

自拟润肠通便汤加减联合常规西药对老年慢性传输型便秘患者的效果观察

马剑海

(秦皇岛市中医医院 肛肠科, 河北 秦皇岛 066000)

摘要:[目的]观察自拟润肠通便汤加减联合常规西药对老年慢性传输型便秘患者的效果。[方法]将 94 例老年慢性传输型便秘患者选为受试对象,以随机数表分为西药组和联合组,各 47 例。西药组给予常规西药(莫沙必利+金双歧)治疗,联合组在西药组的基础上联合自拟润肠通便汤加减治疗,均治疗 2 周。对比治疗前后结肠传输功能试验结果和便秘症状评分变化,临床疗效,治疗前后生活质量评分变化,不良反应。[结果]治疗后 2 组结肠内存留的标志物数目均减少($P<0.05$),便秘症状和生活质量评分均下降($P<0.05$),且治疗后联合组结肠内存留的标志物数目少于西药组($P<0.05$),便秘症状和生活质量评分均低于西药组($P<0.05$);联合组临床疗效分布与西药组差异显著($P<0.05$),前者总有效率高达 100.00%,远高于后者的 85.11%($P<0.05$);联合组不良反应发生率为 10.64%,稍高于西药组的 4.26%,2 组间差异无统计学意义($P>0.05$)。[结论]对老年慢性传输型便秘患者给予自拟润肠通便汤加减联合常规西药可显著减轻症状,增强疗效,改善生活质量,且不会显著增加不良反应风险。

关键词:润肠通便;西药;老年人;慢性传输型便秘

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2019.09.08

中图分类号:R256.35 文献标志码:A

Observation on the effect of self-made Runchangtongbian decoction addition and subtraction combined with routine western medicine on senile patients with chronic transit constipation

MA Jian-hai

(Department of Proctology, Qinhuangdao Hospital of Traditional Chinese Medicine, Qinhuangdao 066000, China)

Corresponding author: MA Jian-hai, E-mail: 918245868@qq.com

Abstract: [Objective] To observe the effect of self-made Runchangtongbian decoction addition and subtraction combined with routine Western medicine on senile patients with chronic transit constipation. [Methods] Ninety-four elderly patients with chronic transit constipation were selected as subjects and randomly divided into Western medicine group and combined group, 47 cases each. Western medicine group was treated with conventional Western medicine (mosapride + live combined bifidobacterium). On the basis of Western medicine group, the combined group was treated with self-made Runchangtongbian decoction addition and subtraction, both for 2 weeks. The results of colonic transit function test and constipation symptom score before and after treatment, clinical efficacy, quality of life score before and after treatment, adverse reactions were compared. [Results] After treatment, the numbers of colon markers in both groups decreased ($P<0.05$), the symptoms of constipation and quality of life scores decreased ($P<0.05$), and the number of colon markers in the combined group was less than that in the Western medicine group ($P<0.05$), and the scores of constipation symptoms and quality of life were lower than those in the Western medicine group ($P<0.05$). The clinical efficacy distribution of the combined group was significantly different from that of the Western medicine group ($P<0.05$). The total effective rate of the former group was as high as 100.00%, which was much higher than that of 85.11% in the latter group ($P<0.05$). The inci-

收稿日期:2019-05-15

作者简介:马剑海,男,本科,研究方向:中西医结合肛肠,中西医结合治疗便秘

通讯作者:马剑海, E-mail: 918245868@qq.com

dence of adverse reactions in the combined group was 10.64%, slightly higher than that of 4.26% in the Western medicine group, and there was no significant difference between the two groups ($P > 0.05$). [Conclusion] The self-made Runchangtongbian decoction addition and subtraction combined with conventional Western medicine can significantly alleviate symptoms, enhance curative effect and improve the quality of life in elderly patients with chronic transit constipation, without significantly increasing the risk of adverse reactions.

Key words: runchangtongbian; western medicine; elderly; chronic transit constipation

