# 黄精姜糖膏治疗脾肾阳虚型慢传输型便秘的临床疗效研究*

刘闪[1]　杨向东[1]　蓝海波[1]

［摘要］ **目的**：探讨黄精姜糖膏对脾肾阳虚证慢传输型便秘（slow transit constipation，STC）患者的临床疗效。**方法**：纳入脾肾阳虚型 STC 老年患者 72 例作为研究对象，根据治疗方法分为 2 组，将病例分为对照组（$n$＝34），观察组（$n$＝38）。对照组予以枸橼酸莫沙必利片口服，观察组在对照组基础上加用黄精姜糖膏，治疗 4 周。比较两组患者用药后初次排便时间以及治疗前后中医症候积分、便秘临床症状积分、便秘患者生活质量自评量表（PAC-QOL），观察结肠动力变化。**结果**：观察组总有效率为 94.74%，高于对照组的 76.47%（$P$＜0.05）。与治疗前比较，两组治疗后用药后初次排便时间、中医症候积分、便秘临床症状积分、PAC-QOL 评分，结肠动力变化均有改善（$P$＜0.05），观察组优于对照组（$P$＜0.05）。**结论**：黄精姜糖膏可显著改善患者用药后初次排便时间、中医证候、生活质量及便秘临床症状，且安全性良好。

［关键词］ 黄精姜糖膏；慢传输型便秘；脾肾阳虚型

**DOI**：10.3969/j.issn.1671-038X.2025.12.07

［中图分类号］ R574.62　［文献标志码］ A

# Clinical study on the efficacy of Rhizoma Polygonati and Ginger syrup paste in treating slow transit constipation with Spleen-Kidney Yang deficiency syndrome

*LIU Shan　YANG Xiangdong　LAN Haibo*

(Department of Constipation, Chengdu Anorectal Hospital, Chengdu, 610016, China)

Corresponding author: LAN Haibo, E-mail: 306857612@qq.com

**Abstract　Objective**: To investigate the clinical efficacy of Rhizoma Polygonati and Ginger Syrup Paste in patients with slow transit constipation(STC) exhibiting spleen-kidney yang deficiency syndrome. **Methods**: A total of 72 elderly patients with spleen-kidney yang deficiency type slow transit constipation(STC) were included as research subjects. They were divided into two groups according to the treatment methods: the control group($n$＝34) and the observation group($n$＝38). The control group received oral Mosapride Citrate Tablets. The observation group received Rhizoma Polygonati and Ginger Syrup Paste in addition to the control group's treatment. The treatment duration was 4 weeks for both groups. The primary outcome measures were the time to first defecation after medication initiation, Traditional Chinese Medicine(TCM) syndrome scores, constipation symptom scores, scores on the Patient Assessment of Constipation Quality of Life questionnaire(PAC-QOL), and changes in colonic motility, which were compared before and after treatment. **Results**: The total response rate in the observation group was 94.74%, significantly higher than the 76.47% in the control group($p$＜0.05). Compared with pretreatment levels, both groups showed significant improvements in the time to first defecation, TCM syndrome scores, constipation symptom scores, PAC-QOL scores, and colonic motility after treatment($p$＜0.05). Furthermore, the improvements in all these parameters were significantly greater in the observation group compared to the control group($p$＜0.05). **Conclusion**: Rhizoma Polygonati and Ginger Syrup Paste significantly improved the time to first defecation, TCM syndromes, quality of life, and constipation symptoms in patients with STC and spleen-kidney yang deficiency syndrome, demonstrating a favorable safety profile.

**Key words**　Rhizoma Polygonati and Ginger Syrup Paste; slow transit constipation; spleen-kidney yang deficiency syndrome

*基金项目：国家中医药管理局杨向东全国名中医工作室建设项目［No：国中医药人教函（2022）75 号］

[1]成都肛肠专科医院便秘科（成都，610016）

通信作者：蓝海波，E-mail：306857612@qq.com

**引用本文**：刘闪，杨向东，蓝海波. 黄精姜糖膏治疗脾肾阳虚型慢传输型便秘的临床疗效研究[J]. 中国中西医结合消化杂志，2025，33(12)：1170-1175. DOI：10.3969/j.issn.1671-038X.2025.12.07.

