

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2021.07.011

理气通便方治疗慢传输型便秘气滞证 30 例随机对照试验

刘后鸿, 柯晓[✉], 骆云丰, 胡露楠, 赵培琳, 杨春波

福建中医药大学附属第二人民医院, 福建省福州市五四路 282 号, 350003

摘要 目的 评价理气通便方治疗慢传输型便秘气滞证的临床疗效。方法 将 60 例慢传输型便秘气滞证患者随机分为治疗组和对照组各 30 例。治疗组给予理气通便方口服治疗, 每日 1 剂; 对照组给予枸橼酸莫沙必利片与小麦纤维素颗粒口服治疗。两组均连续治疗 4 周。于治疗前后对气滞证便秘症状评分、慢性便秘严重度评分、每周自发完全排便次数以及 72 h 结肠排出率进行评估。结果 治疗组治疗后粪便性状、排便费力、排便时间、排便不尽感、排便频率、腹胀、肠鸣、矢气、暖气、情绪不畅、胸胁痞闷积分均明显降低, 且治疗组各症状改善均明显优于对照组 ($P < 0.05$)。两组患者在治疗后每周完全自发排便次数、72 h 结肠排出率与本组治疗前比较均有所增加, 且治疗组优于对照组 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。治疗组治疗后慢性便秘严重度评分较治疗前降低 ($P < 0.05$), 而对照组治疗前后差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 治疗后治疗组在改善慢性便秘严重度评分方面明显优于对照组 ($P < 0.05$)。结论 理气通便方可改善慢传输型便秘气滞证患者临床症状, 促进自发排便, 从而恢复结肠传输功能。

关键词 慢传输型便秘; 理气通便方; 气滞证; 自发排便; 结肠排出率

功能性便秘 (functional constipation, FC) 属于功能性肠病的一种, 主要表现为排便困难、排便次数减少和 (或) 排便不尽感^[1], 其中慢传输型便秘 (slow transit constipation, STC) 属于 FC 分类中的一个亚型, 所占比例约为 45.5%, 与性别、年龄、地域、职业、饮食等存在显著相关性^[2]。长期便秘不仅会影响患者的工作与生活, 还可诱发心脑血管、肛周疾病、肠道肿瘤等并发症。尽管目前西医治疗在不断完善和规范, 但临床疗效尚不理想。有研究对福州地区 102 例 STC 患者的中医证型分布规律进行流行病学横断面研究, 结果提示气滞证在 STC 患者证型中位居前列^[3]。六腑以通为顺, 便秘乃肠腑不通之机, 因此, 我们临床治疗 STC 以理气润肠为治则, 自拟理气通便方治疗, 并观察临床疗效, 现报告如下。本研究经福建中医药大学附属第二人民医院伦理委员会审查通过 (批件号: SPHFJP-K2019020-02)。

基金项目: 2019 国家中医药管理局中医药循证能力建设项目 (2019XZZX-XH001); 福建中医药大学中医脾胃开放课题 (X2019027-学科)

✉ 通讯作者: drkxkx@163.com

1 临床资料

1.1 诊断及辨证标准

西医诊断标准参照文献 [4] 中 FC 的诊断标准及分类标准: 1) 必须符合下列 2 个及以上的征状: 至少 25% 的排便感到费力; 至少 25% 的排便为块状便或硬便; 至少 25% 的排便有排便不尽感; 至少 25% 的排便有肛门直肠梗阻或阻塞感; 至少 25% 的排便需要手法辅助 (如用手指协助排便、盆底支持); 每周自发性排便少于 3 次。2) 不使用泻药时很少出现稀便。3) 不符合肠易激综合征的诊断标准。4) 诊断之前症状出现至少 6 个月, 且近 3 个月症状符合以上诊断标准。5) 通过结肠传输试验判断存在结肠传输延缓, 主要症状为排便次数减少、粪便干硬、排便费力。

中医气滞证辨证标准参照《功能性便秘中西医结合诊疗共识意见 (2017 年)》^[5] 中气滞便秘的辨证标准, 证型的确定须由 2 名副主任中医师及以上职称进行辨证。主症: 1) 大便干结或不甚干结, 排便不爽; 2) 腹胀或伴腹痛。次症: 1) 肠鸣矢气; 2) 情绪不畅时加重; 3) 胸胁痞满, 暖气频作。舌脉: 舌红, 苔薄, 脉弦。主症必备, 加次症

