

本文引用:魏永辉,吕立群,刘蕊,高媛,赵长胜,王爱磊,陈莉,陆庆革,李春耕,白国民.八珍汤加味联合 STARR 术治疗直肠前突(中气亏虚证)的临床观察[J].湖南中医药大学学报,2017,37(8):921-924.

八珍汤加味联合 STARR 术治疗直肠前突 (中气亏虚证)的临床观察

魏永辉¹,吕立群¹,刘蕊¹,高媛²,赵长胜³,王爱磊¹,陈莉¹,陆庆革¹,李春耕¹,白国民¹
(1.河北省唐山市中医医院,河北唐山 063000;2.河北省唐山市丰润区中医医院,河北丰润 064000;
3.河北省唐山市丰润区人民医院,河北丰润 064000)

[摘要] 目的 观察八珍汤加味联合 STARR 术治疗直肠前突(中气亏虚证)的临床疗效。方法 将 200 例直肠前突(中气亏虚证)患者随机分为对照与治疗组各 100 例,对照组采用 STARR 术治疗,治疗组采用八珍汤加味联合 STARR 术治疗,疗程 30 d,观察两组治疗前后排便困难、排便不尽感主症及肛门梗阻感、肛门坠胀感次症评分和直肠前突深度变化情况及临床疗效。结果 两组治疗后主次症状评分及直肠前突深度较治疗前均降低($P<0.05$),治疗组降低程度大于对照组($P<0.05$),治疗组总有效率高于对照组($P<0.05$)。结论 八珍汤加味联合 STARR 术能够显著减轻直肠前突(中气亏虚证)程度,改善临床症状,提高临床疗效。

[关键词] 直肠前突;八珍汤;STARR 术;临床观察

[中图分类号]R256.35;R574.63

[文献标志码]B

[文章编号]doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2017.08.026

Clinical Effect of Modified Bazhen Decoction Combined with STARR Operation in Treating Rectocele (Deficiency of Qi in Middle-Jiao Syndrome)

WEI Yonghui¹, LV Liqun¹, LIU Rui¹, GAO Yuan², ZHAO Changsheng³, WANG Ailei¹, CHEN Li¹, LU Qingge¹, LI Chungeng¹, BAI Guomin¹

(1. Tangshan Traditional Chinese Medicine Hospital, Tangshan, Hebei 063000, China; 2. Fengrun District Traditional Chinese Medicine Hospital, Tangshan, Hebei 064000, China; 3. Fengrun District People's Hospital, Tangshan, Hebei 064000, China)

[Abstract] **Objective** To observe the clinical effect of modified Bazhen decoction combined with STARR on rectocele (deficiency of Qi in middle-Jiao syndrome). **Methods** 200 patients with rectocele (deficiency of Qi in middle-Jiao syndrome) were randomly divided into control group and treatment group, 100 cases in each group. The control group was treated with STARR. The treatment group was treated with modified Bazhen decoction combined with STARR, and the course of treatment was 30 d. The main symptoms of difficult or not completely defecation, the minor symptoms of obstruction and straining feelings in anus, the dempth of rectocele were observed before and after treatment. **Results** The scores of primary and secondary symptoms and the depth of rectocele in the two groups were lower after treatment ($P<0.05$), the decrease level in the treatment group was higher than that in the control group ($P<0.05$). The total effective rate in the treatment group was higher than that in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The modified Bazhen decoction combined with STARR could significantly reduce the extent of rectocele (deficiency of Qi in middle-Jiao syndrome), improve the clinical symptoms and the clinical curative effect.

