

“健固怡情汤”联合生物反馈治疗盆底失弛缓型便秘 25 例临床研究

郑春菊 王 斌

(淮安市中医院,江苏淮安 223001)

摘要 目的:观察健固怡情汤联合生物反馈治疗盆底失弛缓型便秘的临床疗效。方法:将 50 例盆底失弛缓型便秘患者随机分为治疗组和对照组,每组 25 例。治疗组予中药“健固怡情汤”颗粒剂口服,同时采用生物反馈治疗方案治疗;对照组单纯采用生物反馈治疗方案。2 组患者均治疗 20d 后比较便秘临床症状评分、盆底表面肌电 Glazer 评分改变情况。结果:2 组患者治疗后便秘症状评分及盆底表面肌电 Glazer 评分均较治疗前明显改善($P<0.05$);与对照组比较,治疗组对粪便性状、排便间隔时间和 Glazer 盆底肌电测试前基线均值、持续收缩变异系数、耐久收缩变异系数的改善更为明显($P<0.05$)。结论:健固怡情汤联合生物反馈可改善盆底失弛缓型便秘的临床症状,提高盆底肌的稳定性,从而提高便秘患者的生活质量,值得临床推广应用。

关键词 盆底失弛缓 便秘 生物反馈疗法 健固怡情汤 盆底肌电评分

中图分类号 R256.350.5 文献标志码 A 文章编号 1672-397X(2017)04-0038-03

盆底失弛缓型便秘是功能性便秘中常见的一种类型,指盆底肌反射性或随意性异常而引起的一组症候群,临床表现为排便费时费力、肛门梗阻感和排便不尽感^[1-2]。2010 年世界胃肠组织制定的便秘全球指南中将生物反馈(biofeedback, BF)疗法推荐为 I A 水平的排便障碍治疗方法^[3],是在行为疗法基础上发展的一种心理治疗技术,国内外应用取得较好的疗效^[4-5],但此法临床应用起效较慢,易受情志影响。中医药对便秘的治疗历史悠久,经验丰富,且得到患者认可,依从性好,但停药后远期疗效欠佳,故临床工作中应积极探索综合治疗,扬长避短,以期提高临床疗效。近年来,我院采用院内经验方健固怡情汤联合生物反馈治疗盆底失弛缓型便秘,获得了较好的疗效,现将相关临床研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2015 年 9 月至 2016 年 9 月在淮安市中医院肛肠科就诊的盆底失弛缓型便秘患者 50 例,采用 SPSS 分组法分为治疗组与对照组,每组 25 例。治疗组男 7 例,女 18 例;平均年龄(52.08 ± 7.91)岁;平均病程(5.46 ± 2.32)年。对照组男 5 例,女 20 例;平均年龄(52.32 ± 8.97)岁;平均病程(4.90 ± 1.90)年。2 组患者年龄、性别、病程等一般情况比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 符合 Rome III 中功能性便秘的诊断^[6];有明显盆底失弛缓症状;排便费力、排便不尽感,缺乏便意;经肛管直肠测压、排粪造影等专科检查明确诊断;年龄 18~65 岁,性别不限;自愿参加本研究。

1.3 排除标准 胃肠道器质性病变者;患有泌尿生殖系统疾病包括子宫内膜异位症、盆腔炎、前列腺炎、前列腺增生、尿路感染、间质性膀胱炎及泌尿生殖系肿瘤者;胸部装有同步心脏起搏器、严重心律失常或有严重脑血管疾病者;有骨盆、脊髓外伤史者;有精神心理障碍不能配合检查者;依从性较差而不能完成研究者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 予健固怡情汤(院内经验方)口服,处方:炙黄芪、党参各 20g,炒白术、当归、升麻、柴胡、杏仁、厚朴、枳实、川芎各 10g,炙甘草 6g,组方颗粒剂由江阴天江药业有限公司生产。每日 1 剂,冲水至 400mL,分早晚 2 次温服。10d 为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。同时采用生物反馈治疗方案,包括:采用单纯电刺激、肌电触发电刺激和放松训练,采用加拿大 Thought-Technology 公司生产的生物反馈治疗仪 SA9800,其中带有 Glazer 盆底表面肌电评估方案软件。每周 5 次,每次 30min,10 次为 1 个疗程,

基金项目:淮安市科技局资助项目(HAS201628)

常规进行 2 个疗程并定期随访 1 个月。配合家庭训练:肛门放松 10s、收缩 10s、放松 10s 为 1 次,每次家庭训练次数不小于 120 次,每周 5 次,每次 30min,10 次为 1 个疗程,进行 2 个疗程。

2.2 对照组 单纯采用生物反馈治疗,并配合家庭训练,具体操作同治疗组。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 便秘症状积分 按照文献[7]中的标准记录 2 组患者治疗前后便秘主症评分,评分标准见表 1。

