隔药灸脐联合乳果糖治疗阳虚型功能性便秘临床研究

陈海廷，庞敬涛

潍坊市中医院，山东 潍坊 261041

［摘要］**目的：**观察隔药灸脐联合乳果糖治疗阳虚型功能性便秘（FC）的临床疗效。**方法：**将2025年3—9月潍坊市中医院就诊的110例阳虚型FC患者按随机数字表法以1∶1比例分为治疗组与对照组各55例。对照组给予乳果糖口服；治疗组在对照组治疗基础上联合隔药灸脐治疗。2组疗程均为4周。比较2组总有效率、中医证候评分、便秘严重程度评分（CSS）、便秘患者生活质量量表（PAC-QOL）评分，以及平均每周自主排便频次、排便费力评分。**结果：**治疗组总有效率为96.36%（53/55），对照组为80.00%（44/55），组间比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。治疗后，2组中医证候评分、CSS评分及PAC-QOL评分均较治疗前降低（$P<0.05$），且治疗组3项评分均低于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组每周自主排便频次较治疗前增加、排便费力评分下降，且治疗组2项指标改善均优于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。治疗期间，治疗组不良反应发生率为5.45%（3/55），对照组为1.82%（1/55），组间比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。**结论：**隔药灸脐联合常规西药治疗阳虚型FC可提高临床疗效，且能改善排便频次、排便费力程度及患者生活质量。

［关键词］功能性便秘；阳虚；隔药灸脐；乳果糖；便秘严重程度评分；便秘患者生活质量量表

［中图分类号］R256.35 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2026）12-0061-06

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2026.12.010

Clinical Study on Herbal-Separated Moxibustion at Shenque（CV8）Point Combined with Lactulose for Functional Constipation of Yang Deficiency Type

CHEN Haiting, PANG Jingtao

Weifang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Weifang Shandong 261041, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of herbal-separated moxibustion at Shenque (CV8) point combined with lactulose in the treatment of functional constipation (FC) of yang deficiency type. **Methods:** A total of 110 patients with FC of yang deficiency type who were admitted to Weifang Hospital of Traditional Chinese Medicine from March to September 2025 were randomly divided into the treatment group and the control group in a 1:1 ratio by a random number table method, with 55 cases in each group. The control group received oral lactulose; the treatment group received herbal-separated moxibustion at Shenque (CV8) point in addition to the control group's treatment. The treatment course for both groups was four weeks. The total effective rate, traditional Chinese medicine (TCM) syndrome score, Constipation Severity Score (CSS), Patient Assessment of Constipation Quality of Life (PAC-QOL) score, mean weekly spontaneous bowel movement frequency, and hesitant stool score were compared between the two groups. **Results:** The total effective rate was 96.36% (53/55) in the treatment group, which was significantly higher than 80.00% (44/55) in the control group ($P<0.05$). After treatment, the scores of TCM syndrome scores, CSS, and PAC-QOL were decreased in both groups when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the scores in the treatment group were lower than those in the control group ($P<0.05$). After treatment, the weekly spontaneous bowel

［收稿日期］2025-11-12
［修回日期］2026-02-08
［基金项目］山东省中医药科技项目（ZT20241754-4）
［作者简介］陈海廷（1987-），男，主治医师。
［通信作者］庞敬涛（1984-），男，副主任医师。

movement frequency was increased and the hesitant stool scores were decreased in both groups when compared with those before treatment, and the improvement in these two indicators in the treatment group was superior to that in the control group, with statistically significant differences ($P<0.05$). During treatment, the incidence of adverse reactions in the treatment group was 5.45% (3/55), and that in the control group was 1.82% (1/55), with no statistically significant difference between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion**: Herbal-separated moxibustion at Shenque (CV8) point combined with conventional western medicine can improve the clinical efficacy, increase bowel movement frequency, reduce hesitant stool severity, and enhance the quality of life in patients with FC of yang deficiency type.