[Keywords] rectocele; Bazhen decoction; STARR surgery; clinical observation

直肠前突是肛肠科的常见病和多发病,属于中医学“便秘”的范畴,临床以排便困难、肛门及会阴坠胀、排便不尽,排便时间延长为主要表现,严重影响患者的生活质量^[1]。本病以女性最为常见,男性很少患病,约占女性功能性排便障碍性疾病的 30%~

60%^[2]。直肠前突以手术治疗为主,但疗效欠佳,术后复发率较高^[3]。为提高手术效果,降低术后复发率,本研究在手术治疗的基础上联合八珍汤加味治疗直肠前突(中气亏虚证),取得了较满意的疗效,现报道如下。

[收稿日期]2017-01-16

[作者简介]魏永辉,男,硕士,主治医师,主要从事中医药防治肛肠疾病研究,E-mail:wyhtszy@sina.com。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2014年1月至2016年6月就诊于唐山市中医医院的200例直肠前突(中气亏虚证)女性患者,按随机数字表法分为对照组与治疗组各100例。对照组年龄39~67岁,平均(55.62±7.49)岁;病程3~11年,平均(5.37±2.52)年;直肠前突深度31~45 mm,平均(36.30±3.26)mm。治疗组年龄35~69岁,平均(53.76±8.20)岁;病程4~11年,平均(5.60±2.33)年;直肠前突深度31~43 mm,平均(35.97±3.45) mm。两组年龄、病程及直肠前突深度等临床资料差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 病例选择标准

1.2.1 诊断标准 西医直肠前突及分度诊断标准参照《中西医结合肛肠病治疗学》^[4]制定:存在排便困难、肛门梗阻、会阴部坠胀疼痛及排便不尽感等症状;肛门指检可触及肛管上端的直肠前壁有一圆形或卵圆形突向阴道的薄弱区,用力排便时突出尤为明显;肛门排粪造影显示直肠前突6~15 mm为轻度,16~30 mm为中度,大于30 mm为重度。中医便秘及中气亏虚证诊断标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[5]制定:大便干结,排便困难,临厕无力努挣,挣则汗出气短;神疲乏力,肢体倦怠,心悸气短,舌质淡,苔薄白,脉细弱。

1.2.2 纳入标准 符合直肠前突、便秘及中气亏虚证诊断标准,排粪造影显示直肠前突大于30 mm;经过3个月正规保守治疗无效;年龄30~70岁之间的女性;患者或家属签署知情同意书,符合医学伦理学要求。

1.2.3 排除标准 合并溃疡性结肠炎、直肠肿瘤、肛裂等结直肠肛门疾病;慢性假性结肠梗阻、成人先天性巨结肠等原因所致排便困难及肛门坠胀;合并心脑血管等严重原发性疾病、传染性疾病、精神障碍性疾病;妊娠期及哺乳期女性;对试验药物过敏;已接受过STARR术治疗直肠前突;预期对试验方案依从性较差;正在参加其他临床试验。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组采用STARR术治疗 用扩肛器扩肛,置入肛门镜,取出内芯,将肛门镜缝扎固定于臀部,在缝合器视野下,于直肠前壁距齿线约5 cm层面处,截石位9点~3点(顺时针)在黏膜下层作半荷包缝合,同法在齿线上约3 cm层面处分别作半荷包(上下共2个半荷包);于6点处用压舌板从肛门

镜外侧紧贴直肠后壁插入直肠挡住直肠后壁,然后置入吻合器,将2根荷包线绕吻合器连杆同时收紧打结,自侧孔引出,轻轻拉紧(女性击发前更换手套探查阴道后壁未嵌入吻合器),关闭吻合器,打开保险,击发吻合器后停留1 min,取出吻合器,检查吻合口有无活动性出血。再于直肠后壁距齿线约5 cm层面处,自截石位3点~9点(顺时针)在黏膜下层作半荷包;同样用压舌板从12点肛门镜外侧紧贴直肠前壁插入直肠挡住直肠前壁,置入吻合器,将荷包线绕吻合器连杆同时打结,自侧孔引出,轻轻拉紧,关闭吻合器,打开保险,击发吻合器后停留1 min,取出吻合器,检查吻合口有无活动性出血。去掉肛门镜,止血纱布压迫吻合口,术毕。

