

“增液温下方”联合常规疗法治疗老年慢性功能性便秘 100 例临床研究

任 欣

(湖南中医药大学第一附属医院老年病科, 湖南长沙 410007)

摘 要 目的:观察增液温下方对老年慢性功能性便秘患者的临床疗效及其对患者结肠传输功能和生活质量的影响。方法:200例老年慢性功能性便秘患者随机分为治疗组和对照组,每组100例。对照组予枯草杆菌二联活菌肠溶胶囊联合乳果糖口服溶液治疗,治疗组在对照组治疗的基础上给予中药增液温下方,2组疗程均为4周。比较2组患者临床疗效以及治疗前后便秘症状量化评分(排便间隔时间、粪便性状、排便困难、腹胀、排便不尽感)、结肠传输试验及慢性便秘生活质量自评量表(PAC-QOL,包括躯体不适、心理社会不适、担心和焦虑、满意度)评分改善情况。结果:治疗组总有效率为91.0%,明显高于对照组的79.0% ($P<0.05$)。2组治疗后便秘症状量化评分、PAC-QOL评分均较治疗前明显降低 ($P<0.05$),治疗组治疗后上述评分均明显低于对照组 ($P<0.05$)。2组患者治疗后服用钡剂24h、48h、72h的钡剂排出率均较治疗前明显升高 ($P<0.05$),治疗组各时段排出率均明显高于对照组 ($P<0.05$)。结论:增液温下方能够改善老年慢性功能性便秘患者结肠传输功能,有助于缓解患者临床症状,提高生活质量。

关键词 功能性便秘;增液温下方;结肠传输功能;生活质量;枯草杆菌二联活菌肠溶胶囊;乳果糖口服液;老年人

中图分类号 R256.350.5 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2019) 07-0036-04

慢性功能性便秘是指因大肠传导失司导致大便结、排便周期延长,或排便周期不长,但便质干硬,排出费力,或便质不硬,虽有便意,但排便不畅的顽固性肠道病变。老年人因胃肠道蠕动能力显著降低,导致其发生慢性功能性便秘的风险显著高于其他年龄段人群^[1]。长期便秘不仅会给老年人造成身体不适,还会诱发痔疮、肛裂、疝气、脱肛、结肠癌、心脑血管疾病等并发症^[2]。西医治疗老年慢性功能性便秘多采用以“泻药”为主的治疗方案,虽即时效果明显,但长期服用会严重降低肠壁神经细胞的应激性,影响肠蠕动和排便反射能力,并易引起结肠黑变、泻剂结肠等不良反应,甚至会形成顽固的“泻剂成瘾性”便秘^[3]。中医早已形成针对便秘较完善的理论体系和辨证治疗,且安全性高,已成为目前临床治疗慢性便秘的重要组成部分^[4]。增液温下方为我院治疗慢性便秘的经验方,是以增液汤为基础方进行辨证加减所得,具有温肾通下、益气养阴之功效,主治阴阳两虚型便秘。本研究笔者在常规西医治疗基础上加用增液温下方治疗老年慢性功能性便秘患者100例,并与单纯西医治疗的100例进行对照观察,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择2017年1月至2018年1月我院老年病科诊治的慢性功能性便秘患者200例,采用随机数字表法随机分为治疗组与对照组,每组100例。治疗组男40例,女60例;年龄60~75岁,平均年龄(66.84 ± 3.22)岁;病程4~20年,平均病程(10.51 ± 1.55)年。对照组男41例,女59例;年龄60~77岁,平均年龄(66.57 ± 3.18)岁;病程4~19年,平均病程(10.34 ± 1.42)年。2组性别、年龄、病程等一般资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。本研究获得医院伦理委员会批准

