

引用:郭杨,胡贝尔,喻斌. 增液润肠汤联合穴位敷贴治疗功能性便秘阴虚肠燥证 30 例[J]. 湖南中医杂志,2021,37(8): 59-62.

增液润肠汤联合穴位敷贴 治疗功能性便秘阴虚肠燥证 30 例

郭 杨¹,胡贝尔²,喻 斌¹

(1. 湖南中医药大学第一附属医院,湖南 长沙,410007;

2. 湘潭市第一人民医院,湖南 湘潭,411101)

[摘要] 目的:探讨增液润肠汤联合穴位敷贴治疗功能性便秘阴虚肠燥证的临床疗效。方法:选择功能性便秘阴虚肠燥证患者 90 例,将其随机分为治疗组、对照 1 组、对照 2 组,每组各 30 例。对照 1 组予以口服增液润肠汤治疗,对照 2 组予以口服莫沙必利治疗,治疗组在对照 1 组的基础上联合穴位敷贴治疗,疗程均为 4 周。比较 3 组治疗前后中医证候积分、血清 5-羟色胺(5-HT)及便秘生存质量量表(PAC-QOL)积分的变化,根据临床症状、体征的改善及中医证候积分评定综合疗效。结果:总有效率治疗组为 93.3%(28/30),对照 1 组为 83.3%(25/30),对照 2 组为 70.0%(21/30),治疗组优于对照 1、2 组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。3 组中医证候积分、5-HT 水平、PAC-QOL 积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结论:增液润肠汤联合穴位敷贴能明显改善功能性便秘阴虚肠燥证患者中医证候及生活质量,无毒副作用,值得临床推广。

[关键词] 功能性便秘;阴虚肠燥证;增液润肠汤;穴位敷贴

[中图分类号] R259.746.2,R244.9 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.08.019

随着我国饮食结构的改变、社会因素的影响及社会老龄化程度的加快,功能性便秘患病率呈逐年上升趋势,且随着年龄的增长,其发病率亦随之增高^[1-2]。该病已成为影响现代人身体健康的重要疾病之一,不仅可引起痔疮、肛裂等肛肠疾病的发生,

还可诱发和加剧各类心脑血管疾病^[3]。西医治疗主要为对症治疗,其缓解便秘的近期疗效令人满意,但远期疗效相对较差。中医药通过调整脏腑气血阴阳平衡,对便秘的治疗有独特的优势。功能性便秘以阴虚肠燥证多见,针对此类患者,临床多以

第一作者:郭杨,女,医学硕士,医师,研究方向:中医药防治消化系统疾病

通讯作者:喻斌,男,医学硕士,主任医师,研究方向:中医药防治消化系统疾病,E-mail:yubin410@163.com

综上所述,本治疗方法能提高 FD 患者临床疗效,减轻患者经济负担,特别对合并焦虑状态患者的疗效更加确切,缓解患者心理压力,让更多的患者接受更加丰富的治疗手段。

参考文献

- [1] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 功能性消化不良的中西医结合诊疗方案(草案)[J]. 中国中西医结合杂志,2005,25(6):559-561.
- [2] 陈灏珠,林果为,王吉耀. 实用内科学[M]. 14 版. 北京:人民卫生出版社,2013:1938.
- [3] 葛均波,徐永健. 内科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2013:398-399.
- [4] 梁健,林寿宁. 中西医结合内科学[M]. 桂林:广西师范大学出版社,2011:197.
- [5] 德罗斯曼. 罗马 III 功能性胃肠病[M]. 3 版. 北京:科学出版社,2008:372-391.

- [6] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 功能性消化不良的中西医结合诊疗共识意见(2010,苏州)[J]. 中国中西医结合杂志,2011,31(11):1545-1549.
- [7] 中华中医药学会脾胃病分会. 消化不良中医诊疗共识意见(2010,北京)[J]. 中华中医药杂志,2010,25(5):722-725.
- [8] 王征宇,迟玉芬. 焦虑自评量表(SAS)[J]. 上海精神医学,1984(2):73-74.
- [9] ZUNG WW. A self-rating depression scale[J]. Arch Gen Psychiatry,1965,12(1):63-70.
- [10] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:134-139.
- [11] 田永贞,杜洪涛. 顺气导滞法治疗功能性消化不良 80 例[J]. 河南中医,2012,32(4):460.
- [12] 赵玉沛,吕毅. 消化系统疾病[M]. 北京:人民卫生出版社,2015:304.
- [13] 齐永. 脐针入门[M]. 北京:人民卫生出版社,2015:20.