中国知网　https://www.cnki.net

慢传输型便秘（slow transit constipation，STC）是以结肠传输延迟为特征，临床表现为大便次数减少、便质干硬、排便困难等的临床常见的功能性便秘类型[1-2]。该疾病严重影响患者的生活质量和心理健康：一方面，其长期存在显著增加罹患帕金森病、结直肠癌及心脑血管疾病等躯体疾病的风险[3]；另一方面，它也是诱发或加重焦虑、抑郁、睡眠障碍甚至精神分裂等心理精神障碍的重要危险因素[4]。现代医学对其病理机制研究多聚焦于肠道神经系统功能障碍[5]、肠道菌群等[6]，其具体机制尚未完全阐明。当前常规药物治疗如泻药、促动力药物等常效果不佳，停药后易于复发且易造成泻药依赖和滥用而形成难治性“泻剂结肠”。中医药在多靶点、整体调节方面具有独特优势，在 STC 治疗中显示出良好效果[7-9]。

中医理论认为，STC 属于“后不利”、“阴结”、“阳结”、“便秘”等范畴，其病位在大肠，与脾、胃、肺、肝、肾等脏腑密切相关。《素问·上古天真论》言“女子七七，任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭；丈夫八八，肾气衰，天癸尽”，年老肾衰，天癸渐竭，肾虚则肠道传导无力，此为老年便秘之本。年老机体多呈现衰弱之征象，是以患便秘者多以虚证为主，尤以脾肾阳虚为关键病机[10]。肾阳虚衰，肠道失于温煦，肠道无力传导，使肠内糟粕久积不下，排便时间延长，形成便秘。肾阳为一身阳气之本，有“五脏之阳气，非此不能发”之称，脾土失于温煦，则运化失常，生化乏源，水谷精微难以输肠道，肠道失润，导致大便干结难下。其治疗当以温补脾肾，润肠通便为大法。膏方剂型兼具高药物浓度、缓释长效、滋补缓调、口感易接受等特点，尤其适合用于慢性虚损性病证[11]，契合脾肾阳虚型 STC“慢病需久调”之特点。黄精姜糖膏作为补益剂，具备温阳健脾，填精益髓，润肠通便之功效。本研究旨在评价其治疗脾肾阳虚型 STC 的临床疗效及安全性。

## 1　资料与方法

### 1.1　一般资料

选择 2023 年 6 月—2024 年 12 月在成都肛肠专科医院便秘科的脾肾阳虚证 STC 便秘老年患者 76 例。本研究经成都肛肠专科医院伦理委员会批准。以是否接受黄精姜糖膏治疗分为观察组（38 例）与对照组（38 例）。研究期间对照组因依从性差或转手术脱落 4 例，最终 72 例完成研究。2 组患者基线资料比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。见表 1。

### 1.2　诊断标准

**1.2.1　西医诊断标准**　参照《中国慢性便秘临床诊断与治疗规范（2024 年版）》[1]及《中国慢性便秘专家共识（2019 年版）》[12]的诊断标准，在此基础上结合胃肠传输试验，患者 72 h 标志物排出率不足 80％即可确诊 STC。

**1.2.2　中医诊断标准**　参照《便秘中医诊疗专家共识》[10]确定“脾肾阳虚型”便秘的主症和次症。主症：①大便干或不干，排出困难；②四肢不温。次症：①面色㿠白；②腹中冷痛或腰膝酸冷；③小便清长。舌脉：舌淡，苔白，脉沉迟或沉弦。具备全部主症及任意 2 项次症，结合舌脉即可诊断。

