

基于“一气周流”理论治疗脾肾阳虚型功能性便秘的疗效观察^{*}

高强强^{1**} 艾霞^{2***} 姜华¹ 甘会平¹ 欧艳³ 谭书法³

(1. 陕西中医药大学附属医院, 陕西 咸阳 712000; 2. 陕西中医药大学, 陕西 咸阳 712046;

3. 陕西中医药大学第一临床医学院, 陕西 咸阳 712000)

摘 要:目的 分析“一气周流”理论治疗脾肾阳虚型功能性便秘的疗效。方法 选取我院 124 例辨证属于脾肾阳虚型功能性便秘患者, 采用随机对照方法, 将病例随机分对照组(乳果糖口服液治疗, 62 例)和治疗组(肉苁蓉汤治疗, 62 例), 两组均以 7 日为 1 个疗程, 共服药 4 个疗程。评价两组的治疗效果, 观察两组治疗前后平均每周自发排粪(SBM/W)情况、排便困难程度及生活质量改变, 采用 Bristol 粪便性状分型法(BSFS)评价大便性状, 并检测肠道菌群的数量及用药的安全性及依赖性。结果 治疗组患者的治疗总有效率为 91.94%, 显著高于对照组(74.19%), 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后, 治疗组排粪频率(SBM/W)、排便时长、Bristol 粪便性状评分、Bristol 排便困难程度评分及生活质量评分(PAC-QOL)明显优于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后两组有益菌(乳酸杆菌、双歧杆菌)数量均高于治疗前, 条件致病菌(消化球菌、肠杆菌)数量低于治疗前($P < 0.05$), 且数量变化程度为治疗组大于对照组($P < 0.05$)。两组患者治疗期间出现头晕、头痛、恶心呕吐、腹痛等不良反应发生率分别为 8.06% 和 6.45%, 两组比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 基于“一气周流”理论, 采用肉苁蓉汤治疗脾肾阳虚型功能性便秘患者临床疗效显著, 可有效改善便秘症状, 调整肠道菌群失调, 提高患者生活质量。

关键词:黄元御; 一气周流; 脾肾阳虚; 功能性便秘; 肉苁蓉汤

中图分类号: R256.35

文献标识码: A

文章编号: 2096-1340(2023)02-0109-05

DOI: 10.13424/j.cnki.jscetm.2023.02.018

功能性便秘(functional constipation, FC)是临床上常见的消化系统疾病, 据流行病学调查, 其在我国人群患病率为 9.18%, 大于 60 岁的老龄患者患病率可达 15%~20%, 且随年龄的增长升高^[1]。功能性便秘的临床表现有排便困难、排便不尽感或排便次数减少等, 属于生物-心理-社会医学模式下的精神与身体疾病, 对患者的身心健康及平日生活质量造成严重的影响^[2]。研究发现, 长期便秘可导致患者出现不同程度的精神心理问题, 轻度以焦虑症、抑郁症为主^[3], 严重者甚至有自杀倾向^[4], 应尽早防治。

“一气周流”理论出自《四圣心源》一书, 是清

代名医黄元御通过研读《内经》《难经》《伤寒论》《金匱要略》等中医经典著作之精要结合自己的经验而提出的学术思想。“一气周流”中的“一气”, 所指为人体内浑然一体的土气, 即脾胃之气, 亦为中气^[5]。该理论尤其重视人体中气, 强调脾胃思想的重要性, 其通过调理脾胃从而带动各脏腑功能正常运转为中心指导临床治疗。黄氏在《四圣心源·杂病解中·便坚根原》提到:“盖肾司二便, 而传递之职, 则在庚金, 疏泄之权则在乙木^[6]。”庚金为大肠, 乙木为肝, 传递失职, 燥湿不济, 肠液枯燥以致大便艰涩难出而成便秘, 因此调节中轴气机升降是治疗便秘的重要法则, 并于著作中提出

* 基金项目: 陕西省教育厅项目(17JK0214)

** 作者简介: 高强强, 副主任医师, 研究方向: 肛肠疾病的中医药诊疗。E-mail: 16340047@qq.com

*** 通讯作者: 艾霞, 副教授。E-mail: 55865502@qq.com

应用肉苁蓉汤治疗阴盛土湿型便秘, 笔者根据原方通过辨证加减应用于脾肾阳虚型便秘患者临床症状的改善, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 收集 2020 年 1 月—2021 年 12 月陕西中医药大学第一附属医院肛肠科门诊或住院就诊的符合功能性便秘诊断的 124 例患者, 随机分为治疗组 62 例和对照组 62 例。治疗组男 38 例, 女 44 例, 年龄 31 ~ 89 岁, 平均(71.6 ± 4.3) 岁; 病程 2 ~ 35 年。对照组男 40 例, 女 42 例, 年龄 30 ~ 88 岁, 平均(72.3 ± 5.7) 岁; 病程 3 ~ 32 年。两组一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。此研究经本院医学伦理委员会同意。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参考罗马Ⅳ诊断标准^[7]。

