氣虛型功能性便秘的中西醫治療現狀與進展

Current status and advancement in the Chinese and Western medical treatment for *Qi* deficiency-type of functional constipation

潘子櫻　*PAN Ziying*

（北京中醫藥大學）

[摘要]　功能性便秘（Functional Constipation, FC）是一種臨床上常見的消化系統疾病，其主要表現為排便次數減少（每周排便小於3次），排便時間偏長，排便時不暢順，排出較少的糞便量，乾結如羊糞狀。這些症狀遷延不治，易生他病，造成生活品質下降，長遠會產生其他嚴重疾病，造成經濟和社會負擔。目前針對便秘，中西醫在治療方面均有所進展，各具特色。西醫治療方法主要包括藥物和手術治療，而中醫在治療中根據患者不同的辨證分型而採取不同的治療方式，從而採取更有針對性的治療。本研究旨在針對氣虛型功能性便秘的中西醫治療進行綜述，冀為臨床提供更有效及個體化的治療策略，從而改善患者的症狀和生活質量。

[關鍵詞]　氣虛；便秘；治療；研究；中醫；西醫

功能性便秘（functional Constipation, FC）是一種臨床常見的慢性消化系統疾病[1]。我國成人慢性便秘患病率為4%~6%，且比例隨着年齡增長而升高，65歲以上人群患病率可高達17.6%[2-4]。病程日久，便秘可誘發痔瘡、肛瘺、肛裂等肛腸疾病的發生，老年人及年輕女性都是高危患者。因此，便秘不但影響患者日常生活，長遠還會造成經濟和社會負擔，十分值得廣泛注意。

我國中醫史上，便秘在很久之前就有了具體描述，《黃帝內經》中記載到：「大腸者……變化出焉；小腸者……化物出焉。」不難看出，古人認為胃腸道吸收與消化對大便的生產與排出體外這一過程中起到了關鍵作用，而大腸和小腸扮演主要角色。除了大腸外，其他臟腑如胃、脾、肺等也參與了大便的形成與傳導過程，一旦這些臟腑的功能失調，便秘也會發生[5]。

1　西醫醫學理論

1.1 定義

現代醫學裏，功能性便秘的症狀[1]包括排便困難或排便的次數減少（每周少於3次）、糞質乾硬；而排便困難表現通常是排便時費力、排便后不爽和肛門直腸阻塞感。診斷功能性便秘時，先要排除藥物相關的原因和器質性疾病及符合腸躁症的羅馬IV標準中關於功能性便秘的診斷標準。

1.2 流行病學

根據2019年發表的慢性便秘基層診療指南[2]，我國成年人便秘發病率為7.0%~20.3%，且年齡越大，患病機率越高。女性便秘發生率相較於男性高[3]，且伴隨年齡的增長，患病率也有所升高，而其中老年人最常發生，60歲以上人群的發病率可達22%。2021年柳葉刀期刊文章《根據

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved

羅馬標準的功能性便秘的全球盛行率：系統性回顧和薈萃分析》的調查結果[4]，全球功能性便秘的總盛行率為15.3%，且根據年齡或社會經濟地位，並沒有發現顯著的數據差異。代表慢性便秘在全世界地方和各個年齡階段都有相同的普遍性。對患者來講，便秘對生活品質和健康產生極大的負面影響。特別是對於患有基礎性疾病的患者，如高血壓、腦血管疾病或急性心臟病等，便秘會加劇病情，增加意外發生甚至死亡風險。當慢性便秘患者的生活品質下降，會帶來極大的醫療、經濟和社會負擔。現代醫學目前將便秘分為四大類，分別為慢性傳輸型便秘、正常傳輸型便秘、排便障礙型便秘和混合型便秘。臨床上醫生可以通過觀察便秘的症狀來初步進行分類診斷[5]。

1.3 發病機制

西方醫學認為，FC患者表現出結腸傳輸功能的減弱。王學勤研究結果[6]顯示，相比較對照組健康人的傳輸時間平均時間（11.9±10.6hrs），FC患者的乙狀結腸傳輸時間明顯延長（19.9±15.5hrs），兩者之間存在顯著差異（P=0.003）。此外，功能性便秘患者的結腸動力指數低於正常人，表現為晨起和進餐后引起的排便反射明顯低於常人。另一個特點是直腸和肛門功能出現異常，包括直腸對糞便刺激的反應性減少、肛門控制異常反射和直腸推動力不足等，這些情況都可能導致便秘的發生。

從細胞學來看，人體腸道里有一種名為Cajal（ICCs）間質細胞，被稱為胃腸運動的起搏器[6]。腸神經系統（ENS）、ICCs和平滑肌細胞（SMCs）是胃腸運動的基本功能單元，由ICCs負責組織[7]。也就是說，ICCs的數量與人體排便情況有直接的關係，因此恢復ICCs異常被視為便秘的重要治療方法。

