

芪术润肠汤治疗习惯性便秘的临床研究^{*}

罗琪明¹, 尚京川², 甘从康¹, 羊少艺¹

(1. 四川省射洪市中医院肛肠科 629200; 2. 重庆医科大学药学院 400016)

[摘要] **目的** 探讨芪术润肠汤对习惯性便秘的临床疗效。**方法** 选取 2017 年 11 月至 2018 年 11 月符合习惯性便秘诊断标准的患者 120 例,按随机数表法分为对照组和观察组,每组各 60 例;对照组服用麻仁丸,观察组服用芪术润肠汤汤剂,观察两组用药后的临床疗效及不良反应。**结果** 治疗前,两组排便率比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组排便时间间隔总有效率为 90.00%,对照组为 63.33%,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后观察组粪便干结总有效率为 93.33%,对照组为 55.00%($P<0.05$);对照组与观察组治疗前排便费力程度比较,差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后观察组治疗总有效率为 91.67%,对照组 58.33%,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后观察组口干、腹痛、腹胀及纳差控制率和总有效率均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。依据中医症候疗效评价标准:观察组痊愈 19 例、显效 28 例、有效 11 例,总有效率为 96.67%,对照组痊愈 3 例、显效 22 例、有效 26 例,总有效率为 85.00%,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 中医辨证为脾虚气弱、阴虚肠燥证型的习惯性便秘采用芪术润肠汤治疗效果明显,值得临床推广使用。

[关键词] 芪术润肠汤;习惯性便秘;脾虚肠燥

[中图法分类号] R256.35

[文献标识码] A

[文章编号] 1671-8348(2020)19-3244-04

Clinical study of Qizhu Runchang Decoction on habitual constipation^{*}

LUO Qiming¹, SHANG Jingchuan², GAN Congkang¹, YANG Shaoyi¹

(1. Department of Anorectal, Shehong Hospital of Traditional Chinese Medicine,

Shehong, Sichuan 629200, China; 2. College of Pharmacy, Chongqing

Medical University, Chongqing 400016, China)

[Abstract] **Objective** Explore the clinical effect of Qizhu Runchang Decoction on habitual constipation. **Methods** Selected from November 2017 to November 2018, 120 patients with habitual constipation in the hospital were randomly divided into control group and observation group according to the random number table method, with 60 cases in each group. The control group took Maren pills and the observation group took Qizhu Runchang Decoction, then observe the clinical efficacy and other adverse reactions of the two groups after medication. **Results** Before treatment, there was no statistically significant difference in defecation rate and degree of defecation effort between the two groups ($P>0.05$). After treatment, the total effective rate of defecation interval in the observation group was 90.00%, and that of the control group was 63.33% ($P<0.05$); the total effective rate of dry stool was 93.33% in the observation group and 55.00% in the control group ($P<0.05$); the total effective rate of treatment was 91.67%, and that of the control group was 58.33% ($P<0.05$); the control rate and total effective rate of dry mouth, abdominal pain, abdominal distension and anorexia in the observation group were better than those in the control group ($P<0.05$). According to the evaluation criteria of TCM symptoms: 19 cases were cured in the observation group, 28 cases were markedly effective, 11 cases were effective, the total effective rate was 96.67%, and the control group was cured 3 cases, 22 cases markedly effective, and 26 effective cases, with a total effective rate of 85.00%, statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The traditional Chinese medicine dialectics is habitual constipation with spleen deficiency, qi deficiency, yin deficiency and intestinal dryness. The treatment effect of Qizhu Runchang Decoction is obvious, which is worthy of clinical promotion.