1.2.2 中医诊断标准 参照国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》^[8] 评定: ①排便时间延长, 间隔时间 > 2 天以上, 粪便干燥坚硬; ②严重者排便困难, 需要借手法或灌肠等, 粪便干燥若栗, 可伴少腹拘急, 神倦乏力, 胃纳减退等。

1.2.3 中医证型诊断标准 参照《慢性便秘中医诊疗共识意见》^[9]: 表现为大便干结, 面色恍白, 腹中冷痛, 小便清长, 畏寒肢冷, 舌淡苔白、脉沉迟。

1.3 纳入标准 符合上述诊断标准, 年龄大于 18 岁小于 80 岁, 具有良好的依从性, 愿意配合本次临床研究的患者。

1.4 排除标准 ①孕、产妇; ②对本次研究所用药物过敏者; ③继发于其他系统性疾病便秘; ④出口梗阻性便秘; ⑤有严重心、脑、肾、血管疾病者。

2 方法

2.1 治疗方法 ①治疗组给予加减肉苁蓉汤治疗, 方药组成: 肉苁蓉 20 g, 茯苓 20 g, 生白术 30 g, 火麻仁 15 g, 姜半夏 12 g, 桂枝 15 g, 干姜 10 g, 甘草 6g。每日 1 剂, 水煎至 400 mL, 早晚分服, 一周为 1 个疗程, 连服 4 个疗程, 大便正常后为巩固疗效可再服 1 个疗程。②对照组采用乳果糖口服液(批号: 国药准字 H20065730; 规格: 100 mL/66.7 g; 生产公司: 北京韩美药品有限公司) 治疗, 用法: 首日每次 30 mL, 口服, Tid; 次日起改为 20 mL 的维

持剂量, 共服用 4 周。服药期间嘱患者忌食辛辣刺激之品, 指导多食蔬菜水果及富含粗纤维的膳食, 适量运动, 养成每日晨起或早餐后定时排便的习惯。治疗结束后进行 1 个月的随访, 以记录疗效及复发情况。

2.2 疗效标准^[8] 治愈: 治疗后患者每 2 天排便 1 次, 便质软润, 解时通畅, 短期未复发; 好转: 治疗后患者 3 天排便 1 次, 便质转润, 排便尚欠通畅; 未愈: 治疗后便秘症状无明显改善。

2.3 观察指标 ①排粪频率: 平均每周自发排粪(Spontaneous Bowel Movements per Week, SBM/W); ②排便时长; ③Bristol 粪便性状评分(Bristol stool form scale, BSFS)^[10], 该量表将粪便性状分为 7 类, 分别对应评分分值: 干硬的粪粒(1 分); 硬块状粪便(2 分); 干裂的长条便(3 分); 柔软的长条便(4 分); 软的团块(5 分); 泥浆状(6 分); 水样便(7 分); ④Bristol 排便困难程度^[11]: 0 分为排便通畅; 1 分为排便稍困难, 需要适当用力才能解出; 2 分为粪质较干硬, 需使劲用力才能解出; 3 分为便后不尽感, 或便时肛门口有堵塞感; 4 分为排便时需应用药物或手法帮助, 如使用开塞露灌肠或用手指辅助排便; ⑤生活质量评分: 采用中文版的便秘患者生活质量问卷调查表(PAC-QOL)^[12] 评估, 包括有四个维度共计 28 个项目, 每个项目分值为 0 ~ 5 分, 且评分分值越低则生活质量越高。⑥肠道菌群检测: 两组患者分别于治疗前、后对新鲜粪便进行肠道菌群数量的检测。

2.4 统计学方法 使用 SPSS 22.0 统计学软件完成数据的处理与对比, 计数资料采用率表示, 进行 χ^2 检验, 计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 进行 t 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者的临床疗效比较 见表 1。

表 1 两组患者的临床疗效比较[n(%)]

