

引用:杨婷,皮茂. 芪术增液汤治疗气阴两虚型慢传输型便秘 35 例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2022,38(9):9-11,16.

芪术增液汤治疗 气阴两虚型慢传输型便秘 35 例临床观察

杨 婷,皮 茂

(湘潭市中医医院,湖南 湘潭,411100)

[摘要] 目的:观察芪术增液汤治疗气阴两虚型慢传输型便秘(STC)的临床疗效。方法:将 70 例气阴两虚型 STC 患者随机分为治疗组和对照组,每组各 35 例。治疗组予芪术增液汤治疗,对照组予枸橼酸莫沙必利片治疗。治疗 28 d 后比较 2 组综合疗效、排便评分(排便间隔时间、排便费力程度、粪便性状、排便时间)、中医证候(气短乏力、神疲懒言、口干少津、头晕耳鸣)积分及复发率。结果:总有效率治疗组为 91.43%(32/35),对照组为 71.43%(25/35),组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。排便各项指标评分、各项中医证候评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($P<0.05$)。复发率治疗组为 12.50%(4/32),对照组为 36.00%(9/25),2 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:芪术增液汤治疗气阴两虚型 STC 疗效确切,复发率低,值得临床推广应用。

[关键词] 慢传输型便秘;气阴两虚型;中医药疗法;芪术增液汤

[中图分类号] R259.746.2 **[文献标识码]** A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2022.09.003

Clinical effect of Qizhu Zengye decoction in treatment of slow transit constipation with deficiency of both Qi and Yin:An analysis of 35 cases

YANG Ting,PI Mao

(Xiangtan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Xiangtan 411100, Hunan, China)

[Abstract] Objective:To investigate the clinical effect of Qizhu Zengye decoction in the treatment of slow transit constipation (STC) with deficiency of both Qi and Yin. Methods:A total of 70 STC patients with deficiency of both Qi and Yin were randomly divided into treatment group and control group,with 35 patients in each group. The patients in the treatment group were given Qizhu Zengye decoction,and those in the control group were given mosapride citrate tablets. After 28 days of treatment,the two groups were compared in terms of overall response,defecation scores (defecation interval,degree of difficult defecation,stool form,and defecation time),scores of traditional Chinese medicine (TCM) syndromes (short breath and weakness,fatigue and laziness to speak,dry mouth with little saliva,and dizziness and tinnitus),and recurrence rate. Results:There was a significant difference in overall response rate between the treatment group and the control group [91.43% (32/35) vs 71.43% (25/35), $P<0.05$]. Both groups had significant changes in defecation scores and TCM syndrome scores after treatment,and there were significant differences in these scores between the two groups after treatment ($P<0.05$). There was a significant difference in recurrence rate between the treatment group and the control group [12.50% (4/32) vs 36.00% (9/25), $P<0.05$]. Conclusion:Qizhu Zengye decoction has a marked clinical effect and a low recurrence rate in the treatment of STC with deficiency of both Qi and Yin and thus holds promise for clinical application.

[Keywords] slow transit constipation;deficiency of both Qi and Yin;traditional Chinese medicine treatment;Qizhu Zengye decoction

基金项目:湖南省中医药科研计划项目(201875)

第一作者:杨婷,女,医学硕士,主治医师,研究方向:肛肠疾病的中西医防治

通信作者:皮茂,女,主任医师,研究方向:肛肠疾病的中西医防治,E-mail:3528108147@qq.com

慢传输型便秘(slow transit constipation,STC)是因肠道传导动力不足,肠道内容物传输速度减慢而引起的便秘。其临床以便意减弱或无便意、大便次数减少,大便排出不畅,排便时间延长、上腹部胀满不适为主要表现,并伴有其他并发症。日久患者易产生焦虑不安、抑郁等不良情绪,引发肛肠疾病,诱发或加重心脑血管疾病。西医一般选用促胃肠动力药、泻药及促分泌类药物治疗,短期疗效显著,但长期使用易产生药物依赖性,且影响排便功能的自主恢复,甚者出现电解质紊乱及大肠黑变病^[1]。芪术增液汤是皮茂主任医师在黄芪汤与增液汤的基础上化裁而来,常用来治疗气阴两虚型STC。基于此,笔者采用芪术增液汤治疗气阴两虚型STC 35例,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2019年12月至2021年11月我院肛肠科门诊及住院部患者70例,将其按就诊号分为治疗组与对照组,每组各35例。治疗组中,男11例,女24例;年龄23~76岁,平均(47.47±13.25)岁;病程1.1~9.2年,平均(3.17±2.67)年。对照组中,男14例,女21例;年龄25~75岁,平均(46.86±13.71)岁;病程0.8~8.7年,平均(4.03±3.11)年。2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IV中STC的诊断标准^[2]。1)每周自发排便次数<3次,粪便干硬难下,或粪质不干但排便困难;并排除继发性便秘(如器质性疾病和药物因素等)。2)不符合肠易激综合征诊断标准,出现相关症状≥6个月,近3个月出现罗马IV中慢性传输型便秘诊断标准症状。3)结肠传输试验(GITT)支持STC的诊断,结肠传输时间延长。

