

益气滋阴中药加灌肠治疗气阴两虚型功能性便秘的短期疗效观察

周海娟 陈 刚 黄 健

(海南省海口市中医医院,海口,570216)

摘要 目的:探讨益气滋阴中药加灌肠治疗气阴两虚型功能性便秘的短期临床疗效。方法:将2013年7月到2014年12月因功能性便秘在门诊治疗的患者随机分为中药口服和灌肠的治疗组和单纯中药灌肠的对照组。采用完全自主排便次数(Complete Spontaneous Bowel Movements, CSBMs)、粪便性状评分、排便困难程度评分评估排便改善情况,采用《中医病证诊断疗效标准》中便秘的疗效标准评估临床疗效。结果:1)治疗组组内治疗2周、治疗4周与随访4周平均周CSBMs与治疗前相比,差异有统计学意义($P < 0.01$);对照组治疗4周平均周CSBMs与治疗前相比,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗组治疗2周、治疗4周与随访4周平均周CSBMs显著高于对照组,相比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。2)治疗组组内治疗2周后、治疗4周后与末次随访粪便性状评分与治疗前相比,差异有统计学意义($P < 0.01$);对照组治疗4周后粪便性状评分与治疗前相比,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗组治疗2周后、治疗4周后与末次随访粪便性状评分显著高于对照组,相比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。3)治疗组组内治疗2周后、治疗4周后与末次随访排便困难程度评分与治疗前相比,差异有统计学意义($P < 0.01$);治疗组治疗2周后、治疗4周后与末次随访排便困难程度评分显著低于对照组,相比较差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 0.01)。4)治疗组治疗4周后有效率89.29%,显著高于对照组60.71%,相比差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗组末次随访有效率82.14%,显著高于对照组50.00%,相比差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:益气滋阴中药加灌肠治疗气阴两虚型功能性便秘能改善排便情况,短期临床疗效满意。

关键词 益气滋阴中药;灌肠;气阴两虚型;功能性便秘

Observation of the Short-term Clinical Efficacy of Functional Constipation with Qi and Yin Deficiency Treated with Replenishing Qi and Nourishing Yin Chinese Medicinal and Enema

Zhou Haijuan, Chen Gang, Huang Jian

(Haikou Hospital of Traditional Chinese Medicine of Hainan Province, Haikou 570216, China)

Abstract Objective: To investigate the short-term clinical efficacy of functional constipation with qi and yin deficiency treated with replenishing qi and nourishing yin Chinese medicinal and enema. **Methods:** Patients from July 2013 to December 2014 with functional constipation with outpatient treatment were randomly divided into the therapy group where patients were treated with oral taking Chinese medicinal and enema, and the control group where treated only with Chinese medicinal enema. Improvement of bowel movements was evaluated by CSBMs, stool character score and difficulty degree of defecation score. Clinical efficacy was evaluated according to the constipation curative standard of “the diagnostic standard of tradition Chinese medicine syndromes”. **Results:** 1) In therapy group, the average CSBMs after two weeks' treatment, four weeks' treatment and four weeks' follow-up had significant differences compared with those before treatment ($P < 0.01$); and in control group, average CSBMs of four weeks' treatment had significant differences compared with that before treatment ($P < 0.05$); the average CSBMs after two weeks' treatment, four weeks' treatment and four weeks' follow-up of the therapy group were significantly higher than those of the control group ($P < 0.01$). 2) In therapy group, the stool character score after two weeks' treatment, four weeks' treatment and four weeks' follow-up had significant differences compared with that before treatment ($P < 0.01$); and in control group, stool character score of four weeks' treatment had significant differences compared with that before treatment ($P < 0.01$); the stool character score two weeks' treatment, four weeks' treatment and four weeks' follow-up of the therapy group were significantly higher than those of the control group. 3) In therapy group, the difficulty degree of defecation score after two weeks' treatment, four weeks' treatment and four weeks' follow-up had significant differences compared with that before treatment ($P < 0.01$); and the difficulty degree of defecation score after two weeks' treatment, four weeks' treatment and four weeks' follow-up of the therapy group were significantly lower than those of the control group ($P < 0.05$ or 0.01). 4) In therapy group effective rate of after 4 weeks treatment was 89.29%, significantly higher than 60.71% in the control group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). In therapy group effective rate of last follow-up was 82.14%, significantly higher than 50.00% in the control group, the difference was statistically

significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** Invigorating qi and nourishing yin Chinese medicinal and enema in the treatment of functional constipation with qi and yin deficiency can improve bowel movements with satisfying short-term clinical efficacy.

