

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2020.10.020

综 述

中医治疗老年难治性便秘的现状与思考

丰胜利*

北京大学第一医院, 北京市西城区西什库大街 8 号, 100034

摘要 老年难治性便秘是严重影响老年人健康的常见病、多发病。中医对便秘有着深入的认识, 经过长期观察实践, 根据老年人自身特点及虚实的主次, 创立了大量有效方药和特色疗法。近年来中医工作者在老年难治性便秘临床及机制研究方面均取得一些进展, 证候上强调多脏腑功能失调的复合证型为特点; 治疗上体现了中医整体调节和辨证论治的个体化、精准化治疗优势; 药理、理论及临床的机制研究逐渐揭示了中医理论和治疗有效性的科学内涵。同时对于中医治疗及研究老年难治性便秘面临的问题提出思考, 如临床研究科学性不足、有效性机制研究欠缺、评价指标不统一、治疗存在过用泻药等。建议进一步深入研究, 发挥中医药作用, 优化治疗方案, 建立综合诊治管理模式。

关键词 老年难治性便秘; 中医药疗法; 文献综述

慢性便秘在我国普通人群中的患病率为 3% ~ 11%, 而在 60 岁以上老年人群的患病率可高达 15% ~ 20%, 且随年龄增长其发病率明显增高^[1]。其中部分患者对常规药物治疗乏效, 便秘症状持续存在, 且严重影响其日常生活, 属难治性便秘。对于老年难治性便秘, 目前国内外缺乏有效治疗措施及诊疗规范^[2], 是临床迫切需要解决的难题。老年人易患此病, 与其特定的病理、生理、心理因素相关^[3]。近年来中医药在老年难治性便秘的研究和治疗方面进行了有益的探索和尝试, 本文拟通过对文献的回顾整理, 分析目前中医药治疗老年难治性便秘现状的优势与不足, 并引出思考和展望。

1 古代医家对老年便秘的认识管窥

中医对便秘的认识由来已久, 如在古籍中记载的“大便干”“大便难”“阴结”“阳结”“脾约”等, 均属“便秘”范畴。《素问·灵兰秘典论篇》曰“大肠者, 传道之官, 变化出焉”, 指出便秘是大肠传导失司的症状之一。历代文献记载“脾不足, 令人九窍不通”; “夫肾主五液, ……津液亏少, 故大便燥结”; “肺移热于大肠则便秘, 肺

津不润则便秘, 肺气不降则便秘”; “诸气怫郁, 则气壅于大肠, 而大便乃结”等, 指出了便秘与诸多脏腑相关。老年人生理特点为脏腑渐衰, 功能减退, 病理特点为气血津液不足, 因虚致秘, 如《景岳全书·秘结》云“秘结证, 凡属老人、虚人, ……多有病为燥结者, 盖此非气血之亏, 即津液之耗”。在便秘治疗上历代医家经过长期临床实践, 积累了丰富经验, 如张仲景《伤寒杂病论》创立了承气汤系列方, 所记载的麻子仁丸至今仍在临床广泛应用, 并创立了“蜜煎导”外治法。针对老年便秘, 历代医家更是根据其病程长短、虚实主次及自身特点, 创立了大量有效方剂及针灸、贴敷、药摩、熏洗等多种治疗方法, 同时强调治疗上需认清老年人体质病机特点用药, 不可妄加攻伐, 犯虚虚实实之戒, 如朱震亨曰“老人、风人、虚人, 津液少而秘者, 宜以药而滑之, 用胡麻、麻仁、阿胶等是也, 不可妄用峻利之药攻逐, 否则津液走, 气血耗, 虽可暂通, 但过后复秘, 且变生他病”。

2 中医治疗老年难治性便秘的研究现状

2.1 中医证候分型特点

《便秘中医诊疗专家共识意见》^[4]、《功能性便秘中西医结合诊疗共识意见》(2017)^[5]均把慢性

基金项目: 北京市中医药管理局中医药提质增效(综合医院中西医结合协同机制建设)

* 通讯方式: 13520819848@163.com

便秘分为热积秘、寒积秘、气滞秘、气虚秘等基本中医证型,并制定了相应标准,中医诊疗专家共识意见的不断修订,对证型的划分界定更加全面,临床辨证治疗更加规范,也为疗效判断和临床研究创造了条件。

