

中西医结合治疗混合型便秘的疗效观察

刘佃温^{1△} 刘翔²

便秘既是一个症,又是一个病,由于其定义的不同,其发病率从 3.4%~27.2% 不等^[1],随着人们饮食结构的改变以及精神心理、社会因素等方面的影响,且有逐渐增高的趋势,尤其是 60 岁以上的老年人最为常见^[2]。混合型便秘是其中的一个类型,是指大便次数减少,数日一行,或无便意,同时又兼有排出困难、排便费力、排便不尽,或大便干结、坚硬的一种病证。临床治疗较为棘手,采用单一治疗方法如西药治疗、中药治疗或手术治疗等很难取得令人满意的效果。笔者近十年来,采用中西医结合的方法治疗混合型便秘,取得了较好的疗效^[3],现总结如下。

资料与方法

1 诊断标准

1.1 西医诊断标准 参照罗马Ⅲ标准^[4],在过去 6 个月出现过便秘症状,且近 3 个月符合 6 个条件中的 2 项或以上:(1) 1/4 以上时间排便有紧迫感;(2) 1/4 以上时间排便干结或坚硬;(3) 1/4 以上时间排便时有排便不尽感;(4) 1/4 以上时间排便时有肛门直肠的梗阻/阻塞感;(5) 1/4 以上时间排便有要额外帮助;(6) 每周排便 <3 次,无排稀溏便现象,且不足以诊断肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)。结合胃肠传输试验、排粪造影及肛门直肠压力测定等检查即可明确诊断。

1.2 中医辨证分型标准 参照《中医外科学》^[5],肠胃积热、气机郁滞、阴寒积滞属实秘;气虚、血虚、阴虚、阳虚属虚秘。

2 纳入标准 (1)符合西医诊断标准及中医辨证分型标准;(2)年龄 16~70 岁;(3)肠道检查无器质性病变者;(4)经长期药物治疗无效;(5)患者知情同意者。

3 排除标准 (1)经检查证实有直肠、结肠器质性病变者;(2)合并有焦虑、抑郁及其他精神障碍者;

(3)合并有糖尿病、心血管、脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病者。

4 一般资料 回顾收集整理河南中医学院第一附属医院 2005 年 6 月—2012 年 12 月收治的 78 例符合混合型便秘诊断标准并实施手术治疗的病例,其中男 34 例,女 44 例;年龄 16~70 岁,平均(45.8±1.1)岁;病程 4~38 年,平均(7.8±0.9)年;乙状结肠冗长 45 例,横结肠冗长 8 例,伴乙状结肠疝 21 例,小肠疝 10 例,回盲瓣关闭功能不良 30 例,结肠袋变浅或消失者 40 例,肠管明显增粗 39 例,有盆底肌痉挛 17 例,耻骨直肠肌肥厚者 11 例,直肠前突者 41 例,直肠黏膜内脱垂 68 例,肠镜提示结肠黑变病 20 例。

5 治疗方法 48 例患者行大肠次全切除、回肠直肠吻合术,30 例行大肠次切除、升结肠(保留升结肠 5~10 cm)直肠吻合术,视病情直肠只保留下 1/3 段或 1/2 段,30 例行盆底抬高手术,28 例患者行肛门松解术(挂线疗法),33 例患者行直肠黏膜结扎注射术,67 例均行扩肛术(容纳 3~4 指为度)。术后第 10 日可适当扩肛,28 例患者每隔 2 日扩肛 1 次,持续 2 周。腹泻严重(每天≥8 次)时可应用盐酸洛哌丁胺胶囊或蒙脱石散等。术后 2 周根据中医辨证施治,因本病术后多为气血大伤,治当益气养血,收敛固脱,口服十全大补汤或参苓白术散、固肠止泻丸以益气养血、健脾止泻。10 日为一个疗程,一般 1~2 个疗程。

6 观察指标与方法

6.1 疗效评价 评价指标包括:腹胀、腹痛、排便次数、排便费力情况。治愈:术后 1 月,腹胀、腹痛消失,大便排出通畅、无费力;术后 3 个月,便质转润,便后无残便感,大便日行 1~4 次,术后随访 6~12 个月无复发者;好转:术后 1 月,腹胀、腹痛减轻,排出欠通畅;术后 3 个月,便后肛内坠胀,或便后仍有残便感,大便质稀、日行 5 次以上,或术后 6~12 个月内又复发者;无效:治疗前后无明显变化或便秘症状较前加重者。

6.2 安全性评价 重点观测术后吻合口瘘、肠梗阻及其他严重不良事件,详细记录腹泻的次数及处理措施。

结 果

1 脱落情况 资料完整者 78 例,随访至 12 个

作者单位:1. 河南中医学院第一附属医院肛肠科(郑州 450000);

2. 河南中医学院第三附属医院肛肠科(郑州 450000)

通讯作者:刘佃温, Tel: 13383831818, E-mail: ldw2101@sohu.com

△现在单位:河南中医学院第三附属医院肛肠科(郑州 450000)

DOI: 10. 7661/CJIM. 2016. 02. 0244

月者 70 例,8 例失访。

2 治疗结果 70 例患者中治愈 60 例 (85.7%), 好转 9 例 (12.9%), 无效 1 例 (1.4%)。术后 70 例发生腹泻, 其中 35 例 10~20 次/日, 40 例 5~10 次/日, 5 次以下 3 例。经口服十全大补汤或参苓白术散、固肠止泻丸等治疗 2 个月后, 56 例患者大便次数转为 3~8 次/日, 6 个月后 70 例患者排便次数为 2~5 次/日, 8 例失访。