**表 1　2 组患者临床资料比较**　　$\bar{X}\pm S$

| 组别 | 例数 | 性别/例 | | 年龄/岁 | 病程/年 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 男 | 女 | | |
| 观察组 | 38 | 12 | 26 | 71.97±4.33 | 9.89±1.81 |
| 对照组 | 34 | 11 | 23 | 73.12±3.57 | 8.88±2.57 |

### 1.3　纳入标准

①符合 STC 西医及脾肾阳虚中医诊断。②年龄≥65 岁。③近 1 周未使用过其他治疗便秘相关措施。④患者依从性良好，沟通能力正常，自愿签署知情同意书。

### 1.4　排除标准

①精神疾病、全身感染性疾病及肝肾功能不全、心脑血管疾病者。②合并有糖尿病及性病、肝炎、结核等传染性疾病者。③近 3 个月有腹部、盆腔外科手术史者。④过敏体质者。⑤出口梗阻性病变。⑥隐瞒病史、依从性差者。

### 1.5　脱落标准

①依从性差，疗程中要求退出，无法完成试验者。②研究期间发生严重并发症或病情显著变化，以致无法继续原治疗方案者。③治疗期间使用了本试验以外其他药物辅助排便者。

### 1.6　治疗方法

2 组均进行患者教育，嘱其调整生活方式和排便习惯，每日摄入膳食纤维 25～35 g；饮水 1.5 L 左右，并适当配合散步、太极拳等运动。

对照组：口服枸橼酸莫沙必利片（国药准 H19990313，规格：5 mg）5 mg/次，3 次/d。

观察组：在对照组基础上口服黄精姜糖膏。黄精姜糖膏由成都肛肠专科医院制剂中心生产，其方药组成为黄精、小黄姜、枸杞、麦芽糖、红糖。20 mL/次，1 次/d，于早餐前将其冲入约 40℃温水调匀溶解后服用。2 组均治疗 4 周。

### 1.7　观察指标

**1.7.1　用药后初次排便时间及中医证候积分**　记录 2 组患者用药后初次排便时间。同时采用中医证候疗效评分表[13]评估脾肾阳虚型便秘的中医症

中国知网　https://www.cnki.net

候积分。采用 4 级评分法对中医证候进行量化评估，即按无、轻度、中度、重度分级。其中，主症项的赋值分别为 0、2、4、6 分，次症项赋值为 0、1、2、3 分。最终证候总分为各项主症与次症得分累加所得。在治疗前、治疗 4 周后各进行 1 次评分。证候积分越高表明病情越严重。

**1.7.2** 便秘临床症状评分及疗效评价 便秘临床症状评分[13-14]如下：①便意感积分：无，计为 3 分；偶尔，计为 2 分；时有，计为 1 分；经常，计为 0 分。②排便困难程度：需要灌肠或者手法辅助，记为 3 分；很费力，记为 2 分；较费力，记为 1 分；顺畅，记为 0 分。③排便频率：>5 d 排便 1 次，计为 3 分；4～5 d 排便 1 次计为 2 分；3 d 排便 1 次计为 1 分；1～2 d 排便 1 次计为 0 分。④排便时间：每次>25 min 计为 3 分；每次 15～25 min 计为 2 分；每次 10～15 min 计为 1 分；每次<10 min 计为 0 分。⑤粪便性状（根据 Bristol 粪便性状）：1 型；计为 3 分；2 型，记为 2 分；3 型，记为 1 分；4～7 型，记为 0 分。⑥腹胀：经常，计为 3 分，时有，计为 2 分。偶尔，计为 1 分；无，计为 0 分。评分越高症状越严重

疗效评估通过疗效指数体现，其计算公式为：（治疗前积分－治疗后积分）/治疗前积分×100%。依据疗效指数的高低，将疗效划分为四个等级：临床控制（≥95%）、显效（70%～94%）、有效（30%～69%）及无效（<30%）。总有效率的计算方式为：将临床控制、显效和有效的病例数相加，再除以总病例数后乘以 100%。