[Key words] Qizhu Runchang Decoction; functional constipation; spleen deficiency and intestinal dryness

近年来随着生活水平的提高,功能性胃肠病(FGIDs)发病率逐年升高。FGIDs 多由社会因素、精神因素及生理因素所致,其中 FGIDs 中便秘(FC)较为常见,患者会出现秘结不通、粪便干燥、排便间隔时间增加、排便次数减少或粪便不干但排便困难,且缺乏相关生化指标等^[1]。习惯性便秘病程长,严重影响了患者的生活质量,其发病率为 3%~17%,老年人发病率高于青年^[2]。习惯性便秘在诸多疾病中可能起到了诱导作用,如急性心肌梗死、脑血管疾病等,部分患者因自行使用泻剂导致不良反应发生,且可能造成病情加重导致结肠黑变病引发癌变。习惯性便秘属中医大便不通、大便秘结及大便难等范畴,习惯性便秘中证型较为常见的为脾虚肠燥,主要因患者脾胃气虚,阴津不足,脾肾亏虚,不能推动及濡润肠道导致气机升降失常^[3]。本研究以 120 例经中医辨证为脾虚气弱、阴虚肠燥证型的习惯性便秘患者作为研究对象,探讨芪术润肠汤对这两类习惯性便秘患者的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2017 年 11 月至 2018 年 11 月四川省射洪市中医院确诊为习惯性便秘的 120 例患者作为研究对象,按随机数表法分为对照组和观察组,每组各 60 例;其中对照组男 20 例、女 40 例,平均年龄(49.1±11.0)岁,平均病程(5.64±2.31)年;观察组男 22 例,女 38 例,平均年龄(48.7±10.9)岁,平均病程(5.49±2.19)年。诊断标准:(1)中医根据《中医病症诊断疗效》^[4]便秘标准,燥热内结、气阴不足、腑气不畅引起大便干结及排便间隔时间增长;(2)西医诊断,依据罗马Ⅲ标准^[5]确诊为慢性便秘且无器质性疾病,便秘持续 6 个月,排便次数小于 3 次/周,且不符合肠易激综合征。中医证候诊断标准:辨证为虚气弱、阴虚肠燥;临床症状表现为大便排出困难、干结、纳少、腹痛、口干燥热、汗出气短、少苔等。排除标准:(1)不符合中医、西医诊断标准或存在其他消化系统疾病者;(2)年龄小于 18 岁或病程不足 1 年者;(3)服用抗

胆碱、钙通道阻滞剂等影响胃肠功能的药物者;(4)合并心脑血管疾病、糖尿病及精神病者。两组年龄、性别、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 中医症状积分评价方法

根据上述中医症候诊断标准将纳入者进行分级和计分,依据拟定的 1、2、3 级标准对应计为 1、2、3 分,观察并比较两组治疗前后积分情况,见表 1。

1.2.2 治疗方法

观察组采用芪术润肠汤汤剂,方药组成:黄芪 115 g,生白术 225 g,生地黄 110 g,升麻 10 g,火麻仁 110 g,杏仁 40 g,枳壳 55 g,厚朴 75 g,炒莱菔子 55 g,肉苁蓉 55 g,决明子 55 g,玄参 55 g,麦冬 55 g,生首乌 55 g,槟榔 55 g,白芍 75 g,制成 1 000 mL(1 mL 相当于原饮片量 1.195 g)。制法:以上 16 味饮片第 1 次加水 10 倍(饮片量),先浸泡 30 min,再加热煎煮 1.5 h,分离煎液,第 2 次加水 8 倍,再煎煮 1 h,分离煎液,合并煎液滤过,加热浓缩至 1 000 mL 即得。用法用量:口服 30 mL/次,1 d 3 次。8 周为 1 个疗程,1 个疗程后统计疗效。

对照组采用麻仁丸治疗,主要成分为:火麻仁、苦杏仁、大黄、枳实(炒)、姜厚朴、炒白芍,辅料为蜂蜜,20 粒/克,每次服用 6 克,1 d 2 次,使用开水冲服,治疗 8 周为 1 个疗程,治疗后统计疗效。治疗期间嘱咐两组患者停用其他影响胃肠功能的药物。