现代中医证候研究提示,难治性便秘不是单一脏腑的功能失调,而是多脏腑功能失衡所致,反映了该病病机证候的复杂性、难治性。近年来对老年难治性便秘中医病证规律临床流行病学调查指出,患者临床以复合证型多见,单纯证型不足复合证型的 1/4^[6]。老年便秘临床以复合证型为主,年龄越大证型越复杂,兼夹证越多;复合证型中本虚证以气阴两虚最为多见,其次为阴阳两虚;标实证则以热结、肝郁证最常见,血瘀证次之^[7]。进一步对老年慢性便秘中医证型与其性别、年龄、便秘类型之间规律进行观察发现:老年女性便秘患者阴虚证>气虚证>痰湿证,老年男性便秘患者气虚证>阳虚证>阴虚证;且随年龄段不同证型有所变化,80 岁以上男性患者以气虚证为主,女性则阳虚证多见;便秘类型中慢传输型多见于阴虚证、气虚证、痰湿证老年患者,出口梗阻型便秘多见于阳虚证、阴虚证及气郁质老年患者^[8]。通过现代中医证候研究,更明晰了老年难治性便秘患者的体质特征、证型特点和演变规律,为临床治疗提供原则和思路,具有积极的临床意义。

2.2 中医治疗现状特点

2.2.1 治疗目标更加细化完善 慢性难治性便秘是多因素复杂疾病,影响也是多方面的,尤其对于高龄老人,常常“多病一体”,因此,其治疗目标不仅要缓解便秘症状、恢复患者正常的排便功能,还包括改善全身状况、减少复发、改善患者的生活质量、提高安全性等。近年来中医药治疗在这些方面进行了积极探究,如有研究以乳果糖为对照观察了 200 例难治性便秘患者,以火麻仁、瓜蒌仁、白术、枳实等为主的中药复方为治疗组,结果显示,中药复方在有效率、改善便秘程度、生活质量、全身症状及安全性、减少复发率方面均优于对照组^[9]。另外,中医药在治疗便秘症状这一主要目标过程中更加细化、针对性加强,如采用肉苁蓉汤联合聚对二氧六环酮 (PPDO) 微创埋线治疗老年顽固性便秘,可改善患者排便间隔时间、粪便性质、排便费力等情况^[10]。

2.2.2 治疗方法不断丰富 近年来除传统口服中药外,电针、埋线、浮针、耳穴等新的外治疗法也

不断应用于便秘的治疗。如刘保延团队采用电针深刺天枢穴治疗严重功能性便秘随机对照研究,8 周电针治疗可以安全有效地增加慢性严重便秘患者的完全自主排便次数,治疗结束后疗效可持续 12 周,优于西药乳果糖对照组,该研究涉及我国 15 家三级医院,共纳入 1075 例患者,为针刺治疗慢性便秘的疗效提供了国际认可的高质量临床证据^[11]。有研究者采用浮针对照果导片治疗 80 例老年难治性便秘,结果显示,治疗后各时点的临床疗效呈逐渐递增趋势,且近期疗效明显;患者治疗后在排便间隔时间、粪便性质、排便费力方面均有明显改善^[12]。

2.2.3 治疗方案及模式的变化 中医治疗难治性便秘首先要抓住老年人脏腑渐衰、虚实夹杂的生理病理特点,补虚与泻实的灵活用药是治疗的关键。在治疗方案选择上更加多样,临床可以根据患者具体情况和便秘严重程度选择中药复方、中成药治疗,亦可选择中药与针灸贴敷等内外合治。如采用三焦针法联合中药养血润燥通便复方治疗老年便秘 118 例,结果其疗效及生活质量评分均优于西沙比利^[13]。此外,老年难治性便秘影响因素较多,发病机制复杂,根据老年患者人群的特点,越来越多的学者主张根据便秘的不同类型,对难治性便秘患者进行个体化的综合治疗模式,包括基础治疗、中西医药物、心理干预、生物反馈训练等。有报道采用个体化综合治疗总有效率可达到 70.0%^[14]。有研究在整体观指导下的多学科联合治疗模式,由肛肠外科、中医针灸、精神心理等专家团队进行综合治疗,进行了有益的尝试,提高了疗效及满意度^[15]。