**1.7.3** 结肠动力变化 记录患者治疗前后右半结肠通过时间（RCTT）、左半结肠通过时间（LCTT）和全结肠通过时间（TCTT）。

**1.7.4** 生活质量评分 使用 PAC-QOL 量表作为生活质量的测评工具，该量表包含满意度、担心与焦虑、心理社会不适及身体不适 4 个核心维度。评分结果为负向指标，分数越高，提示患者的生活质量越低下。

**1.8** 不良反应

如实记录研究中出现的不良反应（如腹痛加剧、腹泻、皮疹等），另外对比前后心电图、肝肾功能、血、大小便常规是否出现异常。根据不良反应的程度、发生频率、持续时间等，及时对症治疗。

**1.9** 统计学方法

采用 SPSS 27.0 进行数据分析。计量资料经 Shapiro-Wilk 检验验证正态性，以 $\overline{X}\pm S$ 表示；组间比较采用独立样本 $t$ 检验，组内治疗前后比较采用配对 $t$ 检验。等级资料（如首次排便时间、疗效等级）采用 Mann-Whitney $U$ 检验进行比较。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1** 2 组用药后初次排便时间比较

观察组初次排便时间整体优于对照组，差异有统计学意义（$P<0.01$），见表 2。

**表 2 2 组用药后初次排便时间比较** 例

| 组别 | 例数 | <12 h | 12～24 h | >24 h |
|---|---|---|---|---|
| 观察组 | 38 | 6 | 31 | 1 |
| 对照组 | 34 | 2 | 19 | 13 |
| $Z$ | | | 3.56 | |
| $P$ | | | <0.01 | |

**2.2** 2 组患者中医证候积分及生活质量变化比较

2 组治疗后中医证候与生活质量积分均较治疗前下降（均 $P<0.05$）；组间比较显示，观察组在中医证候和生活质量积分上的改善幅度均大于对照组，差异有统计学意义（$P<0.01$），见表 3。

**2.3** 2 组便秘症状评分比较

观察组经 4 周治疗后，其便意感、排便困难、频率、时间、粪便性状及腹胀积分均较治疗前显著降低（均 $P<0.05$）。对照组除粪便性状外，其余症状积分也较治疗前明显下降（$P<0.05$）。组间比较显示，治疗后观察组各临床症状积分均低于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$），结果见表 4。

**2.4** 2 组治疗前后结肠动力比较

2 组治疗 4 周后 RCTT、LCTT 和 TCTT 显著低于治疗前，且观察组显著低于对照组（均 $P<0.05$），见表 5。

**表 3 2 组患者中医证候积分及生活质量变化比较** 分，$\overline{X}\pm S$

| 组别 | 例数 | 中医证候积分 | | PAC-QOL 积分 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 治疗前 | 治疗 4 w 后 | 治疗前 | 治疗 4 w 后 |
| 观察组 | 38 | 15.08±1.52 | 5.97±1.48[1)] | 70.12±7.98 | 55.03±6.34[1)] |
| 对照组 | 34 | 15.26±1.43 | 11.38±1.29[1)] | 68.23±6.89 | 60.15±5.52[1)] |
| $t$ | | −0.540 | −17.860 | 1.124 | 4.570 |
| $P$ | | 0.592 | <0.01 | 0.265 | <0.01 |

与治疗前比较，[1)] $p<0.05$。

中国知网 https://www.cnki.net

**表 4　2 组便秘临床症状积分比较**　　分，$\overline{X}\pm S$

| 组别 | 例数 | 便意感 | | 排便困难 | | 排便频率 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 治疗前 | 治疗 4 w 后 | 治疗前 | 治疗 4 w 后 | 治疗前 | 治疗 4 w 后 |
| 观察组 | 38 | 2.55±0.51 | 0.84±0.66[1)] | 2.66±0.48 | 0.92±0.71[1)] | 2.37±0.47 | 0.79±0.70[1)] |
| 对照组 | 34 | 2.62±0.49 | 1.85±0.66[1)] | 2.62±0.50 | 1.88±0.76[1)] | 2.41±0.49 | 1.62±0.74[1)] |
| $t$ | | −0.35 | −6.82 | 0.36 | −5.97 | −0.36 | −5.21 |
| $P$ | | 0.727 | <0.01 | 0.719 | <0.01 | 0.719 | <0.01 |

