

“通便汤”治疗慢传输型便秘 40 例临床研究

姬甜丽 邱 榕

(江苏大学附属医院, 江苏镇江 212000)

摘要 目的:观察通便汤治疗慢传输型便秘(STC)的临床疗效。方法:选择80例STC患者,随机分为治疗组与对照组,每组40例。对照组给予枸橼酸莫沙必利分散片口服,治疗组给予通便汤口服,2组疗程均为60 d。观察2组患者用药前后粪便性状、每次排便时间、排便间隔时间和排便困难程度等指标,并比较其临床疗效及不良反应。结果:治疗组与对照组均较治疗前能显著改善粪便性状,减少每次排便时间,缩短排便间隔时间及减轻排便困难程度($P<0.01$),且治疗组显著优于对照组($P<0.05$, $P<0.01$);治疗组临床总有效率92.5%,明显高于对照组的72.5%($P<0.05$);治疗组无不良反应发生。结论:通便汤治疗慢传输型便秘临床疗效明显优于枸橼酸莫沙必利分散片,且安全无不良反应,值得临床进一步推广应用。

关键词 慢传输型便秘;通便汤;验方;白术

中图分类号 R256.350.5 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2020)12-0032-03

慢传输型便秘(STC)是一类以结肠蠕动减缓、传输时间延长、进食后结肠高振幅推进收缩减少为特征的常见便秘类型,主要表现为排便次数减少、便质干硬、排便费力等。因其原因尚不明确,病程长且病情顽固,目前尚无有效治疗方法,是世界难治性疾病之一^[1]。全国首批名老中医朱秉宜教授认为便秘的主要病机是“津不足,津不布”,在此基础上创立了“通便汤”治疗STC,并取得显著疗效。本研究旨在通过与枸橼酸莫沙必利分散片作临床对照观察,为临床进一步推广“通便汤”治疗STC提供客观依据,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例均为2018年9月至2019年8月期间在我院中医外科、肛肠科门诊及住院部治疗的符合慢传输型便秘诊断的患者,共80例,随机分为2组。治疗组40例:男18例,女22例;年龄20~66岁,平均年龄(45.07 ± 12.30)岁;平均病程(6.22 ± 4.20)年;排便费力13例,硬块便12例,排便不尽感9例,用手协助排便6例。对照组40例:男17例,女23例;年龄22~68岁,平均年龄(48.75 ± 13.64)岁;平均病程(6.16 ± 4.76)年;排便

孙锐,译.北京:北京大学医学出版社,2007:1247.

- [11] JESNAK M, UHLIAROVA B, BUGOVA G, et al. E-cadherin, passive smoking and allergen sensitization in children with adenoid hypertrophy[J]. J Allergy Clin Immunol, 2018, 141(2): AB226.
- [12] 高晓波,熊建群.孟鲁司特钠不良反应文献分析[J].中国药业, 2014, 23(3): 66.
- [13] KIM S Y, LEE W H, RHEE C S, et al. Regrowth of the adenoids after coblation adenoidectomy: cephalometric analysis[J]. Laryngoscope, 2013, 123(10): 2567.
- [14] 翁联玉.方剂辨证论治方法体系之建立—半夏厚朴汤证的辨证施治研究[D].哈尔滨:黑龙江中医药大学, 2015.
- [15] 杨琍舒.黄煌应用半夏厚朴汤临床经验的整理与研究[D].南京:南京中医药大学, 2016.
- [16] 赵信科,孙少伯,刘凯,等.基于网络药理学探讨半夏厚朴汤作用机制[J].中医学报, 2020, 35(2): 379.

- [17] 周小祝,莫志贤.桂枝茯苓丸的药理作用研究进展[J].医药导报, 2006, 25(2): 142.
- [18] 史柯.消瘰丸临床应用观察[J].河南中医, 2016, 36(3): 543.
- [19] 郝巨祥,杨崇真.毛冬青的药理作用及临床应用研究进展[J].黑龙江医药, 2010, 23(4): 592.
- [20] 宋保兰.陈皮药理作用[J].实用中医内科杂志, 2014, 28(8): 132.

第一作者:刘涛(1990—),男,医学学士,同等学力硕士研究生,住院医师,研究方向为中医儿科学。

通讯作者:余德钊,主任医师,硕士研究生导师。395770540@qq.com

修回日期:2020-07-14

编辑:傅如海

费力11例,硬块便13例,排便不尽感11例,用手协助排便5例。2组患者一般资料比较,无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。本研究经我院伦理委员会审查批准。

1.2 诊断及纳入标准 (1)符合罗马Ⅲ便秘诊断标准^[2];(2)年龄18~68岁;(3)经过结肠传输试验证实为慢传输型便秘;(4)自愿参加本临床观察并签署知情同意书者。

