

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2021.06.011

缩泉润肠方治疗脾肾阳虚型便秘临床观察*

潘 姣¹ 孙光军^{1,2△} 林爱珍^{1,2}

¹湖北中医药大学中医临床学院,武汉 430065

²湖北省中医院肛肠科,武汉 430061

关键词 缩泉润肠方;脾肾阳虚型;便秘

中图分类号 R256.35 **文献标志码** A

功能性便秘属于功能性肠病,是下消化道常见的动力障碍型疾病^[1],临床表现以排便不畅、便质偏干、排便频率减少为主要特点。患病群体以中老年居多,随着社会生活节奏的加快,发病群体逐渐呈现年轻化趋势。从大多数便秘患者就诊时自述的用药史中发现,目前刺激性泻药如芦荟通便胶囊、番泻叶、减肥茶等的滥用现象比较普遍。已有研究^[2]表明,蒽醌类泻药是引起结肠黑变病的重要因素,会增加患癌风险,严重影响患者生活质量。本研究采用缩泉润肠方联合乳果糖治疗脾肾阳虚型功能性便秘,从人的整体出发,审证求因,攻补兼施,疗效显著,现将过程报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 3 月 1 日—2020 年 11 月 28 日在本院肛肠科门诊就诊的脾肾阳虚型功能性便秘患者 78 例,随机分为治疗组与对照组,每组 39 例。对照组,其中女 19 例,男 20 例;年龄(55.62±8.97)岁,年龄范围为 18~75 岁。治疗组,其中女 17 例,男 22 例;年龄(53.72±8.45)岁,年龄范围为 20~78 岁。2 组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准

西医诊断标准参照文献^[3],下列临床症状出现 6 个月以上,且近 3 个月出现 2 项以上:至少 25% 的排便困难,需用力努挣;至少 25% 的排便质地干硬,或形成肿块;至少 25% 排便伴有肛门直肠阻塞感;至少 25% 排便伴有不尽感;至少 25% 排便需手指操作以促进排便;每周自主排便次数<3 次。

中医辨证标准参照《慢性便秘中医诊疗共识意见》^[4]拟定:主症为大便干或不干、排出困难,脉沉迟;次症为腹中冷痛、得热则减,小便清长,四肢不温,面色㿔白,舌淡苔白。

1.3 纳入及排除标准

纳入标准:符合上述诊断标准;年龄 18~78 岁;依从性好,高度配合本次临床研究调查者。

排除标准:肠道肿瘤等相关肠道器质性病变者;出口梗阻型便秘者;严重心脑血管疾病等。

1.4 治疗方法

2 组患者治疗前均予以健康宣教,告知患者从治疗之日起每日至少饮水 1200 mL,并增加富含膳食纤维的蔬菜和水果的摄入。养成良好的定时排便习惯,排便时放空思想、勿玩手机、勿看报纸等。对照组患者予以乳果糖口服溶液(Abbott Healthcare Products B. V.,进口药品注册证号 H20120387)空腹口服,10 mL/次,2 次/d。

治疗组患者在对照组治疗基础上联合中药汤剂缩泉润肠方治疗,方药组成为山药 20 g、益智仁 20 g、生白术 20 g、玄参 20 g、火麻仁 15 g、当归 15 g、麦冬 12 g、乌药 12 g、生地 12 g、杏仁 10 g 组成;上述药物,水煎取汁,1 剂/d,分早晚 2 次温服。2 组患者疗程均为 1 个月。

1.5 观察指标

参照文献^[5]进行便秘症状评估:根据排便困难、过度用力排便情况,无,计 0 分;偶尔,计 1 分;时有,计 2 分;经常,记 3 分。根据粪便性状,表面光滑、柔软腊肠样,软团状,糊状便,水样便,计 0 分;腊肠样,表面有裂缝,计 1 分;硬结状腊肠样,计 2 分;坚果状硬球,计 3 分。根据排便时间,<10 min 者,计 0 分;10~15 min 者,计 1 分;15~25 min 者,计 2 分;>25 min 者,计 3 分。

*“院所协同创新科研专项基金”项目(No. YZ-1742);湖北省中医院第二批“五专”建设项目(No. 鄂中医院字[2017]12 号)

△通信作者,Corresponding author,E-mail:1761856574@qq.com

疗效指数 = [(治疗前便秘症状积分 - 治疗后便秘症状积分) / 治疗前便秘症状积分] × 100%。根据疗效指数拟定临床疗效判定标准: 疗效指数 ≥ 75% 为疗效明显; 50% ≤ 疗效指数 < 75% 为疗效较好; 25% ≤ 疗效指数 < 50% 为疗效一般; 疗效指数 < 25% 为无效。临床治疗总有效率 = [(疗效明显 + 疗效较好 + 疗效一般) 例数 / 总例数] × 100%