Keywords: Functional constipation; Yang deficiency; Herbal-separated moxibustion at Shenque (CV8) point; Lactulose; Constipation Severity Score; Patient Assessment of Constipation Quality of Life

功能性便秘(FC)是一种全球性、慢性以排便障碍为主的疾病，本病虽非器质性病变，但长期反复发作可诱发或加重痔疮、憩室病，并显著降低患者生活质量，增加焦虑、抑郁等精神心理共病风险，已成为消化病学与公共卫生领域共同关注的重要议题[1]。现代医学认为，FC的发病机制呈多因素交互，包括肠道动力异常、肠道感觉障碍、盆底肌功能紊乱、神经系统调节失衡、肠道微生物紊乱，以及心理、社会、生活方式等多重因素共同导致的一种以排便困难、粪便干硬、排便频次减少或排便有不尽感为主要临床表现的疾病[2-3]。

中医学认为FC病因复杂，强调饮食失节、情志失调、劳逸失度等多种因素导致大肠传导功能失常，且与脾胃、肝、肾等脏腑的功能失调密切相关，肝失条达而气滞，脾虚则运化失权，胃失和降则腑气不通，引起全身气机的升降功能失常，或肾阳亏虚肠道失于温运，无力推动，导致大肠传导失常，大便秘结不下；病机涉及气机郁滞、胃肠燥热、阴寒凝滞、气血亏虚、阳气不足等[4]。隔药灸脐疗法创新性地将药物透皮与艾灸温通相结合，以神阙穴为核心，融合药物透皮与艾灸温阳双重效应。神阙为任脉要穴，内联十二经脉、五脏六腑，具有总督诸经、通达百脉之功，脐部皮肤菲薄、血管神经丰富、渗透性强，利于药物经皮吸收；加之艾灸温热刺激可扩张局部血管、改善微循环、调节肠道神经-免疫网络，避免了药物对胃肠道的直接刺激，为阳虚型FC的治疗提供了新思路。阳虚型便秘患者因阳气不足，对温阳药物更为敏感，隔药灸脐的温阳作用能更好地契合其病机需求，疗效更为突出。本研究观察隔药灸脐(神阙穴)联合常规西药治疗阳虚型FC的临床疗效，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《功能性便秘罗马Ⅳ标准》[5]中FC的诊断标准。出现并持续至少6个月的排便障碍，须同时满足以下2项及以上：①排便费力；②粪便干硬(Bristol分级1～3型)；③肛门堵塞感；④排便不尽；⑤手法辅助排便；⑥自然排便≤2次/周，且罕有稀便；⑦排除肠易激综合征。

1.2 辨证标准 参照《功能性便秘中西医结合诊疗共识意见(2017年)》[6]中阳虚型辨证标准。主症：排便艰难，便质偏干或不干，小便清长，面色㿠白；次症：四肢不温、腹中冷痛(得热则减)、腰膝酸冷；舌脉：舌淡苔白、脉沉迟，具备主症并兼见次症≥1项，结合舌

脉即可辨证为阳虚型。

1.3 纳入标准 符合FC的诊断及阳虚型的辨证标准；年龄18~70岁；自然排便≤2次/周，且持续≥3个月，便秘史≥6个月；基线期患者粪便干结（Bristol粪便性状评分≤3分），伴排便费力；未服用通便药及益生菌类制剂；无特殊饮食及中重度焦虑/抑郁；近3个月未行针灸治疗。

1.4 排除标准 腹部或肛肠手术史；凝血障碍或长期应用抗凝药；严重心、肝、肾疾病，认知或语言障碍；伴肠道菌群紊乱的原发病（肥胖、偏头痛、糖尿病等）；妊娠或哺乳期妇女，或近3个月拟妊娠者；肠易激综合征；器质性或药物、内分泌、代谢、神经源性便秘。

1.5 一般资料 纳入2025年3—9月潍坊市中医院收治的FC患者110例，按随机数字表法分为治疗组和对照组各55例。治疗组男22例，女33例；平均年龄（65.84±8.63）岁；平均病程（6.21±3.42）年；平均每周自主排便（1.18±0.70）次；既往泻剂使用率（2.47±0.90）%。对照组男25例，女30例；平均年龄（64.60±10.27）岁；平均病程（5.00±3.29）年；平均每周自主排便（1.18±0.76）次；既往泻剂使用率（2.40±0.87）%。2组一般资料比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。本研究经潍坊市中医院医伦理委员审批通过（2025YX231）。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予乳果糖口服溶液（北京韩美药品有限公司，国药准字H20065730）口服，每次15 mL，每天2次，连续4周。