1.3 排除标准 不符合诊断、纳入标准及未按规定用药者;经电子纤维结肠镜、病理活检或相关影像学检查证实为消化道器质性病变(如肿瘤、克罗恩病、结肠息肉等)及梗阻者;合并其他疾病如心血管、泌尿、造血系统等疾病或有严重心、肝、肾疾病者;有使用泻药史、腹部手术史者;合并某些疾病不能停用抗胆碱药、解痉药者;对本试验用药过敏者及妊娠、哺乳期妇女;使用刺激性泻剂(番泻叶等)6个月以上者;患精神病者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 给予通便汤口服。方药组成:麦冬20 g,玄参30 g,熟地黄30 g,南沙参20 g,杏仁10 g,白术40 g,枳壳15 g,厚朴10 g,莱菔子15 g,瓜蒌仁20 g,火麻仁10 g,郁李仁15 g。每日1剂,水煎取200 mL,分早晚2次温服。

2.2 对照组 给予枸橼酸莫沙必利分散片(成都康弘药业集团股份有限公司生产,国药准字H20031110,5 mg/片)口服,每次1片,每日3次,于餐前15~30 min服用。

2组患者在治疗期间,均停用其他治疗STC的相关药物,采取合理饮食习惯,多进食膳食纤维含量丰富且易消化的食物,禁食辛辣刺激食物,增加饮水量,调节心情,规律作息,形成良好的排便习惯,避免排便努挣,保持适当运动。

2组均以30 d为1个疗程,用药30 d后停药1周,继续服用30 d。服药期间,每7 d复诊或者电话随访1次,记录信息及便秘症状体征积分。待2个疗程结束后进行疗效观察。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 慢传输型便秘临床症状及体征积分^[3] 其中粪便性状程度分型(按Bristol大便性状分型)为:1型为分离的硬团;2型为成块腊肠状;3型为表面干裂的香肠状;4型为表面光滑,柔软的腊肠状;5型

为软的团块;6型为糊状便;7型为水样便。慢传输型便秘临床症状及体征评分标准见表1。

表1 慢传输型便秘临床症状及体征评分标准

分值	粪便性状	每次排便时间/min	排便间隔时间/d	排便困难程度
0分	4~7型	<10	1~2	无
1分	3型	10~15	3	费力
2分	2型	15~25	4~5	灌肠或用开塞露
3分	1型	>25	>5	用手抠

3.1.2 不良反应 观察2组患者治疗及随访期间的不良反应,并详细记录处置方案。

3.2 疗效评定标准 治愈:2 d以内排便1次,便质转润,解时通畅,短期无复发;好转:3 d以内排便,便质转润,排便欠畅;未愈:症状无改善^[4]。

3.3 统计学方法 所有数据均采用SPSS 19.0软件处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为有显著性差异。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者慢传输型便秘临床症状及体征积分比较 治疗后2组患者均较治疗前显著改善粪便性状,减少每次排便时间,缩短排便间隔时间及减轻排便困难程度($P<0.01$),且治疗组显著优于对照组($P<0.05, P<0.01$)。见表2。

表2 治疗组与对照组治疗前后慢传输型便秘临床症状及体征积分比较($\bar{x} \pm s$) 单位:分

组别	时间	粪便性状	每次排便时间	排便间隔时间	排便困难程度
治疗组 ($n=40$)	治疗前	2.45 ± 0.71	2.28 ± 0.93	2.22 ± 1.12	2.22 ± 0.58
	治疗后	$0.80 \pm 0.85^{**\Delta}$	$1.02 \pm 0.92^{**\Delta}$	$0.68 \pm 0.89^{**\Delta\Delta}$	$0.72 \pm 0.75^{**\Delta\Delta}$
对照组 ($n=40$)	治疗前	2.42 ± 0.71	2.35 ± 0.83	2.32 ± 0.73	2.22 ± 0.70
	治疗后	$1.50 \pm 1.09^{**}$	$1.75 \pm 0.98^{**}$	$1.23 \pm 1.07^{**}$	$1.20 \pm 0.91^{**}$

注:与本组治疗前比较,** $P<0.01$;与对照组治疗后比, $\Delta P<0.05, \Delta\Delta P<0.01$ 。

3.4.2 2组患者临床疗效比较 治疗组40例,治愈14例,好转23例,未愈3例,总有效率92.5%;对照组40例,治愈8例,好转21例,未愈11例,总有效率72.5%。2组总有效率经 χ^2 检验具有显著性差异($P<0.05$),说明治疗组临床疗效显著优于对照组。

3.5 2组不良反应比较 随访过程中对照组出现腹痛2例,心前区闷痛不适1例,做心电图未见明显异常,休息无不适后继续治疗。治疗组未发现腹痛、腹泻及其他不良反应。

4 讨论

随着人口老龄化问题逐渐加重,人类精神及心理压力增大,社会因素、饮食结构均有明显变化,以上因素综合作用促进了便秘的发生,本病给患者造

成极大痛苦,明显降低生活质量。此外,便秘还会导致肛裂、痔疮等肛肠疾病,进而增加罹患结肠癌、乳腺癌以及心脑血管意外的几率^[5]。当前西医治疗多使用泻剂,虽有一定疗效,但同时也伴随诸多不良反应、毒副作用,远期疗效较差^[6]。相对而言,中医药安全、有效、复发率较低,且可以改善患者症状,具有明显优势^[7]。