| 组别 | 例数 | 排便时间 | | 粪便性状 | | 腹胀 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 治疗前 | 治疗 4 w 后 | 治疗前 | 治疗 4 w 后 | 治疗前 | 治疗 4 w 后 |
| 观察组 | 38 | 2.32±0.47 | 0.87±0.73[1)] | 2.05±0.46 | 0.63±0.68[1)] | 2.50±0.51 | 0.82±0.69[1)] |
| 对照组 | 34 | 2.35±0.48 | 1.65±0.72[1)] | 2.09±0.47 | 1.94±0.73[1)] | 2.53±0.50 | 1.74±0.75[1)] |
| $t$ | | −0.26 | −5.21 | −0.37 | −5.97 | −0.24 | −7.95 |
| $P$ | | 0.796 | <0.01 | 0.713 | <0.01 | 0.812 | <0.01 |

与治疗前比较，[1)] $P<0.05$。

**表 5　2 组治疗前后结肠动力比较**　　h，$\overline{X}\pm S$

| 组别 | RCTT | | LCTT | | TCTT | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 治疗前 | 治疗 4 w 后 | 治疗前 | 治疗 4 w 后 | 治疗前 | 治疗 4 w 后 |
| 观察组 | 9.31±0.41 | 8.05±0.32[1)] | 31.27±3.47 | 23.12±2.85[1)] | 108.87±14.43 | 82.95±3.58[1)] |
| 对照组 | 9.25±0.36 | 8.68±0.35[1)] | 31.76±3.68 | 27.21±3.12[1)] | 109.12±17.75 | 96.87±4.21[1)] |
| $t$ | 0.352 | 4.76 | −0.603 | 5.92 | −0.217 | 6.89 |
| $P$ | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 |

与治疗前比较，[1)] $P<0.05$。

**2.5**　2 组临床疗效比较

治疗后观察组总有效率高于对照组，两组的总体疗效差异有统计学意义（$P<0.05$），见表 6。

**表 6　2 组患者临床疗效比较**　　例（%）

| 组别 | 例数 | 临床疗效 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 |
| 观察组 | 38 | 6(15.79) | 20(52.63) | 10(26.32) | 2(5.26) |
| 对照组 | 34 | 0(0.00) | 8(23.53) | 18(52.94) | 8(23.53) |

两组经秩和检验，$Z=-2.98$，$P<0.01$。

**2.6**　两组复发率（3 个月）比较

随访 3 个月，观察组复发 6 例，对照组 11 例，组间差异无统计学意义（$\chi^2=2.728$，$P>0.05$）。

**2.7**　不良反应及安全性分析

2 组治疗期间及随访时均未发生明显不良反应，肝肾功能、血常规等安全性指标无异常。

## 3　讨论

STC 是功能性便秘的一种常见亚型，其核心临床特征为结肠传输时间显著延长。目前缓解 STC 症状的化学药物通常会引发耐药性和副作用，且长期疗效欠佳[15]。因此，寻找更有效、更安全的 STC 治疗策略势在必行。目前中医认为其病位主要在大肠，同时与肺、脾、胃、肝、肾等脏腑功能失调有关。《素问》有“年六十，则九窍不利”的记载，说明年老肾脏衰，则大便亦不通利。《景岳全书》曰：“肾为胃关，开窍于二阴，所以二便之开闭，皆肾脏之所主”。李东垣在《脾胃论》中提出“脾胃虚则九窍不通”的说法。由此可见老年 STC 患者多数具有脾肾两虚的基本特征，且以虚证或虚实夹杂为主[10]。笔者认为老年脾肾阳虚型便秘，以虚证为病本，肾阳虚，则无力温煦脏腑，一则大便推动无力；二则阴寒凝聚，阳气不能通达四末故见四肢不温，气血不通则见腹中冷痛或腰膝酸冷。是故火不生土，致脾阳虚衰，运化无力，水谷精微失于输布，肠道失润，故见大便干燥难解。临证治疗时应以温肾补脾益精为本，主张多脏并调。膏方作为具有滋补养生、调治疗疾两大作用的中药内服制剂，尤为适用于老年脾肾阳虚型便秘患者，此乃“慢病膏调”理论的具体应用。