2 傳統中醫對便秘的認識

2.1 病名沿革

回看我國現存的中醫藥古籍，早期人們認為便秘只屬於一種病徵，後來經過醫家們的持續觀察及研究，意識到便秘的發生不是偶然，背後有系統性的病因病機，便秘最終成為了一種獨立病種的存在。《內經》中已對便秘有了初步的認知：「大便難，后不利，不得前後……大便不利」。而之後《傷寒病雜論》對便秘進行了進一步的全面整理和總結，比如「大便難」、「大便硬」、「陽結」、「陰結」等。待到醫家在《金匱》中將便秘稱為「脾約」，即那時起，便秘有了頗為具體的描述。而事實上，「便秘」一詞首見於清代沈金鰲所著的《雜病源流犀燭》中[8]。病因包括不定時飲食，過食辛辣刺激、肥甘厚膩食物，或者長時間從事大量消耗體力的勞動。這些都會使得體內邪火內生，機體津液被邪火消耗，長此以往津虧陰竭，導致大便乾結，難以正常。

2.2 病因病機

祖國醫學認為，引起便秘的主要外邪是寒、熱、燥、濕；主要內因則包括飲食無節、過慮憂思同時先天稟賦不足，日常習慣比如失治誤治、久坐少動等均可導致便秘。

《雞峰普濟方》[9]中提到，如果大便秘滯，可能是因為三焦和五臟之間的不協調；或者是由於風邪侵襲三焦，導致氣血虛弱並不流暢；或者是由於腎虛引起的腸道不暢。這表明便秘可以歸結為虛證和實證兩種情況。虛證指的是臟腑功能、氣血循環以及陰陽平衡的虛弱；實證則指的是寒邪、熱邪、氣滯等邪氣入侵引起的情況。而虛證和實證常常相互影響，使得病情加重。

香港注册中醫學會版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

肺主氣，司呼吸，主要功能表現在宣發肅降去調節全身氣血。肺同時也主治節，主通調水道，通過肺氣宣發把津液下輸大腸，大便得以軟化，接着被排出。故一旦肺氣虧虛，無法宣發肅降，大腸的傳導功能被減弱，導致糟粕內停。

老人或中年婦女，因常年臥床或久坐辦公室而缺乏運動，導致久卧傷氣，久坐傷脾。脾主四肢，運動不足，則脾氣更傷。另一部分老人在做完肛門疾病術后，由於受金刃所傷，雖實邪已祛，但正氣尚未恢復，且臥床時間增多，運動不足，氣虛更甚。脾乃氣機升降之樞紐，與胃相表裏，身體缺乏運動的時候，氣機便不暢，導致脾氣虛衰，進而升舉無力。脾不升則胃氣不降，濁氣難降，腸道傳導失司，而致便秘。 若脾失健運，導致脾胃無法分別發揮主升和主降的功能時，就會出現脾胃氣機逆亂，氣機壅滯，具體表現為腹脹便秘等。另外，脾是生氣之源，運化水谷精微，所以也稱為為後天之本。脾與胃關係密切，脾主升，胃主降，一升一降，互為表裏，互相合作。若脾陽不足，臨床表現為大腸無力把大便運至肛門，使得糟粕留滯腸腑，形成燥。這是因為脾為肺之母，母盜子氣，導致肺失肅降，無法把氣肅降至大腸，因而影響大腸傳輸糟粕的功能。若脾氣虛弱，臨床表現在大便硬結乾燥難下，這是因為脾運化功能失常，水谷津液精微運化不足，導致腸道津液不足，失於濡潤。

中老年人，尤其中老年婦女，因為年齡增長，腎陽逐漸衰微，陰陽互根互用，陽氣虧耗，腎陰也隨之虧竭[10]。腎陽虧虛，無力推動，不能蒸發津液溫潤腸道。因此津液的減少，使得腸道無法得到充分滋養和潤澤，久而久之會引發便秘問題。

2.3 證型分類

古代醫家根據臨床症狀可歸類為「秘結」或「後下利」[11]，將便秘分為七種證型：腸胃積熱證（熱秘）、陰寒積滯證（冷秘）、氣機鬱滯證（氣秘）、氣虛證、血虛證、陰虛證和陽虛證[12]等。