(收稿日期:2020-12-20)

滋阴清热、润肠通便为原则,运用增液润肠汤同时配合穴位敷贴,可取得良好的疗效。本研究旨在通过与西药(莫沙必利)比较,评价增液润肠汤联合穴位敷贴治疗功能性便秘阴虚肠燥证的疗效和安全性,为中医药治疗功能性便秘在方法学上进行有益的探索,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择2017年7月至2019年6月于湖南中医药大学第一附属医院门诊、住院部就诊的功能性便秘阴虚肠燥证患者90例,将其随机分为治疗组、对照1组、对照2组,每组各30例。治疗组中,男14例,女16例;年龄26~64岁,平均(43.90±13.33)岁;病程10.4~46.7个月,平均(28.83±19.19)个月。对照1组中,男12例,女18例;年龄29~58岁,平均(43.87±13.43)岁;病程9.8~48.3个月,平均(26.50±18.40)个月。对照2组中,男13例,女17例;年龄28~60岁,平均(43.28±12.55)岁;病程10.8~50.1个月,平均(30.59±20.31)个月。3组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合罗马Ⅲ标准^[4]中功能性便秘的诊断标准,并经结肠镜等检查排除器质性病变及药物因素等所致的便秘。1)患者至少6个月中近3个月有症状发作,必须包括下列2个或2个以上症状。①至少有25%的排便感到费力;②至少有25%的排便为块状便或硬便;③至少有25%的排便有不尽感;④至少有25%的排便有肛门直肠的阻塞感;⑤至少有25%的排便须要用手帮助(如指抠、盆底支持);⑥每周少于3次排便。2)不用泻药时很少出现稀便。3)不符合肠易激综合症的诊断标准。

1.2.2 中医辨证标准 参照《便秘中医诊疗专家共识意见(2017)》^[5]拟定阴虚肠燥证的辨证标准。1)主要症状:①大便干结难解;②便意与便次减少;③排便时间延长。2)次要症状:①腹胀腹痛;②口干少津;③纳差;④心烦;⑤小便短黄。舌脉象:舌红、少苔,脉细数。具备主要症状,兼备次要症状1项以上,结合舌脉即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断及中医辨证标准;2)年龄18~65岁;3)患者知情同意并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)已诊断或疑似结直肠器质性病变者;2)合并严重心肺疾病、肝肾功能不全、严重结缔组织疾病和内分泌功能异常者;3)妊娠期、哺乳期妇女;4)法律规定之残疾者(盲、聋、哑、智力障碍等);5)正服用其他治疗便秘的药物或参加其他临床研究;6)过敏体质或对已知药物过敏者。

2 治疗方法

2.1 对照1组 予以增液润肠汤治疗。药物组成:火麻仁30g,当归10g,桃仁10g,杏仁10g,瓜蒌仁15g,生地黄15g,玄参15g,麦冬15g,枳实10g,木香10g,黄连5g。每天1剂,由湖南中医药大学第一附属医院煎煮后以无菌塑料袋包装,200ml/袋,早晚各温服1袋。

2.2 对照2组 予以莫沙必利治疗。莫沙必利(鲁南贝特制药有限公司,批准文号:国药准字H19990317,规格:5mg/片)口服,每次1片,每天3次。

2.3 治疗组 在对照1组基础上联合穴位敷贴治疗。取出大黄胶囊(湖南中医药大学第一附属医院,批准文号:湘药制字Z20070264,规格:0.4g/粒)粉末,蜂蜜调匀,敷贴于神阙、天枢、大肠俞,每3d敷贴1次,每次敷贴6h。