1.2.2 中医辨证标准 参照《便秘中医诊疗专家共识意见(2017)》^[3]《中医内科学》^[4]中相关内容拟定气阴两虚证的辨证标准。主症:大便干结,状如羊屎,如厕无力努挣,努挣则汗出气短。次症:口干少津,神疲懒言,头晕耳鸣。舌红、苔薄或少苔,脉细数或弱。主症及次症同时至少满足2项,并结合舌脉象,即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断标准及中医辨证标准;2)年龄20~80岁;3)自愿参加本研究并签

署知情同意书;4)参加研究1周前,未服用其他相关治疗药物;5)1年内行肠镜检查,未发现器质性病变。

1.4 排除标准 1)患有肠道器质性疾病;2)合并2种类型的便秘;3)伴有严重疾病或精神失常;4)处于妊娠、哺乳及备孕期;5)有相关中药过敏史;6)6个月内有结直肠手术史。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用芪术增液汤治疗。处方:黄芪30g,生白术50g,生地黄15g,当归15g,槟榔10g,火麻仁10g,柏子仁10g,玄参20g,麦冬20g,枳实10g,厚朴10g,生甘草6g。以上药物均来源于我院中药房。每天1剂,水煎,每次150ml,三餐后30min温服。服药期间忌辛辣、生冷食物。

2.2 对照组 采用枸橼酸莫沙必利片治疗。枸橼酸莫沙必利片(江苏豪森药业股份有限公司,批准文号:国药准字H19990315,规格:5mg/片)口服,每次1片,每天3次。

2组均治疗28d。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)排便评分。①排便间隔时间。<24h,计0分;≥24h,但≤48h,计1分;>48h,但≤72h,计2分;>72h,计3分。②排便费力程度。不费力,计0分;稍用力即可排出,计1分;需费力方可排出,计2分;需借助药物及清洁灌肠才能排出,计3分。③粪便性状。软硬适中,排出顺畅,计0分;成形稍干结,排出欠顺畅,计1分;成形质干结,排出困难,计2分;质硬如羊粪状,干结难排出,计3分。④排便时间。<5min,计0分;≥5min,但≤10min,计1分;>10min,但≤30min,计2分;>30min,计3分^[5]。2)中医证候积分。参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]中的有关标准,对患者气短乏力、神疲懒言、口干少津、头晕耳鸣进行评分。①气短乏力:无,计0分;劳累后稍感乏力,计1分;活动后感气短乏力,计2分;平卧休息时亦感乏力,计3分。②神疲懒言:无,计0分;偶有神疲,计1分;精神倦怠,不欲言语,计2分;长期精神萎靡不振,懒于言语,计3分。③口干少津:无,计0分;偶有口干,计1分;口干喜饮,计2分;口干饮水较多,皮肤干燥,计3分。④头晕耳鸣:无,计0分;偶有头晕,计1分;经常头晕耳鸣,计2分;长期头晕耳鸣,计3分。3)复发情况。治疗结

束后3个月,对2组的治疗有效患者进行回访,统计复发率。

3.2 疗效标准 参照《功能性便秘中西医结合诊疗共识意见(2017年)》^[6]拟定。痊愈:1~2d排便1次,质软,排出顺畅,短期无复发,中医证候积分减少率>90%;显效:1~2d内有排便,质软,排出欠顺畅,症状明显改善,中医证候积分减少率≥70%,但≤90%;有效:症状改善,中医证候积分减少率≥30%,但<70%;无效:症状无明显改善,中医证候积分减少率<30%。

3.3 统计学方法 采用SPSS 23.0统计学软件进行统计分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,若符合正态性分布和方差齐性,则采用 t 检验,否则采用非参数检验方法;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为91.43%,高于对照组的71.43%,组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表1)