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照“功能性胃肠病的罗马Ⅲ诊断标准”^[5]及《中国慢性便秘诊治指南(2013年,武汉)》^[6]中慢性功能性便秘的诊断标准拟定。中医诊断标准按照《中药新药临床研究指导原则》^{[7]201}中大便秘的诊断标准,且辨证为阴阳两虚型。主症:排便间隔时间延长,两次排便时间间隔 >72 h;便质干结,排便困难;便质不干结但排出费力;次症:腹痛,腹胀,左下腹可扪及条索状粪块,诱发痔疮或肛裂,伴有口干咽燥、手足凉、乏力、便中或便后气喘、腰酸膝软、心烦难寐等症;舌脉:舌体胖,舌苔淡

红,舌边有齿印,脉沉细。

1.3 纳入标准 符合上述老年慢性功能性便秘之中、西医诊断标准及阴阳两虚证辨证标准;年龄60~80岁;病程 ≥ 6 个月;近1周内未服用任何治疗便秘的药物或使用其他方法治疗;知情同意并签署知情同意书。

1.4 排除标准 合并心脑血管、肝肾或造血系统等严重原发性疾病者;由直肠或结肠器质性疾病引起肠道狭窄者;由其他器质性病变引起便秘者;符合手术指征者;合并精神障碍类疾病者;过敏体质或对本研究所用药物成分过敏者;遵医行为较差影响临床试验顺利进行者。

2 治疗方法

2.1 对照组 予枯草杆菌二联活菌肠溶胶囊联合乳果糖口服溶液。枯草杆菌二联活菌肠溶胶囊(北京韩美药品有限公司,国药准字S20030087),500mg/次,2次/d;乳果糖口服溶液(陕西兴邦药业有限公司,国药准字H10890034),15mL/次,2次/d。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上,加用增液温下方中药汤剂口服。药物组成:肉苁蓉15g,黄芪15g,玄参15g,麦冬12g,生地黄12g,枳实6g,厚朴6g。血虚甚者加何首乌、当归,气虚甚者加党参、白术,阴虚甚者加沙参、石斛,肾阳虚甚者加核桃仁、锁阳,气滞者加木香、莱菔子。上药加水浸过药面2~3cm,水煎2次,收汁300mL,每日1剂,分早、晚2次服用。

2组均治疗4周。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 便秘症状量化评分 参照《便秘症状和疗效评估》^[8]中制定的便秘症状的量化评分标准对2组患者治疗前后排便间隔时间、粪便性状、排便困难、腹胀、排便不尽感等症状进行量化积分,按照症状由轻至重分别计0、1、2、3分。

3.1.2 结肠传输试验 2组患者治疗前后于我院放射科进行结肠传输试验,试验当日早餐后服用钡剂,并于24h、48h、72h后返院摄腹部X线立位平片1张,记录各时点钡剂排出率。

3.1.3 生活质量评估 采用慢性便秘生活质量自评量表(PAC-

QOL)评估患者治疗前后生活质量改善情况,主要包括躯体不适、心理社会不适、担心和焦虑、满意度4项内容,得分越低表示患者生活质量越优。

3.2 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^{[7][276]}制定疗效标准。痊愈:治疗后患者大便恢复正常或恢复至病前水平,其他症状完全消失,疗效指数在90%以上;显效:治疗后患者便秘得到显著缓解,排便间隔时间和便质基本恢复正常,或大便稍干但排便间隔时间在3d以内,其他症状基本消失,疗效指数70%~90%;有效:治疗后患者排便间隔时间减少1d,便质干结得到缓解,其他症状均得到一定缓解,疗效指数30%~70%;无效:治疗后患者便秘及其他症状均未得到任何缓解,疗效指数不足30%。疗效指数=[(治疗前症状积分-治疗后症状积分)/治疗前症状积分] $\times 100\%$ 。

3.3 统计学方法 所有数据使用SPSS 22.0统计软件包进行统计学分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者临床疗效比较 见表1。

3.4.2 2组患者治疗前后便秘症状量化评分比较 见表2。

3.4.3 2组患者治疗前后结肠传输试验钡剂排出率比较 见表3。

表1 治疗组与对照组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	100	39 (39.0)	30 (30.0)	22 (22.0)	9 (9.0)	91 (91.0)*
对照组	100	28 (28.0)	25 (25.0)	26 (26.0)	21 (21.0)	79 (79.0)