慢性传输型便秘是指结肠传输功能障碍所致的肠内容物传输缓慢进而引起的便秘,在临床中非常常见,好发于老年人群中,可严重影响患者的生活质量^[1]。据统计,慢性传输型便秘在所有便秘患者中的构成比为16%~40%,且其发病率逐年剧增,需加强防治^[2]。老年慢性传输型便秘常见的症状为排便周期延长、排便困难、大便干结等,常伴有腹胀、腹痛表现^[3]。临床上针对此类患者常采用莫沙必利增强胃肠动力,配合金双歧改善肠道微生态,虽有一定疗效,但成效不理想,且难以持久发挥效用^[1]。中医学认为,慢性传输型便秘属于“便秘”范畴,需以补中益气、润肠通便、增强胃肠动力为基本治则^[4]。鉴于此,本院特拟定润肠通便汤,并在此基础上加减治疗老年慢性传输型便秘患者,在常规西药治疗的基础上应用该方剂治疗收效甚佳。为进一步观察自拟润肠通便汤加减联合常规西药对老年慢性传输型便秘的效果,本研究特选取94例患者开展随机对照试验,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取医院2018年3月~2019年3月收治的94例老年慢性传输型便秘患者,采用随机数表分为2组。联合组47例患者中男25例、女22例,年龄60~86岁,平均 (75.41 ± 5.86) 岁,该病病程1~12年,平均 (4.56 ± 1.02) 年;西药组47例患者中男27例、女20例,年龄60~85岁,平均 (75.22 ± 5.97) 岁,该病病程1~13年,平均 (4.59 ± 1.05) 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。

1.2 标准

病例纳入标准:①年龄均 ≥ 60 岁,且均证实为慢性传输型便秘^[5];②符合中医学“便秘”的诊断标准^[6];③均意识清晰;④均自愿签署知情同意书。

病例排除标准:①合并其他类型消化道疾病者,如结直肠癌等;②伴有其他类型系统性疾病者,如肝肾功能不全、心脑血管病等;③伴有精神障碍者;④存在沟通障碍者;⑤难以独立完成本研究调查者;⑥配合度较差者。

1.3 方法

1.3.1 西药组均给予常规西药治疗 ①莫沙必利(规格:5 mg $\times$ 24包),餐前30 min口服,剂量5 mg/次,每天3次,持续2周;②金双歧(规格:0.5 g $\times$ 36粒),早晚餐前30 min口服,剂量2 g/次,每天2次,持续2周;③注意事项:治疗期间提醒患者避免刺激性饮食,尤其是辛辣饮食,需戒烟酒,多食水果和粗纤维食物。

1.3.2 联合组均给予自拟润肠通便汤加减联合常规西药治疗 ①自拟润肠通便汤加减:黄芪30 g,肉苁蓉、火麻仁各24 g,生首乌6 g,枳实、当归、白芍、生地各15 g,党参、茯苓各12 g。若热实盛者加用大黄10 g,若阴虚肠燥者加用玄参30 g,若腹胀脘痞者加用木香10 g。由医院药剂科分2次水煎,每次均煎至200 mL,将2次药液混合均匀后,加入生蜂蜜20 g调匀,分装为2包,每天早晚餐后30 min各口服1包,持续2周;②常规西药治疗方法和注意事项与西药组完全相同。

1.4 观察指标

1.4.1 治疗前后结肠传输功能试验结果和便秘症状评分变化比较 分别于治疗前后评价,其中结肠传输功能试验:口服1枚标志物胶囊,48 h后行腹部站立位X线片检查,记录结肠内存留的标志物数目;便秘症状评分:采用Cleveland量表评价^[7],包括排便频率、排便困难程度、排便不尽感、每次如厕时间、腹痛、排便辅助方法、每天尝试排便但未成功次数,总分为26分,评分越高认为便秘症状越严重。

1.4.2 临床疗效比较 将治疗后大便性状正常,结肠传输功能试验结果改善 $\geq 80\%$,便秘症状评分下降 $\geq 95\%$,保持2个月以上者记为痊愈;将治疗后大便性状显著恢复,结肠传输功能试验结果改善 $\geq 40\%$ 且 $< 80\%$,便秘症状评分下降 $\geq 70\%$ 且 $< 95\%$,保持2个月以上者记为显效;将治疗后大便性状有所改善,结肠传输功能试验结果改善 $\geq 20\%$ 且 $< 40\%$,便秘症状评分下降 $\geq 30\%$ 且 $< 70\%$ 者记为有效;将治疗后未达有效标准者记为无效。每组除无效外其余患者的构成比为总有效率。

1.4.3 治疗前后生活质量评分变化比较 分别于

治疗前后评价,所用评价工具为便秘患者专用生活质量自评量表(PAC-QOL)^[8],包括生理、心理、便秘相关焦虑、对治疗的满意度,总分 140 分,评分越高认为生活质量越差,理论最低分为 28 分。

1.4.4 不良反应比较 统计治疗期间的不良反应,将其作为安全性的评价指标。

1.4 统计学处理

将 SPSS 26.0 软件作为统计学工具,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 描述,所用检验方法为 t ;计数资料以 % 描述,所用检验方法为 χ^2 检验,若理论频数 T 为 1~5,则需校正;等级分布资料的检验方法为非参数秩和法。检验标准均为 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 治疗前后结肠传输功能试验结果和便秘症状评分变化