1 或 2 项即可诊断。

1.2 纳入标准

符合上述诊断及辨证标准; 年龄 18 ~ 75 岁; 可配合完成问卷调查、治疗、随访者; 同意参加研究并签署知情同意书, 依从性良好。

1.3 排除标准

1) 合并严重原发性或继发性的心、脑、肾等疾病者; 2) 经电子结肠镜证实器质性病变引起肠道狭窄者; 3) 长期服用导致便秘的药物; 4) 妊娠期或哺乳期妇女; 5) 交流、认知困难者。

1.4 剔除、脱落与终止标准

1) 未严格按照研究计划治疗、随意停止治疗、治疗过程中使用其他对排便有影响的药物者需予剔除; 2) 未及时复诊或失访、主动要求退出试验者为脱落病例; 3) 服药期间出现严重副作用、并发症, 为了保护研究对象, 应立刻停止试验。

1.5 一般资料

纳入 2018 年 6 月至 2019 年 12 月在福建中医药大学附属第二人民医院门诊确诊为 STC 气滞证的患者共 60 例, 随机分为治疗组和对照组各 30 例。治疗组中男 12 例, 女 18 例; 年龄 31 ~ 75 岁, 平均 (55.77 ± 11.22) 岁; 病程 0.6 ~ 30 年, 平均 (10.79 ± 8.50) 年。对照组中男 11 例, 女 19 例; 年龄 34 ~ 75 岁, 平均 (58.07 ± 12.53) 岁; 病程 0.8 ~ 30 年, 平均 (9.15 ± 8.86) 年。两组一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 样本量估计

采用两样本均数比较的样本估计公式 $n = 2 \times [(u_{\alpha} + u_{\beta})^2 \sigma^2] / \delta^2$, 治疗组样本量为 n_1 , 对照组样本量为 n_2 , 本研究取 $n_1 = n_2$, σ^2 用 S^2 估计, S_E 、 S_C 分别为治疗组和对照组的标准差, $\sigma^2 = S^2 = [S_E^2 (n_1 - 1) + S_C^2 (n_2 - 1)] / (n_1 + n_2 - 2) = (S_E^2 + S_C^2) / 2$, X_E 、 X_C 分别为治疗组和对照组的均数, $\delta^2 = (X_E - X_C)^2$, 取 $\alpha = 0.05$, $\beta = 0.10$ ($\text{power} = 0.90$), 单侧检验, $u_{\alpha} = u_{0.05} = 1.6449$, $u_{\beta} = 1.2816$ 。以研究对象的便秘症状评分为观测的主要结局指标, 参照文献 [5] 以及预实验结果, 对照组的便秘症状评分为 (9.28 ± 2.51) 分, 预计治疗组的便秘症状评分可下降 1.97 分, 代入公式, 得到每组样本量为 24.97 例, 约为 25 例, 两组所需总例数至少为 50 例。估计若脱落率为 20%, 最终确定纳入 STC 气滞证患者至少 60 例。

2.2 设计方案

本研究为随机、平行对照临床试验。随机顺序由 Epicalc 2000 软件产生随机数字并分组, 1 为治疗组, 2 为对照组。分配隐藏由课题负责人按就诊顺序打开密闭、不透光信封, 按信封内的组别编号进行分组。盲法: 由于治疗方案和受试者的特殊性以及受试者的依从性问题, 研究未对治疗者采用盲法, 采用盲态评价方法对疗效进行评价, 评价者、统计者施行盲态, 治疗者不参与评价。

2.3 治疗方法

对照组给予口服枸橼酸莫沙必利片 (每片 5 mg, 亚宝药业集团股份有限公司, 国药准字 H20090158), 每次 5 mg, 每日 3 次; 小麦纤维素颗粒 (每袋 3.5 g, RecipharmHoganasAB, 注册证号 H20100670), 每次 3.5 g, 每日 3 次。

治疗组口服理气通便方, 药物组成: 厚朴 10 g, 枳实 10 g, 火麻仁 15 g, 郁李仁 10 g, 瓜蒌仁 15 g, 炒莱菔子 10 g, 北柴胡 9 g, 白芍 12 g, 陈皮 9 g, 芒硝 3 g (冲服), 每日 1 剂。中药饮片由福建中医药大学附属第二人民医院中药房提供, 采用煎药机煎煮 2 次, 混合药液至 200 ml, 分早晚两次餐前服用。两组均连续治疗 4 周。