1.3 观察指标

治疗后,比较两组临床不良反应发生率,中医临床病症诊断疗效评价结果,中医症候疗效评价结果,药物使用安全性评价结果。

1.4 评价标准

中医临床病症诊断疗效标准:治愈为治疗结束后症状完全消失;有效为症状积分较治疗前减少 1 分以上,但症状仍存在;无效为症状积分较治疗前未发生改变且有增加迹象。

表 1 症状积分标准

症状	0 分	1 分	2 分	3 分
排便次数(以周为单位)	>7 次	3~6 次	1~2 次	<1 次
粪便干结(Bristol 大便性状分型)	4~7 型	3 型	2 型	1 型
排便困难程度	无困难	排使用力	排便不尽	需手辅助
口干燥热	无口干咽燥	症状轻微,饮水有明显缓解	口干潮热,影响生活	持续发作,难以忍受
腹痛	无腹痛	偶尔出现,对工作及生活未造成影响	影响部分生活和工作	频繁发生,难以忍受
腹胀	无腹胀	症状轻微	发作频繁,可忍受	持续不止,难以忍受
进食减少	正常进食	较平时减少 1/4	较平时减少 1/3	较平时减少 1/2

中医症候疗效评价标准:痊愈为基本消失或体征消失,症候积分减少 $\geq 95\%$;显效为体征较治疗前明显好转,症候积分减少 $\geq 70\%$;有效为症状有所好转,症候积分减少 $\geq 30\%$;无效为无明显改善,且病情加重,症候积分低于 30% ;根据尼莫地平法公式计算: $[(\text{治疗前积分}-\text{治疗后积分})/\text{治疗前积分}]\times 100\%$ 。

药物使用安全性评价标准:安全且用药后无不良反应为 1 级;较为安全,服用药物后出现不良反应但不需特殊治疗,可继续服药为 2 级;存在安全性问题,服药后出现中等程度不良反应,但经特殊处理后可继续服药为 3 级;因服用后发生不良反应经特殊治疗后无明显效果,终止试验为 4 级。

1.5 统计学处理

采用 SPSS24.0 统计软件进行分析,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 观察两组治疗前后症状疗效

治疗前,两组排便时间间隔增长评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,观察组痊愈 16 例、减轻 38 例,总有效率为 90.00%;对照组分别痊愈 26 例、减轻 12 例,总有效率为 63.33%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组治疗前后排便时间间隔比较

组别	n	治疗前(n)			治疗后(n)			控制率 (%)	总有效率 (%)
		3分	2分	1分	3分	2分	1分		
观察组	60	26	14	10	6	16	38	26.67*	90.00*
对照组	60	28	13	9	12	26	12	43.33	63.33

*: $P<0.05$,与对照组比较。

2.2 两组治疗前后粪便性质观察结果

治疗后,观察组粪便干结症状消失 42 例、减轻 14 例,总有效率为 93.33%;对照组消失 26 例,减轻 7 例,总有效率为 55.00%,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 3 两组患者治疗前后粪便干结改善率比较

组别	n	治疗前(n)			治疗后(n)			控制率 (%)	总有效率 (%)
		3分	2分	1分	3分	2分	1分		
观察组	60	29	21	10	4	42	14	70.00*	93.33*
对照组	60	32	19	9	17	26	7	43.33	55.00

*: $P<0.05$,与对照组比较。

2.3 观察两组治疗前后排便费力情况

治疗后,对照组排便费力情况中消失 28 例、减轻 7 例,总有效率为 58.33%;观察组消失 47 例、减轻 8 例,总有效率为 91.67%,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 4。

2.4 两组治疗后次症改善率情况

治疗后,观察组纳差、口干燥热等控制率及总有

效率显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组的腹胀及腹痛控制率比较,差异无统计学意义($P>0.05$),但总有效率差异有统计学意义($P<0.05$),见表 5。

表 4 两组治疗前后排便程度比较

组别	n	治疗前(n)			治疗后(n)			控制率 (%)	总有效率 (%)
		3分	2分	1分	3分	2分	1分		
观察组	60	17	23	20	5	47	8	78.33*	91.67*
对照组	60	18	25	17	15	28	7	46.67	58.33