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

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

组别	时间	例数	排便间隔时间	粪便性状	排便困难	腹胀	排便不尽感
治疗组	治疗前	100	2.03 $\pm$ 0.31	2.08 $\pm$ 0.28	2.11 $\pm$ 0.35	2.20 $\pm$ 0.30	2.23 $\pm$ 0.33
	治疗后	100	0.80 $\pm$ 0.09**	0.83 $\pm$ 0.08**	0.76 $\pm$ 0.09**	1.24 $\pm$ 0.18**	0.79 $\pm$ 0.08**
对照组	治疗前	100	2.05 $\pm$ 0.34	2.12 $\pm$ 0.32	2.15 $\pm$ 0.31	2.25 $\pm$ 0.35	2.27 $\pm$ 0.37
	治疗后	100	1.38 $\pm$ 0.24 [‡]	1.45 $\pm$ 0.23 [‡]	1.26 $\pm$ 0.18 [‡]	1.88 $\pm$ 0.25 [‡]	1.67 $\pm$ 0.27 [‡]

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结肠传输试验钡剂排出率比较($\bar{x} \pm s$) %

组别	时间	例数	服用钡剂24h	服用钡剂48h	服用钡剂72h
治疗组	治疗前	100	18.53 $\pm$ 2.93	34.92 $\pm$ 4.56	42.31 $\pm$ 5.38
	治疗后	100	29.42 $\pm$ 3.85**	55.06 $\pm$ 6.62**	73.18 $\pm$ 8.38**
对照组	治疗前	100	18.46 $\pm$ 2.88	35.11 $\pm$ 4.62	42.23 $\pm$ 5.44
	治疗后	100	24.16 $\pm$ 3.55 [‡]	46.07 $\pm$ 5.73 [‡]	61.32 $\pm$ 7.29 [‡]

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

3.4.4 2组患者治疗前后PAC-QOL评分比较 见表4。

4 讨论

慢性功能性便秘的发病机制较为复杂,具体病因尚未明确,临床研究认为可能与患者年龄、饮食习惯、心理状态及排便习惯有关^[9]。现代医学研究认为,正常排便过程包括便意产生和排便动作。睡醒或进餐后,结肠运动增强,粪便逐渐向结肠远端推进,直肠受到充盈后,压力增加,肛门括约肌松弛,而肛门外括约肌出现收缩,直肠内压不断刺激直肠壁,当超出阈值时,便会产生便意。便意冲动沿盆神经和腹下神经传至腰骶部脊髓处的排便中枢,再传至大脑皮层,然后大脑皮层再通过传出神经将冲动信号传入相应的靶器官,提肛肌、膈肌及腹肌相继收缩,耻骨直肠肌和肛门括约肌出现反射性松弛,腹压上升,最终促使粪便排出。因此,排便过程是一项多系统参与的复杂生理过程,任何一处系统功能发生障碍均会影响排便进行,进而诱发便秘^[10]。

老年慢性功能性便秘可归属于中医学“老人秘”“大便难”“后不利”等范畴,多因患者大肠传导功能失常所致。老年人因年高体虚,元气亏损,脾胃肾功能均不足,肠道传输无力。脾胃位居中焦,为全身气血生化之源,气机升降出入之枢纽。脾主运化,能将津液、水谷转化为精微,供养机体;胃主受纳和通降。若脾胃运化受纳和升清浊降功能正常,则排便有度,若脾胃亏虚,气血生化匮乏,肠道失于濡养,或脾胃升降出入失常,糟粕积滞内停,则会形成便秘。肾主液,司二便,老年人肾气不足,肾阳亏虚则无法蒸化津液,温润大肠,肾阴亏虚则无法濡养肠道,便干不行,终致便秘。针对老年慢性功能性便秘的病因病机,治宜益气养阴、温肾通下,我们自拟增液温下方。方中玄参养阴生津,能启动肾水,滋润肠燥,还能解热结,通二便;生地黄养阴润燥,补而不腻;麦冬“能润能补能通”,具有补阴液之功,常用于治疗肠燥便秘证^[11]。以上三药合用,取“增液汤”之方义,彰显养阴增液、润肠通便之功。黄芪为补气之要药,能补气行滞、益气生血;肉苁蓉强肾益精、润肠通便,其性温润,能通腑而不伤津液;枳实消积散结、行气除痞,与其他中药相伍,可用于治疗腹痛便秘、食积停滞等症^[12];厚朴除满消胀、行气消积,与枳实合用,彰显除满消痞、行气导滞之功。纵观全方,玄参、生地黄、麦冬养阴,肉苁蓉、黄芪通阳益气,厚朴、枳实除满下气。诸药配伍,益气养阴温肾以治本,通

