

穴位埋线联合中药内服治疗气虚型慢传输便秘的临床疗效观察

董万青¹ 张欣宇² 张书信³

(1. 北京中医药大学,北京 100029; 2. 北京市肛肠医院(北京市二龙路医院)研究型病房,北京 100120;
3. 北京中医药大学东直门医院肛肠科,北京 100700)

【摘要】目的 以三焦脏腑理论为指导,观察穴位埋线联合中药内服治疗气虚型慢传输型便秘(STC)的临床疗效。**方法** 选择北京市肛肠医院(北京市二龙路医院)2022年6月—9月收治的气虚型STC患者63例,采用随机数字表法分为2组。对照组给予枸橼酸莫沙必利片口服,5 mg/次,3次/d;聚乙二醇4000散口服,10 g/次,2次/d。观察组给予中药内服联合穴位埋线治疗。2组均治疗8周,比较2组临床疗效,治疗前、治疗8周的慢性便秘严重程度评分量表(CSS)评分、结肠传输实验、血清一氧化氮(NO)、乙酰胆碱(Ach)、P物质(SP)、胃动素(MTL)及胃泌素(GAS);比较2组治疗前后生活质量自评量表(PAC-QOL)评分。**结果** 观察组总有效率90.62%,高于对照组的64.52% ($P<0.05$)。治疗8周后,2组排便频率、排便费力、每次如厕时间、排便不成功次数及排便不尽感评分均较治疗前降低 ($P<0.05$),且观察组各项评分低于对照组 ($P<0.05$);2组标记物排出量均较治疗前增多 ($P<0.05$),且观察组标记物排出量多于对照组 ($P<0.05$);2组血清NO水平较治疗前降低,血清Ach、GAS、SP、MTL水平较治疗前升高 ($P<0.05$),且观察组血清NO水平低于对照组,血清Ach、GAS、SP、MTL水平高于对照组 ($P<0.05$)。治疗后,2组生活质量评分均较治疗前升高 ($P<0.05$),且观察组生活质量评分高于对照组 ($P<0.05$)。**结论** 三焦脏腑理论指导下的穴位埋线联合中药内服可显著缓解气虚型STC患者便秘症状,提高临床疗效及患者生活质量。

【关键词】 三焦脏腑理论;穴位埋线;中药内服;气虚型;慢传输型便秘

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2023.10.007

近年来,随着生活节奏的加快及饮食结构的变化等多种原因,便秘的发病率越来越高。流行病学研究数据显示,慢性便秘国内报道发病率为4%~9%,国外报道发病率为5%~15%^[1]。慢传输型便秘(slow transit constipation, STC)指因结肠动力障碍或结肠传输时间延长导致便次减少,腹胀腹痛,大便干结,排便困难,是功能性便秘最常见的类型。而患者多因腹痛明显、疗效不佳等,普遍存在焦虑、抑郁情绪^[2]。中医学认为,便秘的病位主要在大肠,与肝脾肺肾各个脏腑的功能关系密切,便秘发生的根本原因在于五脏气机失调。肺气宣发肃降,肝气疏泄,脾气枢转运化,肾精充足,阴阳协调,气化功能正常,便秘可调^[3]。上焦肺气不利,中焦脾气虚弱,运化不利,下焦肝失疏泄,肾精亏虚,肾气阴阳失调,导致

大肠传导失司,糟粕内结,排便不畅。因此治疗便秘应调节三焦气机,五脏同治,以恢复正常的生理功能。本研究以三焦脏腑理论为指导,观察穴位埋线并联合中药内服治疗气虚型STC的临床疗效,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择北京市肛肠医院(北京市二龙路医院)2022年6月—9月收治的气虚型STC患者63例,采用随机数字表法分为2组。观察组32例,其中女24例,男8例;年龄(45.47±4.78)岁;病程(17.14±4.73)年。对照组31例,其中女22例,男9例;年龄(41.23±9.24)岁;病程(19.19±3.17)年。2组一般资料比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性,研究通过医院伦理审查

基金项目:北京市西城区财政科技专项项目计划(XCSTS-SD2022-10)

作者简介:董万青,男,37岁,硕士,主治医师。研究方向:便秘、肛瘘、混合痔、直肠脱垂、炎症性肠病、结直肠肿瘤等肛肠科疾病的临床诊治。

通信作者:张书信,E-mail:13661027611@126.com

引用格式:董万青,张欣宇,张书信. 穴位埋线联合中药内服治疗气虚型慢传输便秘的临床疗效观察[J]. 北京中医药,2023,42(10):1083-1087.