2.2 治疗组 在对照组的基础上联合隔药灸脐治疗。药物制备：取制附子6 g、肉桂1 g、枳实9 g、厚朴12 g、大黄3 g、芒硝6 g、猪牙皂角3 g，混合后经低温超微粉碎，过100目筛制成极细粉，干燥密封备用；再以温水调和面粉塑形为环形面圈，其周径约15 cm、横截面径2 cm，中央留2 cm孔以匹配脐孔。操作：选用陈年陈艾绒，手工捏制为底径1.5 cm、高3 cm的紧实圆锥体艾炷，操作时先暴露脐部，用75%乙醇消毒后，将面圈套于脐周，取制备好的药粉填满脐孔，再将艾炷置于药粉表面点燃，持续灸治1.5 h（4~5壮），以脐周皮肤潮红为度，同时采用红外测温枪监测脐周皮肤温度，以温度升高3 ℃或达到42 ℃作为停灸的辅助指标。灸治结束后用医用胶布封固脐部残留药粉，24 h后去除。每周施灸1次，连续4次为1个疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①中医证候评分。于治疗前后参照《功能性便秘中西医结合诊疗共识意见（2017年）》[6]和《中药新药临床研究指导原则（试行）》[7]的标准对2组患者证候进行评分。主症按无、轻、中、重度依次计0、2、4、6分，次症按无、轻、中、重度依次计0、1、2、3分，总分3~27分。②便秘严重程度评分。于治疗前后参照Cleveland便秘评分系统（CSS）[8]进行评分。该量表包括排便频率、排便费力程度、排便不尽感、腹痛、每次排便时间、辅助排便形式、24 h内排便失败次数、便秘病程8个条目，每项0~3分，总分0~30分，分值越高表示便秘症状越重。③便秘患者生活质量评分。于治疗前后参照便秘患者生活质量自评量表（PAC-QOL）[9]进行评分。该量表包括躯体不适、心理社会不适、担忧和焦虑、满意度4个维度共28个条目，每个条目按从未、偶尔、有时、经常、总是分别计1、2、3、4、5分，总分28~140分，分值越高表示生活质量越差。④排便情况。每周自主排便频次：每天记录自主排便次数，每周汇总1次。排便费力评

分：按无、轻度、中度、重度计0、1、2、3分。2组均于治疗前后进行评价。⑤临床疗效。⑥不良反应。记录治疗过程中发生的不良事件。

3.2 统计学方法 所有数据均采用SPSS26.0软件进行统计学分析。计量资料符合正态分布者以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，组间差异采用两独立样本t检验，组内差异采用配对样本t检验；计数资料以百分比(%)比较，组间比较采用χ^2检验。$P<0.05$为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《功能性便秘中西医结合诊疗共识意见(2017年)》[6]拟定。疗效指数=(治疗前中医证候评分-治疗后中医证候评分)/治疗前中医证候评分×100%。痊愈：患者便秘症状和体征基本消失，疗效指数≥95%；显效：患者便秘症状和体征较前均显著改善，70%≤疗效指数＜95%；有效：患者便秘症状和体征较前均有所减轻，30%≤疗效指数＜70%；无效：患者便秘症状或体征均无改善，甚则加重，疗效指数<30%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后，治疗组总有效率为96.36%，对照组率为80.00%，2组比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例

组 别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	55	19	21	13	2	96.36
对照组	55	14	16	14	11	80.00
χ^2值						7.401
P值						0.007

4.3 2组治疗前后中医证候评分比较 见表2。治疗前，2组中医证候评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，2组中医证候评分均较治疗前降低($P<0.05$)，且治疗组评分低于对照组($P<0.05$)。

4.4 2组治疗前后CSS评分比较 见表3。治疗前，2组CSS评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，2组CSS评分均较治疗前降低($P<0.05$)，且治疗组评分低于对照组($P<0.05$)。

表2 2组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组 别	例数	治疗前	治疗后	t值	P值
治疗组	55	19.85±2.07	12.11±2.02	19.846	＜0.001
对照组	55	20.11±2.20	13.12±2.10	17.045	＜0.001
t值		1.429	2.594		
P值		0.156	0.011		

表3 2组治疗前后CSS评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组 别	例数	治疗前	治疗后	t值	P值
治疗组	55	15.29±1.24	10.67±2.22	13.067	＜0.001
对照组	55	15.78±1.84	12.25±2.70	9.944	＜0.001
t值		1.638	3.354		
P值		0.104	0.001		

4.5 2组治疗前后PAC-QOL评分比较 见表4。治疗前，2组PAC-QOL评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，2组PAC-QOL评分均较治疗前降低($P<0.05$)，且治疗组评分低于对照组($P<0.05$)。