表4 治疗组与对照组治疗前后PAC-QOL评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	时间	例数	躯体不适	心理社会不适	担心和焦虑	满意度
治疗组	治疗前	100	13.38±2.41	1.46±0.25	1.81±0.23	3.11±0.42
	治疗后	100	1.03±0.21 [#]	0.65±0.07 [#]	0.78±0.09 [#]	1.32±0.24 [#]
对照组	治疗前	100	13.27±2.36	1.52±0.27	1.76±0.21	3.16±0.44
	治疗后	100	5.96±0.71 [#]	1.18±0.17 [#]	1.21±0.23 [#]	1.78±0.28 [#]

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

下以治标。补通并用,通不损正,扶正固本,通下作用缓和,能够显著改善患者脏腑功能,使气机通畅,阴平阳秘,便秘症状消除。

本研究结果显示,治疗组治疗后排便间隔时间、粪便性状、排便困难、腹胀、排便不尽感等便秘症状评分均显著低于对照组,提示增液温下方能够更有效改善老年慢性功能性便秘患者的临床症状。治疗后治疗组服用钡剂24h、48h、72h的钡剂排出率均明显高于对照组,提示增液温下方能够更有效地促进老年慢性功能性便秘患者结肠传输功能的恢复。由于慢性便秘病情严重时会显著降低患者的生活质量,故生活质量作为一项心理社会学的量表,对评价慢性便秘的治疗效果具有重要的临床价值。PAC-QOL量表是临床评价慢性便秘患者生活质量的特异性量表,能够直接反映便秘对患者生活质量的损害程度。本研究观察到,治疗后治疗组躯体不适、心理社会不适、担心和焦虑及满意度积分均显著低于对照组,表明增液温下方能够更有效地改善老年慢性功能性便秘患者的生活质量。此外,治疗组总有效率显著高于对照组,表明加用增液温下方治疗老年慢性功能性便秘,其综合疗效显著优于单纯西药治疗。下一步拟继续扩大样本数,延长观察时间,并拟通过动物实验探索增液温下方的作用机制。

参考文献

- [1] 刘海婷,常华,吴雨静,等.关于老年慢性功能性便秘的相关因素分析[J].中华临床医师杂志(电子版),2016,10(14):2163.
- [2] 卜佳,许翠萍.慢性便秘和慢病管理[J].世界华人消化杂志,2016,24(30):4162.
- [3] 张玉红,潘永兴.中医药综合疗法联合西药治疗慢性功能性便秘老年患者临床观察[J].新中医,2018,50(2):28.
- [4] 周峰,张旗,张永安,等.益气养阴方治疗慢性功能性便秘(气阴两虚证)的临床研究[J].河北中医,2017,39(11):1646.
- [5] SHETH A A.ROME III: the functional gastrointestinal disorders[J].J Clin Gastroenterol,2007,41(9):867.
- [6] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组,中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组.中国慢性便秘诊治指南(2013年,武汉)[J].中华消化杂志,2013,33(5):291.