3.1.2 盆底表面肌电 Glazer 评估 2 组患者治疗前后进行 Glazer 评估,方案各步骤的测试主要是:(1)前基线,安静状态下进行 60s 基线测试;(2)快速收缩最大收缩波幅,5 次快速收缩(每次收缩前休息 10s),记录最大收缩波幅;(3)持续收缩变异系数,5 次持续收缩和放松(收缩 10s、放松 10s),记录变异系数;(4)耐久收缩变异系数,持续 60s 收缩(收缩前后都放松 10s),记录变异系数;(5)后基线测试,休息状态下进行 60s 基线测试。^[8]

3.2 统计学方法 数据采用 SPSS 18.0 软件进行统计学分析。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,正态分布且方差齐性者采用成组 t 检验,不符合正态分布者采用秩和检验;计数资料用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2 组患者治疗前后便秘症状积分比较 见表 2。

3.3.2 2 组患者治疗前后 Glazer 盆底肌电评估比较 见表 3。

4 讨论

便秘有“非致死性癌症”之称,流行病学研究显示,随着社会老龄化,饮食结构改变,以及社会、心理等因素的影响,我国慢性便秘的发病率呈现逐年升高的趋势,研究表明甚至高达 61.7%^[9]。生物反馈是一种行为疗法,通过“动作—反馈—学习—再动作”的过程,逐步纠正自身的功能障碍。作为一种新兴的治疗手段,生物反馈疗法被认为是一种安全、有效的治疗功能性便秘的方法^[10],通过仪器记录或放大人体通常觉察不到的生理心理活动,以视觉、听觉或语言的形式反馈给患者^[11],

是一种基于学习过程的技术,临床应用疗效显著。

健固怡情汤是我院经验方,临床应用多年,主要用于治疗慢性便秘、功能性肛门直肠痛等疾病。方中黄芪、党参、白术健脾补中,升阳举陷为君;当归益气补血润燥,柴胡疏肝解郁为臣;升麻升清气以疏脾;杏仁上肃肺气,下润大肠;川芎活血行气;枳实、厚朴行气导滞;甘草调和诸药。通过补中寓通,通中寓补,共达健脾解郁、润肠通便之效。

Glazer 评估是 Glazer 教授 2005 年提出的^[8],认为变异系数反映肌肉的稳定性,而肌肉稳定性在评价盆底肌功能方面比波幅更可靠^[12]。本研究将生物反馈与中医药相结合治疗盆底失弛缓型便秘,并与单纯使用生物反馈疗法做对照。在 Glazer 评估对比中测试前基线、持续收缩及耐受收缩变异系数指标组间比较差异均有统计学意义,表明两种方法联合应用可有效提高肌肉的稳定性;便秘症状积分对比中,在改变粪便性状、缩短排便间隔时间两方面组间比较差异有统计学意义,可见生物反馈联合健固怡情汤在改善临床症状与盆底肌稳定性方面优势显著。下一步拟扩大样本量,增加对患者心理状态和生活质量客观量表的评估,并进一步观察远期疗效。

表 1 便秘临床症状评分标准

分值	粪便性状 (Bristol 分型)	排便间隔时间 (d/次)	排便困难/费力	排便下坠/不尽感	腹胀
0 分	4~7 型	1~2	无	无	无
1 分	3 型	3	偶尔有	偶尔有	偶尔有
2 分	2 型	4~5	≥25%有	≥25%有	≥25%有
3 分	1 型	>5	≥50%有	≥0%有	≥50%有

注:对粪便性状进行 Bristol 分型,1 型为分散硬块状,2 型为团块的腊肠状,3 型为干裂的腊肠状,4 型为光滑柔软的腊肠状,5 型为软团状,6 型为糊状便,7 型为水样便。

表 2 治疗组与对照组治疗前后便秘症状积分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组别	时间	例数	粪便性状	排便间隔时间	排便困难/费力	排便下坠/不尽感	腹胀
治疗组	治疗前	25	2.04±0.74	1.92±0.70	2.12±0.66	2.08±0.57	1.60±0.95
	治疗后		0.60±0.50 [#]	0.64±0.63 [#]	1.32±0.55 [*]	1.16±0.55 [*]	0.96±0.53 [*]
对照组	治疗前	25	1.96±0.74	1.76±0.77	1.92±0.64	1.84±0.62	1.68±0.94
	治疗后		0.92±0.64 [*]	0.80±0.57 [*]	1.36±0.49 [*]	1.20±0.57 [*]	1.16±0.68 [*]

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

表 3 治疗组与对照组治疗前后 Glazer 盆底肌电评估比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	测试前基线 平均值(μv)	快速收缩最大 收缩波幅(μv)	持续收缩 变异系数	耐久收缩 变异系数	后基线波幅 平均值(μv)
治疗组	治疗前	25	6.93±1.43	40.48±8.88	0.47±0.06	0.40±0.05	5.57±0.86
	治疗后		2.85±0.48 [#]	69.28±7.89 [*]	0.24±0.04 [#]	0.24±0.03 [#]	3.13±0.52 [*]
对照组	治疗前	25	6.62±1.50	38.83±7.99	0.44±0.05	0.42±0.04	5.34±0.72
	治疗后		3.16±0.42 [*]	65.19±7.94 [*]	0.27±0.05 [*]	0.27±0.04 [*]	2.97±0.36 [*]