1.3.2 治疗组在对照组的基础上联合八珍汤加味治疗 STARR术3 d后开始采用八珍汤加味治疗。八珍汤加味:黄芪15 g,人参10 g,白术45 g,茯苓20 g,当归20 g,白芍20 g,川芎10 g,柴胡15 g,升麻10 g,熟地黄15 g,麻仁10 g,甘草6 g。每日1剂,水煎至400 mL,早晚分服,治疗30 d。

1.4 观察指标

观察治疗前及治疗后排便困难、排便不尽感主症及肛门梗阻感、肛门坠胀感次症评分^[6]和直肠前突深度^[4]变化情况;评价治疗后临床疗效。(1)排便困难评分:排便通畅,无不适,计0分;排便轻度困难,用力即可排出,计2分;排便困难,有时用力也不能排出,需要应用导泻药,计4分;排便困难明显,需要经常应用导泻药,计6分。(2)排便不尽感评分:无排便不尽感,计0分;排便后略感未排尽,持续时间短,计2分;排便后排不尽感明显,持续时间较长,计4分;排便后排不尽感明显,时时欲排便,计6分。(3)肛门梗阻感评分:无肛门梗阻感,计0分;轻度肛门梗阻感,计1分;肛门梗阻感明显,计2分;肛门梗阻感严重,计3分。(4)肛门坠胀感评分:无肛门坠胀感,计0分;肛门坠胀感仅在排便后出现,持续时间短,计1分;肛门坠胀感与排便无关,经常存在但尚可忍受,计2分;肛门坠胀感明显,难以忍受,计3分。

1.5 疗效标准

参照文献^[6]制定疗效判定标准,以症状及排粪造影显示直肠前突深度变化为主要指标。痊愈:症状消失或基本消失,直肠前突深度 ≤ 5 mm;显效:症状明显改善,直肠前突深度减少 >10 mm;有效:症状有改善, 5 mm $<$ 直肠前突深度减少 ≤ 10 mm;无效:症状及直肠前突深度无明显改善或加重。

1.6 统计学处理

采用 SPSS 17.0 统计软件处理,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, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。若患者在治疗过程中出现脱落,则该病例不纳入数据分析。

2 结果

2.1 两组脱落率比较

结果治疗组治疗过程中因未连续服用中药汤剂而脱落 4 例,脱落率为 4.0%,故治疗组治疗后患者为 96 例。对照组治疗仅单纯采用 STARR 术治疗,治疗过程中无脱落病例,故对照组治疗后患者为 100 例。两组脱落率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

2.2 两组治疗前后直肠前突深度比较

结果显示两组治疗后直肠前突深度较治疗前降低($P<0.05$),且治疗组降低程度大于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后直肠前突深度比较 (mm, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	配对 t/P	独立 t/P
治疗组	96	35.89±3.42	5.16±1.33* Δ	2.635/0.017	-2.126/0.033
对照组	100	36.30±3.26	8.94±1.57*	3.280/0.024	

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

2.3 两组治疗前后主次症状评分比较

两组治疗后排便困难、排便不尽感、肛门梗阻感及肛门坠胀感评分较治疗前均降低($P<0.05$),且治疗组治疗后排便困难、排便不尽感、肛门梗阻感及肛门坠胀感评分低于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后主次症状评分比较 (分, $\bar{x}\pm s$)

症状	组别	n	治疗前	治疗后	配对 t/P	独立 t/P
排便困难	治疗组	96	5.26±0.47	0.88±0.35* Δ	3.367/0.013	-2.294/0.026
	对照组	100	5.15±0.42	1.73±0.39*	2.129/0.034	
排便不尽感	治疗组	96	4.94±0.60	0.79±0.23* Δ	2.916/0.015	-2.172/0.031
	对照组	100	4.87±0.55	1.56±0.34*	3.924/0.010	
肛门梗阻感	治疗组	96	2.33±0.51	0.56±0.28* Δ	2.377/0.028	-3.635/0.009
	对照组	100	2.68±0.57	0.91±0.30*	2.066/0.041	
肛门坠胀感	治疗组	96	2.17±0.44	0.49±0.16* Δ	2.735/0.022	-2.490/0.017
	对照组	100	2.23±0.50	0.96±0.21*	2.231/0.030	