3组均治疗4周。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 中医证候积分 参照《便秘中医诊疗专家共识意见(2017)》^[5]制定。1)主要症状:①大便性状。依据Bristol大便分型标准:I型为坚果状硬球,II型为硬结状腊肠样,III型为腊肠样、表面有裂缝,IV型为光滑柔软、蛇状,V型为软团状,VI型为糊状便,VII型为水样便。IV~VII型计0分,III型计2分,II型计4分,I型计6分。②排便时间。<10min/次计0分,10~15min/次计2分,16~25min/次计4分,>25min/次计6分。③排便频率。1~2d/次计0分,3d/次计2分,4~5d/次计4分,>5d/次计6分。2)次要症状:①腹胀腹痛。无计0分,偶尔、1h内可缓解计1分,时有、程度可忍受、持续1~3h才缓解计2分,经常、每次持续3h以上、多不能耐受、服药方可缓解计3分。②口干少津。无计0分,轻微、偶觉口干少津计1分,较明显、时觉口干少津计2分,明显、经常口干多饮计3分。③纳差。无计1分,食欲稍差、食量减少<1/3计1分,食

欲不佳、食量减少 $\geq 1/3$ 、 $< 1/2$ 计2分,无食欲、食量减少 $\geq 1/2$ 计3分。④心烦。无计0分,偶尔心烦计1分,时觉心烦计2分,整天心烦不宁计3分。⑤小便短黄。无计0分,尿量偏少、色稍黄计1分,尿量减少 $\leq 1/4$ 、尿黄明显计2分,尿量减少 $> 1/4$ 、 $\leq 1/3$,尿色深黄计3分。

3.1.2 血清5-羟色胺水平 3组于治疗前后比较血清5-羟色胺(5-HT)水平。

3.1.3 生活质量 采用便秘生存质量量表(PAC-QOL)进行评定。该量表针对身体不适、心理社会不适、担忧和忧虑及对治疗满意度这4个方面共28项进行生活质量评价,计算每位患者的总积分,生活质量越高则得分越低^[6]。

3.2 疗效标准 参考《便秘中医诊疗专家共识意见(2017)》^[5]根据临床症状、体征的改善及中医证候积分改善率进行评定。中医证候积分改善率=(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分 $\times 100\%$ 。痊愈:大便恢复正常,临床症状全部消失,中医证候积分改善率 $\geq 80\%$;显效:粪便性状、排便时间及频率大致正常,其他症状大部分消失, $50\% \leq$ 中医证候积分改善率 $< 80\%$;有效:粪便性状、排便时间及频率较前改善,其他症状减轻,中医证候积分改善率 $< 50\%$;无效:大便情况和其他症状均未缓解,中医证候积分改善率为负值。

3.3 统计学方法 采用SPSS17.0统计学软件进行统计分析,计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,对于正态分布资料或者经转化服从正态分布的资料采用方差分析,组间比较采用Dunnett-t法或SNK-q法进行两两多重比较;对于不服从正态分布的资料,采用Kruskal-Wallis H秩和检验,组内采用Wilcoxon符号秩和检验法比较,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 3组综合疗效比较 总有效率治疗组、对照1组、对照2组分别为93.3%、83.3%、70.0%,采用Kruskal-Wallis H检验,治疗组与对照1、2组,差异有统计学意义($\chi^2 = 9.084, P = 0.011 < 0.05$)。(见表1)

表1 3组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	5(16.7)	15(50.0)	8(26.6)	2(6.7)	28(93.3)
对照1组	30	3(10.0)	12(40.0)	10(33.3)	5(16.7)	25(83.3)
对照2组	30	2(6.7)	7(23.3)	12(40.0)	9(30.0)	21(70.0)

3.4.2 3组治疗前后中医证候积分比较 3组中医证候积分治疗前后组内比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。3组治疗后中医证候总积分先行探索性分析, $P = 0.004 < 0.05$,不满足方差齐性,采用Kruskal-Wallis H检验,差异有统计学意义($\chi^2 = 19.286, P < 0.01$)。治疗组与对照1组比较、治疗组与对照2组比较、对照1组与对照2组比较,差异均有统计学意义($Z = -2.453, P = 0.014 < 0.05$; $Z = -4.220, P < 0.01$; $Z = -2.247, P = 0.025 < 0.05$)。(见表2)

