

加味八珍汤对脾气亏虚证直肠前突 STARR 术后患者心理-生物动力学的影响

李春耕^{1*}, 李淑娟², 魏永辉¹, 李松柱¹, 赵宇琦¹

(1. 唐山市中医医院, 河北 唐山 063000; 2. 天津市第一中心医院, 天津 301599)

[摘要] 目的:观察加味八珍汤对脾气亏虚证直肠前突经肛吻合器直肠切除术(STARR)术后患者心理因素和肛门直肠动力学的影响。方法:将140例直肠前突STARR术后患者,随机根据入组先后分为对照组和观察组各70例。对照组采用益气通便颗粒,9g/次,2次/d,温开水冲服。观察组采用加味八珍汤,1剂/d。两组疗程均为连续治疗4周。采用出口梗阻综合征(ODS)量表评估临床症状,便秘患者生活质量自评问卷(PAC-QOL)评估治疗前后的生活质量,分别采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)和汉密尔顿抑郁量表(HAMD)量表评估治疗前后精神心理状态,进行治疗前后肛管测压,检测治疗前后血管活性肠肽(VIP),P物质(SP)和一氧化氮(NO)水平。结果:经Ridit分析,观察组临床疗效优于对照组($P < 0.05$);观察组在治疗后第4周ODS评分低于对照组($P < 0.01$),观察组ODS评分治疗前后差值多于对照组($P < 0.01$);观察组PAC-QOL量表躯体不适、心理不适、担忧和和满意度4个维度评分和总分均低于对照组($P < 0.01$);观察组HAMA和HAMD评分均低于对照组($P < 0.01$);观察组肛管静息压、最大肛门括约肌收缩压、肛管残余压均低于对照组($P < 0.05$, $P < 0.01$),最小松弛容积、初始感觉阈值、初始便意阈值和直肠最大耐受量均小于对照组($P < 0.05$, $P < 0.01$),直肠排便压高于对照组($P < 0.05$);观察组血清VIP和SP水平均高于对照组,NO水平低于对照组($P < 0.01$)。结论:加味八珍汤用于直肠前突STARR手术后脾气亏虚证患者可进一步的减轻临床症状,提高患者的生活质量,并可减轻焦虑、抑郁等负性情绪,改善直肠动力功能和直肠感知功能,调节脑肠肽因子水平。

[关键词] 直肠前突; 八珍汤; 便秘; 焦虑; 抑郁; 脑肠肽; 肛门直肠动力学; 直肠感知功能

[中图分类号] R24;R26;R5;R57;R574;R574.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2018)20-0180-06

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20182042

[网络出版地址] <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20180726.1724.010.html>

[网络出版时间] 2018-07-27 15:50

Effect of Modified Bazhentang on Psychology and Biodynamics of Patients with Encysted Rectum After STARR

LI Chun-geng^{1*}, LI Shu-juan², WEI Yong-hui¹, LI Song-zhu¹, ZHAO Yu-qi¹

(1. Tangshan City Hospital of Traditional Chinese Medicine, Tangshan 063000, China;

2. Tianjin First Central Hospital, Tianjin 301599, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the effect of modified Bazhentang on psychological factors and anorectal dynamics of patients with encysted rectum after stapled transanal rectal resection (STARR). **Method:** One hundred and forty patients with encysted rectum after STARR were randomly divided into control group (70 cases) and observation group (70 cases). Patients in control group got Yiqi Tongbian granules, 9 g/time, *bid*. Patients in observation group got modified Bazhentang, 1 dose/day. The treatment course was 4 weeks in both groups. Before and after treatment, clinical symptoms were discussed by obstructed defecation syndrome (ODS). Quality of life was discussed by patient assessment of constipation-quality of life questionnaire (PAC-QOL). Mental

[收稿日期] 20180404(112)

[基金项目] 河北省中医药管理局科研计划项目(2017331)