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

2.4 两组治疗后临床疗效比较

结果显示治疗组总有效率为 96.9%, 对照组为

91.0%, 治疗组总有效率明显高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组治疗后临床疗效比较 [例(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效	Z	P
治疗组	96	64(66.67)	19(19.79)	10(10.42)	3(3.12)	93(96.88)	-2.106	0.035
对照组	100	55(55.00)	17(17.00)	19(19.00)	9(9.00)	91(91.00)		

3 讨论

直肠前突好发于中老年女性,关于其发病原因存在多种假说,如直肠阴道隔膜薄弱学说、组织退行性变学说、直肠黏膜松弛学说及雌激素水平降低学说,临床规范化保守治疗无效的情况下多采用手术治疗^[7]。STARR 手术较传统手术治疗直肠前突,能够恢复直肠正常解剖结构,改善直肠顺应性及临床症状,同时解决直肠黏膜内脱垂、内痔及混合痔等,提高临床疗效^[8]。有研究表明,单纯采用 STARR 手术

治疗较传统手术虽有优势,但仍存在较高的复发率,疗效仍不尽人意^[9]。

中医学没有直肠前突的病名,但古代文献中有相关症状描述,多将其归为“便秘”范畴,阐述了病因及虚实分类。诚如《济生方·大便门》云:“夫五秘者,风秘、气秘、湿秘、寒秘、热秘是也。”《医学启源·六气方治》云:“凡治脏腑之秘,不可一例治疗,有虚秘,有实秘。”现代医家胡洪铨等^[10]认为直肠前突的形成多与中气亏虚有关。马晓敏等^[11]认为直肠前突基本病机为气阴两虚,病位在肺、脾、肝与肾,表现在大

肠。徐春艳等^[12]认为直肠前突的核心病机为中气下陷、肾气不固,治宜升阳举陷、补益肾气。

笔者结合历代先贤的认识及临床观察认为,直肠前突以中气亏虚为本,以阴血亏虚为标。具体而言,脾气虚弱,传导失司,无力推动燥屎外排;脾气虚弱,升举无力,直肠失于常位,发为前突。《诸病源候论》云:“肛门,大肠候也,大肠虚冷,其气下冲者,肛门反出也,亦有因产用力努偃,气冲其肛,亦会反出也。”表明中气亏虚、升举无力,可导致直肠前突。此外,脾虚则运化失常,水谷精微不能正常化生与输布,肠道失以濡润,大便干燥,难以外排。经手术治疗虽然可以恢复局部正常解剖结构,但难以改善直肠前突的根本病因。若中气亏虚之根本病因不能纠正,则术后易于复发。因此,结合现代医学及中医学对直肠前突的认识,可使用中西医结合方法进行治疗,以西医手术方式恢复局部解剖结构,以中医改善中气亏虚状态。

针对直肠前突以中气亏虚为本,以阴血亏虚为标的理论认识,笔者采用八珍汤加味进行中医药干预,以标本同治,增强治疗效果。方中黄芪补中益气,升阳固表,增强参、术、苓、草健脾益胃之功。《证类本草》中记载黄芪能疗“丈夫虚损,五劳羸弱”。柴胡疏肝行气,配以升麻显著增强参、芪升举清阳之力。人参与熟地黄相配,益气养血。白术、茯苓健脾渗湿,助参、芪益气补脾,以资气血生化之源。当归、白芍养血和营,助熟地黄滋阴补虚,濡润肠道。川芎活血行气,使地、归、芍补而不滞。麻仁润肠通便。甘草益气和,调和诸药。现代药理研究表明:黄芪能够促进胃排空,增加肠道推进功能,提高胃肠激素水平,改善胃肠动力^[13]。当归可通过促进乙酰胆碱及胃动素、胃泌素等胃肠激素的分泌来促进胃肠肌细胞收缩,刺激胃肠运动,降低胃肠残留^[14]。当归黄芪半仿生提取物能够增强胃泌素的分泌,兴奋胃肠平滑肌,促进胃肠排空^[15]。升麻能够促进脾虚动物胃肠功能的恢复^[16]。白术通过胆碱能受体介导作用,能够发挥促进胃肠推进功能^[17-18]。综合全方,既有健脾补虚之四君子汤,又有补血养血之四物汤,亦合升阳举陷之意,共奏健脾补中升阳,滋阴养血润肠之功。因此,八珍汤加味能够显著改善本研究的中气亏虚所致直肠前突排便困难、排便不尽感等症状,同时因其健脾补虚作用,能够改善神疲乏力、肢体倦怠、心悸气短等