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

“痔瘘熏洗剂”联合一期根治术治疗瘘管性肛周脓肿 30例临床研究

王 苏¹ 陈邑歧² 王 浩² 谷云飞¹

(1.南京中医药大学,江苏南京 210029; 2.江苏省中医院,江苏南京 210029)

摘要 目的:研究中药痔瘘熏洗剂联合一期根治术治疗瘘管性肛周脓肿的临床疗效。方法:采用一次性根治术治疗 60 例瘘管性肛周脓肿患者,术后随机分为治疗组与对照组各 30 例。治疗组采用江苏省中医院自制的痔瘘熏洗剂熏洗治疗,对照组采用温水坐浴治疗。2 组均治疗至愈合,愈合后随访 1 个月。于术后第 3 日评价 2 组患者疼痛及水肿情况,术后第 20 日评价临床疗效,比较 2 组患者创面愈合时间和疼痛、水肿消失时间。结果:术后第 3 日,治疗组疼痛评分、创缘水肿评分明显低于对照组($P<0.05$)。术后第 20 日,治疗组总有效率 96.67%,明显高于对照组的 80.00%($P<0.05$)。治疗组创面平均愈合时间(15.23±2.45)d,对照组创面平均愈合时间(18.03±3.17)d,治疗组愈合时间明显缩短($P<0.05$)。治疗组疼痛和水肿消失时间明显少于对照组($P<0.05$)。结论:瘘管性肛周脓肿一期根治术后使用痔瘘熏洗剂,在显著提高治愈率的同时,可减轻痛苦,缩短疗程,值得推广。

关键词 瘘管性肛周脓肿 中药熏洗 手术疗法 痔瘘熏洗剂 疼痛评分 水肿评分

中图分类号 R657.150.5 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2017)04-0040-03

肛周脓肿是指直肠肛管周围软组织内或其周围间隙发生的急性化脓性感染,并形成脓肿,其起病急骤、疼痛剧烈,是肛肠科常见的急症之一^[1]。根据 Eisenhammer 提出的肛隐窝感染学说,我们可以将肛周脓肿分为非腺源性脓肿和腺源性脓肿两

种,“致瘘性脓肿”即腺源性脓肿^[2]。前者因感染较为表浅,只要切开引流即可一次根治而不成瘘;后者为肛腺感染,脓肿蔓延到肛周各间隙,因未能充分处理原发病灶(内口),绝大多数最终成为肛瘘而需后续手术治疗^[3]。肛周脓肿一旦形成,宜尽早

参考文献

- [1] KOH D, LIM J F, QUAH H M, et al. Biofeedback is an effective treatment for patients with dyssynergic defaecation [J]. Singapore Med J, 2012, 53(6):381.
- [2] 丁曙晴. 盆底失弛缓综合征所致便秘的诊治难点和策略 [J]. 临床外科杂志, 2011, 19(4):220.
- [3] LINDBERG G, HAMID S S, MALFERTHEINER P, et al. World Gastroenterology Organisation global guideline: Constipation—a global perspective [J]. J Clin Gastroenterol, 2011, 45(6):483.
- [4] 宋玉磊, 林征, 林琳, 等. 生物反馈治疗功能性便秘的远期疗效及影响因素分析 [J]. 中华消化杂志, 2013, 33(1):42.
- [5] LEE B H, KIM N, KANG S B, et al. The Long-term Clinical Efficacy of Biofeedback Therapy for Patients With Constipation or Fecal Incontinence [J]. J Neurogastroenterol Motil, 2010, 16(2):177.
- [6] DROSSMAN D A, DUMITRASCU D L. Rome III: New standard for functional gastrointestinal disorders [J]. J Gastrointest Liver Dis, 2006, 15(3):237.
- [7] 中华医学会外科学分会肛肠外科学组. 便秘症状及疗效评估 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2005, 8(4):355.
- [8] GLAZER H I. Biofeedback vs electrophysiology [J]. Rehab Manag, 2005, 18(9):32.
- [9] 赵劭, 谭至柔. 成年人慢性便秘流行病学的研究现状 [J]. 世界华人消化杂志, 2014, 22(7):939.
- [10] SHIM L S, JONES M, PROTTE G M, et al. Predictors of outcome of anorectal biofeedback therapy in patients with constipation [J]. Aliment Pharmacol Ther, 2011, 33(11):1245.
- [11] 丁曙晴, 丁义江. 盆底表面肌电生物反馈在出口梗阻性便秘诊治中的应用 [J]. 中华物理医学与康复杂志, 2009, 31(5):349.
- [12] SANTORO G A, WIECZOREK A P, BARTRAM C I. Pelvic Floor Disorders [M]. Isted. Italy: Springer Milan, 2010: 580.

第一作者: 郑春菊(1987—), 女, 医学硕士, 住院医师, 主要从事中医肛肠病临床研究工作。zhengchunju10@126.com

收稿日期: 2017-01-05

编辑: 吴 宁