[通信作者] *李春耕, 硕士, 主任医师, 从事中西医结合肛肠疾病的临床防治工作, E-mail: lichungeng1234@163.com

state before and after treatment was discussed by hamilton anxiety scale (HAMA) and hamilton depression scale (HAMD) respectively. Anorectal manometry and levels of vasoactive intestinal peptide (VIP), substance P (SP) and nitric oxide (NO) were detected before and after treatment. **Result:** Ridit analysis showed that the clinical efficacy in observation group was better than that in control group ($P < 0.05$). Score of ODS in observation group was lower than that in control group at the 4th week after treatment ($P < 0.01$), and the change in ODS scores in observation group was greater than that in control group ($P < 0.01$). Scores of body discomfort, psychological discomfort, worry and satisfaction, as well as the total score in PAC-QOL scale, and the scores in HAMA and HAMD were lower than those in control group ($P < 0.01$). The anal canal resting pressure, maximal contractile pressure of anal sphincter, and residual pressure of anal canal in observation group were all lower than those in control group ($P < 0.05$, $P < 0.01$), and minimum relaxation volume, initial sensory threshold, initial defecation awareness threshold and maximum rectal tolerance were all lower than those in control group ($P < 0.05$, $P < 0.01$), while rectal defecation pressure was greater than that in control group ($P < 0.05$). Levels of VIP and SP in serum were higher than those in control group ($P < 0.01$), and the change in NO level was lower than that in control group ($P < 0.01$). **Conclusion:** Modified Bazhentang can relieve clinical symptoms, anxiousness and depression, improve quality of life, ameliorate rectal motility and rectal perception function, and regulate level of brain gut peptide factors for the patients with encysted rectum after STARR.

[**Key words**] encysted rectum; Bazhentang; constipation; anxiousness; depression; brain gut peptide; anorectal dynamics; rectal perception function

直肠前突(rectocele, RC)是因直肠阴道隔薄弱,直肠前壁在压力下呈囊袋状向前突入阴道内,实际为直肠前壁和阴道后壁疝,临床以排便困难,肛门及会阴坠胀,排便不尽,阻塞感,排便时间延长为主要表现,是引起梗阻性排便障碍综合征(obstructed defaecation syndrome, ODS)的重要原因之一^[1-2]。RC的发生与阴道生产史、腹压增加、子宫切除术史、年龄、盆底支撑结构的先天性或后天性缺陷等多种原因有关,在经产妇发生率高达 78% ~ 99%,占女性功能性排便障碍性疾病的 30% ~ 60%,对患者生活质量造成严重影响^[1,3]。手术是治疗 RC 的主要方式,但因手术方式不同,疗效不一,效果都不太满意,便秘得不到有效的缓解,且并发症严重,复发率高^[2]。

RC 属于中医“便秘”“脱肛”证的范畴,在 RC 术前、术后给予传统的中医药综合治疗,能够提高临床疗效,缩短病程,加快了术后肛门的恢复能力^[2]。依据 RC 发病情况,中医认为中气下陷、肾气不固为 RC 的核心病机,应治以升提固本之法^[4]。笔者认为 RC 经手术治疗虽然可以恢复局部正常解剖结构,但难以改善 RC 的根本病因,不能纠正中气亏虚之本,术后易于复发^[1]。八珍汤源于《瑞竹堂经验方》,由四物汤合四君子汤而成,为气血双补的经典代表方,前期笔者的研究显示用于经肛双吻合器直肠部分切除术(STARR)术后 RC 患者能显著减轻

RC 程度,促进正常解剖结构的恢复,提高手术疗效^[1]。现代研究认为精神心理因素与便秘关系密切,焦虑、抑郁水平与便秘严重程度密切相关,ODS 精神心理障碍症状越严重的患者,肛门直肠动力学障碍越严重,焦虑、抑郁严重程度与肛直肠动力及直肠感知功能障碍程度呈正相关,焦虑、抑郁可能通过影响排便时肛门内外括约肌和盆底肌功能及使直肠敏感性下降、耐受性增高而引起出口梗阻型便秘^[5-6]。本研究课题组进一步的评价了加味八珍汤治疗对 RC STARR 术后患者心理因素、肛门直肠动力和脑肠肽因子影响,为临床进一步的应用探明机制。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择唐山市中医医院 2015 年 6 月至 2017 年 6 月符合要求的 140 例女性患者为研究对象。按 SAS 软件生成,随机根据入组先后分为对照组和观察组各 70 例。对照组年龄 38 ~ 72 岁,平均(52.67 ± 11.83)岁;病程 1 ~ 7 年,平均(3.77 ± 2.65)年;排粪造影 RC 深度 31 ~ 46 mm,平均(38.52 ± 4.75)mm。观察组年龄 40 ~ 75 岁,平均(55.26 ± 14.35)岁;病程 1 ~ 10 年,平均(4.02 ± 2.86)年;排粪造影 RC 深度 31 ~ 49 mm,平均(39.16 ± 4.48)mm。对照组和观察组分别有 2 例患者脱落,最终各组完成 68 例。两组患者年龄、病程、RC 深度等基线资料组间比较,差异无统计学意义,