1.6 统计学处理

采用 SPSS 23.0 统计软件进行数据分析, 计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组内比较采用配对 *t* 检验, 组间比较采用成组 *t* 检验; 计数资料以率 (%) 表示, 组间比较采用 χ^2 检验; 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 便秘症状积分比较

治疗前, 2 组患者便秘症状积分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 2 组患者排便困难、大便性状及排便时间积分均较治疗前明显下降, 且治疗组显著低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者便秘症状积分比较 ($n = 39$, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	排便困难	大便性状	排便时间
对照组	治疗前	2.60 ± 0.65	2.08 ± 0.88	2.22 ± 1.01
	治疗后	1.28 ± 0.78*	1.42 ± 1.06*	1.68 ± 1.18*
治疗组	治疗前	2.31 ± 0.63	1.80 ± 0.86	1.88 ± 0.63
	治疗后	0.71 ± 0.57* [△]	0.82 ± 0.66* [△]	1.01 ± 0.64* [△]

与治疗前比较* $P < 0.05$; 与对照组比较[△] $P < 0.05$

2.2 临床疗效比较

治疗组临床治疗总有效率为 94.87%, 显著高于对照组的 79.49% ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者临床疗效比较 ($n = 39$, 例, %)

组别	疗效明显	疗效较好	疗效一般	无效	总有效率
对照组	5	17	9	8	31(79.49)
治疗组	18	15	4	2	37(94.87) [△]

与对照组比较[△] $P < 0.05$

3 讨论

大肠属于六腑之一, 生理特点以降为顺, 又是人体消化系统重要的组成部分, 参与机体精微物质吸收及糟粕的代谢。《黄帝内经》记载: “大肠者, 传导之官”。人体粪便的顺利排出与大肠的关系最为紧密。《脾胃论·大肠小肠五脏皆属于胃胃虚则俱病论》云: “大肠主津, 小肠主液, 大肠、小肠受胃之荣气, 乃能行津液于上焦, 灌溉皮肤, 充实腠理。若饮食不节, 胃气

不及, 大肠、小肠无所禀受, 故津液涸竭焉。”胃主受纳承载水谷, 食物到达中焦之后接受胃的腐熟, 其中精微物质经肺的作用疏散至全身, 剩下的残渣糟粕部分下传至大肠, 大肠对糟粕中水分进行二次吸收, 进一步调节水液代谢, 将肠道内多余的水分输送至膀胱或者全身汗孔, 同时分泌一定的肠液濡润肠道, 防止肠道内环境干燥。大肠不仅参与了人体水液代谢, 也影响着大便的质地。若大肠濡润失调, 传导失职, 则易导致粪便含水量下降, 便质干硬, 大肠推动无力, 排便困难^[6-7]。

本课题组基于“大肠主津”理论, 结合中老年人肠道干涩、失于濡养的病理特点, 自拟缩泉润肠方以润肠通便、调节大肠主津功能。缩泉润肠方立意“固肾缩泉”, 行“滋阴润肠通便”之效。该方的来源受先贤“利小便以实大便”理论启发, 古人运用大小便之间的相互作用调理腹泻病证, 为缩泉润肠方的创立奠定了理论基础。肠道水分过多, 可通过膀胱转输多余的水液, 进而排小便散水湿之邪; 反之, 若肠道水分不足, 肠壁干涩失于濡润, 可借膀胱之水润滑肠道, 助力行舟。缩泉润肠方用药遵行审证求因的原则, 可用于治疗脾肾阳虚所致的便秘, 尤擅于伴小便频数病证的老年性便秘。《诸病源候论》记载: “肾脏受邪, 虚则不能制小便, 则小便利, 津液枯燥, 肠胃干涩, 故大便难”。该方中以增液汤为基础, 加温补肾阳之品, 由益智仁、山药、生白术、玄参、火麻仁、当归、麦冬、乌药、生地、杏仁 10 味药物组成。方中益智仁、山药归脾、肾两经, 具有温脾摄涎、暖肾固精缩尿之效。生白术性温, 归脾胃经, 功专运脾、和胃、通便; 陈思敏等^[8]证实生白术可通过增加粪便含水量、促进肠道传输功能, 进而改善便秘大鼠症状。乌药性温, 具有温肾散寒、行气开郁、止小便频数之效。火麻仁、当归功专润肠通便, 杏仁富含脂肪油, 可增强火麻仁、当归润滑肠黏膜的作用; 玄参、麦冬、生地黄 3 药源自《温病条辨》中增液汤, 行滋阴增液润肠、凉血生津之效, 象形“增水行舟”之意。诸药合用, 起“补肾缩泉、增液润燥”之效。纵观全方温肾摄涎, 膀胱肠腑有节, 则小便自利、大便畅通, 寓“缩小便利大便”之意。本研究结果发现, 治疗后治疗组患者排便困难、大便性状及排便时间积分显著低于对照组; 治疗组临床治疗总有效率显著高于对照组; 表明缩泉润肠方联合乳果糖治疗脾肾阳虚型便秘患者临床疗效显著, 可明显改善便秘临床症状。