大腸與肺相表裏，六腑以通為用，以下為順，若各肺氣不足，清氣無法上升，大腸濁氣下降不行，糟粕停滯於腸道，此為氣虛便秘[13]。

《醫林改錯》[14]中載：「大便在大腸，日久不行，自乾燥也。」對氣虛型便秘的發生提出明確認識，老年患者素體虛弱，不便於行動，久卧傷氣，氣虛則血虛。久則脾胃失於健運和降，水谷精微運化失司，氣血化生乏源，大腸無力推動而導致糞便停滯，日久燥內結，形成氣虛型便秘。表現為糞質不硬，有便意但臨廁時努掙乏力，難以排出。總而言之，氣虛便秘多與肺、脾、腎三臟有關，且經常合併出現，使得腸道推動無力，糟粕無法下行，停滯於腸道。故氣虛便秘常見的病機有肺氣不足、脾氣虧虛、腎氣衰弱。

王婷婷等人[15]回顧性分析了上海地區不同年齡段、性別社區的100位患者便秘患者的臨床資料，結果這100位老家中，以肺脾氣虛證（33%）為主。王祠菊等人[16]調查了黔南州210例功能性便秘患者，便秘患者中醫證型分佈為氣虛秘51例（佔24.29%），占調查中的最大多數。可見目前氣虛型便秘是較常見便秘證型，具有普遍性，因此本文著重對於氣虛型便秘進行綜述。

3 西醫治療

3.1 常用藥物類型

1.容積性瀉藥：這類藥物能夠增加腸腔容積並促進腸道蠕動，從而說明排便及治療便秘。常

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKCMP All Rights Reserved

見的有歐車前、麥麩等。

2.滲透性瀉劑：這類藥物可以軟化糞便並增加腸道液體和溶質的濃度。聚乙二醇和乳果糖是常見滲透性瀉劑。

3.刺激性瀉劑：這類藥物可以直接刺激腸道神經末梢，使腸道更容易蠕動。這類藥物具有較強的功效，通常用於短期治療或重度便秘。比沙可啶、糖類、蓖麻油等是常見刺激性瀉劑。

4.促動力藥物：這些藥物可以改善胃腸道的蠕動力，加速結腸運動和縮短傳輸時間，改善慢性便秘症狀。可用於常規瀉藥難以充分緩解的便秘，如普蘆卡必利和莫沙必利等。促分泌藥物：這些藥物可以激活細胞內的離子通道和轉運蛋白，增加水分和電解質的分泌，並刺激腸道神經系統。使得腸道蠕動的頻率和強度增加。如魯比前列酮和利那洛肽。

5.益生菌製劑：此類藥物含有有益菌群，可以平衡腸道菌群並增加糞便體積和濕潤度。缺乏腸道菌群平衡的患者，如長期使用抗生素后，通常需要這類藥物。

臨床上，李曄、王寶[17]等人認為，慢性便秘的藥物治療需要考慮病人的嚴重程度，採取個體化和階梯性用藥。對於輕中度患者一般建議使用油類潤滑性瀉劑、類滲透性瀉劑和纖維素類容積性瀉藥，這類藥物能潤滑腸道同時增加便體的含水量，使他們更容易的排出；對於重度便秘患者，則建議口服莫沙必利和多潘立酮片利等促動力葯或使用利那洛肽等促分泌葯，刺激腸道運動及腸壁的收縮力。

3.2 手術治療

雖然FC首選的治療方式為保守治療，可約有10%的FC患者經內科保守治療（瀉藥和新型藥物）[18]，或嘗試改變生活方式等都無法改善癥狀。對於這些非手術治療療效差和經過便秘特殊檢查，顯示有明顯異常的慢性傳輸型患者，可以考慮手術治療[19]。目前，全結腸切除術（Total Colectomy, TC）和次全結腸切除術（Subtotal Colectomy, SC）是應用最廣泛的手術方式[20]。桂鵬，黃衛[21-22]等人針對兩種手術治療進行了分析，得出結論為SC術后的總併發症、腸梗阻發生率、止瀉藥物使用率更低。需要注意的是，治療慢性便秘患者時接受外科手術的尚屬少數，臨床醫生們必須嚴格掌握手術適應證。

4 中醫治療

《黃帝內經·素問》中指出「五穀為養，五果為助，五畜為益，五菜為充，氣味合而服之，以補精益氣」「飲食自倍，腸胃乃傷」，強調人們進食的習慣應配合食材的特性，如以以谷肉果菜為主，如此才能配合我們的體制特點，達到補充營養的最佳效果。同時應注意份量，忌食生冷，且多吃當地的應季食物，配合氣候節氣等環境因素。培養良好的生活習慣，比如：合理膳食多飲水（膳食纖維攝入量推薦為25~35g/d、飲水1.5~2.0L/d）、堅持規律運動以及養成每日排便的習慣是治療慢性便秘的基本要求。同時根據患具體情況通過辨證分析，運用中醫內治及外治法可取得較好的療效。氣虛便秘常見的病機有肺氣不足、脾氣虧虛、腎氣衰弱，因此治療上常補肺、健脾、溫腎。藥材上可以多選用補氣益氣之品[23]（補虛），同時配以溫腎健脾之法（潤腸），如此才能取得明顯的臨床療效。