2.4 观察指标与方法

2.4.1 气滞证便秘症状评分 参照《功能性便秘中西医结合诊疗共识意见 (2017 年)》^[6] 从粪便性状、排便费力、排便时间、排便不尽感、排便频率、腹胀 6 个方面进行评分。根据《便秘中医诊疗专家共识意见 (2017 年)》^[7]、《脾胃病症量化标准专家共识意见 (2017)》^[8] 对肠鸣、矢气、暖气、胸胁痞闷、情绪不畅进行评分。分数总和越高症状越严重。

2.4.2 慢性便秘严重程度评分 评分标准参考 Wexner 量表^[9], 从排便频率、排便费力、排便不尽感、每次如厕时间、腹痛、辅助排便、空排次数、病程 8 个维度方面进行评分, 分数越高越严重。

2.4.3 每周完全自发排便次数 完全自发排便是指排便顺畅, 伴有舒适感的自主排便^[9]。

2.4.4 72 h 结肠排出率 于治疗前后各进行 1 次结肠传输试验, 在 72 h 后记录标记物残留在肠道内的数量, 并计算结肠排出率^[10]。

2.5 统计学方法

采用 SPSS 21.0 统计软件。计量资料满足正态分布用均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验; 不符合正态分布用中位数与四分位间距即 $M (Q_{25} \sim$

Q_{75}) 表示, 采用非参数秩和检验。计数资料选用 χ^2 检验, 等级资料选用秩和检验。检验水准为 $\alpha = 0.05$ 。

3 结果

3.1 两组患者治疗前后慢性便秘严重度评分比较

表 1 示, 与治疗前比较, 治疗组治疗后慢性便秘严重度评分较治疗前降低 ($P < 0.05$), 而对照组治疗前后比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后治疗组在改善慢性便秘严重度评分方面明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

表 1 两组慢传输型便秘气滞证患者治疗前后慢性便秘严重度评分比较 份, $M (Q_{25} \sim Q_{75})$

组别	例数	治疗前	治疗后	Z 值	P 值
治疗组	30	15.00 (12.75 ~ 18.75)	14.00 (12.00 ~ 18.00)	-2.237	0.025
对照组	30	15.00 (12.00 ~ 19.25)	16.50 (15.00 ~ 18.25)	-1.303	0.193
Z 值		-0.505	2.202		
P 值		0.614	0.028		

3.2 两组患者治疗前后气滞证便秘症状积分比较

表 2 示, 治疗组治疗后粪便性状、排便费力、排便时间、排便不尽感、排便频率、腹胀、肠鸣、矢气、暖气、情绪不畅、胸胁痞闷积分均明显降低, 对照组治疗后粪便性状、排便费力、排便时间、排便不尽感、排便频率、腹胀、矢气、情绪不畅积分明显降低 ($P < 0.05$), 且治疗组各症状积分改善均明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

表 2 两组慢传输型便秘气滞证患者治疗前后气滞证便秘症状评分比较 份, $M (Q_{25} \sim Q_{75})$

组别	时间	例数	粪便性状	排便费力	排便时间	排便不尽感	排便频率	腹胀
治疗组	治疗前	30	2.00 (2.00 ~ 3.00)	3.00 (2.75 ~ 3.00)	3.00 (2.00 ~ 3.00)	2.00 (1.10 ~ 2.25)	3.00 (2.00 ~ 3.00)	2.50 (2.00 ~ 3.00)
	治疗后	30	1.00 (1.00 ~ 2.00) ^{a) b)}	1.00 (0 ~ 2.00) ^{a) b)}	1.00 (1.00 ~ 1.00) ^{a) b)}	1.00 (0 ~ 1.00) ^{a) b)}	1.00 (0 ~ 1.00) ^{a) b)}	
对照组	治疗前	30	3.00 (2.00 ~ 3.00)	3.00 (3.00 ~ 3.00)	3.00 (2.00 ~ 3.00)	2.00 (2.00 ~ 2.00)	2.00 (2.00 ~ 3.00)	2.00 (2.00 ~ 3.00)
	治疗后	30	2.00 (1.00 ~ 2.00) ^{a)}	2.00 (1.75 ~ 2.25) ^{a)}	1.00 (1.00 ~ 2.00) ^{a)}	1.00 (1.00 ~ 1.00) ^{a)}	1.00 (1.00 ~ 1.00) ^{a)}	1.00 (1.00 ~ 2.00) ^{a)}