组别	n	治愈	好转	未愈	总有效率(%)
对照组	62	18(29.03)	28(45.16)	16(25.81)	74.19
治疗组	62	25(40.32)	32(51.61)	5(8.06)	91.94*

注: 与对照组比较, * $P < 0.05$

3.2 两组患者治疗前后 SBM/W、Bristol 粪便性状评分、Bristol 排便困难程度评分及排便时长比较

见表 2。

3.3 两组患者治疗前后 PAC-QOL 评分比较 见表 3。

3.4 两组患者治疗前后肠道菌群参数对比 见表 4。治疗后两组的双歧杆菌、乳酸杆菌数量均高于治疗前,肠杆菌及消化球菌数量均低于治疗前 ($P < 0.05$),且治疗组变化程度大于对照组 ($P < 0.05$)。

表 2 两组患者治疗前后 SBM/W、Bristol 粪便性状评分、排便困难程度评分及排便时长比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	SBM/W(次/周)	Bristol 大便性状(分)	Bristol 排便困难程度(分)	排便时长(min/次)
对照组	42	治疗前	2.4 ± 1.05	2.3 ± 0.43	2.5 ± 0.48	18.60 ± 0.29
		治疗后	3.5 ± 1.12 [#]	3.2 ± 0.23 [#]	1.3 ± 0.53 [#]	14.38 ± 0.34 [#]
治疗组	42	治疗前	2.5 ± 0.32	2.3 ± 0.61	2.6 ± 0.47	19.69 ± 0.25
		治疗后	5.2 ± 1.56 ^{#*}	4.8 ± 0.70 ^{#*}	0.7 ± 0.21 ^{#*}	12.34 ± 0.67 ^{#*}

注:与本组治疗前比较,[#] $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^{*} $P < 0.05$

表 3 两组患者治疗前后 PAC-QOL 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	时间	生理评分	社会心理评分	担忧度评分	满意度评分	总分
对照组	62	治疗前	4.93 ± 2.2	37.36 ± 1.60	22.86 ± 5.41	12.54 ± 2.68	48.87 ± 11.15
		治疗后	3.58 ± 1.12 [#]	6.61 ± 1.42 [#]	18.02 ± 3.82 [#]	8.736 ± 2.40 [#]	35.42 ± 6.87 [#]
治疗组	62	治疗前	4.95 ± 1.9	38.21 ± 1.71	23.12 ± 5.43	12.65 ± 2.69	49.15 ± 11.34
		治疗后	2.17 ± 0.85 ^{#*}	5.40 ± 1.25 ^{#*}	13.96 ± 3.11 ^{#*}	6.14 ± 1.37 ^{#*}	29.65 ± 5.37 ^{#*}

注:与本组治疗前比较,[#] $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^{*} $P < 0.05$

表 4 两组患者治疗前后肠道菌群参数比较($\bar{x} \pm s$,lgCFU · g⁻¹)

组别	<i>n</i>	双歧杆菌		乳酸杆菌		肠杆菌		消化球菌	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	62	7.10 ± 1.05	10.04 ± 1.0 ^{#*}	7.12 ± 0.72	8.57 ± 0.46 ^{#*}	8.35 ± 0.70	6.77 ± 0.52 ^{#*}	7.10 ± 0.21	6.03 ± 0.15 ^{#*}
对照组	62	6.78 ± 0.74	8.12 ± 0.82 [*]	6.73 ± 0.71	8.20 ± 0.47 [*]	8.53 ± 0.66	7.39 ± 0.45 [*]	6.69 ± 0.33	6.09 ± 0.18 [*]

注:与本组治疗前比较,[#] $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^{*} $P < 0.05$ 。

3.5 用药安全性观察 见表 5。两组患者在治疗过程中出现头晕、头痛、恶心呕吐、腹痛等不良反应情况比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 5 两组不良反应发生比较[*n*]

组别	<i>n</i>	头晕	头痛	恶心呕吐	腹痛	合计(%)
治疗组	62	0	1	2	2	5(8.06)
对照组	62	1	0	2	1	4(6.45)

4 讨论

功能性便秘是以结肠传输功能减弱为主的肠道疾病,属于临床的常见病,尤其老年人发病率更高。其发病机制尚不明确,功能性便秘的治疗除了调节饮食、生活及排便方式,西医多以口服各类泻药、促肠动力药、生物制剂为主,辅以生物反馈治疗及手术等方法^[13]。但治疗效果却不尽人意,主要表现在该类药物容易产生依赖性 & 耐受性,副作用众多,且停药后便秘症状反复甚至加重^[14]。