委员会审核 (2022ELLHA-020-01)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断: 参考罗马 IV 诊断标准^[1], 符合 STC 诊断。

1.2.2 中医辨证: 参照《便秘中医诊疗专家共识意见(2017)》^[4] 气虚型便秘诊断: 主症: 排便无力; 腹中隐痛, 喜揉喜按。次症: 乏力懒言; 食欲不振。舌淡红、体胖大、或边有齿痕、苔薄白, 脉弱。具备全部主症及任意 1 项次症, 即可诊断。

1.3 纳入标准

符合西医 STC 及中医气虚型便秘诊断; 年龄 18~75 岁; 患者及家属知情同意研究方案并签署知情同意书。

1.4 排除标准

由严重慢性系统性疾病 (如帕金森病、重症肌无力、抑郁症等) 引起的便秘者; 1 个月内接受其他便秘治疗方案者; 结直肠肿瘤、结肠炎、肛裂等引起的继发性便秘者; 妊娠期或哺乳期妇女。

2 治疗与观察方法

2.1 治疗方法

对照组给予枸橼酸莫沙必利片 (鲁南贝特制药有限公司, 国药准字 H19990317) 口服, 5 mg/次, 3 次/d; 聚乙二醇 4000 散 (马应龙药业集团股份有限公司, 国药准字 H20080092) 口服, 10 g/次, 2 次/d。

观察组给予中药内服联合穴位埋线治疗。自拟益气通便方, 组成: 生黄芪 18 g, 柴胡 12 g, 姜半夏 9 g, 生白术 30 g, 肉苁蓉 30 g, 怀牛膝 30 g, 升麻 6 g, 当归 18 g。1 剂/d, 清水 1000 mL 浸泡 30 min, 火煎煮至药液约 500 mL, 每日早晚温服。穴位埋线方法: 一次性埋线针 (山东博达医疗用品股份有限公司, 国械注准 20173020797); 医用羊肠线 [上海浦东金环医疗用品股份有限公司, 国食药监械 (准) 字 2010 第 3650326 号 (更), 规格 2-0], 裁剪约 1 cm。取穴: 肺俞、脾俞、天枢、关元、足三里。术者戴无菌手套, 消毒穴位处皮肤, 将医用羊肠线无菌镊子放入 9 号一次性无菌埋线针, 向前推针芯将药线埋入穴位深部的肌肉层内或皮下组织, 退出针管, 棉球轻压局部, 查看局部无出血后, 无菌贴覆盖埋线针孔部位, 每 2 周埋线 1 次。24 h 内保持针刺部位干燥清洁, 避免剧烈活动, 防止局部感染。

2 组均治疗 8 周, 观察比较治疗前后数据。

2.2 观察指标与方法

2.2.1 慢性便秘严重度评分量表 (CSS) 评分^[5]: 分别于治疗前后对 2 组排便频率、排便费力、每次排便时间、排便不成功次数、排便不尽感进行评价, 根据严重程度从无到重, 计 0~4 分。

2.2.2 结肠传输实验 (CTT)^[6]: 分别于治疗前后对 2 组进行 CTT: 口服传输实验标记物胶囊 1 枚 (上海安翰医疗技术有限公司, 国械注准 20213060114), 内含 20 粒标记物, 分别于服用后第 48 h、第 72 h 通过 X 线检查标记物的排出量。

2.2.3 血清一氧化氮 (NO)、乙酰胆碱 (Ach) 及胃肠激素检测^[7]: 分别于治疗前后采集 2 组患者静脉血, 离心后分离血清, 用 ELLSA 方法测定血清一氧化氮 (NO)、乙酰胆碱 (Ach)、P 物质 (SP)、胃动素 (MTL) 及胃泌素 (GAS)。

2.2.4 生活质量评分^[8]: 分别于治疗前后采用便秘患者生活质量自评量表 (PAC-QOL) 对 2 组患者进行评分, 量表内共有 28 个项目, 主要评价患者各个维度心理、生理、焦虑状态以及对生活的影响, 从轻到重分别计 0~4 分。