Key Words Invigorating qi and nourishing yin; Enema; Qi and yin deficiency; Functional constipation

中图分类号: R285.6 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2016.08.024

功能性便秘是一种功能性肠病, 常常表现为排使用力、排便困难、排便次数减少和粪便性状改变等^[1], 患者就诊时常常抱怨排使用力、感觉肛门堵塞、大便次数减少^[2], 但没有明确的结构和生化异常。本研究选取功能性便秘在门诊治疗的患者 56 例, 探讨益气滋阴中药加灌肠治疗气阴两虚型功能性便秘的短期疗效, 现报道如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 7 月到 2014 年 12 月因功能性便秘在门诊治疗的患者共 56 例, 随机分为治疗组 28 例和对照组 28 例。

1.2 纳入标准 1) 依据功能性便秘的罗马 III 诊断标准诊断明确的患者; 2) 年龄 18 ~ 75 岁; 3) 伴腹胀, 少气懒言, 大便干结, 口燥咽干, 舌红少苔, 脉细或虚数; 4) 自愿参加研究并完成随访患者。

1.3 排除标准 1) 治疗期间使用其他治疗便秘药物者; 2) 近 3 个月内曾行电子结肠镜检查发现器质性病变者; 3) 药物等引起的继发性便秘; 4) 合并有严重心脑血管疾病及肝肾功能损害者; 5) 凝血功能障碍者; 6) 妊娠、哺乳期者。

1.4 治疗方法

1.4.1 治疗组 1) 口服: 中药(生地黄 15 g、玄参 10 g、麦冬 10 g、枳实 10 g、木香 10 g、黄芪 10 g、郁李仁 10 g、火麻仁 10 g、白术 20 g、紫苏子 10 g、甘草 5 g), 1 剂/d, 1 次/d, 连续服用 4 周。2) 灌肠: 中药(火麻仁 20 g、桃仁 10 g、枳实 10 g、厚朴 10 g、莱菔子 10 g、肉苁蓉 10 g、当归 10 g、杏仁 10 g、番泻叶 5 g) 每晚临睡前保留灌肠, 1 剂/d, 水煎至 200 mL 药液并用无纺布过滤, 加热至 30 ℃ 左右, 患者取左侧卧位, 右膝关节屈曲, 轻微分开臀部, 把石蜡油润滑过的肛管插入肛门上约 30 cm, 连接灌肠袋缓慢滴入药液, 15 min 内滴完, 嘱患者分别俯卧、左侧卧位、右侧卧位各 5 min, 后保留药液 1 h。连用 2 周, 后改为隔天 1 次用至 4 周。

1.4.2 对照组 同治疗组中药灌肠, 无需口服中药。

1.5 疗效评价指标

1.5.1 完全自主排便次数 (Complete Spontaneous Bowel Movements, CSBMs) 分别记录治疗前 1 周、

治疗 2 周、4 周及随访 4 周平均周 CSBMs。

1.5.2 粪便性状 治疗前、治疗 2 周后、4 周后及末次随访时采用 Bristol 大便分类法评估粪便性状, Bristol 大便分类法共分 7 型(1 型: 分散坚果样大便; 2 型: 硬结状蜡肠样大便; 3 型: 表面有裂缝的蜡肠样便; 4 型: 表面光滑, 柔软的蜡肠便; 5 型: 分散团块; 6 型: 糊状便; 7 型: 水样便。), 各对应 1 ~ 7 分。

1.5.3 排便困难程度 治疗前、治疗 2 周后、4 周后及末次随访时记录排便困难程度(0 分: 无困难; 1 分: 用力; 2 分: 非常用力; 3 分: 按摩肛周或用手抠)。