表4 2组治疗前后PAC-QOL评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组 别	例数	治疗前	治疗后	t值	P值
治疗组	55	49.93±6.27	38.56±4.60	11.706	＜0.001
对照组	55	49.20±7.64	40.64±6.16	6.661	＜0.001
t值		0.546	2.000		
P值		0.586	0.048		

4.6 2组治疗前后每周自主排便频次、排便费力评分比较 见表5。治疗前，2组每周自主排便频次、排便费力评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组每周自主排便频次较治疗前增加、排便费力评分下降，且治疗组2项指标改善均优于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

4.7 2组不良反应发生率比较 见表6。治疗期间，治疗组不良反应发生率为5.45%，对照

组为1.82%，组间比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。经对症处理后缓解，未出现严重不良事件。

表5　2组治疗前后每周自主排便频次、排便费力评分比较（$\bar{x}\pm s$）

组　别	例数	自主排便频次（次/周）		排便费力（分）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	55	1.18±0.70	4.36±1.97	2.62±0.53	1.13±0.72
对照组	55	1.18±0.76	3.49±1.72	2.49±0.54	1.40±0.53
t值		0	2.461	1.274	2.240
P值		1.000	0.015	0.205	0.027

表6　2组不良反应发生率比较　例

组　别	例数	轻度烫伤	脐周瘙痒	腹泻	总发生率（%）
治疗组	55	1	2	0	5.45
对照组	55	0	0	1	1.82
χ^2值					1.028
P值					0.618

5　讨论

FC是临床最常见的功能性胃肠病之一。我国成人FC患病率为5%~15%，城市明显高于农村，且呈逐年上升趋势[6]。现代医学多以药物（容积性泻剂、渗透性泻剂、刺激性泻剂及促动力药等）对症治疗为主，虽可短期缓解症状，却难以纠正病因，长期使用还易致电解质紊乱、结肠黑变及药物依赖。

中医学将FC归属于便秘、秘结等范畴，认为其病机繁杂，其中阳虚型FC的核心病机在于阳气不足，温煦无权，肠道失于濡养，阳虚亦致气化失司、传导乏力，糟粕内停，终致大便秘结、排便不畅。诚如《景岳全书·秘结》所言“阳气不达，则糟粕不行”，故温阳通腑乃治本之大法。神阙穴为人体要穴，位于脐中，为人身先天之蒂，《会元针灸学》认为“神阙者，神之所舍其中也……赖母气以相转，十月胎满，则神注于脐中成人，故名神阙”，该穴位与诸经百脉相通，内联五脏六腑，外达四肢百骸[10]。本研究所用隔药灸脐药饼中，附子、肉桂等温阳药物，归肾、脾、胃经，通过神阙穴透皮吸收，直达病所，温补脾肾之阳，可收“少火生气”“温而不燥”之效，增强肠道的运化传导功能，促进肠道蠕动，利于排出糟粕[11]。隔药灸脐疗法通过神阙穴给药施灸，实现了温阳与通腑的协同作用。

现代研究表明，隔药灸脐对胃肠激素具有调节作用，隔药灸脐可调节脑-肠轴及实验血液中胃动素（MTL）和血管活性肠肽（VIP）[12]。其中，MTL由十二指肠Mo细胞分泌，呈周期性释放，可直接兴奋胃肠平滑肌，诱发移行性复合运动，促进结肠集团蠕动；VIP则通过激活腺苷酸环化酶，升高细胞内环磷酸腺苷水平，抑制平滑肌收缩。FC患者多表现为MTL水平降低、VIP水平升高，致结肠动力不足通过调节这两种胃肠激素的平衡，隔药灸脐有助于改善肠道动力，恢复正常的排便功能[13]。推测隔药灸脐的起效机制可能与调节“脑-肠轴”功能密切相关：艾灸的温热刺激与药物的透皮吸收，可通过神阙穴丰富的神经-血管-淋巴网络，影响自主神经系统，进而调节下丘脑-垂体-肾上腺轴，平衡胃肠激素（如升高MTL、降低VIP）的分泌，最终改善结肠动力与感觉功能，为中医学温阳通腑法提供了潜在的现代生物学解释。同时，隔药灸脐疗法还体现了中医学整体观念和辨证施治的核心思想，通过温补脾肾阳气，改善全身气血运行，从而达到治本的目的。这种治疗方法避免了单纯使用泻药可能带来的副作用，如肠道菌群失调、药物依赖等，为患者提供了一种更为安全、有效的治疗选择。