4.1 內治法

香港註冊中醫學會 版權所有 All Rights Reserved Copyright HKCMP

4.1.1 經方 臨床上，枳術丸作為治療便秘的經方，經常用於脾虛便秘的患者。枳術丸載於李東垣的《脾胃論》[24]，方由生白術，炒枳實，荷葉所組成。生白術補而不滯，守能走之；炒枳實入肺經，主要幫助氣機升降，不但上輸水谷精微於心肺，還可以下傳導糟粕於大腸；佐以荷葉升條中焦之氣。全方健脾消痰，行氣健食，補而不滯，補重於消，寓消於補[25]。西醫實驗證明[26]，枳術丸對促進脾虛便秘小鼠的腸道運動有明顯作用，其相關機制與提高小鼠結腸組織中磷脂酶PLC-γ1與PLC-γ2的表達，以提升腸道里ICCs數量有關。

張傑[27]認為脾虛便秘患者宜溫中補氣，升陽舉陷。臨床常用的李東垣的《脾胃論》裏的補中益氣湯。方中黃芪補氣升陽；柴胡、升麻益氣升陽，專引脾胃中的清氣；黨參補肺兼補脾，白術補脾胃，且補而不滯；當歸養血潤腸；陳皮行氣降逆；再加理氣藥如木香、厚朴、枳殼，既能把有形的糟粕排出體內，又能消散無形的氣滯。諸葯並用，一則可以升發脾陽，使氣機升降正常；二則恢復脾氣功能，脾主運化，能助大腸傳化糟粕。

譚思思[28]觀察了63例服用補肺湯及枸櫞酸莫沙必利分散片的患者數據，經過統計分析，得出補肺湯治療氣虛型慢傳輸型便秘功效更明顯的結論。補肺湯基於「肺與大腸相表裏」的理論，採用腸病治肺的治法。氣能生津和行津，氣足則大腸津液足，且氣能溫煦和推動，能說明大腸傳送糟粕下行。熟地黃不僅養血益精，津血同源，益在增加腸道粘液。桑白皮書和紫菀一升一降，肺氣得以宣發肅降，將氣肅降於腸腑。此為「提壺揭蓋」治法，可改善便秘患者大便排出無力等諸症[29-30]。

4.1.2 時方 中醫內治法則以益氣養陰，潤腸通便為主，由於地域差別、各家臨床用藥習慣和不同學術傳承派系等，選方各有千秋，近年研究益氣之品多選用黃芪、生白術，如芪術潤下湯、加味枳術湯以及加味增液湯等。于雪飛[31]通過臨床調查得出了加味黃芪湯對於氣虛便秘患者的臨床療效大於服用乳果糖口服溶液的患者，且加味黃芪湯更有遠期療效。何氏[32]等認為虛證多見於老年便秘，根據「虛則補之」的原則，肺脾氣虛型便秘應益氣健脾、益肺潤腸通便，因此方選黃芪湯加減，臨床療效顯著且便秘復發率較低。黃芪湯按照「損者益之」的原則，氣虛便秘者多因運化無力，導致大便無力排出，因此治療不應該單純地使用苦寒藥攻下，否則虛者更虛，便秘更重[33]。黃芪味甘、性溫，長於生津補血，歸脾肺經，因此善補脾胃，補而不膩。現代研究表明，黃芪可以抑制腸道平滑肌痙攣和保持其緊張性，從而改善便秘癥狀。

朱文宗[34]推崇李東垣提出的「脾胃虛則九竅不通論」，臨床常選香砂六君子湯化裁。他認為脾胃氣虛是便秘的關鍵病因，因此在遣方用藥上以溫中益氣，健脾化痰為主。張謝梅[35]等人觀察由黃芪25g，白術、黨參、麥冬各20g，何首烏18g，陳皮15g等組成的中藥益氣潤腸方治療中老年人氣虛便秘的臨床效果，使用中藥方劑的觀察組比服用乳果糖口服溶液治療的對照組總有效率高出15.91%。結合臨床氣虛病人的特點，在中藥方上做出補腎、健脾、理氣的加減，強化了中醫具有針對性的優勢，更好地發揮效果。

4.1.3 驗方 高淩卉[36]認為針對與脾氣虧虛，腎陽不足有關的便秘患者，應考慮溫脾潤腸湯治療慢傳輸性便秘，該方可使健運脾氣，溫脾陽腎陽，達到標本兼治的效果。王敏英[37]在醫治氣虛型便秘患者時，習慣重用大劑量白術，並佐以黃芪、茯苓健脾益氣。說明白術歸脾、胃二經，既能實脾又能緩脾，被認為是「脾臟補氣第一藥」，臨床建議多使用它來治療脾胃疾病，特別是針對中老年便秘。葉愛軍等人[38]認為生白術劑量以30~60g為宜。張維英等人[39]發現大劑量的生白術水提取物有明顯的通便作用，而相比較之下，低劑量的通便作用較不明顯。表示大劑量生白