朱秉宜教授作为全国首批名老中医,对治疗慢传输型便秘具有非常丰富的临床经验。朱老认为便秘的总病机为津液不足或津液不布,从而导致津不润肠,便秘的发生、发展与肺、脾、肾关系十分密切。他依据“津不足,津不布”的病机自拟临床经验方——通便汤,该方以“治肺为主,治脾其次,兼顾补肾”。因大肠为肺之腑,二者相表里。肺主宣发肃降,有助于大肠的传导功能,肺津润泽大肠,则肠润便通^[8]。清·朱祖怡在校注费伯雄《医醇贍义·大肠燥》时指出“肺与大肠相表里,补其脏必兼疏其腑,泄其腑必兼顾其脏,此脏腑相连,不可分割之定理也”。所以在治疗便秘时,肺气得以调畅,大便才能行而不滞,此乃肺气肃腑气方能通。脾主运化,脾脏在食物的消化和营养物质的吸收、运输中起主导作用。而脾的运化功能主要依赖脾气升清和脾阳温煦的作用。“脾主为胃行其津液也”,脾不升则胃不降,即脾气不升则胃肠之气不能通降,存于肠内的食物糟粕无以推动则停滞不前,水液过度吸收则形成便秘。故糟粕需要脾气充足推动才能得以顺利排出。肾脏为先天之本,内蕴元阴,真阴亏虚则全身阴液亏损,肠道津液枯竭,导致无水行舟形成便秘^[9]。

通便汤方中杏仁归肺与大肠经,可肃降兼宣发肺气,质润多脂,味苦而下气,宣导大肠,润肠通便。白术味苦性甘温,前人誉为“脾脏补气第一要药”,《本草通玄》言“补脾胃之药,更无出其右者”,常用于补脾益胃,燥湿和中。《本草正义》赞其“振动脾阳,而又最富脂膏,本能滋津液,万无伤阴之虑”,故白术既可以健脾气以通降,进一步推进胃肠蠕动,又可以生津液濡润肠道,使粪质不燥得以顺畅排出。现代研究证实,白术对胃肠功能的作用为双向调节,小剂量可以止泻,而大剂量可以通便,所以治疗便秘,必须用大剂量白术才能见效^[10]。朱老通便汤中白术用量增大至40 g,此乃本方玄妙之处。麦冬、玄参滋补肺津,肺津下泽大肠,地黄为补肾阴要药,滋阴壮水,肠道得润,三者取增液行舟之意,粪便得润方能下行。南沙参益胃生津,补气,既可补中,又可宜肺气;枳壳、厚朴、莱菔子理气消积,通降胃肠,鼓荡气机以

开痞通便;瓜蒌仁、火麻仁、郁李仁质润多脂,润燥滑肠,使肠中质硬干坚粪块得以软滑下行。纵观全方,补通兼用,理气布津,增水行舟,养阴润肠,大肠得以行导运化,不行之舟有水则行,肠中积痹得以自通。本临床观察表明,通便汤可显著改善STC患者结肠传输功能,提升患者生活质量,临床疗效显著,且无不良反应,充分发挥了中医药的优势,值得临床推广应用。下一步拟研究其可能的作用机理,如其对水通道蛋白及信号通路的影响,以便对临床应用提供可靠的理论支持及依据。

参考文献

- [1] 李超男, 龚雨萍. 慢传输型便秘用药规律的文献研究[J]. 江苏中医药, 2018, 50(1): 73.
- [2] DROSSMAN D A, DUMITRASCU D L. Rome III: New standard for functional gastrointestinal disorders[J]. J Gastrointest Liver Dis, 2006, 15(3): 237.
- [3] THOMPSON W G, LONGSTRETH G F, DROSSMAN D A, et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain[J]. Gut, 1999, 45(Suppl 2): 43.
- [4] 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: 11.
- [5] 张有生, 李春雨. 实用肛肠外科学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2009: 297.
- [6] BASSOTTI G. The role of glial cells and apoptosis of enteric neurones in the neuropathology of intractable slow transit constipation[J]. Gut, 2006, 55(1): 41.
- [7] 马继征, 刘绍能, 吴泰相, 等. 中药治疗慢性功能性便秘效果的系统评价[J]. 中国循证医学杂志, 2010(10): 1213.
- [8] 钱海华, 李晓虹. 朱秉宜治疗慢传输型便秘的经验[J]. 江苏中医药, 2012(7): 16.
- [9] 应光耀, 张少军, 高洪娣, 等. 健脾补肾法结合大肠水疗治疗慢传输型便秘40例临床观察[J]. 江苏中医药, 2011, 43(2): 40.
- [10] 钱海华, 徐天舒, 曾莉, 等. 通便颗粒治疗慢性功能性便秘40例[J]. 南京中医药大学学报, 2014, (6): 587.

第一作者: 姬甜丽(1990—), 女, 医学硕士, 住院医师, 从事中医药防治肛肠疾病临床工作。

通讯作者: 邱榕, 本科学历, 副主任医师。
qqrong@163.com

修回日期: 2020-07-05

编辑: 傅如海