1.5.4 临床疗效 参照国家中管局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[3] 中便秘的疗效标准评估治疗 4 周后和末次随访时临床疗效。显效: 2 d 内排便 1 次, 便质转润, 解时通畅, 短期无复发; 有效: 3 d 以内排便, 便质转润, 排便欠畅; 无效: 症状无改善。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 20.0 进行数据分析, 所有数据以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示。组内计量资料比较采用单因素方差分析 F 检验, 组间采用配对样本 t 检验; 计数资料比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$, 双侧检验。

2 结果

2.1 基线资料比较 治疗结束后随访 1 个月, 所有患者无用药期间出现过敏等不良反应。2 组患者年龄、性别、病程等相比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2.2 2 组患者平均周 CSBMs 比较 治疗前 2 组平均周 CSBMs 相比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗组组内治疗 2 周、治疗 4 周与随访 4 周平均周 CSBMs 与治疗前相比, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 对照组治疗 4 周平均周 CSBMs 与治疗前相比, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗组治疗 2 周、治疗 4 周与随访 4 周平均周 CSBMs 显著高于对照组, 相比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。见表 1。

2.3 2 组患者粪便性状评分比较 2 组治疗前粪便性状评分相比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗组组内治疗 2 周后、治疗 4 周后与末次随访粪便性状评分与治疗前相比, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 对照组治疗 4 周后粪便性状评分与治疗前相比, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗组治疗 2 周

后、治疗 4 周后与末次随访粪便性状评分显著高于对照组,相比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 2。

2.4 2 组患者排便困难程度比较 2 组治疗前排便困难程度评分相比,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗组组内治疗 2 周后、治疗 4 周后与末次随访排便困难程度评分与治疗前相比,差异有统计学意义($P < 0.01$);治疗组治疗 2 周后、治疗 4

周后与末次随访排便困难程度评分显著低于对照组,相比较差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 0.01)。见表 3。

2.5 2 组患者临床疗效比较 治疗组治疗 4 周后有效率 89.29%,显著高于对照组 60.71%,相比差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗组末次随访有效率 82.14%,显著高于对照组 50.00%,相比差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 1 2 组患者平均周 CSBM_s 比较($\bar{x} \pm s$)s/次

组别	例数	治疗前 1 周	治疗 2 周	治疗 4 周	随访 4 周
治疗组	28	1.31 ± 0.82	2.26 ± 0.95 ** $\Delta\Delta$	3.23 ± 1.74 ** $\Delta\Delta$	3.15 ± 1.50 ** $\Delta\Delta$
对照组	28	1.47 ± 0.53	1.59 ± 0.31 *	2.08 ± 1.45 Δ	1.92 ± 1.07 *

注:与治疗前比较: * $P > 0.05$, ** $P < 0.01$, $\Delta P < 0.05$;与对照组同期相比较: $\Delta\Delta P < 0.01$ 。

表 2 2 组患者粪便性状评分比较($\bar{x} \pm s$)s/分

组别	例数	治疗前	治疗 2 周后	治疗 4 周后	末次随访
治疗组	28	1.87 ± 0.96	2.53 ± 0.78 ** $\Delta\Delta$	4.13 ± 0.14 ** $\Delta\Delta$	3.94 ± 0.52 ** $\Delta\Delta$
对照组	28	1.97 ± 1.02	1.95 ± 0.34 *	2.31 ± 1.37 Δ	2.07 ± 0.61 *

注:与治疗前比较: * $P > 0.05$, ** $P < 0.01$, $\Delta P < 0.05$;与对照组同期相比较: $\Delta\Delta P < 0.01$ 。

表 3 2 组患者排便困难程度评分比较($\bar{x} \pm s$)s/分

组别	例数	治疗前	治疗 2 周后	治疗 4 周后	末次随访
治疗组	28	2.13 ± 0.70	1.72 ± 0.32 ** Δ	0.91 ± 0.76 ** Δ	1.03 ± 0.68 ** Δ
对照组	28	2.15 ± 0.67	2.07 ± 0.82 *	2.11 ± 0.30 *	2.34 ± 1.21 *

注: * $P > 0.05$,与治疗前比较; ** $P < 0.01$,与治疗前比较; $\Delta P < 0.05$ 或 0.01 ,治疗组与对照组相比较。