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKCM All Rights Reserved

術可以加強腸道平滑肌的興奮性，以及增強腸道蠕動的功能。

針對病機為脾氣不足，肺氣不宣，大腸虛秘的氣虛便秘患者，王燕芳[40]觀察自擬的宣肺通便湯和服用乳果糖的患者比較，得出服用宣肺通便湯的患者在Pac-sym量表、Pac-qol量表、血漿VIP水平等方面均有很好的效果。宣肺通便湯中，除了常用的理氣藥和潤腸藥之外，還有黃芪太子參補肺健脾，更加枳實、杏仁降肺氣。因為大腸和肺相表裏，肺氣降則腑氣通，糟粕自排。

4.2 外治法

4.2.1 傳統理論腧穴針灸 朱林存[41]等人選取了176例氣虛便秘患者，把治療組和對照組平均分開。治療組使用針刺配合湯藥治療，針刺選穴主方包括氣海、支溝、天樞等，湯藥採用白術煎加減。對照組口服西沙比利。結果表示，治療組的總有效率達94.4%。對照組的總有效率達81.6%。兩組之間比較，差異有統計學意義（P<0.01）。

4.2.2 腦腸軸理論針灸治療 邵文超[42]等人將60例功能性便秘的患者分為對照組和治療組各分一半。在實驗中，治療組按照腦-腸軸理論選取腦部穴位的神門、四神聰；以及胃腸相關穴位，分別為上脘、天樞、上巨虛和足三里，同時對照組接受傳統針刺治療。經兩周治療后，治療組的焦慮、抑鬱和便秘評分明顯低於治療前（P<0.05）。

4.2.3 圓運動理論及治療 脾胃與氣機圓運動理論有著密切的關係，中氣是脾胃之氣，中土氣機的升降十分重要；把人體中氣（脾胃）比作主軸，四維（木火金水）則比作四輪，主軸在內旋轉，四輪在外升降，體內十二經的經氣隨着軸輪不斷循環運動，周而復始。根據氣機圓運動理論，人體的中心和核心在於脾胃的氣機圓運動，重點表現在脾胃氣機的升降和生理功能[43-44]。因此，臨床上可通過腹針治療或針刺腹部穴位，可以使五臟氣機升降恢復，使陰陽達到平衡，氣機得到調暢，形成圓運動。

4.2.4 腹針治療 腹針[7]主要取穴中脘、下脘以健脾和胃，氣海、關元補益腎氣。腹部主要器官有肝、脾和胃，在腹部針灸可以刺激臟器的功能，增強消化吸收及代謝的能力。因此，腹針是治療便秘的常用治療。

4.2.5 耳穴治療 中醫認為，耳部是百脈氣血彙集的地方，與經絡及臟腑關係密切。李新紅[45]等人認為耳穴貼壓能明顯改善氣虛型老年便秘的癥狀，其優勢包括操作簡便、患者依從性好、可重複性強及治療成本低等。取穴可以考慮小腸、大腸、直腸穴，均能改善腸道的蠕動功能，達到理氣導滯的效果[46]；取胃穴可以直接刺激脾胃功能，促消化；取肺穴可以通氣水道和通腑氣，因肺與大腸相表裏，肺氣得常大腸才能正常排出燥；老年人可以取腎穴補腎壯陽，腎主水，同時有軟化大便的效果；取脾穴可以運化脾胃和協調臟腑，因脾主肌肉四肢，脾氣充足則腸壁肌有力，把大便推出體外。

4.2.6 埋線治療 李禎祥[47]對34例氣虛型結腸慢傳輸型便秘患者進行了穴位埋線治療，取下巨虛、足三里、胃俞、大腸俞、脾俞和天樞等，總有效率達到94.12%。可知穴位埋線治療對氣虛型結腸慢傳輸型便秘患者的療效十分明顯。

4.2.7 推拿療法 隨着中醫治療的越來越普及，且獲得明顯的臨床療效，推拿療法慢慢成為便秘患者治療的重要部分。推拿可以使患者的降鈣素基因相關腸肽、膽囊收縮素及血管活性腸肽等腦腸肽成分水平明顯降低，緩解便秘的症狀。在推拿時也採用中醫特色的辨證取穴，臨床醫生通常取天樞、豐隆、歸來等為主穴，同時對於熱偏盛的患者增加合谷、曲池等穴位清熱瀉熱，對於氣滯患者增加中脘、太沖等穴位理氣活血。調查後得知，經治療后，便秘患者總有效率達到93.0%，