黄精姜糖膏组成启迪于民国名医龚心裕老先生，脱胎于药王孙思邈之姜糖膏，后经四川省十大名中医杨向东教授宗古法而变古方，主持研发重新调制。本膏方自 2021 年研发面世至今在临床中广泛使用，有温中健脾益肾，补肺润肠通便之功，尤其适用于虚证为主的中老年便秘人群。李中梓《医宗必读》提出：“肾为先天之本，脾为后天之本”。明代医家周慎斋著《慎斋遗书》中亦载有：“凡病不起于

中国知网　https://www.cnki.net

先天，即起于后天，肾为先天五脏之始，脾为后天五脏之成。”这说明脾肾在人体生命活动及防病治病的重要性。此膏方首重先天、通调后天，阴阳双补。全方以黄精、小黄姜温补脾肾为君，枸杞滋阴求阳为臣，红糖、麦芽糖润肠和中为佐使，契合“温补脾肾、润肠通便”之法。方中小黄姜为选自云南优质栽培品种，其气味辛辣浓烈，药效强，擅治重症虚症，是药用姜首选。重用小黄姜温中健脾，俾脾胃健运，则气血生化有源。魏海梁等[16]实验发现小黄姜中所含的 1.6-姜烯酚、小檗碱均能够抑制肠道炎症，降低肠道通透性，具有改善菌群结构，促进肠道微生态平衡的功能。黄精味甘如饴，性平质润，有健脾，润肺，益肾之功，与小黄姜同为君药，先、后天同调，达到补虚目的。针对黄精，有研究显示其主要物质黄精多糖可改善大鼠的肠道菌群多样性和物种组成，促进短链脂肪酸生成，从而改善肠道微生物失调，提高机体免疫调节作用[17]。枸杞滋阴填精为臣，取张景岳‘善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷’之意，既制小黄姜之温燥，又与黄精相伍，阴中求阳，使温阳而不耗阴，滋阴而不碍阳。最新研究显示枸杞多糖可显著改善 STC 小鼠的排便、粪便水分和体重，增加 STC 小鼠的肠道推进速率[18]，与本研究中粪便性状和结肠动力的改善相符。观察组粪便性状改善尤为明显，可能与黄精多糖调节肠道菌群、枸杞多糖促进肠推进作用相关，此为“增液行舟”理论的现代科学佐证。红糖入肝、脾、胃经，《医林纂要》载其有暖胃、补脾、缓肝、润肠之功，一则扶助小黄姜调护中州，二则润肠以使肠内糟粕下行。麦芽糖作为膏方基质，既甘缓补中，增强健脾药效，又调和口感，缓释药效，奏慢服久补之效。诸药合用，健脾益胃，润肺益肾，阴阳共调，气血同补。本膏方组方特点在于以通调先天与后天为基础，调和气血，燮理阴阳，祛病养生。