*: $P<0.05$,与对照组比较。

表 5 比较两组治疗后次症情况

组别	症状	n	消失 (n)	减轻 (n)	无效 (n)	控制率 (%)	总有效率 (%)
观察组	口干燥热	60	34	19	7	31.67*	88.33*
	腹痛	60	37	20	3	33.33	95.00*
	腹胀	60	44	14	2	23.33	96.60*
	纳差	60	37	15	8	23.00*	86.67*
对照组	口干燥热	60	26	7	27	10.00	55.00
	腹痛	60	21	12	27	20.00	55.00
	腹胀	58	38	16	6	30.00	90.00
	纳差	60	34	8	18	13.33	70.00

*: $P<0.05$,与对照组比较。

2.5 两组治疗后中医证候情况比较

治疗后,经中医证候评价显示观察组痊愈 19 例、显效 28 例、有效 11 例、无效 2 例,总有效率为 96.67%;对照组痊愈 3 例、显效 22 例、有效 26 例、无效 9 例,总有效率为 85.00%,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 6。

表 6 两组中医证候的临床疗效比较[n(%)]

组别	n	痊愈 (n)	显效 (n)	有效 (n)	无效 (n)	痊愈+显效率 (%)	总有效率 (%)
观察组	60	19	28	11	2	78.33*	96.67*
对照组	60	3	22	26	9	41.67	85.00

*: $P<0.05$,与对照组比较。

2.6 治疗前后两组症状积分比较

治疗前,两组症状积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),两组症状可比性强;观察组治疗前症状积分显著高于治疗后;对照组治疗后症状积分显著低于治疗前,但对照组积分明显高于观察组治疗后症状积分,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 7。

表 7 两组患者治疗前后症状积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	治疗前积分	治疗后积分
观察组	60	10.42 \pm 3.41	2.41 \pm 1.45
对照组	60	9.89 \pm 3.48	5.71 \pm 2.01

3 讨 论

近年来,随着我国生活水平的提高,生活节奏的

加快,工作压力的增大导致习惯性便秘发病人数逐年增多,好发于中老年群体,且疾病隐匿性强,加上患者滥用泻剂,易导致相关并发症(如结肠黑变病),使得病情加剧。张仲景在《伤寒论》中提出:“太阳阳明者,脾约是也,正阳阳明者,胃家实也,少阳阳明者,发汗小便已,胃中有热,即消谷引实,大便实坚”^[6]。即胃中燥热,津液亏虚,脾不能为胃行津,故不能与肺气相合,加之肺与大肠相表里,致无法推动及濡润肠道,进一步致肠燥津亏,无水行舟,引发便秘。该病病灶在大肠,与肺、肝、脾、肾密切相关,大肠传导功能有赖于肺之肃降、肝之疏泄、脾之运化、肾之气化开合。肺与大肠相表里,肺气不宣,可致大肠不通,治疗此证当提壶揭盖。脾虚失运,从而导致大肠传导失常,腑气不通,大便秘结,治当健脾理气;肝郁气滞,疏泄失常,横逆犯脾胃,腑气不畅,腑气不通则导致大便秘结,治当疏肝理气、抑木扶土。综上当以健脾益气、润肠通便、调畅气机等治疗该疾病^[7-8]。