2.3 统计学方法

全部资料均采用 SPSS23.0 统计软件进行数据分析, 计量资料符合正态分布用均数±标准差 ($\bar{x}\pm s$) 表示, 组间比较用独立样本 *t* 检验, 组内比较采用配对 *t* 检验; 计数资料用例数和百分率 (%) 表示, 比较采用 χ^2 检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

依据《便秘中医药诊疗专家共识意见(2017)》^[4], 根据便秘症状严重程度评分计算疗效指数。痊愈: 症状消失, 或疗效指数≥95%; 显效: 70%≤疗效指数<95%; 有效: 30%≤疗效指数<70%; 无效: 疗效指数<30%。总有效率=[(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数]×100%。

3.2 结果

3.2.1 2 组疗效比较: 治疗后, 观察组痊愈 17 例、显效 8 例、有效 4 例、无效 3 例, 总有效率 90.62%; 对照组痊愈 9 例、显效 5 例、有效 6 例、无效 11 例, 总有效率 64.52%。观察组总有效率高于对照组 (P<0.05)。

3.2.2 2 组治疗前后 CSS 评分比较: 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 组排便频率、排便费力、每次如厕时间、排便不成功次数及排便不尽感评分均较治疗前降

低 ($P<0.05$), 且观察组评分亦均低于对照组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组治疗前后 CSS 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

| 组别 | 例数 | 时间 | 排便频率评分 | 排便费力评分 | 每次如厕时间评分 | 排便不成功次数评分 | 排便不尽感评分 |
|-----|----|-----|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 观察组 | 32 | 治疗前 | 3.81±0.15 | 3.35±0.27 | 3.17±0.27 | 3.01±0.35 | 3.49±0.24 |
| | | 治疗后 | 1.06±0.19 ^{*△} | 1.11±0.21 ^{*△} | 1.25±0.22 ^{*△} | 1.45±0.27 ^{*△} | 1.33±0.24 ^{*△} |
| 对照组 | 31 | 治疗前 | 3.85±0.11 | 3.41±0.25 | 3.23±0.29 | 3.14±0.30 | 3.51±0.26 |
| | | 治疗后 | 2.37±0.34 [*] | 1.81±0.31 [*] | 1.80±0.21 [*] | 1.97±0.28 [*] | 1.99±0.35 [*] |

与治疗前比较, * $P<0.05$; 与对照组比较, $\Delta P<0.05$

3.2.3 2 组治疗前后血清 NO、Ach 及胃肠激素水平比较: 治疗前, 2 组间各项指标比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$) 治疗后, 2 组血清 NO 水平较治疗前降低, 血清 Ach、GAS、SP、MTL 水平较治

疗前升高, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$); 且治疗后观察组血清 NO 水平低于对照组, 血清 Ach、GAS、SP、MTL 水平高于对照组, 2 组间差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 2 组治疗前后血清 NO、Ach 及胃肠激素水平比较($\bar{x}\pm s$)

| 组别 | 例数 | 时间 | NO($\mu\text{mol/L}$) | Ach(nmol/L) | SP(pg/mL) | MTL(ng/mL) | GAS(ng/mL) |
|-----|----|-----|--------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 观察组 | 32 | 治疗前 | 79.63±5.43 | 1.44±0.38 | 21.66±4.87 | 179.63±29.87 | 24.56±4.19 |
| | | 治疗后 | 59.48±3.47 ^{*△} | 3.79±0.29 ^{*△} | 53.45±6.79 ^{*△} | 281.39±32.54 ^{*△} | 40.54±3.88 ^{*△} |
| 对照组 | 31 | 治疗前 | 81.44±4.47 | 1.36±0.39 | 22.31±4.93 | 181.33±31.46 | 24.55±4.23 |
| | | 治疗后 | 66.78±3.87 [*] | 2.88±0.31 [*] | 32.47±6.36 [*] | 241.44±30.57 [*] | 31.37±3.98 [*] |