本研究结果显示，两组治疗均有疗效。在便秘临床症状积分疗效方面观察组总有效率为 94.74%，高于对照组的 76.47%（$P<0.05$），体现了在常规西药治疗基础上联合黄精姜糖膏的积极作用。在中医证候积分和 PAC-QOL 积分方面，观察组改善显著优于对照组，说明黄精姜糖膏对于脾肾阳虚相关证候及生活质量改善优于单纯莫沙比利组。在便秘临床症状方面，观察组各项积分均优于对照组，且在粪便性状改善方面尤为明显，这可能于黄精多糖改善肠道菌群以及枸杞多糖增加肠道推进速度有关。在安全性评价中，治疗期间患者未出现不良反应，定期监测指标，均未见异常。区别于单纯促动力西药，本膏方通过多靶点调节改善脾肾阳虚 STC 本虚之证。且黄精姜糖膏口感适宜，药性温和、疗效肯定，相较于其他中药剂型，易于被广大患者群体所接受，有助于临床验方的推广和应用。

研究不足与展望：①本研究单中心样本量有限（$n=72$），且观察周期仅 4 周，缺乏长期随访数据，难以全面评估远期疗效及复发率。未来需开展多中心、大样本、长期随访研究，并结合动物实验探索黄精姜糖膏调节肠神经-免疫-菌群轴的具体机制，为临床推广提供更充分依据。②对照组仅采用莫沙必利单药对照，未设置黄精姜糖膏单药组，无法明确基础治疗联合中药的协同效应是否优于中药单药。③本团队目前还在进一步优化膏方配方。一方面，由于现有黄精姜糖膏以麦芽糖为膏方基质，对于糖尿病患者不适用，未来可采用木糖醇加阿拉伯胶作为膏方基质，打造出适用于糖尿病患者的黄精姜糖膏，使更多患者受益。另一方面，低聚麦芽糖已被证实具有改善小鼠胃肠道菌群及润肠通便的功效[19]，后续可将膏方基质改为低聚麦芽糖，验证是否能优化临床疗效。

综上所述，黄精姜糖膏治疗脾肾阳虚型 STC 具有较好的临床疗效，可有效改善患者临床便秘症状，促进初次排便，提高结肠动力，改善患者生活质量，且安全性良好，具有临床应用价值及推广前景。

**利益冲突** 所有作者均声明不存在利益冲突

## 参考文献

[1] 功能性胃肠病协作组食管疾病协作组中华医学会消化病学分会胃肠动力学组. 中国慢性便秘临床诊断与治疗规范[J/OL]. 中华消化杂志，2024，44(10)：649-658.

[2] 中国医师协会肛肠医师分会，赵克，刘宝华，等. 慢性便秘检查与评估中国专家共识(2024 版)[J]. 中华胃肠外科杂志，2024，27(12)：1191-1201.

[3] Song EM，Lee HJ，Jung KW，et al. Long-term risks of parkinson's disease，surgery，and colorectal cancer in patients with slow-transit constipation[J/OL]. Clinical Gastroenterology and Hepatology：The Official Clinical Practice Journal of the American Gastroenterological Association，2021，19(12)：2577-2586. e6.

[4] 樊文彬，蓝海波，谢彦鹏，等. 慢性便秘与精神心理障碍的相关性研究[J]. 中国全科医学，2019，22(34)：4272-4276.

[5] Huizinga JD，Hussain A，Chen JH. Interstitial cells of Cajal and human colon motility in health and disease[J]. Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol，2021，321(5)：G552-G575.

[6] 吴容，田洋平，雷娜，等. 肠道菌群与 microRNA 失调对慢传输型便秘的影响[J]. 中国现代医学杂志，2022，32(23)：60-66.

[7] 韩洁，袁乃荣，宋丽璇，等. 济川煎加味联合腹针治疗

中国知网 https://www.cnki.net

脾肾阳虚型慢传输型便秘对患者 ET、NPY、SP 的变化研究[J]. 中华中医药学刊，2025，43(11)：226-229。

[8] 张紫麒，周鸿雲，赵琼，等. 加味芍药甘草汤对慢传输型便秘大鼠肠道传输功能、肠道菌群及代谢产物含量的影响[J]. 中国药房，2025，36(2)：154-159.