2.2.4 中、西医协同治疗 中、西医治疗老年难治性便秘各有优势,临床可以根据现代医学便秘类型及中医学的辨证论治,取长补短,相互协同,达到精准治疗。有学者在治疗中老年为主难治性便秘时采取了灵活的治疗方案,即单药口服普芦卡必利使用 2 周,如疗效满意继续使用,如疗效不满意则根据患者便秘分型及症状,结合中医有效性经验,采取口服普芦卡必利+中药或针灸或生物反馈等协同治疗^[16]。其中对慢传输型便秘,西药能显著改善患者的便质及缩短排便时间,但发现其对腹胀、排便不尽感等症状改善稍逊,可予中药改善症状;对于排便障碍口服西药普芦卡必利后仍遗存排便不尽感等患者,可合并使用针灸和生物反馈等方法改善盆底肌和直肠感觉功能,能提高疗效^[17];对于肠易激综合征便秘型患者,服用药物后自主排便有改善,但其他如腹痛、腹胀等症状改善不佳,可根

据症状采用口服益生菌; 对于体质较差需要整体调理的患者, 配合中药如温阳通便等药物效果更佳^[18]。

2.3 中医药治疗机制的研究探索

2.3.1 药理机制研究 中医药治疗便秘机制首先集中在单味药的药理研究, 如老年难治性便秘用药频率非常高的肉苁蓉, 其通便作用主要依赖于半乳糖醇, 能增强结肠收缩幅度, 调整胃肠激素水平, 增加肠蠕动, 促进排便; 同样常用的白术及白芍中的有效成分对胃肠道平滑肌活动具有双向调节作用, 生白术含有白术挥发油, 可兴奋胃肠活动, 尤其适用于老年人虚证便秘^[19]。治疗老年难治性便秘中成药种类繁多, 临床应用广泛, 机制研究相对较多, 如滋阴润肠口服液药物组成为地黄, 现代药理研究^[20]显示, 其有效成分为生地水苏糖, 能通过调节肠道菌群, 改善肠道功能, 润肠通便。总之药理研究虽然较多, 可以部分解释中药作用的现代机理, 但由于其成分的复杂性, 中药复方在配伍、剂量、剂型等方面的多变性, 完全阐明其作用机制还有待进一步研究。

2.3.2 理论机制的探索 有关便秘中医理论的现代生理病理机制, 近年来有学者亦进行了初步探索, 如古今医家从肺、肾论治老年难治性便秘屡获良效, 随着科技发展, 对中医理论如“肺与大肠相表里”“肾主水, 司二便”的现代机制内涵进行了新的诠释。有学者^[21]通过测定加味桔梗汤治疗后慢传输型便秘(STC)小鼠肺肠组织中速激肽(NKA)、血管活性肠肽(VIP)变化, 认为加味桔梗汤从肺论治便秘机理可能与调节这两种神经肽有关。还有学者^[22]研究具有益肾作用的复方通便复方颗粒治疗慢传输型便秘, 认为其可能机制与调节肠道水通道蛋白(AQPs)表达有关, 而AQPs与肠道水液代谢相关, 故初步推断便秘从肾论治的机制可能是通过调控AQPs来实现的。

2.3.3 临床机制研究 临床机制研究方面也不断有学者进行有益尝试, 如有学者^[8]以具有益气养阴通便作用的中药复方自拟五仁汤, 观察了患者结肠动力学及血清胃动素(MTL)、生长抑素(SS)、5羟色胺(5-HT)、神经肽Y(NPY)水平等指标, 结果显示中药复方起效的机制可能是通过调节血清中异常的脑-肠肽水平而减轻其对肠道平滑肌的抑制, 促进胃肠动力、缓解便秘症状。研究^[23]表明, 针刺天枢穴对结肠的运动有明显的调节作用, 可提高张力肠管的兴奋性, 加快肠管运动, 同时针刺