中气亏虚一般症状,进而发挥整体治疗作用。

研究表明,八珍汤加味联合 STARR 术治疗直肠前突中气亏虚证,能够显著减轻直肠前突程度,促进正常解剖结构的恢复,减轻排便困难、排便不尽感、肛门坠胀及梗阻感,提高临床疗效。

参考文献:

- [1] 于淑英,王继英,白长川.益气通腑汤治疗女性直肠前突随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2012,26(2):67-68.
- [2] 徐昭娟,赵冬,高绍芳,等.益气养阴法结合温和灸对重度直肠前突型便秘术后的临床疗效观察[J].中华中医药杂志,2015,30(10):3758-3760.
- [3] 吴小庚,王爱磊.改良闭式修补术并益气增液中药治疗重度直肠前突 50 例疗效观察[J].中国老年学杂志,2010,11(30):3373-3374.
- [4] 金定国.中西医结合肛肠病治疗学[M].合肥:安徽科学技术出版社,2004:344-349.
- [5] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:136.
- [6] 喻德洪.现代肛肠外科学[M].北京:人民军医出版社,1997:477-480.
- [7] 肖雄军.直肠前突的病因学说[C].中医肛肠理论与实践——中华中医药学会肛肠分会成立三十周年纪念大会暨二零一零年中医肛肠学术交流大会论文集汇编.福州:2010.
- [8] 朱向晓,王峰,龚旭晨,等.STARR 术在直肠前突治疗中的应用研究[J].结直肠肛门外科杂志,2011,17(1):17-19.
- [9] 李晓华,张重阳,田志强,等.STARR 手术结合中药治疗脾气亏虚型直肠前突疗效观察[J].山东中医杂志,2015,34(10):699-770.
- [10] 胡洪铨,潘永梅.益气活血方口服辅助辨治急性直肠前突型便秘临床观察[J].中国中医急症,2015,24(11):2030-2032.
- [11] 马晓敏,田振国.田振国教授自拟中药汤剂治疗肛肠手术后便秘临床体会[J].辽宁中医药大学学报,2015,24(11):150.
- [12] 徐春艳,贾小强.升提固本法治疗直肠前突型便秘经验[J].中医杂志,2016,57(5):439-441.
- [13] 杨彬彬,季旭明,崔宁,等.黄芪多糖不同组别对脾虚水湿不化大鼠胃肠功能的影响[J].南京中医药大学学报,2015,31(4):372-375.
- [14] 程小平,吴国泰,刘峰林,等.当归挥发油对实验性胃肠动力障碍的作用及机制研究[J].中药药理与临床,2011,27(4):54-56.
- [15] 吴国泰,景琪,刘五州,等.当归黄芪半仿生提取物对腹部术后大鼠胃肠运动功能障碍的影响[J].中国现代应用药学,2016,33(5):533-539.
- [16] 祝婧,钟凌云,龚千锋,等.升麻不同炮制品对脾气虚动物胃肠功能的影响[J].中国实验方剂学杂志,2015,21(21):1-4.
- [17] 岳美颖,潘媛,敖慧.白术化学、药理与临床研究进展[J].亚太传统医药,2016,12(5):66-68.
- [18] 贡钰霞,钱海华,谷云飞.大剂量生白术配伍枳实治疗慢性传输型便秘 62 例[J].湖南中医药大学学报,2016,36(10):56-59.

(本文编辑 马薇)