表1 2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	35	9(25.71)	11(31.43)	12(34.29)	3(8.57)	32(91.43) ^a
对照组	35	4(11.43)	8(22.86)	13(37.14)	10(28.57)	25(71.43)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 2组治疗前后排便评分比较 2组治疗前排便间隔时间、排便费力程度、粪便性状、排便时间评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。2组各指标治疗前后组内及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表2)

表2 2组治疗前后排便评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	排便间隔时间	排便费力程度	粪便性状	排便时间
治疗组	35	治疗前	2.31±0.67	2.33±0.62	2.37±0.63	2.26±0.63
		治疗后	0.66±1.05 ^{ab}	0.63±0.97 ^{ab}	0.60±0.89 ^{ab}	0.71±0.93 ^{ab}
对照组	35	治疗前	2.35±0.64	2.41±0.63	2.33±0.69	2.31±0.77
		治疗后	1.83±0.88 ^a	1.42±0.87 ^a	1.30±0.91 ^a	1.43±0.91 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

3.4.3 2组治疗前后中医证候评分比较 治疗前2组气短乏力、神疲懒言、口干少津、头晕耳鸣评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。2组各指标治疗前后组内及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表3)

表3 2组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	气短乏力	神疲懒言	口干少津	头晕耳鸣
治疗组	35	治疗前	1.44±0.83	1.21±0.86	1.47±0.87	1.28±0.89
		治疗后	0.55±1.04 ^{ab}	0.48±1.03 ^{ab}	0.45±0.72 ^{ab}	0.53±0.94 ^{ab}
对照组	35	治疗前	1.37±0.84	1.17±0.77	1.45±0.88	1.25±0.91
		治疗后	0.88±0.89 ^a	0.82±0.92 ^a	0.94±0.91 ^a	0.77±0.99 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

3.4.4 2组复发率比较 治疗结束后3个月随访,治疗组32例中复发4例(12.50%),对照组25例中复发9例(36.00%),2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

4 讨论

STC又称结肠无力型便秘,以结肠传输功能异常、胃肠道蠕动减慢为关键因素。STC的发生与生活方式不良、精神压力过大、肠神经动力系统异常、血液中激素和酶水平改变有关。枸橼酸莫沙必利作为促胃肠动力药,停药后会导致结肠动力再次下降,再发便秘,且长期服用容易形成药物依赖,严重时 会损伤胃肠道功能。

STC 归属于中医学“便秘”范畴。早在《黄帝内经》中就有“大便难”“后不利”等关于便秘症状的描述,但“便秘”一词由清代沈金鳌首次提出^[7]。饮食不节,喜食辛辣刺激食物,易致阳明热盛,肠道津液亏虚而形成阴虚便秘;年老体弱,或素体虚弱,五脏失去滋润濡养,肠道失养也是导致便秘的重要病因。气阴两虚型便秘与气血津液不足、肠道干涩、气虚大肠传导失常有关。现代医家对便秘进行了诸多研究,如刘佃温教授运用通秘合剂方治疗气阴两虚型便秘取得较好疗效^[8]。陈凯旋等^[9]的研究显示,运用加味增液汤能有效缓解气阴两虚型STC患者的临床症状,提高结肠传输功能。本研究所用的芪术增液汤方中黄芪、白术益气养阴,为君药。玄参、生地黄、麦冬养阴增液,增水行舟,共为臣药。火麻仁、柏子仁质地油润,润肠通便;当归养血补血,润肠通便;枳实、厚朴、槟榔行气理滞,有推送大肠传导之能,共为佐药。生甘草调和诸药,为使药。纵观全方,组方合理,用药精当,共奏益气养阴通便之功。动物实验研究发现,生白术可以修复肠道细胞,促进肠道蠕动的恢复^[10]。黄芪能保护胃黏膜,促进胃动力,逆转胃黏膜组织学改变,调节免疫功能^[11]。

泄率明显低于对照组。王秀芬等^[12]通过动物实验及临床观察,探讨补阳还五汤加减应用前后血生化及肾组织各项指标的变化,结果显示,补阳还五汤加减在不影响糖代谢的情况下,可明显改善 DN 的蛋白尿,降低肾重/体质量,其机制与提高肾组织基质金属蛋白酶-9 的表达,降低纤溶酶原激活物抑制物-1 的表达有关。燕经堂等^[13]分别采用补肾益气活血方与替米沙坦治疗早期 DN,结果表明补肾益气活血方能明显改善患者的血糖水平,有效降低 24h 尿蛋白量,改善肾功能。阮雪玲等^[14]研究发现,黄芪和丹参注射液联用能改善早期 DN 患者的血液流变学、血脂和微循环,改善肾功能。本研究显示,加用补阳还五汤能显著下调Ⅲ~Ⅳ期 DN 气虚血瘀证患者血糖和血脂水平,且能明显改善中医证候及肾功能。