组别	时间	例数	肠鸣	矢气	暖气	情绪不畅	胸胁痞闷
治疗组	治疗前	30	1.00 (1.00 ~ 1.00)	1.00 (1.00 ~ 2.00)	1.00 (1.00 ~ 1.00)	2.00 (2.00 ~ 2.00)	1.00 (1.00 ~ 1.00)
	治疗后	30	0 (0 ~ 1.00) ^{a) b)}	0 ^{a) b)}	0 ^{a) b)}	0 (0 ~ 1.00) ^{a) b)}	0 ^{a) b)}
对照组	治疗前	30	1.00 (1.00 ~ 2.00)	1.00 (1.00 ~ 2.00)	1.00 (1.00 ~ 2.00)	2.00 (1.00 ~ 2.00)	1.00 (0.75 ~ 1.00)
	治疗后	30	1.00 (1.00 ~ 1.00)	1.00 (0 ~ 1.00) ^{a)}	1.00 (1.10 ~ 1.25)	1.00 (1.00 ~ 1.00) ^{a)}	1.00 (0 ~ 1.00)

注: a) 与本组治疗前比较, $P < 0.05$; b) 与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

3.3 两组患者治疗前后每周完全自发排便次数比较

表 3 示, 两组患者在治疗后每周完全自发排便次数与本组治疗前比较均增加 ($P < 0.05$)。治疗后治疗组改善每周完全自发排便次数的效果优于对照组 ($P < 0.05$)。

表 3 两组慢传输型便秘气滞证患者治疗前后每周完全自发排便次数比较 次, $M (Q_{25} \sim Q_{75})$

组别	例数	治疗前	治疗后	Z 值	P 值
治疗组	30	1.00 (1.00 ~ 2.00)	4.00 (3.00 ~ 4.00)	-4.013	0.012
对照组	30	1.00 (1.00 ~ 2.00)	3.00 (3.00 ~ 3.25)	-2.324	0.020
Z 值		0.790	-3.541		
P 值		0.430	0.015		

3.4 两组患者治疗前后 72 h 结肠排出率比较

表 4 示, 与本组治疗前比较, 两组治疗后 72 h 结肠排出率均明显提高 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。治疗组治疗后提高 72 h 结肠排出率效果优于对照组 ($P < 0.05$)。

表 4 两组慢传输型便秘气滞证患者治疗前后 72 h 结肠排出率比较 % , $M (Q_{25} \sim Q_{75})$

组别	例数	治疗前	治疗后	Z 值	P 值
治疗组	30	0 (0 ~ 25.00)	20.00 (13.75 ~ 35.00)	-4.295	<0.001
对照组	30	2.50 (0 ~ 20.00)	15.00 (5.00 ~ 25.00)	-1.965	0.049
Z 值		0.255	-2.033		
P 值		0.799	0.042		

4 讨论

STC 归属中医学“便秘”范畴,病位在大肠,或因气机不利,或缘胃热肠燥,或责寒邪内结,或由气虚血枯,或咎阳气亏虚,或归阴津亏耗,其病涉及八纲。便秘的基本病变主要在于大肠传导功能失职,气机的升降出入失常,影响肠道的传输,导致糟粕内停,最终发为便秘^[1]。其病位虽在大肠,实则关乎五脏,诚如《素问·五脏别论篇》所言:“魄门亦为五脏使”。六腑以通为顺,便秘乃肠腑不通之机,应以理气润肠通腑为主要治法^[1]。理气通便方具有理气行滞、润肠通便的功效。方中君以厚朴,性味辛散苦燥,除满下气、导滞行气;枳实性味辛苦,化滞消积、破气除胀,二者相须为用,以增行气通便之效。臣以性润质降之火麻仁、郁李仁以润肠通便;柴胡苦辛微寒,功擅调达肝气而疏郁结;白芍酸苦微寒、以柔肝缓急、润燥软坚,二药合用,散收相济,增理气疏肝之效。佐以芒硝润燥软坚、荡涤胃肠;瓜蒌仁上可宣肺、下可润肠。使以炒莱菔子降气除满;陈皮理气消胀、调中快膈。诸药合用,辛散行气,能升能降,通理三焦之气,尤善行胃肠之结气,共奏调理胃肠、通便润下之功。现代药理学表明,厚朴能改善胃肠运动障碍,提高胃肠排出率^[2];枳实对胃肠平滑肌具有兴奋或抑制的双向调节作用^[3];炒莱菔子富含油脂,增强胃窦环形肌条的收缩活动,促进胃肠排空的作用^[4];火麻仁内存在大量脂肪油,对肠壁产生刺激,促进肠道的蠕动^[5];郁李仁能够提高人体肠道的蠕动性^[6];瓜蒌仁富含丰富的油脂,具有润肠的作用,帮助排便^[7];柴胡能够促进胃肠道的运动,能增强胃肠激素的表达^[8];白芍能降低肠道平滑肌张力,缓解痉挛,促进粪便排出^[9];芒硝在肠道中呈高渗状态,可显著增加小肠水分含量、稀释粪便,促进排便^[10];陈皮含挥发油,对胃肠有温和的刺激作用,能改善肠道消化环境,促进小肠内消化液的大量分泌,排胃肠积气,除腹胀^[11]。