中医学认为便秘与“脾约”“阴结”等有关,即可独立成病,又能并发于其他内科疾病^[15]。近年来,随着中医药事业发展,中医在治疗和调理便秘方面的方法日益丰富,越来越多患者及研究者意识到中医在治疗功能性便秘上更具优势,主要体现在疗效好、无药物依赖性及副作用小^[16]。清代御医黄元御在《四圣心源·天人解》中提出的“左路木火升发,右路金水敛降,中焦土气斡旋”结构,即“一气周流”的理论,该理论详尽阐述了人体一

气“如环无端,周流不息”的运行状态。并指出大便秘结责于中阳虚衰,此处主要归于脾肾之阳气。中阳虚则人体中轴气机左升右降周流阻滞,庚金、乙木传递失职,燥湿不济,肠液枯燥以致大便艰涩难出而成便秘^[17],故治应崇阳利水以复中土之升降,行气破滞以开肠之涩结,助肝用以达木之疏泄^[18]。朱勇等^[19]发现某些便秘患者长期使用含有大黄、番泻叶等苦寒类药物的通便药,使体内阳气受损,导致脾胃运化受纳功能降低,气血津液生成输布失职,庚金大肠传送无能,水谷糟粕下传不利而形成便秘。

故本研究摒弃一切硝、黄、归、地、阿胶、龟板、天冬等寒胃滑肠之品,而用温阳化湿之肉苁蓉汤加减以治脾肾阳虚之便秘,方中肉苁蓉、火麻仁润肠通便,肉苁蓉之名取于从容之意,性味甘、咸,温,润肠而不败脾胃;茯苓利湿升脾,分清别浊;白术健脾祛湿,助脾之升;半夏燥土降胃,二药合力恢复中土运化的能力,使谷物能运,渣滓能下传;干姜与甘草合用培中以升缓阳气;桂枝升肝达木,增加疏泄之力;诸药共用使脾升胃降,腾达木气,润泻燥金,使得渣滓能顺利下行,木气旺盛而能泻,便秘乃除。通过现代药理学从肉苁蓉中提取出的半乳糖醇可加速粪便从肠道排出时间,润肠通便作用显著^[20];Zeng H 等^[21]从肉苁蓉中分离出来一种新型的有利于多种益生菌生长,促进肠道菌群健康的均质中性多糖 CDA-0.05。付志飞等^[22]在肉苁蓉提取物对快速老化模型 SAMP8 行为学及肠道菌群的影响的研究中,发现松果菊苷(肉苁蓉提取物)能提高主要拟杆菌、变形菌的数量,降低厚壁菌门数量从而维持肠道益生菌群的优势。茯苓主要含三萜类多糖类两种化合物,具有调节胃肠功能和增强免疫功能^[23];白术中的多种挥发油、多糖、内酯类成分能抗肿瘤、抗炎、抗抑郁和调节胃肠功能^[24];半夏可影响胃肠道的运动,促进排便^[25];干姜中的芳香性挥发油,对肠道具有刺激作用,使肠节律及蠕动增强,从而促进胃肠的消化功能^[26];火麻仁中含有不饱和脂肪酸、蛋白质、多糖等多种活性成分,这些成分通过调节肠道菌群的结构,改善肠内菌群结构,升高乳酸杆菌及

双歧杆菌属水平,从而缓解便秘状态^[27]。本临床观察以中药方肉苁蓉汤加减内服为治疗组,对照组则为乳果糖口服液,疗程为4周,通过本研究发现治疗组的治疗有效率明显优于对照组。另外,在排便频次、粪便性状、排便困难程度积分及排便时间方面均有明显的改善,差异有统计学意义($P < 0.05$)。链球菌属、巴氏杆菌属、大肠埃希菌-志贺菌属、瘤胃球菌属均属于条件致病菌,而乳酸杆菌和双歧杆菌属属于有益菌。本研究治疗后治疗组患者的有益菌(乳酸杆菌和双歧杆菌)数量明显高于对照组,治疗组的条件致病菌(消化球菌、肠杆菌)数量低于对照组,说明肉苁蓉汤能够有效调节便秘患者的肠道菌群。

综上所述,基于“一气周流”理论运用肉苁蓉汤治疗功能性便秘疗效确切且安全,同时也可有效纠正肠道菌群失调。中医辨证论治治疗脾肾阳虚法功能性便秘有较明显的疗效,值得临床推广。