治疗后 2 组结肠内存留的标志物数目均减少 ($P<0.05$),便秘症状评分均下降 ($P<0.05$),且治疗后联合组结肠内存留的标志物数目少于西药组 ($P<0.05$),便秘症状评分低于西药组 ($P<0.05$),见表 1。

2.2 临床疗效

联合组临床疗效与西药组差异有统计学意义 ($P<0.05$),前者总有效率达 100.00%,远高于后者的 85.11% ($P<0.05$),见表 2。

表 1 治疗前后结肠传输功能试验结果和便秘症状评分变化

$\bar{x} \pm s$

组别	例数	结肠内存留的标志物数目/个		便秘症状评分/分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	47	18.32±1.26	8.32±1.05 ¹⁾²⁾	19.85±2.05	7.80±1.42 ¹⁾²⁾
西药组	47	18.21±1.30	14.33±1.22 ¹⁾	19.79±1.98	12.65±1.54 ¹⁾

与治疗前比较,¹⁾ $P<0.05$;与西药组比较,²⁾ $P<0.05$ 。

表 2 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
联合组	47	34(72.34)	8(17.02)	5(10.64)	0(0.00)	47(100.00) ¹⁾
西药组	47	22(46.81)	10(21.28)	8(17.02)	7(14.89)	40(85.11)

与西药组比较,¹⁾ $P<0.05$ 。

2.3 治疗前后生活质量变化

治疗后 2 组生活质量评分均显著下降 ($P<0.05$),且治疗后联合组低于西药组 ($P<0.05$),见表 3。

表 3 治疗前后生活质量变化 分, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	生活质量/分	
		治疗前	治疗后
联合组	47	105.43±11.02	40.63±6.95 ¹⁾²⁾
西药组	47	104.98±11.33	62.45±7.96 ¹⁾

与本组治疗前比较,¹⁾ $P<0.05$;与西药组治疗后比较,²⁾ $P<0.05$ 。

2.4 不良反应

联合组有 2 例头晕、1 例口干、1 例倦怠、1 例心悸,不良反应发生率为 10.64%(5/47);西药组有 1 例口干、1 例心悸,不良反应发生率为 4.26%(2/47)。联合组不良反应发生率稍高于西药组,但差异

无统计学意义 ($P>0.05$)。

3 讨论

慢性传输型便秘具有顽固性特征,现代医学对其病因病机尚未完全阐述清楚。有研究认为,无规律起居、减肥、缺少运动、年龄增长、饮食过于精细等均可减轻肠道受刺激的力度,导致慢性传输型便秘^[9-10]。临床医师常主张对老年慢性传输型便秘患者采用莫沙必利、金双歧治疗,同时纠正其不良饮食习惯,但收效甚微,分析其中原因可能为:用药缺乏针对性,药效不持久等,急需对该病患者的治疗方案进行优化^[11]。近年来随着人们对中医理论的认识不断加深和中医药的应用逐渐广泛,中医药在老年便秘患者中的积极作用也逐渐凸显。故此,本研究特尝试采用中西医结合方案对老年慢性传输型便秘患者进行治疗,并探讨其有效性及可行性。

中医学并无慢性传输型便秘的资料记载,但根据其证候表现,可归属于“便秘”、“大便秘结”等范畴,其基本病机为脾肾亏虚、气机阻滞、热结内蕴,胃肠蠕动无力,大便传输缓慢,干硬便秘,久而久之,可

致大便难解,痛苦难忍。现代中医学家认为,慢性传输型便秘属本虚标实之症,需补虚泻实,补中益气,润肠通便^[12]。另有研究指出,慢性传输型便秘病情复杂,具有顽固性特点,易复发,且症状表现多样,应辨证加减,化裁施治,方可标本兼顾,增强胃肠动力,促进大便传输,润肠通便,缓解痛苦^[13]。因此,在针对老年慢性传输型便秘患者选用中医药治疗时,需以补中益气为本,兼顾润肠通便之目的,辨证施治,方可收获理想疗效。