与治疗前比较, * $P<0.05$; 与对照组比较, $\Delta P<0.05$

3.2.4 2 组治疗前后 CTT 结果比较: 治疗后, 2 组标记物排出量均较治疗前增多 ($P<0.05$), 且观察组标记物排出量较对照组多 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 2 组治疗前后标记物排出量比较(粒, $\bar{x}\pm s$)

| 组别 | 例数 | 时间 | 服用后 48 h | 服用后 72 h |
|-----|----|-----|--------------------------|--------------------------|
| 观察组 | 32 | 治疗前 | 2.39±1.28 | 7.79±2.48 |
| | | 治疗后 | 10.09±2.28 ^{*△} | 16.81±3.12 ^{*△} |
| 对照组 | 31 | 治疗前 | 2.44±1.12 | 7.56±2.31 |
| | | 治疗后 | 8.57±2.23 [*] | 12.57±2.38 [*] |

与治疗前比较, * $P<0.05$; 与对照组比较, $\Delta P<0.05$

3.2.5 2 组治疗前后生活质量评分比较: 治疗后, 2 组各项生活质量评分及总分均较治疗前降低 ($P<0.05$), 且观察组各项生活质量评分及总分均低于对照组 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 2 组治疗前后生活质量评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

| 组别 | 例数 | 时间 | 躯体不适评分 | 担心焦虑评分 | 心理社会不适评分 | 满意度评分 | 总分 |
|-----|----|-----|-------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 观察组 | 32 | 治疗前 | 8.87±1.71 | 25.11±5.55 | 14.89±2.81 | 17.16±2.56 | 68.37±15.74 |
| | | 治疗后 | 4.07±1.05 ^{*△} | 13.13±3.51 ^{*△} | 9.06±1.67 ^{*△} | 11.17±0.43 ^{*△} | 27.11±5.11 ^{*△} |
| 对照组 | 31 | 治疗前 | 8.91±1.66 | 25.22±5.49 | 14.93±2.72 | 17.09±0.259 | 69.44±15.66 |
| | | 治疗后 | 6.92±1.68 [*] | 17.01±3.47 [*] | 12.95±1.75 [*] | 14.22±0.61 [*] | 45.36±8.99 [*] |

与治疗前比较, * $P<0.05$; 与对照组比较, $\Delta P<0.05$

4 讨论

STC 主要临床表现为结肠传输时间过长导致排便周期延长, 排便困难, 粪质干结, 便不尽感等, 在肠道检查中无明显器质性变化, 属于功能性病变^[9-10]。STC 发病机制复杂, 且影响因素较多, 随着年龄增长, 发病率呈增高趋势, 且逐步趋向年轻化^[11]。目前以保守治疗为主, 西医多采用刺激性泻剂或溶质性泻剂治疗, 长期应用有一定依赖性、远期疗效较差、并发症较多, 患者多伴有焦虑抑郁症状。

中医学认为“便秘”的病因是情志失调、劳倦伤食、病久体弱等, 病位在大肠, 与肝、脾、肺、肾的功能失调有关, 基本病机是脏腑气血阴阳失调, 三焦气机不利, 大肠传导失司^[12]。在各种病理因素作用下, 患者气血紊乱, 阴阳失衡, 脾脏乃

中枢之脏，枢机不利，肺为华盖，与大肠相表里，肺失肃降，肝失疏泄，肾司二便。三焦气机不利，脏腑气血阴阳失调，大便不通，从而发为“便秘”^[13]。基于三焦脏腑理论，本研究采用针药合用的治疗方法，通调三焦气机，调节脏腑生理功能。脾胃之气足则生化有源，大肠方可运行如常，故以补脾气为先^[14]。中药内服汤剂为自拟临床效方，方中白术为君药，味苦，甘温，归脾胃经，健脾益气，固守中州，增强中焦脾气功能，恢复脾运化功能。肉苁蓉、柴胡共为臣药，肉苁蓉温阳通便、温补肾精；柴胡疏肝理气，使肝气疏泄条达，下焦稳固。肺主一身之气，肺气降则一身之气降，升降相因，在补气同时又要注重降气。生黄芪、枳壳为臣药，配伍通利并补益肺气，使上焦肺气宣发肃降功能正常。怀牛膝滋补肝肾，姜半夏辅佐柴胡辛开苦降、梳理气机，升麻升提下焦之气，当归养血和血，诸药佐使君臣，通调三焦脏腑气机。《黄帝内经》载“久病者，邪气入深，刺此病者，深内而久留之”。穴位埋线把可吸收线埋植在相应腧穴，利用其对穴位的持续物理性和生物性刺激进而达到治疗疾病目的^[15]。腧穴是脏腑经络气血输注于体表的部位，是针刺治疗疾病的治疗部位和反应点。本研究取穴肺俞、脾俞、天枢、关元、足三里。背部肺俞、脾俞，通调中上焦，关元、天枢疏利下焦气机。上中下三焦脏腑同调，达到通导大便的效果^[16-17]。