香港中醫藥學會版權所有 Copyright HKSCMP All Rights Reserved

表示推拿對便秘患者十分有效。

4.2.8　外用藥物治療　周晉[17]等人研究蜜煎導加減和開塞露合製栓劑治療氣虛津虧型慢性功能性便秘的臨床療效。對照組接受開塞露，觀察組則接受蜜煎導加減和開塞露合製栓劑。臨床療效方面治療組達96.7%，優於對照組的81.7%。顯示外用藥物如蜜煎導加減和開塞露合製栓劑的臨床療效突出，且不易復發，應該在臨床上更多推廣和應用。

4.3 中西醫治療進展

時玉潔醫生等人[48]在2024年發表的論文中，認為Cajal間質細胞（ICC）作為消化道傳導慢波信號的基礎，與慢傳輸便秘有密切相關，這是近年來研究的重點方向。ICC的功能、結構、數量及分佈的改變均會影響胃腸道運動，其中ICC的表達異常是引起STC發病的主要原因。中醫藥通過干預與ICC增殖有關的信號通路，控制ICC數目，可以有助胃腸道的蠕動功能，使得便秘癥狀得以緩解。中藥方劑扶陽通便湯由回陽飲化裁，加肉蓯蓉、肉桂，配合黃芪、白術等中藥，旨在益氣扶陽，促進糞便排出。在王吉侯醫生的實驗中[49]，利用大鼠做實驗對象，採用臨床上針對氣虛型便秘患者的扶陽通便湯來干預大鼠，結果表明可以提高結腸ICC的表達水準，促進大鼠腸蠕動的功能，從而改善便秘。另外方子裏乾姜、黨參等可以行氣化瘀，修復和改善ICC細胞超微結構，促使ICC增殖，也可以有效緩解便秘。

5　臨床治療面臨的困難

首先，很多年輕患者沒有規範用藥的意識。他們常常因為快節奏的都市生活而不注重建立排便習慣，單純在排便不通時短暫服藥去緩解便秘癥狀，待到下一次因為沒有進食足夠的粗纖維和水份使得腸蠕動減少出現便秘症狀時，又靠服藥去緩解，如此反覆，並沒有真正地改善到症狀。其次，病人會依賴某些藥物帶來的快速療效。西醫治療的口服瀉劑、微生物製劑或灌腸等方法短期雖有療效，但長期服用會忽視建立排便習慣的重要性，單靠服藥去解決便秘問題。對藥物產生依賴性的患者，嚴重者還會出現電解質紊亂、酸鹼失衡等不良反應，這無疑是對患者造成身心和經濟上的雙重壓力。最後，對於某些病人來說，中藥療效無法發揮最大作用。根據我在醫院看到的案例，部分嚴重的便秘患者會發展成腸梗阻，需要清淡飲食。這類病人通常腸道消化功能虛弱，即使服用了中藥，藥力也無法完全發揮作用。因此便大大限制了中藥的發揮。

6　結論

隨着社會的不斷發展，人們開始新生活模式的同時，一些老年人常見的疾病也開始出現在年輕人的群體，氣虛便秘便是一個很好的例子，值得引起社會的關注。針對氣虛便秘，我國傳統醫學和西方醫學均有理論和研究，中醫認為脾胃失於健運，小腸無法泌別清濁，糟粕無法下注於大腸而出現便秘。西醫則認為其主要原因在於結腸傳輸功能的減弱。中醫對便秘有多種分類，通過辨證去分析出氣虛便秘后，便可通過方藥、針灸或其他療法達到益氣健脾，潤腸通便的功效，並且能起到標本同治的作用。相比較下，中醫在便秘治療中體現出明顯的療效和優勢，值得廣泛在社會上推廣。隨着關注度的提升，希望接下來會開展更多相關的臨床實驗及研究，合眾人之力，發揮我們的中醫優勢，讓更多人受益，才能提高社會上的健康水準，有助社會的長遠發展。

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKCMA All Rights Reserved

参考文献

[1] Mearin F,Lacy BE,Chang L · et al.Bowel disorders [J].Gastroenterology · 2016:S0016-S5085(16)00222- 5.

[2] 慢性便秘基層診療指南(2019年)[J].中華全科醫師雜誌,2020,19(12):1100-1106

[3] 趙勤,譚至柔. 成年人慢性便秘流行病學的研究現狀 [J]. 世界華人消化雜誌,2014,22(7):939 -944.

[4] Barberio B, Judge C, Savarino EV, Ford AC. Global prevalence of functional constipation according to the Rome criteria: a systematic review and meta-analysis[J]. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2021;6(8):638-648.

[5] 王添,曹志群.曹志群教授辨證施治老年性氣陰兩虛型便秘經 驗[J]. 內蒙古中醫藥,2016,(7) : 40-41.