本研究中,治疗后联合组结肠内存留的标志物数目、便秘症状评分均较治疗前显著改善,且治疗后联合组结肠内存留的标志物数目明显少于西药组,便秘症状评分显著低于西药组,可知自拟润肠通便汤加减联合常规西药治疗老年慢性传输型便秘可显著控制其临床症状。本研究中联合组的临床疗效分布明显优于西药组,且前者总有效率高达100.00%,明显高于后者,可知在常规西药治疗的同时给予自拟润肠通便汤加减治疗老年慢性传输型便秘可显著提升疗效。自拟润肠通便汤中以黄芪、党参、茯苓、肉苁蓉、生首乌为君药,黄芪、党参、茯苓均为补中益气、滋阴生津的要药,三者合用可祛除虚证;肉苁蓉温补肾阳、润肠通便、补养精血,生首乌滑肠泻下、清热解毒,二者均有缓泻之功,合用可增强胃肠动力,促进肠管运动;枳实、火麻仁合为臣药,枳实理气宽肠、消痞散结,火麻仁泻热降火,润肠通便,二者共奏消痞散结、润肠通便之功。当归、白芍、生地共为佐药,既可防补品滞胃,又可加强通便之效,充足气血,滋阴养血,则大便自调,便秘自消;生蜂蜜为使药,润肠通便之效确切。在基础上辨证加减,符合个体化治疗原则,以获奇效。诸药合用,调畅气机、补中益气、润肠通便,故可标本兼顾。现代药理研究表明,肉苁蓉可显著减轻便秘患者的临床症状^[14];麻仁软胶囊和生蜂蜜有助于排出宿便,减轻便秘症状^[15-16]。因此,自拟润肠通便汤加减联合常规西药治疗老年慢性传输型便秘可协同发挥疗效,共同控制临床症状,因而可获得理想的效果。

此外,治疗后联合组生活质量评分显著下降,且明显低于西药组,表明自拟润肠通便汤加减联合常规西药治疗可显著改善老年慢性传输型便秘患者的生活质量。分析其中原因为:自拟润肠通便汤加减可对症下药,辨证施治,尽快消除症状,减轻不适感,因而有助于提升生活质量;常规西药对老年慢性传输型便秘患者的症状也有控制作用,且也有一定疗效,因而对其生活质量也有一定的改善作用。因此将自拟润肠通便汤加减与常规西药联用可显著提升老年慢性传输型便秘患者的生活质量。在本研究2

组不良反应发生率对比结果中显示,联合组稍高于西药组,自拟润肠通便汤加减配伍合理,无配伍禁忌,所用药材药性温和,且以生蜂蜜调和,可保用药安全性,不会显著增加不良反应的发生风险。

综上所述,建议在老年慢性传输型便秘患者实施常规西药治疗的同时给予自拟润肠通便汤加减治疗,不仅可显著减轻症状,增强疗效,提升生活质量水平,并且不会显著增多不良反应,不失为一种理想的中西医结合治疗方案,收效甚佳,值得借鉴与推广。

参考文献

- [1] De Marco P, Militello G, Tutino R, et al. The management of the slow transit constipation in the laparoscopic era[J]. G Chir, 2018, 34(5): 297-302.
- [2] 中国便秘联谊会, 中国医师协会肛肠分会. 2017 版便秘的分度与临床策略专家共识[J]. 中华胃肠外科杂志, 2018, 21(3): 345-345.
- [3] 李超男, 龚雨萍. 慢传输型便秘用药规律的文献研究[J]. 江苏中医药, 2018, 50(1): 73-75.
- [4] 霍黎生, 臧亮, 孙龙, 等. 大黄附子汤对脾肾阳虚型慢传输型便秘大鼠排便功能的影响研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(2): 128-130.
- [5] 张东旭, 朱安龙. 慢传输型便秘的发病机制与诊治[J]. 中华胃肠外科杂志, 2016, 19(12): 1447-1450.
- [6] 陈园桃. 中医病证诊疗常规[M]. 南京: 东南大学出版社, 2008: 182-189.
- [7] 袁庆延. 慢性便秘患者报告临床结局(CC-PRO)评估量表在中医治疗中的应用[D]. 南京中医药大学, 2016.
- [8] 金洵, 丁义江, 丁曙晴, 等. 便秘患者生存质量自评量表PAC-QOL 中文版的信度、效度及反应度[J]. 世界华人消化杂志, 2011, 19(2): 209-213.
- [9] Nakajima A, Seki M, Taniguchi S, et al. Safety and efficacy of elobixibat for chronic constipation: results from a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial and an open-label, single-arm, phase 3 trial[J]. Lancet Gastroenterol Hepatol, 2018, 3(8): 537-547.
- [10] Heemskerck SCM, Rotteveel AH, Benninga MA, et al. Sacral neuromodulation versus personalized conservative treatment in patients with idiopathic slow-transit constipation: study protocol of the No. 2-trial, a multicenter open-label randomized controlled trial and cost-effectiveness analysis[J]. Int J Colorectal Dis, 2018, 33(4): 493-501.
- [11] Ghoshal UC. Chronic constipation in Rome IV era: The Indian perspective[J]. Indian J Gastroenterol, 2017, 36(3): 163-173.
- [12] 赖江, 李春霄. 钟以泽教授治疗结肠慢传输型便秘临床经验介绍[J]. 四川中医, 2018, 36(1): 20-22.