芪术润肠汤为本院肛肠科应用 20 余年的临床经验方,专治习惯性便秘。本方是在古方黄芪汤《金匱翼》、济川煎《景岳全书》、枳术丸《内外伤辨》、麻子仁丸《金匱要略》、厚朴三物汤《金匱要略》、增液汤《温病条辨》的基础上加减化裁而成。方中生白术益气健脾,黄芪峻补肺脾之气,二者合用增强脾的运化及肺的宣发肃降及大肠的传导功能,共为君药。生地黄、玄参、麦冬即为“增液汤”,具有生津润燥的功能;肉苁蓉既能温补肾阳,又能润肠通便;白芍、生首乌、火麻仁滋阴、养血、润肠;决明子清肝润肠,共为臣药。由于习惯性便秘的病理机制存在肠道气机不畅,传化失职,故在治疗时应重视对气机的调畅,在通便之时佐以理气沉降之品以助行滞降浊,故方中用厚朴、枳壳、槟榔、莱菔子、杏仁行气宽中,消食导滞,苦泄通降,与君药合用,使脾胃升清降浊功能得以恢复。升麻辛散升阳,增强黄芪、生白术益气运脾升清作用,为使药。全方共奏健脾益气、养阴生津、行气导滞、润肠通便之功^[9-14]。

本文以中医辨证理论为临床指导,并结合西医及自身多年的临床经验,深入研究芪术润肠汤汤剂对于脾虚气弱、阴虚肠燥证型的习惯性便秘的临床疗效。经论证分析显示,润肠通便、滋阴养血法是中医治疗习惯性便秘的主要方法。本研究结果表明,与麻子仁丸相比,芪术润肠汤汤剂治疗后排便时间间隔总有效率、粪便干结总有效率、口干、腹痛、腹胀及纳差控制率和治疗总有效率均优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。芪术润肠汤汤剂治疗功能性便秘效果显著,可有效调节胃肠运动,改善微循环、调节胃肠激素从而起到脏腑功能正常运转。

综上所述,芪术润肠汤治疗习惯性便秘效果显

著,为便秘治疗提供了新的治疗思路,建议向临床进行推广。

参考文献

- [1] 钱浩. 益气润肠汤治疗气虚肠燥型功能性便秘随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2016, 30(1): 69-70.
- [2] 潘以丰, 蔡海荣, 陈锦锋, 等. 宣肺润肠汤治疗阴虚肠燥型功能性便秘疗效观察[J]. 山西中医, 2017, 33(11): 14-16.
- [3] 张川琳, 张春娇. 黄芪白术汤联合乳果糖治疗小儿功能性便秘的临床疗效观察[J]. 中医药学报, 2017, 45(4): 118-120.
- [4] 李国锐. 《中医病症诊断疗效标准》出台[J]. 质量技术监督研究, 1995(2): 5.
- [5] 穆红. 功能性消化不良罗马Ⅲ与罗马Ⅱ诊断标准比较[J]. 医学信息旬刊, 2011, 24(10): 6427-6428.
- [6] 张仲景. 伤寒论[M]. 北京: 人民出版社, 2005: 65-68.
- [7] 杭春平. 调气润肠汤治疗慢性功能性便秘的临床效果[J/CD]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(76): 14887-14888.
- [8] 阙任焯, 方慧琪, 沈艳婷, 等. 芪榔方治疗气阴两虚型功能性便秘的临床研究[J]. 天津中医药, 2018, 35(3): 182-185.
- [9] 彭随风, 时昭红, 石拓, 等. 黄芪当归汤联合莫沙比利治疗功能性便秘的疗效及对血清胃肠激素水平的影响[J]. 现代生物医学进展, 2018, 18(2): 321-325.
- [10] 石翠华. 芪榔合剂治疗气阴两虚型慢性功能性便秘 30 例[J]. 河南中医, 2017, 37(7): 1260-1261.
- [11] 惠艳妮. 益气温阳法治疗老年功能性便秘临床观察[J]. 光明中医, 2018, 33(5): 678-680.
- [12] 黄汉, 赖晓霞, 郑莹莹. 针刺八髎穴联合黄芪润肠汤治疗出口梗阻型便秘临床研究[J]. 亚太传统医药, 2017, 13(10): 99-100.
- [13] 单崇武. 黄芪汤加味治疗肺脾气虚型功能性便秘 50 例疗效观察[J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(11): 57-58.
- [14] 桑岚. 黄芪当归汤辅助治疗功能性便秘患者的疗效及对患者血清肠神经递质的影响[J]. 云南中医中药杂志, 2017, 38(9): 42-43.