本次临床研究结果显示,与口服枸橼酸莫沙必利片和小麦纤维素比较,口服理气通便方对改善 STC 气滞证患者的便秘症状积分、每周完全自发排便次数、慢性便秘严重度评分与结肠传输功能效果明显,说明理气通便方能更好地缓解 STC 气滞证患者便秘相关症状与结肠传输功能。

本研究存在一定的局限性:1) 由于时间有

限,研究样本量较小;2) 研究中运用的症状积分评定容易受到患者主观情绪的干扰,存在信息偏倚的可能。在今后的研究设计过程中应进一步细化,扩大样本量,有条件进行多中心、随机、对照、双盲研究,并增加更具有特异性的肠道检测方法,以期更准确地评价理气通便方的临床疗效。

参考文献

- [1] 李军祥,陈詒,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.
- [2] CRYAN JF, DINAN TG. Mind-altering microorganisms: the impact of the gut microbiota on brain and behaviour [J]. Nat Rev Neurosci, 2012, 13(10): 701-712.
- [3] 蔡雪红. 福州地区慢传输型便秘患者中医证型分布规律研究 [J] // 中国中西医结合学会. 第三十届全国中西医结合消化系统病学术会议论文集. 郑州: 中国中西医结合学会, 2018: 284-285.
- [4] TIAN H, DING C, GONG J, et al. Treatment of slow transit constipation with fecal microbiota transplantation: a pilot study [J]. J Clin Gastroenterol, 2016, 50(10): 865-870.
- [5] 姚秋园,于永铎,陈萌. 化癥通便汤治疗慢传输型便秘临床观察 [J]. 辽宁中医杂志, 2016, 43(10): 2109-2112.
- [6] 张声生,沈洪,张露,等. 便秘中医诊疗专家共识意见(2017) [J]. 中医杂志, 2017, 58(15): 1345-1350.
- [7] 张声生,刘凤斌,侯政昆. 脾胃病症量化标准专家共识意见(2017) [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(8): 3590-3596.
- [8] AGACHAN F, CHEN T, PFEIFER J, et al. A constipation scoring system to simplify evaluation and management of constipated patients [J]. Dis Colon Rectum, 1996, 39(6): 681-685.
- [9] 黄蓓. 《证候类中药新药临床研究技术指导原则》发布 [J]. 中医药管理杂志, 2018, 26(21): 107-108.
- [10] 罗纳川,慕向军,陈国铭,等. 治疗便秘方剂中辛味药物的应用规律 [J]. 中医杂志, 2019, 60(2): 163-168.
- [11] 刘启鸿,黄铭涵,赵培琳,等. 《伤寒论》便秘治疗用药规律分析 [J]. 中医杂志, 2018, 59(11): 983-985.
- [12] 盛永成,王晶,张世洋,等. 厚朴药理研究进展 [J]. 成都中医药大学学报, 2018, 41(2): 109-114.
- [13] 红勋. 枳实与枳壳的现代药理与临床应用研究 [J]. 中国卫生标准管理, 2014, 5(16): 39-40.
- [14] 邹晓华,查安生. 重用生白术和莱菔子治疗功能性便秘 68 例 [J]. 安徽中医药大学学报, 2014, 33(2): 33-34.
- [15] 曹俊岭,陈刚正,任汉阳,等. 火麻仁油对复方地芬诺脂致便秘模型小鼠血清及脑 NO 及胸腺组织学的影响