3 不良反应 10 例于术后 10~20 天发生不同程度的肠梗阻, 发生率为 12.8%, 其中 3 例经胃肠减压及温盐水灌肠后恢复正常, 7 例口服中药四磨汤、芪蓉润肠口服液, 加强床下活动, 均恢复正常。1 例发生吻合口瘘, 经持续引流、全流饮食, 2 周后愈合。

讨 论

混合型便秘是一种临床非常常见的顽固性便秘, 又称难治性便秘, 看似非常简单而又非常棘手的一个疾病^[6], 常伴有不同程度的心理障碍或精神疾患。至目前为止, 其病因复杂, 尚未明了, 在治疗、诊断上都存在许多争议, 尤其在治疗上争议较多, 药物保守治疗多长时间可行外科干预, 外科干预的标准是什么, 甚至有些专家反对手术治疗^[7], 而在不停地重复使用各种刺激性泻药、促胃肠动力药等。当药物治疗效果不满意时, 最后不得不转入外科治疗, 即便便秘诊治的最终流程。其实, 外科治疗仍不是终点, 外科治疗只是纠正了形态学方面的改变, 外科治疗后仍需注意调理饮食、纠正不良生活习惯及排便习惯, 必要时再给予药物调理。

1908 年 Arbuthnot Lane 首次提出经腹手术治疗慢性顽固性便秘, 1911 年 Chapple 也报道了 50 例慢性顽固性便秘的外科治疗, 并发症多, 成功率也不高, 但给慢性顽固性便秘的外科治疗奠下了基础, 且至今全结肠切除、回直吻合仍然是治疗慢性顽固性便秘的经典术式^[8]。国外报道其发生率为 8%~44%, 术后仍有便秘症状者约占 10%, 术后出现顽固性腹泻约占 30%, 甚至常伴有腹痛、腹胀和大便失禁等, 此种顽固性腹泻往往比顽固性便秘更难让患者接受^[7]。为此, 笔者查阅大量临床文献报道, 结合数十年的临床经验, 认为若通过严格的结肠传输试验、排粪造影、大肠造影及肛门直肠压力测定, 证实有明显的解剖学或形态学方面的异常及结肠传输功能缓慢, 经药物反复治疗无效时, 即可采取手术治疗, 手术干预可取得一定的效果, 但重要的是术后应早期中药干预, 防止术后并发症的发生, 根据中医辨证施治, 以益气养血, 收敛固脱为大法, 选用十全大补汤或参苓白术散、固肠止泻丸等

随证加减, 结合生活饮食多方调理, 与单纯西医手术治疗相比, 明显降低了腹泻、腹胀、腹痛及小肠梗阻的发生率及持续时间, 达到了医患双方均满意的临床效果^[9-11]。

在选择手术治疗时, 应以全大肠切除回直吻合术为基点, 结合每个患者的实际情况, 如升结肠的扩张程度, 回盲瓣关闭功能情况、患者的年龄等选用不同的结肠切除吻合方式, 如盲直吻合、升直吻合或回直吻合术等, 若伴有出口梗阻者, 同时按引起出口梗阻的原因 (如直肠前突、直肠黏膜内套叠、耻骨直肠骨肥厚等) 进行对症处理, 不必择机再行手术处理。

混合型便秘采用大肠次全切除术加出口梗阻对症处理是有效的手术治疗方法, 术后早期中药干预可有效降低术后并发症的发生。中西医结合治疗混合型便秘比单一疗法具有明显优势。

参 考 文 献

- [1] 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): 939-944.
- [2] 丁元伟, 刘伟, 刘翔, 等. 焦虑抑郁状态对老年和非老年功能性便秘患者肛门直肠动力和直肠感觉的影响 [J]. 中华老年医学杂志, 2012, 31(4): 322-324.
- [3] 刘佃温, 周艳阳. 中西医结合治疗便秘 210 例 [J]. 中国中西医结合外科杂志, 2002, 8(4): 295.
- [4] Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD. Functional Bowel Disorders. In: Drossman DA eds. Rome III: the functional gastrointestinal disorders [J]. Mclean: Degnon Associates, 2006, 487-555.
- [5] 陈红风主编. 中医外科学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2007: 294-299.
- [6] 罗成华主编. 便秘治疗学 [M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2009: 1-2.
- [7] 王振军. 便秘外科治疗的争议和共识 [J]. 中国实用外科杂志, 2011, 31(1): 52-58.
- [8] 田洪裕, 林建江, 徐加鹤, 等. 结肠慢传输型便秘的手术治疗 [J]. 中华消化杂志, 2007, 27(6): 414-415.
- [9] Oekenmann C. Constipation: medical and Surgical management. In: Marti MC, Giviti C. Surgical management of anorectal and colonic diseases. 2nd ed. Benlin: SpringerVerlag, 1998: 332-339.
- [10] Nylund G, oresland T, Fasth S, et al. Long-term outcome after Colectomy in severe idiopathic constipation [J]. Colorectal Dis, 2001, 3(4): 253-258.
- [11] Lim J F, Ho Y H. Total Colectomy with ileorectal anastomosis leads to appreciable loss in quality of life irrespective of primary diagnosis [J]. Tech Coloproctol, 2001, 5(2): 79-83.

(收稿: 2015-09-17 修回: 2015-12-14)