较高,体现湿毒内蕴是胃癌前病变的启动因素。本研究结果显示薄苔主要常见于轻度肠上皮化生,腻苔主要存在于中重度肠上皮化生,提示气虚与湿邪阻滞与 CAG 病情加重有一定相关性。

气以通为顺,疾病初期若饮食积滞或肝郁不舒等则可导致脏腑经络气机的阻滞,中焦气机阻滞则诱使本病的发生;疾病迁延不愈则耗伤脾气,脾气虚运化水液无力则水湿不化酿成湿气;湿郁日久,又可化热,热灼津液则可凝练成痰,津液亏耗过多,津液不足。本研究结果显示,随着肠上皮化生程度的加重,胖大舌、裂纹舌、腻苔所占的比例逐渐增大,可见舌象的分布特点符合本病的病机演变规律,舌诊可提示 CAG 病情变化趋势,对 CAG 患者病情的发展具有指导作用。中医药治疗 CAG 有着自身独特优势,具体体现在个体化治疗、具有针对病理改变的特效中药、整体调理、毒副作用小可长期治疗等方面^[12]。本研究利用中医特色舌诊与西医病理客观诊断相结合,使中医的望、闻、问、切得以延伸,提高 CAG 中医临证特点的认识,为中医辨证提供有力的客观化证据,有助于指导患者制定个性化的诊治与病情监测策略。

参考文献

- [1] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见(2012 年,上海). 中华消化杂志 2013,33(1):5-16.
- [2] Pimentel-Nunes P, Libanio D, Marcos-Pinto R, et al. Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach(MAPS II):European Society of Gastrointestinal Endoscopy(ESGE), European Helicobacter and Microbiota Study Group(EHMSG), European Society of Pathology(ESP), and Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva(SPED) guideline update 2019[J]. Endoscopy, 2019, 51(4):365-388.
- [3] Dixon M F, Genta R M, Yardley J H, et al. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney System. International Workshop on the Histopathology of Gastritis, Houston 1994[J]. Am J Surg Pathol, 1996, 20(10):1161-1181.
- [4] 中华医学会病理分会消化病理学组筹备组. 慢性胃炎及上皮性肿瘤胃黏膜活检病理诊断共识[J]. 中华病理学杂志, 2017, 46(5):289-293.
- [5] 季绍良. 中医诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2007:42-47.
- [6] 程时磊, 张发斌, 李斌. 中国人群胃癌发病影响因素 meta 分析[J]. 中国公共卫生, 2017, 33(12):1775-1780.
- [7] 张伯礼, 张丽蓉, 阮士怡, 等. 吸烟、饮酒、刮舌影响舌象的调查分析[J]. 天津中医, 1993(3):46-48.
- [8] 程鹏, 查安生. 慢性萎缩性胃炎胃黏膜病理与中医证型之间的相关性研究[J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(15):52-52.
- [9] 曹志军, 左明焕. 慢性萎缩性胃炎中医证型分布和胃镜改变以及病理改变的关联性[J]. 世界中医药, 2018, 13(8):2040-2043.
- [10] 施家强. Hp 感染的慢性萎缩性胃炎中医证素与胃黏膜病理改变的相关性研究[D]. 福建中医药大学, 2018.
- [11] 刘越洋, 黄雅慧, 王俊, 等. 慢性萎缩性胃炎癌前病变与中医舌象的相关性研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2016, 24(5):351-354.
- [12] 魏玮, 杨洋. 慢性萎缩性胃炎诊治现状及中医药治疗优势[J]. 中医杂志, 2016, 57(1):36-40.
- [13] 姚秋园, 于永铎, 付原琰. 慢传输型便秘与血瘀的实验研究[J]. 吉林中医药, 2017, 37(2):170-173.
- [14] 王亨飞. 苁蓉通便汤治疗阳虚便秘临床观察[J]. 中药临床杂志, 2018, 30(6):1147-1150.
- [15] 孙秀娟. 麻仁软胶囊治疗老年便秘的疗效观察[J]. 中草药, 2018, 49(11):2629-2631.
- [16] 陈莉, 王东强, 李志军, 等. 中西医结合四联疗法治疗麻痹性肠梗阻的临床疗效观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2017, 24(1):36-39.