能够直接作用到相应部位, 治疗效果更优越。另有学者认为, 结肠慢传输型便秘与结肠壁神经纤维发育不良有关, 通过针刺的良性刺激可促进神经纤维再生, 从而产生显著的远期疗效^[24]。

3 中医药治疗老年难治性便秘的优势与不足

3.1 优势

目前慢性便秘药物治疗包括容积性泻药、渗透性泻药、刺激性泻药、润滑性泻药、促动力药等几大类, 其中渗透性泻药比如聚乙二醇、乳果糖等均为一线用药, 但对于老年难治性便秘, 常规药物往往乏效, 患者易滥用和依赖泻药、甘油灌肠等; 尤其对于排便障碍便秘, 口服药效果不尽如意, 个别严重者需手术治疗^[25]。另一方面, 部分常用泻药存在药物不良反应, 如长期应用刺激性泻药会影响肠道水电解质平衡和维生素吸收, 引起不可逆的肠肌间神经丛损害, 大肠肌无力; 过量应用盐类泻药可引起电解质紊乱, 特别是老年人和肾功能减退者应慎用^[26]。此外, 随着治疗理念的转变, 慢性便秘不应单纯针对便秘症状改善, 同时亦注重整体调节, 生活质量提高, 这些问题都为中医治疗的介入带来了机会和切入点。

经过长期临床实践, 中医对老年便秘积累了较深入的认识和丰富的治疗经验, 并创制了大量经典有效方剂和内外治法, 对于其中的复杂严重便秘更是能整体宏观把控。随着中医药现代化研究的进展, 治疗药物及方法更加丰富, 治疗手段也更加灵活多样, 各具特色。因此, 在临床治疗上可以取长补短, 如针药配合、内外合治、中西医协同治疗等, 充分发挥中医优势, 提高疗效。在治疗模式上, 随着对老年难治性便秘认识的深入和理念的转变, 目前越来越多的学者趋向于个体化的综合治疗, 而强调整体调节和辨证论治的个体化、精准化是中医治疗特色之一, 因此, 在应对老年难治性便秘人群综合治疗模式中, 中医药治疗发挥着越来越重要的作用。

3.2 不足与思考

通过对文献分析与思考, 结合临床实践, 笔者认为, 对老年难治性便秘, 中医药在临床治疗及研究方面还面临一些问题需要进一步探讨: 1) 临床研究的科学性上仍存在普遍水平偏低现象, 如设计方案不合理、不严谨, 缺乏大规模随机对照研究, 可靠的临床证据不足。临床研究往往仅介入了部分时段的部分治疗方案, 而老年难治性便秘影响因素

较多,无法全面评价以形成高级别的证据资料,因此,许多治疗方法的有效性和安全性还很难得到业界公认和推广。2) 临床研究中观察及评价指标杂乱,缺乏统一标准。如便秘观察指标不一致、不全面;中医证候评分不统一;缺乏随访及安全性指标;客观实验室指标欠缺等。3) 尽管中医治疗难治性便秘的临床有效性观察较多,但关于有效性机制的探索性研究欠缺,容易陷入有效但机理不明的尴尬局面。4) 老年难治性便秘涉及多因素、多领域,需要多学科交叉合作,应进一步探索优化方案。宜建立以患者为中心,以多学科合作为基础,使诊治成为一个连续过程,形成患者、医者、管理者综合诊治管理模式。5) 关注某些中药的安全隐患,随着现代中药药理学研究的进展,大黄、番泻叶、芦荟、决明子、何首乌等蒽醌类泻药已是目前公认的引起结肠黑变病的主要因素^[27],应引起注意,临床避免长期大量使用,以免产生耐药或引发不良反应。

综上所述,老年难治性便秘影响因素众多、机制复杂,治疗棘手。中医治疗存在整体调节和辨证论治个体化的治疗优势,且手段灵活多样,具有可预期的前景,需要临床工作者深入观察研究。