具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《中国慢性便秘诊治指南(2013,武汉)》^[7]制定标准,①符合罗马Ⅲ标准中功能性便秘的诊断标准;②肛门指检,直肠前下方可触及明显凹陷;③排粪造影,直肠下段呈囊袋状突向前方,Ⅲ度为直肠前突深度 >31 mm。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[8]制定,脾气亏虚证见神疲乏力,纳食欠佳,排便困难,伴肛门坠胀及便意不尽感,大便日行数次,质稀软,但解时困难;舌淡,苔薄,脉弱。

1.3 纳入标准 ①符合 RC 的西医诊断标准,RC 深度 >31 mm 患者;②符合脾气亏虚证辨证者;③病程超过 1 年,经保守治疗 3 个月以上无效,同意采用 STARR 术治疗的患者;④年龄 35 ~ 75 岁的女性患者;⑤经本院医学伦理委员会审批,并取得患者签署的知情同意书。

1.4 排除标准 ①慢传输型便秘、肠管器质性病变导致的便秘,合并肠易激惹综合征、炎性肠病、肠道肿瘤者;②肛周脓肿、肛瘘、肛门失禁等肛周疾病者;③合并耻骨直肠肌肥厚、盆底病、骶直分离、假性肠梗阻、先天性巨结肠、巨直肠等疾病者;④影响人格和智力的疾病、言语沟通障碍者;⑤合并心血管、肝、肾、呼吸、内分泌、造血系统严重疾病者,精神病患者;⑥已经接受过 STARR 术治疗,或不愿意手术治疗者;⑦同期采用其他中药治疗,影响疗效判断者。

1.5 治疗方法 两组患者均进行 STARR 手术方案,术后 6 h 进半流质饮食,控制排便 24 h,术后 3 d 恢复正常饮食。术后注射用盐酸左氧氟沙星(吉林敖东药业集团延吉股份有限公司,国药准字 H20030205),0.3 g/次,静脉滴注,1 次/d,连续注射 5 d。对照组采用益气通便颗粒(马应龙药业集团股份有限公司,国药准字 Z20090908),9 g/次,2 次/d,温开水冲服。观察组服加味八珍汤,药物组成为黄芪 30 g,人参 10 g,白术 15 g,茯苓 20 g,甘草 5 g,当归 10 g,白芍 15 g,川芎 10 g,柴胡 10 g,升麻 10 g,熟地黄 20 g,火麻仁 15 g,肉苁蓉 15 g,枳壳 10 g,香附 10 g。饮片由唐山市中医医院中药房提供,煎药室煎煮 2 次,混合药液约 500 mL,分早、晚 2 次温服,1 剂/d。两组疗程均为连续治疗 4 周。

1.6 观察指标 ①临床症状评估,采用梗阻性排便障碍综合征(ODS)量表评价^[9],ODS 由 8 个维度组成,包括排便时间、每天有便意的次数、是否需要用手帮助排便、使用泻剂的次数、灌肠的次数、排便不

尽感、排便费力程度和大便性状,总分 0 ~ 31 分,得分越高表示症状越重;治疗前后各评价 1 次。②生活质量评价,采用便秘患者生活质量自评问卷(PAC-QOL)^[10]共 28 个条目,包括躯体不适(4 个条目)、心理不适(8 个条目)、担忧(11 个条目)和满意度(5 个条目)4 个维度,每个条目以 0 ~ 5 分计,得分病情越严重,得分越高;治疗前后各评价 1 次。③精神心理状态评估,采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)和汉密尔顿抑郁量表(HAMD)量表^[11]进行评估;治疗前后各评价 1 次。④肛管测压检查,采用 Laborie 公司生产的肛肠力学仪器,患者放松休息 10 min,侧屈膝卧位,压力校准,进行套膜,并经肛门插入测压电极,记录肛管静息压(MARP),最大肛门括约肌收缩压(MASP),肛门括约肌功能长度、缩榨持续时间、直肠排便压、肛管残余压,直肠肛门抑制反射容量(即最小松弛容积)和直肠感知功能(初始感觉阈值、初始便意阈值和直肠最大耐受量);治疗前后各评价 1 次。⑤机制研究,进行血管活性肠肽(VIP),P 物质(SP)和一氧化氮(NO)检测,VIP,SP 采用酶联免疫吸附法检测,试剂盒(武汉汉博生物公司,批号分别为 201711005,20170752);NO 采用酸还原酶法,试剂盒(南京建设生物科技公司,批号 201612037);治疗前后各检测 1 次。

1.7 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[8]并结合临床制定。痊愈为临床症状消失,排便造影显示正常,肛门指诊直肠前壁无前突及直肠黏膜内套叠;显效为临床症状有明显改善,排便造影显示直肠前突深度变小、黏膜内套叠减小;有效为临床症状有改善,排便造影显示异常;无效为临床症状及排便造影均无变化或加重。