本研究 CTT 实验可评价患者的结肠动力，观察组治疗后标记物排出率高于对照组，可见观察组在提高患者结肠动力方面优于对照组。肠神经递质表达紊乱是 STC 重要的病理变化，与患者体内兴奋性肠神经递质 SP、ACh 以及抑制性神经递质 NO 等水平失调有关，NO 可抑制肠神经反射，使肠动力降低，ACh、SP 可促进肠道平滑肌兴奋，增加肠动力水平。MTL 具有提高胃的收缩力及促进小肠分节运动的作用，其功能紊乱会导致胃肠运动障碍，诱发功能性便秘；GAS 可促进胃肠道的分泌功能，GAS、MTL 水平上升，可增加胃肠道平滑肌等兴奋性，使胃肠蠕动增加，促进大便排出^[18-19]。本研究发现，治疗后，观察组 NO 较对照组降低明显，ACh、SP、GAS、MTL 水平均较对照组明显升高。因 STC 病势日久，患者与疾病反复纠缠，痛苦度极高，多数伴有焦虑抑郁症状，因此改善患者生活质量是治疗的重要部分。本研究采用便秘患者生活质量量表评估患者生活质量的改

善情况^[20]，治疗后观察组生活质量量表各项评分均明显优于对照组，说明观察组治疗方式在提高患者生活质量方面优势明显。

综上所述，在三焦脏腑理论指导下，采用穴位埋线联合中药内服治疗气虚型 STC 患者，临床疗效明显，且能够明显改善患者的生活质量。但本研究不足之处为单中心研究，样本量较少，随访时间较短，研究结论可能存在偏倚，随着研究的不断深入，多中心、更大样本的研究结论可能更为科学。

参考文献

- [1] DROSSMAN DA. Functional gastrointestinal disorders: History, pathophysiology, clinical Features and Rome IV [J]. *Gastroenterology*, 2016,12(4):167-169.
- [2] 刘启鸿,柯晓,胡露楠,等.基于网络药理学探讨理气通便方治疗慢传输型便秘的作用机制[J].*福建中医药*, 2022,53(1):50-54.
- [3] 张白雪,刘绍能.补肺脾治疗便秘的临床经验[J].*北京中医药*,2021,40(7):734-736.
- [4] 沈洪,张露,叶柏.便秘中医诊疗专家共识意见(2017)[J].*北京中医药*,2017,36(9):771-776,784.
- [5] 袁海滨,李春蕾,范晓燕,等.热敏灸联合润肠通便丸治疗阳气亏虚型慢性心力衰竭所致便秘的疗效及对 CSS 评分的影响[J].*中医研究*,2022,35(11):26-29.
- [6] 任晓阳,殷燕,闫小妮,等.不同检测方法对基于罗马 IV 标准的排便障碍型便秘的诊断价值[J].*西安交通大学学报(医学版)*,2022,43(6):867-871.
- [7] 葛来安,王小辉,谢明君,等.健脾理气润肠法治疗慢传输型便秘的疗效及对胃肠激素的影响[J].*中国中西医结合消化杂志*,2021,29(9):659-664.
- [8] 赵贞贞.中文版 PAC-QOL 量表的信效度研究及其在生活质量影响因素分析中的应用[D].南京:南京医科大学,2011.
- [9] 李睿瑛,杨锋,郭海霞.ABF 联合益肠通便方治疗老年慢性传输型功能性便秘患者的效果及其对直肠推进力水平的影响[J].*华夏医学*,2021,34(5):22-26.
- [10] 王永,陈萌.基于血瘀病机下探讨化痰通便汤对慢传输型便秘血瘀证患者血清相关胃肠激素表达水平的影响[J].*长春中医药大学学报*,2022,38(1):63-67.
- [11] 高莉,鹿晓君.针灸联合加味济川煎治疗阳虚证慢传输型便秘的临床疗效及对肠道菌群的影响[J].*检验医学与临床*,2022,19(13):1828-1831.
- [12] 张晓军,韩涛.宣肺健脾汤联合生物反馈对慢传输型便秘患者胃肠激素水平及生活质量的影响[J].*长春中医药大学学报*,2022,38(4):413-416.
- [13] 王章生.中医益气养阴法治疗老年慢传输型便秘的临床疗效研究[J].*中国实用医药*,2021,16(12):31-34.