表2 3组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	Z值	P值
治疗组	30	17.40 \pm 6.12	3.67 \pm 3.50	-4.79	<0.01
对照1组	30	16.40 \pm 6.23	6.50 \pm 4.80	-4.44	<0.01
对照2组	30	17.07 \pm 6.83	10.27 \pm 6.96	-4.79	<0.01

3.4.3 3组治疗前后5-HT比较 3组5-HT水平治疗前后组内比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。3组治疗后5-HT比较,先行探索性分析, $P = 0.961$,满足方差齐性,采用方差分析: $F = 15.691, P < 0.01$,差异有统计学意义,再采用Dunnett-t进行多重比较,治疗组与对照1组比较、治疗组与对照2组比较、对照1组与对照2组比较,差异均有统计学意义($P = 0.021 < 0.05$; $P < 0.01$; $P = 0.007 < 0.01$)。(见表3)

表3 3组治疗前后5-HT比较($\bar{x} \pm s$,ng/ml)

组别	例数	治疗前	治疗后	Z值	P值
治疗组	30	176.87 \pm 95.85	313.93 \pm 88.82	-4.78	<0.01
对照1组	30	179.99 \pm 98.08	254.09 \pm 89.87	-4.78	<0.01
对照2组	30	174.33 \pm 93.21	184.74 \pm 89.51	-3.05	<0.01

3.4.4 3组治疗前后PAC-QOL积分比较 3组PAC-QOL积分治疗前后组内比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。3组治疗后PAC-QOL积分比较,先行探索性分析, $P < 0.05$,不满足方差齐性,故采用Kruskal-Wallis H检验比较,差异有统计学意义($\chi^2 = 17.796, P < 0.01$)。治疗组与对照1组比较、治疗组与对照2组比较、对照1组与对照2组比较,差异均有统计学意义($Z = -2.849, P = 0.004 < 0.01$; $Z = -5.716, P < 0.01$; $Z = -4.216, P < 0.01$)。(见表4)

表4 3组治疗前后PAC-QOL积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	Z值	P值
治疗组	30	66.90 \pm 17.63	40.27 \pm 8.87	-4.78	<0.01
对照1组	30	66.03 \pm 17.30	48.37 \pm 10.79	-4.79	<0.01
对照2组	30	65.93 \pm 15.90	57.87 \pm 18.46	-4.17	<0.01

3.4.5 3组不良反应比较 3组患者在治疗过程中均未出现任何不良反应,检测安全性指标均在正常范围。

4 讨论

便秘属中医学“虚秘”“风燥”等范畴,以粪便在体内滞留过久,秘结不通,排便周期延长,或周期不长,但粪质干结,排出艰难,或粪质不坚,虽有便意,但便而不畅为主要表现^[7-8]。便秘的发生与饮食、情绪、气血津液及脏腑经络等皆有关系,其病位在大肠,与肾、脾两脏关系密切。大肠位居腹中,主传化糟粕、主津,如嗜食辛辣酒食,体内胃热积聚,耗伤津液气血,或过度的忧思劳虑,气机不得宣达,通降失常,气血津液亏虚,大肠失于润泽,则大便秘结不通。肾开窍于前后二阴,司二便开阖,又主水,主司、调节体内水液代谢平衡。脾与胃同居中焦,共同主导饮食物的受纳、消化及水谷精微的吸收和运输,脾主升清,胃主肃降,两者纳运协调,升降相因,则水谷糟粕得以下行。