[6] 王學勤,朱有玲,戴菲,等功能性出口梗阻型便秘排便動力學研究[J].西安醫科大學學報.2002,23(3):288- 290.

[7] 梁勇,葛斌,石宇,等.中藥調控便秘相關信號通路的研究進展[J/OL].中國實驗方劑學雜誌:1-12[2024-04-03].

[8] 周仲瑛. 中醫內科學[M]. 北京:中國中醫藥出版社,2003:261 - 268.

[9] 馬豔,谷超,韓瑋瑋.中西醫治療功能性便秘的辨證淺析[J].中國肛腸病雜誌,2019,39(10):77-79.

[10] 賈小強. 直腸無力性便秘中醫診治策略與思路[J]. 中醫雜誌, 2017, 58 (24): 2104-2106.

[11] 王永彬,宋順豐,胡金等.腸道神經遞質因數與老年慢傳輸型便秘中醫辨證分型的相關性[J].中國老年學雜誌,2023,43(22):5449-5451.

[12] 吳勉華,王新月. 中醫內科學[M]. 北京:中國中醫藥出版社, 2012:239 - 240.

[13] 沈麗果,馬佐英,孟靜岩,等.淺析《症因脈治》中脾主運化理論[J].天津中醫藥大學學報,2015,34(02):73-76.

[14] 王清任.醫林改錯[M].上海:上海科學技術出版社,1996.

[15] 王婷婷,顧吉.不同年齡段、性別社區老年便秘患者中醫證型分佈調查[J].中國社區醫師, 2024,40(04):85-87.

[16] 王祠菊,曾璐,張華,朱詩文.210例黔南州布依族功能性便秘患者中醫體質與中醫證型的分佈特點[J]. 中國民族醫藥雜誌,2024,30(01):64-67.

[17] 周晉,張鋒,張芯,等.蜜煎導栓干預氣虛津虧型慢性功能性便秘療效觀察[J]. 現代中西醫結合雜誌,2017,26(25):2751 -2753.

[18] 李曄,王寶,于普林,等.老年人功能性便秘中西醫結合診療專家共識(2019)[J].中華老年醫學雜誌,2019,38(12):1322-1328.

[19] MÜLLER M, HERMES G D A, EMANUEL E C, et al. Effect of wheat bran derived prebiotic supplementation on gastrointestinal transitgut microbiota,and metabolic health:a randomized controlled trial in healthy adults with a slow gut transit[J].Gut Microbes,2020,12(1):1704141.

[20] 中華醫學會消化病學分會胃腸動力學組,中華醫學會 消化病學分會功能性胃腸病協作組.中國慢性便秘專家共識意見 (2019,廣州)[J].中華消化雜誌.2019,39 (9):577-598.

[21] KNOWLES C H, GROSSI U, CHAPMAN M, et al. Surgery for constipation:systematic review and practice recommendations:results Ⅰ:colonic resection[J].Colorectal Dis,2017,19(Suppl.3):17-36.

[22] 桂鵬,黃衛.全結腸切除術與次全結腸切除術治療慢傳輸型便秘的meta分析[J].重慶醫學,2023,52(22):3475-3480.

[23] 軍祥,陳誥,柯曉.功能性便秘中西醫結合診療共識意見 (2017 年) [J]. 中國中西醫結合消化雜誌 , 2018, 26(1): 18-26.

[24] 王浩.枳術丸加減治療老年慢傳輸型便秘的臨床研究[D].南京中醫藥大學,2019.

[25] 易順.枳術丸聯用微生態製劑對脾虛型便秘患者的臨床療效及腸道菌群影響的研究[D].川北醫學院,2024,20(22).:270.

[26] 王偉松,夏旭婷,劉富林等. 枳術丸對脾虛證慢傳輸型便秘小鼠腸道運動及 PLC-γ_1/PLC-γ_2 信號通路的影響[J].中國實驗方劑學雜誌, 2019, 25(10): 8-14.

[27] 張傑,薛曉東,王翠俠.基於 “氣虛宜掣引之” 理論探討慢傳輸型便秘的治療[J].中醫臨床研究,2021,13(22):72-74.

[28] 譚思思.補肺湯治療氣虛型慢傳輸型便秘的臨床觀察[D].湖南中醫藥大學,2022.DOI:10.27138/d.cnki.ghuzc.2021.000036.

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

[29] 于豔琴，安大偉，莫日根，等．“提壺揭蓋”法之臨床應用[J]. 中國民族醫藥雜誌,2023,29(07):14-15+26.DOI:10.16041/j.cnki.cn15-1175.2023.07.017.

[30] 柯文聯,黃曉琳,高坤.中醫治療慢性虛症便秘臨床研究概況[J].新疆中醫藥,2023,41(06):114-116.