- [14] 李然,冯耀辉,滕菲,等.浅析从“肺肾同治”论治老年性便秘[J].北京中医药,2022,41(7):751-753.
- [15] 齐翎羽,周航,闫世艳,等.针灸治疗功能性胃肠病的临床证据与展望[J].北京中医药,2022,41(10):1200-1202.
- [16] 殷子涵,吴胜智,胡晓栋,等.穴位埋线治疗慢传输型便秘临床观察[J].浙江中西医结合杂志,2022,32(5):432-434.
- [17] ALTOMARE DF, PICCIARIELLO A, CIAULA AD, et al. Effects of temporary sacral nerve stimulation on gastrointestinal motility and function in patients with chronic refractory slow-transit constipation[J]. Tech Coloproctol,2021,25(3):291-297.
- [18] 郑金粟,朱宏勋,权红.加味和肝汤治疗肝郁脾虚型功能性便秘的临床疗效及对血清肠神经递质的影响[J].北京中医药,2022,41(3):309-312.
- [19] 陆泰旭,王星璐,李晓柳,等.温针灸对慢传输型便秘大鼠血液中P物质及血管活性肠肽的影响[J].新中医,2019,51(3):220-223.
- [20] 宋昱佼.通腑宽中汤治疗功能性便秘伴焦虑和/或抑郁状态的疗效评价及对结肠电活动的影响[D].济南:山东中医药大学,2022.

Exploration of clinical efficacy of catgut embedding at acupoints combined with oral administration of traditional Chinese medicine on slow transit constipation due to qi deficiency

DONG Wan-qing¹, ZHANG Xin-yu², ZHANG Shu-xin³

(1. Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China; 2. Research Ward, Beijing Anorectal Hospital (Beijing Erlong Road Hospital), Beijing 100120; 3. Anorectal Department, Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700)

ABSTRACT Objective To explore the clinical efficacy of acupoint catgut embedding combined with oral administration of traditional Chinese medicine in the treatment of slow transit constipation of qi deficiency type under the guidance of theory of Three Jiao Viscera.

Methods A total of 63 outpatients admitted to the Beijing Anorectal Hospital (Beijing Erlong Road Hospital) from June 2022 to September 2022 were collected and randomly divided into a control group and an observation group using random number table method. The observation group was treated with acupoint catgut embedding combined with oral administration of traditional Chinese medicine, while the control group was treated with polyethylene glycol 4 000 powder with 10 g/time and 2 times/d combined with mosapride citrate with 5 mg/time and 3 Times/d. Both groups were treated for 8 weeks. Comparative analysis was conducted on chronic constipation severity rating scale (CSS), colonic transit test results, serum NO, Ach, gastrointestinal hormone expression levels SP, MTL and GAS of patients before and after 8 weeks of treatment. The overall effective rate and quality of life (PAC-QOL self-assessment scale) scores of patients with constipation were compared after treatment. **Results** The total effective rate of the observation group was 90.62%, which was higher than that of the control group 64.52% ($P < 0.05$). After 8 weeks of treatment, the frequency of defecation, defecation effort, time to go to the toilet every time, times of unsuccessful defecation and scores of incomplete defecation in the two groups were all lower than those before treatment ($P < 0.05$), and the scores in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$), and the amount of markers in the observation group was higher than that in the control group ($P < 0.05$), and the serum levels of Ach, GAS, SP and MTL in the observation group were lower than those in the control group, while the serum levels of Ach, GAS, SP and MTL in the observation group were higher than those in the control group ($P < 0.05$). The quality of life scores of the two groups were higher than before treatment ($P < 0.05$), and the quality of life scores of the observation group were higher than those of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Acupoint catgut embedding combined with oral administration of traditional Chinese medicine under the guidance of the Three Jiao Viscera theory can significantly alleviate the symptoms of constipation, increase clinical efficacy, and improve the quality of life of STC type of patients with Qi deficiency.

Keywords Three Jiao Viscera theory; acupoint catgut embedding; oral administration of traditional Chinese medicine; Qi deficiency type; slow transit constipation

(收稿日期:2023-04-07)