中医中药的运用关键在于辨证论治, 缩泉润肠方虽属“缩小便利大便”之意, 然不可临床证见肾阳虚即

亦可导致焦虑、抑郁等精神障碍。研究^[9-10]表明,丹栀逍遥散有明显的抗焦虑作用;六味地黄丸通过促进中枢 5-HT 释放,提高内源性吗啡肽的分泌,后者可消除紧张、烦躁等症状,改善不安的情绪,同时还具有抑制炎症因子生成、调节机体免疫功能等作用。

综上所述,滋水清肝饮联合曲唑酮治疗可有效改善阴虚阳亢型 CSD 患者临床症状,降低血清 5-HT 水平,其具体调节机制有待进一步研究。

参 考 文 献

[1] Staab JP, Ruckenstein MJ, Amsterdam JD. A prospective trial of sertraline for chronic subjective dizziness[J]. Laryngoscope, 2004, 114(9):1637-1641.

[2] Staab JP, Ruckenstein MJ. Expanding the differential diagnosis of chronic dizziness[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2007, 133(2):170-176.

[3] 林颖, 王锦玲, 邱建华, 等. 慢性主观性头晕[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2016, 51(11):869-872.

[4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:

中国医药科技出版社, 2002:105-110.

[5] 丁雷, 刘畅, 王嘉玺, 等. 眩晕残障程度评定量表(中文版)的评价[J]. 中华耳科学杂志, 2013, 11(2):228-230.

[6] 岳卫清, 钱淑霞, 袁天懿. 柴芩温胆汤联合帕罗西汀治疗慢性主观性头晕临床观察[J]. 中华中医药学刊, 2019, 37(3):673-676.

[7] 陈清, 张肖. 滋阴止眩汤联合氟桂利嗪治疗阴虚阳亢型前庭性偏头痛临床观察[J]. 中西医结合研究, 2021, 13(4):245-248.

[8] 张凌凌, 窦连荣, 李文涛. 晕平方治疗肝阳上亢型慢性主观性头晕临床疗效评价[J]. 上海中医药大学学报, 2017, 31(4):15-19.

[9] 徐志伟, 王文竹, 苏俊芳, 等. 逍遥散和丹栀逍遥散抗焦虑作用的实验研究[J]. 广州中医药大学学报, 2006, 23(4):330-331, 335.

[10] 张金阁, 孔敬东. 逍遥散合六味地黄丸加减配合米氮平治疗广泛性焦虑症 60 例[J]. 实用中医内科杂志, 2011, 25(12):29-30.

(收稿日期:2021-08-01)

(上接第 403 页)

投补肾缩泉,该方亦需随症加减化裁,灵活应用。本研究表明,用乳果糖联合缩泉润肠方治疗脾肾阳虚型便秘患者,近期临床疗效可观;不足之处在于缩泉润肠方具体的通便作用机制及远期临床疗效尚有待进一步研究。

参 考 文 献

[1] 王珺文, 孙会会, 姜元喜, 等. 功能性便秘和便秘型肠易激综合征的治疗研究进展[J]. 国际消化病杂志, 2021, 41(1):19-22.

[2] 张彦, 杜永平, 王文勇, 等. 蒽醌类中药导致结肠黑变病的机制研究[J]. 现代生物医学进展, 2013, 13(3):408-415.

[3] Sobrado CW, Corrêa IJF, Pinto RA, et al. Diagnosis and treatment of constipation: a clinical update based on the Rome IV criteria[J]. Journal of Coloproctology, 2018, 38

(2):137-144.

[4] 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.

[5] 中华医学会外科学分会肛肠外科学组. 便秘症状及疗效评估[J]. 中华胃肠外科杂志, 2005, 8(4):355.

[6] 李鲜. 基于“大肠主津”理论的通便方治疗津亏肠燥型便秘的临床研究[D]. 成都:成都中医药大学, 2020.

[7] 李灵丽, 黄召谊, 李井彬, 等. 中医大师叶望云教授治疗便秘学术思想探讨[J]. 中西医结合研究, 2020, 12(6):400-402.

[8] 陈思敏, 关丽娜, 庞峻, 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.

(收稿日期:2021-03-13)