参考文献

- [1] 柯美云,王英杰. 老年慢性便秘的流行病学和研究进展 [J]. 实用老年医学,2010,24(2):92-94.
- [2] BASSOTTI G, BLANDIZZI C. Understanding and treating refractory constipation [J]. World J Gastrointest Pharmacol Ther, 2014, 5(2):77-85.
- [3] 中华医学会老年医学分会. 老年人慢性便秘的评估与处理专家共识 [J]. 中华老年医学杂志, 2017, 36(2):28-31.
- [4] 中华中医药学会脾胃病分会. 便秘中医诊疗专家共识意见 [J]. 中医杂志, 2017, 58(15):1345-1350.
- [5] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 功能性便秘中西医结合诊疗共识意见(2017年) [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(1):18-23.
- [6] 汪红兵,陈剑明,张声生. 老年功能性便秘中医病机规律临床流行病学调查 [J]. 中国中医药信息杂志, 2011, 18(12):21-23.
- [7] 梅应兵,甘爱萍,李高文,等. 老年便秘的中医证型及不同年龄分布规律 [J]. 湖北中医杂志, 2013, 35(4):23-25.
- [8] 蔡珂,崔峻辉,沈锋. 老年人慢性便秘中医体质的观察研究 [J]. 浙江中医杂志, 2016, 51(12):874-876.
- [9] 孙双玉,缪剑辉. 自拟五仁汤治疗慢性顽固性便秘气阴两虚证的临床研究 [J]. 中国中医药信息杂志, 2019, 26(4):29-31.
- [10] 丘文静,王英杰. 肉苁蓉汤联合 PPD0 微创埋线治疗老年顽固性便秘临床研究 [J]. 天津中医药大学学报, 2015, 34(3):144-147.
- [11] LIU Z, LIU J, ZHAO Y, et al. The efficacy and safety study of electro-acupuncture for severe chronic functional constipation: study protocol for amulticenter, randomized Controlled trial [J]. Trial, 2013, 14(1):176.
- [12] 丘文静,王英杰. 浮针治疗老年顽固性便秘临床观察 [J]. 上海针灸杂志, 2015, 34(10):929-931.
- [13] 杨军雄,于建春,韩景献. 针药结合治疗老年性便秘临床研究 [J]. 中医研究, 2014, 16(6):1284-1286.
- [14] 许琳,宋志强,王智凤,等. 难治性便秘综合治疗及影响因素的评价 [J]. 基础医学与临床, 2008, 28(4):387-389.
- [15] 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.
- [16] 丁曙晴,袁庆延,周惠芬,等. 普芦卡必利治疗难治性便秘的临床疗效 [J]. 中华消化外科杂志, 2015, 14(10):844-847.
- [17] 丁曙晴. 盆底失弛缓综合征所致便秘的诊治难点和策略 [J]. 临床外科杂志, 2011, 19(4):220-222.
- [18] 杨勇,丁曙晴,丁义江. 阳虚便秘诊治策略 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(10):73-75.
- [19] 高学敏. 中药学 [M]. 北京:中国中医药出版社, 2002:504.
- [20] 刘嫔,赵恕. 水苏糖及其功能的研究进展 [J]. 中国微生物生态学杂志, 2012, 24(10):960-961.
- [21] 郑丰杰,李宇航. 加味桔梗汤对慢性传输型便秘小鼠肺肠组织神经肽含量的影响 [J]. 北京中医药大学学报, 2013, 36(1):30.
- [22] 钱海华,徐天舒. 通便颗粒调节慢传输型便秘大鼠结肠水通道蛋白3,水通道蛋白8表达的研究 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(24):180.
- [23] 杜元灏,李晶. 中国现代针灸病谱的研究 [J]. 中国针灸, 2007, 27(5):373-378.
- [24] 汤德安. 实验针灸学 [M]. 天津:天津科学技术出版社, 1996:140.
- [25] 中华医学会老年医学分会中华老年医学杂志编辑委员会. 老年人慢性便秘的评估与处理专家共识 [J]. 中华老年医学杂志, 2017, 36(4):371-381.
- [26] KAMM MA, MUELLER-LISSNER S, WALD A, et al. Oral bisacodyl is effective and well-tolerated in patients with chronic constipation [J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2011, 9(7):577-583.
- [27] 张彦,杜永平,王文勇,等. 蒽醌类中药导致结肠黑变病的机制研究 [J]. 现代生物医学进展, 2013, 13(3):408-415.

(收稿日期:2019-08-05;修回日期:2019-11-14)

编辑:柴倩云