综上所述,补阳还五汤治疗Ⅲ~Ⅳ期 DN 气虚血瘀证疗效确切,可有效降低患者的中医证候积分,改善患者的糖、脂代谢指标,保护肾脏功能,延缓病情进展,提高治疗效果,值得进一步研究探讨。

参考文献

- [1] CEFALU, WILLIAM T, BERG, et al. Microvascular complications and foot care; Standards of medical care in diabetes-2019[J]. Diabetes Care, 2019, 42(Suppl 1): S124-S138.
- [2] GNUDI L, COWARD RJM, LONG DA. Diabetic nephropathy: Perspective on novel molecular mechanisms[J]. Trends Endocrinol Metab, 2016, 27(11): 820-830.

(上接第 11 页)

本研究结果显示,芪术增液汤治疗气阴两虚型慢传输型便秘,能提高综合疗效,对大便性状、排便间隔、排便时间等均有改善作用,临床疗效肯定,复发率低,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 陈凯旋,张龙江,李超鹏,等.结肠传输试验在评估不同类型便秘患者中的临床应用[J].胃肠病学和肝病学杂志,2021,30(11):1277-1281.
- [2] BRIAN EL, FERMIN M, LIN C, et al. Bowel disorder[J]. Gastroenterology, 2016, 150(6): 1393-1407.
- [3] 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):1345-1350.
- [4] 周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2007:249-256.
- [5] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科

- [3] 刘玉栋,孟祥云,程涛,等.糖尿病肾病中西医发病机制及治疗概述[J].西部中医药,2019,32(7):134-138.
- [4] 张雪辰,王镁.中药药对治疗糖尿病肾病的药理作用及临床应用研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2019,25(9):228-234.
- [5] 中华人民共和国卫生部疾病控制司,中华医学会糖尿病学分会.中国糖尿病防治指南[M].北京:北京大学医学出版社,2003:9-11.
- [6] 中华中医药学会肾病分会.糖尿病肾病诊断、辨证分型及疗效评定标准(试行方案)[J].上海中医药杂志,2007,41(7):7-8.
- [7] 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,2002:236-237.
- [8] AMERICA DIABETES ASSOCIATION. Standard of medical care in diabetes 2011[J]. Diabetes Care, 2011, 34(Suppl 1): S11-61.
- [9] 高宏杰,李凤玲,赵英凯,等.中医药治疗糖尿病肾病研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2010,12(7):200.
- [10] 蔡栋伟.从瘀论治糖尿病肾病[J].浙江中西医结合杂志,2012,22(6):452.
- [11] 梁丽芳,卜晓宏,吴桂清,等.福辛普利联合补阳还五汤治疗早期糖尿病肾病临床观察[J].现代中西医结合杂志,2015,24(26):2891-2893.
- [12] 王秀芬,顾连方,李英,等.加减补阳还五汤对早期糖尿病肾病的临床疗效及作用机制探讨[J].中国中西医结合肾病杂志,2005,6(5):280-281.
- [13] 燕经堂,邓海文.补肾益气活血方治疗早期糖尿病肾病疗效观察[J].四川中医,2012,30(9):94-95.
- [14] 阮雪玲,张秀薇,郑东文,等.黄芪和丹参注射液联用对早期糖尿病肾病血液流变学和肾功能的影响[J].中国实用内科杂志,2005,25(2):147-149.

(收稿日期:2022-01-18)

技出版社,2002:371-373.

- [6] 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):18-26.
- [7] 乔明月,禄保平,荣金霞.老年性便秘的中医药治疗现状[J].中医学报,2020,35(4):802-806.
- [8] 王华胜,张胜威,张晓洁,等.通秘合剂方治疗气阴两虚型便秘[J].中医学报,2021,36(12):2673-2678.
- [9] 陈凯旋,张龙江,李超鹏,等.加味增液汤治疗气阴两虚型慢传输型便秘的疗效评价及对胃肠功能的影响[J].中国实验方剂学杂志,2021,27(13):72-77.
- [10] 陈思敏,关丽娜,庞俊,等.生白术对慢传输型便秘模型大鼠结肠水通道蛋白表达影响的研究[J].新中医,2019,51(6):12-16.
- [11] 朱巧凤,韩吉.黄芪建中汤治疗胃病临床及实验研究进展[J].亚太传统医药,2019,15(10):179-182.

(收稿日期:2022-05-13)