表 4 2 组患者临床疗效比较[$n(\%)$]

组别	例数	治疗 4 周后			例数	末次随访		
		显效(%)	有效(%)	无效(%)		显效(%)	有效(%)	无效(%)
治疗组	28	16(57.14)	9(32.14)	3(10.72)	28	10(35.71)	13(46.43)	5(17.86)
对照组	28	7(25)	10(35.71)	11(39.29)	28	4(14.29)	10(35.71)	14(50)

3 讨论 便秘是一种常见的肠功能紊乱,发病率大约为总人口的 30%^[4-5],我国发病率约为 3% ~ 17%^[6]。治疗上通常采取保守的方法,包括改变饮食习惯,摄入足够的液体和使用泻药,如果效果不佳,则可采取灌肠和行为治疗,该治疗方法能分别使 34% 和 50% 的患者获益^[7]。普遍认为,功能性便秘是组织器官功能性的改变,只占便秘患者中的一小部分。功能性便秘受环境、社会经济、性别和年龄等因素的影响。其发病机制目前仍未十分清楚,可能包括心理精神因素、肠神经系统递质异常、肠 Cajal 间质细胞分布和功能异常^[8]、肠道菌群失衡、滥用泻药^[9]、肠动力降低^[10]等方面。可分为慢传输型、出口梗阻型和混合型。目前治疗上多使用泻药通便,但由于长期使用泻药造成耐药,并且出现电解质紊乱等并发症,而西沙比利等胃肠动力药具有心血管不良反应。因此仍缺乏较有效的治疗手段。

中医学对便秘的论述源于战国时期,《灵枢》:“中气不足,溲便为之变。”^[11]《诸病源候论·大便秘结诸候》曰:“大便难,……为津液枯竭,致令肠胃干燥。”而在《杂病源流犀烛·大便秘结源流》中,则首次出现了便秘一词,“大便秘结,肾病也。”便秘主要为饮食不节、感受外邪等原因导致气滞、热结、湿困,气阴两虚等造成肠道功能失司所致。脾为后天之本,气血生化之源,脾胃互为表里,脾主运化,包括运化水谷精液及水液,脾气虚弱则运化失司,致大肠传导无力,糟粕停滞则生便秘^[12-13];脾主升清,胃主降浊,胃热炽盛,灼伤肠内津液,脾阴不足,不能为胃行其津液,津液约制而渗膀胱致小便数,大便干结难解。而大肠与便秘的关系最为密切,肺与大肠相表

里,肺主宣降,肺气虚则宣降失职,大肠传导异常,并且大肠功能正常依赖于气的推动,津液的濡润。因此治疗上应以补气健脾,滋阴润肠,理气宣肺。

本研究口服中药玄参为君,归肺、胃、肾经,启肾水资肠燥,能清热滋阴通便,《陕西中药志》:“滋阴降火,……润大肠。适用于……喉痛,目痛,烦渴,便秘等症。”麦冬为臣,归肺、胃、心经,能滋阴润肺,益胃生津,肺与大肠互为表里,麦冬滋肺以润肠通便。生地黄为臣,清热凉血、养阴生津,《本草从新》:“养阴退阳,凉血生血。治血虚发热,……调经安胎,利大小便。”黄芪补肺健脾,益气升阳;枳实破气消积,《现代实用中药》:“治胃肠无力性消化不良,并治咳嗽,水肿,便秘,子宫脱垂,内脏迟缓无力及脱肛等;”紫苏子归肺、大肠经,降气消痰、平喘润肠,其宣降肺气,又能润肠通便,助大肠传导之功。木香行气止痛、调中导滞,和黄芪、枳实、紫苏子合用为臣补气行气,助燥屎下行。郁李仁润燥滑肠、下气利水,治大肠气滞,燥涩不通,《药论》:“润大肠之燥而通气血之结。”火麻仁润燥滑肠、利水通淋,与郁李仁合用为佐润大肠风热燥结,助大肠通利燥屎。白术为佐,归脾、胃经,健脾益气、燥湿利水,和枳实配伍补气行气,消补兼施^[14],并且重用白术运化脾阳以行津液而润肠道,与生地黄配合可加强润肠道之功效。现代药理研究表明白术中苍术酮、白术内酯可调节精神心理,抗抑郁,并且白术能促进胃肠动力,恢复消化道 Cajal 间质细胞形态和数量,平衡肠神经系统递质,改善肠道菌群^[15]。灌肠中药中火麻仁、桃仁润肠通便,枳实破气消积,杏仁降气润肠通便,四药配伍润降泄热通便。厚朴辛散苦燥,燥湿健脾,行肠胃气滞,莱菔子下气宽中,功肠胃积滞,和厚朴配伍补气健脾,下气导滞。肉苁蓉味甘,润肠道,《本草经疏》:“淡白酒,煮烂顿食,治老人便燥闭结。”当归味甘而质润,润燥滑肠,《衷中参西录》:“苁蓉与当归、赭石并用,其润便通结之功,又甚效也。”番泻叶泻热通便、消积导滞,《饮片新参》:“泄热,利肠府,通大便。”其性寒味苦,质黏而润滑,能入大肠泻积热,通大便,与枳实、厚朴配合更增强泻下除满之功效。而全身与局部联合用药,从整体到