参考文献

- [1] 强蕊. 便秘的中西医疗进展[J]. 中国肛肠病杂志, 2019, 39(9): 77-78.
- [2] 王丽英, 陈迪锋. 芪蓉行滞通便汤治疗老年功能性便秘的疗效观察[J]. 中国中医药科技, 2021, 28(5): 856-857.
- [3] 林征, 林琳, 张红杰, 等. 功能性便秘患者社会、心理、行为状况调查及生物反馈治疗效果随访[J]. 中国临床康复, 2005, 28(9): 67-69.
- [4] 中国便秘联谊会, 中国医师协会肛肠分会, 中国民族医药学会肛肠分会等. 2017 版便秘的分度与临床策略专家共识[J]. 中华胃肠外科杂志, 2018, 21(3): 103-104.
- [5] 陈顺, 合杨震. 黄元御“一气周流”学说探微[J]. 现代中医药, 2020, 40(5): 5-8.
- [6] 孙洽熙. 四圣心源[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 102.
- [7] Pals son O, Whitehead W, Tombolo H, et al. Prevalence of Rome IV Functional Bowel Disorders Among Adults in the United States, Canada, and the United Kingdom[J]. Gastroenterology, 2020, 158(5): 1262-1273.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 11.
- [9] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性便秘中医诊疗共识意见[J]. 北京中医药, 2011, 30(1): 3-7.

- [10] Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time[J]. Scand J Gastroenterol, 1997, 32(9):920-924.
- [11] 周思远, 刘婷, 谭海知, 等. 临床常用便秘诊断和疗效评价量表的特征[J]. 世界华人消化杂志, 2013, 25(21):2611-2616.
- [12] 赵贞贞, 林征, 林琳, 等. 中文版患者便秘状况评估量表在应用评价中的信效度研究[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(12):1124-1126.
- [13] 陈旻湖, 戴宁, 方秀才. 中国慢性便秘专家共识意见(2019, 广州)[J]. 中华消化杂志, 2019, 39(9):577-598
- [14] 袁孟春. 功能性便秘的临床研究进展[J]. 内蒙古中医药, 2021, 40(2):140-142.
- [15] 吕奕, 郑雪平. 郑雪平教授运用温补脾肾法治疗脾肾阳虚型功能性便秘经验[J]. 陕西中医药大学学报, 2022, 45(5):35-37.
- [16] 石雷, 张立新, 李立华, 等. 基于“肺与大肠相表里”理论探讨加味桔梗汤从肺论治骨科术后气滞型便秘临床研究[J]. 陕西中医, 2021, 42(1):81-83.
- [17] 赵培源, 刘喜红, 闫清海. 四圣心源治疗便秘的学术思想初探[J]. 光明中医, 2014, 29(11):2274-2275.
- [18] 朱勇. 丁义江治疗脾肾阳虚型便秘的经验[J]. 江苏中医药, 2015, 47(9):17-18.
- [19] 姚辛敏, 周晓洁, 周妍妍. 肉苁蓉化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医药学报, 2021, 49(2):93-97.
- [20] 崔鹤蓉, 王睿林, 郭文博等. 茯苓的化学成分、药理作用及临床应用研究进展[J]. 西北药学杂志, 2019, 34(5):694-700.
- [21] Zeng H, Huang LL, Zhou LS, et al. A galactoglucan isolated from *Cistanche deserticola* Y. C. Ma. and its bioactivity on intestinal bacteria strains[J]. Carbohydrate Polymers, 2019, 223:115038.
- [22] 付志飞, 戴永娜, 毛浩萍. 肉苁蓉提取物对快速老化模型小鼠 SAMPs 行为学及肠道菌群的影响[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2019, 21(6):1103-1109.
- [23] 崔鹤蓉, 王睿林, 郭文博等. 茯苓的化学成分、药理作用及临床应用研究进展[J]. 西北药学杂志, 2019, 34(5):694-700.
- [24] 顾思浩, 孔维崧, 张彤等. 白术的化学成分与药理作用及复方临床应用进展[J]. 中华中医药学刊, 2021, 38(1):69-73.
- [25] 李哲, 玄静, 赵振华等. 半夏化学成分及其药理活性研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2021, 23(11):154-158.
- [26] 王文心. 干姜的化学、药理及临床应用特点分析[J]. 中医临床研究, 2016, 8(6):146-148.
- [27] 李寒冰, 吴宿慧, 李根林, 等. 火麻仁油对便秘大鼠肠道微生态的改善作用[J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(8):1878-1881.
- (修回日期:2022-10-14 编辑:巩振东)