1.8 统计学处理 数据管理分析采用 SPSS 20.0 软件,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,自身前后比较采用配对 *t* 检验;等级资料采用 Ridit 分析,计数资料比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 经 Ridit 分析,观察组临床疗效优于对照组,比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

2.2 两组患者不同时点 ODS 评分比较 治疗后第 2,4 周两组患者的 ODS 评分均逐渐下降($P < 0.01$);观察组在第 4 周 ODS 评分低于对照组($P < 0.01$),观察组的 ODS 评分治疗前后差值多于对照组,比较差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 2。

表 1 两组患者临床疗效比较

Table 1 Comparison of clinical efficacy in two groups 例

组别	痊愈	显效	有效	无效
对照	33	18	12	5
观察	44	15	6	3

2.3 两组患者治疗前后 PAC-QOL 量表评分比较
与治疗前相比较,治疗后两组患者 PAC-QOL 量表躯体不适、心理不适、担忧和满意度 4 个维度评分和总分均明显下降($P < 0.01$);与对照组比较,治疗后观察组 PAC-QOL 量表 4 个维度评分和总分均低于对照组($P < 0.01$),见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 PAC-QOL 量表评分比较($\bar{x} \pm s, n = 68$)

Table 3 Comparison of PAC-QOL scale scores in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s, n = 68$) 分

组别	时间	躯体不适	心理不适	担忧	满意度	总分
对照	治疗前	14.79 ± 2.25	28.72 ± 3.95	41.46 ± 5.43	16.77 ± 3.61	100.52 ± 16.79
	治疗后	4.62 ± 1.19 ¹⁾	9.24 ± 2.31 ¹⁾	13.51 ± 2.86 ¹⁾	5.95 ± 1.07 ¹⁾	32.85 ± 5.64 ¹⁾
观察	治疗前	15.11 ± 2.74	29.36 ± 4.22	40.59 ± 5.63	17.36 ± 3.78	101.28 ± 17.28
	治疗后	2.91 ± 0.85 ^{1,2)}	6.36 ± 1.57 ^{1,2)}	7.74 ± 2.80 ^{1,2)}	3.03 ± 1.25 ^{1,2)}	18.29 ± 3.42 ^{1,2)}

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.01$ (表 4,7 同)。

治疗后观察组患者 HAMA 和 HAMD 评分均低于对照组($P < 0.01$),见表 4。

表 4 两组患者治疗前后 HAMA 和 HAMD 评分比较($\bar{x} \pm s, n = 68$)

Table 4 Comparison of HAMA and HAMD scores in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s, n = 68$) 分

组别	时间	HAMA	HAMD
对照	治疗前	16.89 ± 2.65	17.42 ± 2.97
	治疗后	7.13 ± 1.56 ¹⁾	8.24 ± 1.75 ¹⁾
观察	治疗前	16.74 ± 2.58	17.36 ± 3.15
	治疗后	4.95 ± 1.26 ^{1,2)}	5.28 ± 1.34 ^{1,2)}

2.5 两组患者治疗前后肛管测压情况比较 与治

表 5 两组患者治疗前后直肠动力功能比较($\bar{x} \pm s, n = 68$)

Table 5 Comparison of rectal motility functions in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s, n = 68$)

组别	时间	MARP /mmHg	MASP /mmHg	肛门括约肌 功能长度/cm	缩榨持续 时间/s	直肠排便压 /mmHg	肛管残余压 /mmHg
对照	治疗前	97.69 ± 10.25	197.42 ± 24.63	3.68 ± 0.51	5.25 ± 0.76	45.69 ± 3.82	75.27 ± 10.91
	治疗后	92.23 ± 7.88 ¹⁾	172.75 ± 20.83 ²⁾	3.43 ± 0.45 ¹⁾	5.75 ± 0.85 ¹⁾	47.73 ± 4.26 ¹⁾	65.15 ± 7.49 ²⁾
观察	治疗前	98.06 ± 10.54	195.69 ± 25.87	3.65 ± 0.49	5.19 ± 0.78	44.42 ± 3.76	77.38 ± 11.54
	治疗后	87.21 ± 7.66 ^{1,3)}	158.34 ± 16.91 ^{2,4)}	3.40 ± 0.42 ¹⁾	5.83 ± 0.89 ¹⁾	49.64 ± 4.53 ^{1,3)}	55.43 ± 6.27 ^{2,4)}

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$,²⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗后比较³⁾ $P < 0.05$,⁴⁾ $P < 0.01$;1 mmHg = 0.133 kPa(表 6 同)。