- Ⅱ. 河南中医学院学报, 2004, 19(1): 25-26.
- Ⅲ. 元芝兰. 郁李仁的药理作用与临床应用 Ⅲ. 现代医药卫生, 2007, 23(13): 1987-1988.
- Ⅳ. 万丽娟, 卢金清, 许俊洁, 等. 瓜蒌化学成分和药理作用的研究进展 Ⅳ. 中国药房, 2015, 26(31): 4440-4443.
- Ⅴ. 曹峰, 唐阿梅. 小柴胡汤中柴胡不同剂量对正常大鼠胃窦组织 MTL, AChE, NO 含量的影响 Ⅴ. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(15): 232-235.
- Ⅵ. 叶清清, 王雅茹, 方伟彬, 等. 8 味中药对肠道特征菌的调节作用研究 Ⅵ. 广东药学院学报, 2016, 32(3): 291-294.
- Ⅶ. 李庆云, 张素峰, 高华. 芒硝临床应用近况 Ⅶ. 天津药学, 2012, 24(2): 71-73.
- Ⅷ. 王韶, 刘蕾蕾, 崔丽娜, 等. 中药治疗功能性便秘的机制研究 Ⅷ. 四川中医, 2017, 35(2): 210-213.

***Liqi Tongbian Formula* (理气通便方) in Treating 30 Patients of Slow Transit Constipation with *Qi* Stagnation Pattern: A Randomized Controlled Trial**

LIU Qihong, KE Xiao, LUO Yunfeng, HU Lunan, ZHAO Peilin, YANG Chunbo

The Second Affiliated Hospital of Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou, 350003

ABSTRACT Objective To evaluate the effect of *Liqi Tongbian Formula* (理气通便方) in the treatment of slow transit constipation with *qi* stagnation pattern (STC-QS). **Methods** Sixty STC-QS patients were randomly divided into treatment group and control group, with 30 patients in each group. Four-week oral administration of *Liqi Tongbian Formula* (one dose daily) or mosapride citrate tablets plus wheat cellulose granules were given in treatment group or control group, respectively. Symptoms score of *qi*-stagnation constipation, severity score of chronic constipation, the number of spontaneous complete bowel movements per week, and the 72h colon discharge rate were assessed before and after treatment. **Results** Compared to control group, treatment group had significantly lower symptom scores regarding stool traits, laborious defecation, defecation time, feeling of incomplete defecation, defecation frequency, abdominal distension, borborygmus, flatus, belching, moodiness, fullness and discomfort in the chest and rib-side after treatment ($P < 0.05$). The number of completely spontaneous defecation per week and 72h colon discharge rate in both treatment and control group increased after treatment, and more improvements were seen in treatment group than control group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). The severity score of chronic constipation in the treatment group significantly decreased after treatment ($P < 0.05$), while the change in control group was not significantly different ($P > 0.05$), suggesting a favorable improvement in treatment group than control group ($P < 0.05$). **Conclusion** *Liqi Tongbian Formula* can improve the clinical symptoms in patients with STC-QS, as well as promote spontaneous defecation, and restore colonic transit function.

Keywords slow transit constipation; *Liqi Tongbian Formula* (理气通便方); *Qi* stagnation pattern; spontaneous defecation; colon discharge rate

(收稿日期: 2020-05-17; 修回日期: 2020-12-28)

编辑: 叶 晨

欢迎邮购《中医杂志》过刊

2000、2001 年合订本, 每本 100 元, 2002、2003 年合订本每本 105 元, 2004 年合订本 115 元, 2005 年合订本 125 元, 2007—2010 年合订本每年 140 元。2011 (缺 5、6 期) —2013 年每册 9.80 元, 2014 (缺 21 期) —2017 年 (缺 3、5、15、18 期) 每册 15 元, 2018 年每册 20 元 (缺 5、7、9 期), 2020 年每册 20 元 (缺 7、8、9 期)。2011—2013 年合订本, 每年 4 本, 全年 280 元, 2014、2015、2016、2017 年合订本 (每年 4 本, 缺 2017 年上半年合订本), 全年 400 元。2018、2019、2020 年合订本 (4 本), 600 元。《中医杂志》2006—2008 年增刊每册 40 元。

以上免费邮寄, 如需挂号每件另加 3 元。

欲购者请汇款至北京市东直门内南小街 16 号, 收款人: 中医杂志社

或关注《中医杂志》官方微信 (zyzzgzh) 购买。邮编: 100700, 电话: (010) 64089195。