[9] 满如，陈萌，于永铎. 化瘀通便汤治疗老年慢传输型便秘的疗效及对生活质量和结肠动力的影响[J]. 中国老年学杂志，2022，42(11)：2686-2689.

[10] 冷炎，魏玮，唐旭东. 便秘中医诊疗专家共识(2024)[J]. 中医杂志，2025，66(3)：321-328.

[11] 林基伟，汪栋材，吴海滨，等. 中医膏方历史源流及现代发展状况[J]. 中成药，2018，40(11)：2554-2556.

[12] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组，中华医学会消化病学分会功能性胃肠病协作组. 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.

[13] 赵红波，吴晓晶，杨云，等. 调中益气汤治疗老年气虚型慢传输便秘的疗效研究[J]. 中国全科医学，2024，27(12)：1487-1492.

[14] 孙兴伟，唐远山，沙静涛，等. 增液汤加味治疗功能性便秘阴液亏虚证的临床疗效观察[J]. 中华中医药杂志，2022，37(3)：1818-1821.

[15] Wang LF，Wu F，Hong YL，et al. Research progress in the treatment of slow transit constipation by traditional Chinese medicine[J]. J Ethnopharmacol，2022，290：115075.

[16] 魏海梁，李京涛，陈志国，等. 小檗碱与 6-姜烯酚配伍对溃疡性结肠炎小鼠肠道炎症和菌群影响的实验研究[J]. 中国中药杂志，2022，47(16)：4418-4427.

[17] 王慧楠，岳珠珠，姜明瑞，等. 基于 16S rDNA 高通量测序研究酒蒸前后黄精多糖对免疫抑制大鼠肠道菌群的影响[J]. 中华中医药杂志，2024，39(11)：6091-6095.

[18] Liu Y，Yang B，Liu HY，et al. Effect and mechanism of *Lycium barbarum* polysaccharide on gastrointestinal motility in slow transit constipation[J]. Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol，2025，398(3)：2923-2931.

[19] 刘重慧，张静，范誉川，等. 低聚异麦芽糖调节肠道菌群及润肠通便作用的研究[J]. 食品工业科技，2018，39(7)：298-302.

(收稿日期：2025-07-28)

(上接第 1169 页)

[24] Pare P，Ferrazzi S，Thompson WG，et al. An epidemiological survey of constipation in Canada：definitions，rates，demographics，and predictors of health care seeking[J]. Am J Gastroenterol，2001，96(11)：3130-3137.

[25] 吴嘉媛，刘晓红，刘巍，等. 女性慢性便秘的特点分析：多中心横断面临床调查[J]. 中华医学杂志，2009，89(18)：1255-1258.

[26] Mertz H，Naliboff B，Munakata J，et al. Altered rectal perception is a biological marker of patients with irritable bowel syndrome[J]. Gastroenterology，1995，109(1)：40-52.

[27] Kanazawa M，Palsson OS，Thiwan SIM，et al. Contributions of pain sensitivity and colonic motility to IBS symptom severity and predominant bowel habits[J]. Am J Gastroenterol，2008，103(10)：2550-2561.

[28] Vollebregt PF，Burgell RE，Hooper RL，et al. Clinical impact of rectal hyposensitivity：a cross-sectional study of 2，876 patients with refractory functional constipation[J]. Am J Gastroenterol，2021，116(4)：758-768.

[29] Ford AC，Sperber AD，Corsetti M，et al. Irritable bowel syndrome[J]. Lancet，2020，396(10263)：1675-1688.

[30] Remes-Troche JM，De-Ocampo S，Valestin J，et al. Rectoanal reflexes and sensorimotor response in rectal hyposensitivity[J]. Dis Colon Rectum，2010，53(7)：1047-1054.

[31] 尹淑慧，赵克. 直肠肛门抑制反射研究进展[J]. 中华胃肠外科杂志，2015，18(12)：1284-1288.

(收稿日期：2025-09-12)

中国知网　https://www.cnki.net