. Experimental study on the molecular mechanism of anthraquinone cathartics in inducing melanosis coli [J]. Chin J Integr Med, 2011, 17(7): 525-530.

(收稿日期: 2017-03-15; 修回日期: 2017-04-07)

编辑: 焦爽

(上接第 1332 页)

当手足少阳并重, 以蒿芩清胆汤加减。处方: 青蒿 10 g, 炒黄芩 10 g, 姜竹茹 10 g, 姜半夏 10 g, 茯苓 15 g, 炒枳壳 10 g, 陈皮 10 g, 条叶旋覆花 15 g, 金钱草 30 g, 黄连 6 g, 吴茱萸 2 g, 白英 30 g, 麦冬 15 g, 鸡内金 15 g, 甘草 10 g。14 剂, 每日 1 剂, 水煎服。

2014 年 9 月 17 日二诊: 服药 2 剂, 热已退去, 精神转振, 纳食亦增, 口苦泛酸消失, 苔仍花剥。治守前法, 上方去旋覆花、黄连、吴茱萸、鸡内金, 加刘寄奴 15 g、北沙参 15 g、无花果 30 g、南柴胡 10 g。14 剂, 每日 1 剂, 水煎服。服后诸症消失, 病情稳定。

按语: 本例患者为胆总管低分化腺癌术后反复发热, 症见胸胁不舒, 脘腹胀满、暖气、口苦, 苔白腻, 此为湿热郁结肝胆、弥漫三焦, 气机不畅, 阴液偏亏, 枢机失利, 胆气出入不畅, 三焦升降失常, 治当手足

少阳并重, 治以蒿芩清胆汤去滑石、青黛为主, 和少阳、利湿热, 合左金丸(川连、吴茱萸)泄肝热, 加金钱草、鸡内金利胆腑, 旋覆花清湿热, 降逆气, 白英、麦冬清热养阴。复诊疏肝胆、畅三焦治法不变, 增阴液、理气血, 以资巩固。

参考文献

- [1] 许玲, 魏品康, 李相勇, 等. 胃癌从“痰”论治浅析 [J]. 中医杂志, 2002, 43(10): 728-729.
- [2] 张坚, 张家驹. 奠土汤治疗胃癌术后倾倒综合征 17 例 [J]. 中医杂志, 2002, 43(12): 928-929.
- [3] 黄亚波, 杨伟伟, 陈彬. 大承气汤灌肠配合穴位按摩对老年胃癌术后胃肠功能的影响 [J]. 浙江中医杂志, 2014, 49(3): 182.
- [4] 陈永灿. 简易方临证备要 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 233.

(收稿日期: 2016-11-29; 修回日期: 2017-05-02)

编辑: 侯建春