局部,体现了中医治病整体观。本研究通过中药口服配合中药灌肠的中医综合疗效治疗气阴两虚型功能性便秘,其平均周 CSBMs、粪便性状、排便困难程度都有较显著改善,临床疗效满意。

参考文献

- [1]姜入铭,李毅平. 芪榔合剂治疗气阴两虚型慢性功能性便秘疗效及安全性评价[J]. 长春中医药大学学报,2013,29(6):972-973.
- [2]吴佳霓,张碧莹,许焕芳,等. 电针治疗严重功能性便秘有效性的随机对照预试验[J]. 中华中医药杂志,2014,29(5):1424-1428.
- [3]国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:18.
- [4]Ortiz H, De Miguel M, Rinaldi M, et al. Functional Outcome of Sacral Nerve Stimulation in Patients With Severe Constipation[J]. Dis Colon Rectum,2012,55(8):876-880.
- [5]方庆霞,王少松,谢有良. 穴位埋线治疗功能性便秘患者 72 例临床观察[J]. 中医杂志,2011,52(21):1849-1851.
- [6]叶飞,王巧民. 慢性便秘的流行病学研究进展[J]. 中国临床保健杂志,2010,13(6):665.
- [7]Christensen P, Krogh K, Buntzen S, et al. Long-term outcome and safety of transanal irrigation for constipation and fecal incontinence[J]. Dis Colon Rectum,2009,52(2):286-292.
- [8]Bassotti G, Villanacci V. Slow transit constipation: a functional disorder becomes an enteric neuropathy[J]. World J Gastroenterol,2006,12(29):4609-4613.
- [9]徐华芳,张红星,周利. 电针对严重功能性便秘患者血浆 NOS 和 5-HT 含量的影响及意义[J]. 世界华人消化杂志,2015,23(11):1849-1854.
- [10]Lembo A, Camilleri M. Chronic constipation[J]. N Engl J Med,2003,349(14):1360-1368.
- [11]张蓄,杨颐,刘慧林,等. 古代中医文献对于尿失禁的认识和治疗述要[J]. 中医文献杂志,2013,31(2):54-56.
- [12]甄毕贤,贾连群,杨关林. 基于代谢组学技术探讨脾主运化统血等脾脏象理论科学内涵[J]. 时珍国医国药,2015,26(2):412-414.
- [13]龚燕,楚佳梅,陈立群. 热敏灸联合针刺治疗脑卒中气阴两虚型便秘 30 例临床观察[J]. 中医杂志,2014,55(10):862-864.
- [14]侯毅,谷云飞,朱秉宜. 枳实、白术组方中药制剂治疗慢性便秘文献分析[J]. 河南中医,2015,35(4):917-920.
- [15]吴鹏飞,顾勤. 白术治疗功能性便秘及其机制的研究进展[J]. 世界华人消化杂志,2014,22(32):4934-4937.

(2015-06-10 收稿 责任编辑:张文婷)