本研究结果显示，治疗后治疗组总有效率高于对照组，而中医证候评分、CSS评分、PAC-QOL评分每周自主排便频次、排便费力评分均优于对照组，提示隔药灸脐联合乳果糖

组能提高临床疗效，且在改善中医证候及便秘症状、排便频次、排便费力程度及生活质量方面均优于单用乳果糖治疗。乳果糖属渗透性泻剂，可在结肠被细菌分解为乳酸、乙酸，降低肠腔pH值，提高渗透压，刺激肠蠕动；与隔药灸脐之“温阳行气”之功相得益彰，既补火以助运，又增液以行舟，故疗效迅捷而稳固，表明隔药灸脐法联合乳果糖可发挥协同作用，治疗FC疗效更佳。值得重视的是，隔药灸脐虽属外治，但辨证仍是取效关键。阳虚甚者，药饼可适当增加附子、干姜用量，并延长灸时；兼气虚者，加入黄芪、党参；兼血虚者，佐以当归、肉苁蓉；兼气滞者，酌加枳壳、木香；兼寒凝腹痛者，可配吴茱萸、小茴香以增强散寒止痛之功。隔药灸脐疗法虽然疗效显著，但在实际应用中仍需注意个体差异和辨证施治的原则。不同患者的体质、病情及伴随症状各不相同，如孕妇、脐周皮肤破溃者禁用；糖尿病患者慎用，以免热力损伤不易愈合。因此在选择药物、剂量及灸治时间等方面需灵活调整，以达到最佳治疗效果。隔药灸脐疗法以中医学整体观、辨证观为指导，通过“穴位-药物-灸火”三重作用，温补命门、鼓舞脾阳，调节脑-肠轴及胃肠激素平衡，标本兼顾，疗效确切，且操作简便、安全无创、患者依从性高。本研究为中医药治疗FC提供更高质量的循证依据，推动传统外治法的现代化与国际化。该研究中出现的不良反应均为轻度、局部性，且经对症处理后缓解，表明治疗安全性良好。

综上所述，隔药灸脐联合常规西药治疗阳虚型FC能提高临床疗效，有效改善排便频次、排便费力程度及患者的生活质量，值得临床推广应用。

[参考文献]

[1] BARBERIO B, JUDGE C, SAVARINO E V, et al. 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.
[2] 蒲倩薇，万于，刘建平，等. 功能性便秘发病机制的现代研究进展[J]. 中国肛肠病杂志，2024，44(11)：68-72.
[3] 刘肖雅，倘艳锋，杨玉霞，等. 功能性便秘发病机制的研究进展[J]. 中国医药导报，2024，21(26)：60-64.
[4] 周永红，王利荧，许洪明. 调气通便汤治疗功能性便秘气滞证临床观察[J]. 实用中医药杂志，2025，41(1)：10-12.
[5] RUSSO M, STRISCIUGLIO C, SCARPATO E, et al. Functional Chronic Constipation: Rome III Criteria Versus Rome IV Criteria[J]. J Neurogastroenterol Motil, 2019, 25(1): 123-128.
[6] 李军祥，陈誩，柯晓. 功能性便秘中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J]. 中国中西医结合消化杂志，2018，26(1)：18-26.
[7] 郑筱萸. 中药新药临床试验指导原则(试行)[M]. 北京：中国医药科技出版社，2002.
[8] MARQUIS P, DE LA LOGE C, DUBOIS D, et al. Development and validation of the Patient Assessment of Constipation Quality of Life questionnaire[J]. Scand J Gastroenterol, 2005, 40(5): 540-551.
[9] 陈星睿，张丹. 功能性便秘伴焦虑抑郁状态临床常用量表的应用进展[J]. 中国医学创新，2025，22(18)：168-173.
[10] 李金，叶明花，秦晓剑，等. 脐疗研究概述[J]. 江西中医药大学学报，2017，29(4)：110-113.
[11] 罗亚飞. 神阙穴探讨[J]. 安徽中医学院学报，1999(1)：43-44.
[12] 邱亿明，王泽宇，帅艳常. 浮针疗法结合隔药灸脐治疗腹泻型肠易激综合征及对患者胃肠激素水平和菌群结构的影响[J]. 陕西中医，2023，44(2)：250-254.
[13] 赵国海，张义胜，蒋勇，等. 血浆胃动素及血管活性肠肽在腹部手术胃肠动力恢复前后的含量变化[J]. 放射免疫学杂志，2001，14(6)：323-324.

[责任编辑：冯天保，蒋维超(英文)]