激痛点动伸推拿治疗斜方肌筋膜疼痛综合征 30 例临床研究

莫 莽 罗 凇 刘 通 彭勤燕 张 玲

(广州中医药大学第五临床医学院, 广东广州 510405)

摘 要 目的:观察激痛点动伸推拿治疗斜方肌筋膜疼痛综合征(MPS)的临床疗效。方法:将60例斜方肌MPS患者采用随机数字表法随机分为治疗组和对照组,每组30例。治疗组采用激痛点动伸推拿法治疗,对照组采用传统推拿法治疗。2组均予前3d每日治疗1次,之后隔日治疗1次,5次为1个疗程,共治疗2个疗程,2个疗程间隔2~3d。分别于治疗前、治疗结束、随访期(治疗结束后2周、4周、6周)进行VAS评分,在治疗后6周随访时进行临床疗效评定。结果:治疗结束时,2组患者VAS评分均较治疗前明显降低($P<0.05$),但组间比较无统计学差异($P>0.05$)。治疗后2周、4周、6周,治疗组VAS评分较治疗结束时有缓慢升高的趋势,但无统计学差异($P>0.05$),对照组VAS评分在随访各时间点均较治疗结束时明显升高($P<0.05$),但仍低于治疗前($P<0.05$);治疗组VAS评分在治疗后4周、6周时均明显低于对照组($P<0.05$)。6周随访时,治疗组总有效率为93.33%,对照组为73.33%,差异有统计学意义($P=0.038$)。结论:激痛点动伸推拿与传统推拿治疗斜方肌MPS均有显著疗效,但动伸推拿长期疗效优于传统推拿,值得推广且做进一步研究。

关键词 激痛点;筋膜疼痛综合征;动伸推拿;斜方肌;疼痛视觉模拟评分

中图分类号 R244.152 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2019) 07-0039-03

基金资助 国家自然科学基金资助(81574093)

肌筋膜疼痛综合征(Myofascial Pain Syndrome, MPS)是常见于疼痛科门诊的一种疾病,临床又称“肌筋膜炎”“肌筋膜触发点疼痛综合征”等,因为现代生活方式影响,本病尤以斜方肌常见。可因急性过牵、疲劳、创伤、受凉和感冒等触发激痛点引起一系列临床表现,主要有局部疼痛、牵涉痛、异常感觉、疲劳无力及情绪反应等症状^[1],对患者的学习、工作及生活造成了许多不良影响,甚则严重影响患者生活质量。在治疗方面,传统推拿治疗MPS短期内能取得不错的疗效,且患者乐于接受,但长期疗效欠

佳。为了寻求治疗方法的优化,课题组从激痛点治疗肌筋膜疼痛综合征理论着手,采用激痛点动伸推拿治疗斜方肌MPS,并与传统推拿法做近远期疗效比较,现报道结果如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 60例患者均为2018年1月至7月广东省第二中医院门诊确诊为斜方肌MPS的患者,按照随机数字表法随机分为治疗组与对照组,每组30例。治疗组男17例,女13例;平均年龄(39.03 ± 11.11)岁;平均病程(3.20 ± 2.13)年。对照

- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002.
- [8] 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.
- [9] 周峰, 张旗, 张永安, 等. 益气养阴方治疗气阴两虚型慢性功能性便秘疗效及对患者症状积分的影响[J]. 四川中医, 2018, 36(3): 82.
- [10] 金红艳. 鼓气通魄汤配合脐贴联合莫沙比利治疗气虚型老年慢性功能性便秘[J]. 吉林中医药, 2017, 37(6): 564.

- [11] 彭婉, 马骁, 王建, 等. 麦冬化学成分及药理作用研究进展[J]. 中草药, 2018, 49(2): 477.
- [12] 曲中原, 冯晓敏, 邹翔, 等. 枳实研究进展[J]. 食品与药品, 2017, 19(6): 455.

第一作者:任欣(1988—), 女, 医学硕士, 住院医师, 研究方向为老年心脑血管及呼吸系统疾病的防治。shv2005@163.com

收稿日期: 2019-02-21

编辑: 吴 宁