本研究主要针对阴虚肠燥证,其发病因素或嗜酒食,或饮食过于辛热厚味,或情志郁久化火,或久病、年老体虚等日久致人体内津液亏虚失于输布,胃肠传导无力,气机阻滞,气血阴液亏虚,肠道失于荣润,而致本病。肠道津液亏虚,失于濡润,无水舟停,则大便干结难解或干硬如羊屎状;大肠气机阻滞,肠道壅塞不通,不通则痛,则排便时间延长、排便困难、腹痛;大肠津液缺乏,脏腑肢体失于濡养,故口干少津;脾胃气机升降失职,运化失健,则腹胀、纳差;阴液亏虚不足以制阳,火热内生,故心烦、小便短黄。笔者采用增液润肠汤治疗,旨在滋阴清热、润肠通便,让阴血得到充养,大肠润泽,则大便可通。润肠丸出自沈金鳌《沈氏尊生书》,功效润肠通便,用于实热便秘;增液汤出自吴鞠通《温病条辨》,功效增液润燥,用于津亏肠燥证,两方合用组成增液润肠汤。方中重用甘平、质润多脂之火麻仁润肠通便,兼滋养补虚,为君药;甘平质润之当归补血以润肠通便,甘平之桃仁润燥滑肠,兼活血祛瘀,泄血中郁滞,甘平润燥之杏仁,入肺与大肠,上肃肺气,下润大肠,三药配伍助君药以滋阴润燥,共为臣药;佐以苦寒之瓜蒌仁润燥滑肠,辛苦温之枳实破气消积除痞,木香行大肠、脾胃之滞气,使清气能升,浊气能降,苦寒之生地黄、玄参清热养阴生津,启肾水以滋肠燥,甘寒之麦冬滋肺增液、生津润肠

以润燥;使以苦寒之黄连祛脾胃大肠湿热。诸药共用,养阴增液而清热,内热得以消除,阴虚得以滋养,脾胃恢复升降相应,清升浊降,阴阳调和,气血充和,津液得复,大肠润泽,大便自下。诸药合用,寓泻于补,以补药之体,作泻药之用,既可攻实,又可防虚。大黄具攻积导滞、泻下通便之效,取大黄胶囊粉末,蜂蜜调匀,敷贴于神阙、天枢等穴位可将其药性通过穴位传递,改善肠道功能^[9-10],从而达到通便的作用,而且避免了药物对肝脏、肾脏的损害及药物在胃肠道的灭活,亦降低了毒副作用。

综上所述,增液润肠汤联合穴位敷贴能有效治疗功能性便秘阴虚肠燥证,明显改善患者症状和生活质量,且安全无毒副作用,适合临床广泛运用。

参考文献

- [1] 刘海宁. 肠道菌群与功能性便秘的研究进展[J]. 复旦学报: 医学版, 2015, 42(4): 564-568.
- [2] ELSAGH M, FAROOKZADEH M, ADIBI P, et al. Basic temperament among patients with functional constipation[J]. Iran J Public Health, 2015, 44(10): 1438-9.
- [3] 唐伟峰, 唐晓军, 杨巍. 功能性便秘的中西医研究进展[J]. 世界中西医结合杂志, 2015, 10(6): 880-881.
- [4] DROSSMAN DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process[J]. Gastroenterology, 2016, 130(5): 1377-1390.
- [5] 中华中医药学会脾胃病分会. 便秘中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中医杂志, 2017, 58(15): 1345-1349.
- [6] MARQUIS P, DELLC, 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.
- [7] 杨为霞, 陈兆洋, 王金华, 等. 加味济川煎联合穴位按摩对慢性功能性便秘老年患者血清胃肠激素水平的影响[J]. 四川中医, 2019, 37(4): 151-153.
- [8] 张喻然, 王波. 济川煎加味联合腹针对慢传输型便秘(脾肾阳虚型)疗效及对血清SP和NO水平的干预影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(3): 238-242.
- [9] 于天蔚. 车前子不同炮制方法治疗慢性功能性便秘临床研究[J]. 河南中医, 2015, 35(5): 1064-1065.
- [10] 陈璐, 孙建华, 吴晓亮, 等. 电针深刺对女性严重功能性便秘患者自主排便次数及生活质量的影响[J]. 南京中医药大学学报, 2016, 32(1): 10-13.

(收稿日期: 2020-11-19)

杞菊桑叶茶

材料: 中药颗粒枸杞子 1 袋(10 g)、菊花 2 袋(12 g)、桑叶 1 袋(10g)。

做法: 将颗粒剂混合, 加开水 200 ml, 充分拌匀即可, 适温频频饮服。

功效: 滋阴, 润燥, 解毒, 清火。(http://www.cntcm.com.cn/news.html?aid=177573)