[31] 于雪飛, 董繼威,黃娜,王俊仁,於波.加味黃芪湯治療氣虛型慢性便秘臨床觀察[J].中國中醫藥現代遠端教育,2023, 21 (18): 77-79.

[32] 叢宇,潘洋,張忠平,等.黃芪湯配合針刺治療中風後便秘(氣虛型)的臨床觀察[J].中國中醫藥科技,2024,31(01):144-146.

[33] 何豐華,劉毓姿,吳曄,等.加減黃芪湯治療氣虛型老年功能性 便秘[J].環球中醫藥,2014,7(S2):29.

[34] 陳婷婷,黃婉玉,嚴凱雯,朱文宗. 脾胃氣虛型帕金森病便秘治療心得[J].浙江中醫雜誌,2024,59(02):179-180.

[35] 張謝梅,李兵,張明星.中藥益氣潤腸方治療中老年人氣虛便秘的臨床效果[J].臨床合理用藥,2024,17(05):80-83.

[36] 高凌卉,高家治,柏連松.柏氏健脾潤腸湯治療老年便秘 50 例 [J].上海中醫藥雜誌,2013,47(4):38-39.

[37] 周阿成，王敏英，朱歡歡等．中醫治療氣陰兩虛型便秘的臨床經驗[J]. 黑龍江醫藥,2021,34(05):1067-1069.DOI:10.14035/j.cnki.hljyy.2021.05.032.

[38] 葉愛軍，穆林，張碧華．北京醫院生白術治療便秘處方分析[J]. 北京中醫藥,2019,38(01):77-78.DOI:10.16025/j.1674-1307.2019.01.022.

[39] 張維英,李康樂,尚榮國,等.生白術不同有效部位通便作用的對比研究[J].華西藥學雜誌,2020,35(02):176-178.

[40] 王燕芳.自擬宣肺通便湯治療慢性阻塞性肺病穩定期氣虛型便秘的臨床觀察及對VIP的影響[J]. 中國中醫藥科技,2021,28(06):913-914.

[41] 朱林存,李婷. 針刺配合湯劑治療氣虛便秘的療效觀察[J].中國民間療法,2015,23(7):58 -59.

[42] 邵文超,盧殿強. 腦腸軸針灸治療功能性便秘 60 例臨床分析[J]. 寧夏醫學雜誌,2019,41(8):751 -753.

[43] 彭子益.圓運動的古中醫學[M].北京:中國中醫藥出版社,2007:18.

[44] 王彥敏,張其成.淺議彭子益的醫易思想及其理論淵源[J].雲南中醫學院學報,2014,37 (6):77-80.

[45] 李新紅, 續百紅. 耳穴貼壓聯合穴位摩腹治療氣虛型老年功能性便秘的臨床觀察[J].中國民間療法, 2021, 29 (12): 61-64.

[46] 溫木生.耳穴貼壓療法治百病[M].北京:人民軍醫出版社,2005:103-104 ·

[47] 李禎祥.穴位埋線治療肺脾氣虛型結腸慢傳輸型便秘的臨床療效[J]. 當代醫學,2016,22(32):153 -154.

[48] 時玉潔,陳萌.近5年中醫藥調控Cajal間質細胞增殖治療慢性傳輸型便秘的研究進展[J].天津中醫藥大學學報,2024,43(01):58-63.

[49] 吉侯,吳禮龍,吳瓊珍,等.扶陽通便湯對慢傳輸型便秘小鼠結腸 SP與ICC 表達的實驗研究[J].臨床醫藥文獻電子雜誌,2019,6(12):23-25.

Abstract: Functional constipation (FC) is a common digestive system disorder characterized by reduced frequency of bowel movements (less than 3 times per week), prolonged defecation time, difficulty in passing stool, passing small amounts of stool, and dry, pellet-like stools. These symptoms can persist and lead to other health issues, resulting in a decreased quality of life and imposing economic and social burdens. Currently, both Western medicine and traditional Chinese medicine have made progress in the treatment of constipation, each with its own characteristics. Western medicine treatment methods mainly include medication and surgical interventions, while traditional Chinese medicine adopts different treatment approaches based on the individualized pattern differentiation of patients, aiming for more targeted treatment. This study aims to provide a comprehensive review of the treatment of Qi deficiency type functional constipation using both Western and traditional Chinese medicine (TCM),

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved

with the goal of offering more effective and personalized treatment strategies for clinical practice, thereby improving patients' symptoms and quality of life.

Key words: Qi deficiency; constipation; treatment; research; traditional Chinese medicine (TCM); Western medicine.

（編委：嚴新傑審校 2025.01.15）

香港註冊中醫學會 版權所有
Copyright HKRCMP All Rights Reserved