2.6 两组患者治疗前后血清 VIP, SP 和 NO 变化情况比较 与治疗前相比较,治疗后两组患者血清 VIP 和 SP 水平均有升高,NO 水平下降,比较差异有

表 2 两组患者不同时间 ODS 评分比较($\bar{x} \pm s, n = 68$)

Table 2 Comparison of ODS scores at different time points in two groups ($\bar{x} \pm s, n = 68$) 分

组别	治疗前	治疗后		治疗前后差值
		2 周	4 周	
对照	23.78 ± 4.95	12.66 ± 2.57 ¹⁾	6.51 ± 2.28 ¹⁾	17.14 ± 3.85
观察	24.23 ± 5.16	11.19 ± 2.65 ¹⁾	4.27 ± 1.85 ^{1,2)}	20.09 ± 4.46 ²⁾

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$;与对照组同时时间比较²⁾ $P < 0.01$ 。

2.4 两组患者治疗前后 HAMA 和 HAMD 评分比较
与治疗前相比较,治疗后两组患者 HAMA 和 HAMD 评分均明显下降($P < 0.01$);与对照组比较,

疗前相比较,两组患者 MARP, MASP, 肛管残余压均有降低,肛门括约肌功能长度变短,缩榨持续时间延长,直肠排便压升高,最小松弛容积、初始感觉阈值、初始便意阈值和直肠最大耐受量均减少($P < 0.05$, $P < 0.01$);与对照组比较,治疗后观察组患者 MARP, MASP, 肛管残余压均低于对照组,比较差异有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$),直肠排便压高于对照组($P < 0.05$);最小松弛容积、初始感觉阈值、初始便意阈值和直肠最大耐受量小于对照组,比较差异有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$);肛门括约肌功能长度变短和缩榨持续时间延长,组间比较无统计学差异,见表 5,6。

统计学意义($P < 0.01$);治疗后观察组患者血清 VIP 和 SP 水平均高于对照组,NO 变化低于对照组,比较差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 7。

表 6 两组患者治疗前后直肠感知功能比较 ($\bar{x} \pm s, n = 68$)

Table 6 Comparison of rectal perception function in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s, n = 68$)

组别	时间	最小松弛容积	初始感觉阈值	初始便意阈值	直肠最大耐受量
对照	治疗前	23.15 ± 2.74	55.82 ± 9.38	110.26 ± 17.53	182.46 ± 25.78
	治疗后	19.82 ± 2.26 ²⁾	46.25 ± 6.48 ²⁾	92.61 ± 12.48 ²⁾	169.85 ± 18.49 ²⁾
观察	治疗前	22.94 ± 2.62	56.71 ± 10.47	108.73 ± 18.25	185.12 ± 27.49
	治疗后	18.05 ± 2.37 ^{2,3)}	36.35 ± 6.02 ^{2,4)}	78.38 ± 10.26 ^{2,4)}	148.65 ± 15.37 ^{2,4)}

表 7 两组患者治疗前后血清 VIP, SP 和 NO 变化情况比较 ($\bar{x} \pm s, n = 68$)

Table 7 Comparison of serum VIP, SP and NO levels in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s, n = 68$)

组别	时间	VIP/ng·L ⁻¹	SP/ng·L ⁻¹	NO/μmol·L ⁻¹
对照	治疗前	107.38 ± 24.62	46.51 ± 8.28	81.27 ± 10.48
	治疗后	160.25 ± 28.27	69.64 ± 10.16 ¹⁾	67.54 ± 8.63 ¹⁾
观察	治疗前	110.41 ± 22.53 ¹⁾	48.34 ± 9.59	83.39 ± 11.28
	治疗后	196.72 ± 29.18 ^{1,2)}	78.75 ± 7.88 ^{1,2)}	55.89 ± 7.72 ^{1,2)}

3 讨论

研究显示超过 50% 的便秘患者存在精神、心理问题,焦虑、抑郁等精神因素以通过与脑-肠轴相互作用,也可以通过大脑皮质影响下丘脑及肠神经系统,进而影响胃肠道动力及内脏敏感性,同时内脏刺激的感觉反应也可以影响到大脑情绪和情感区域的变化^[12]。而长期的便秘也存在精神心理障碍,特别是女性患者,从而使心理和生理因素互为因果,形成恶性循环。我国学者调查显示慢性便秘高达 52.7% 的患者合并焦虑和(或)抑郁状态^[13],精神心理不但影响患者的生活质量,而且加重便秘,增加了便秘的难治性。调查显示便秘患者因长期受病痛折磨,严重影响生活质量,在生理、心理上产生明显的负面影响,易出现焦虑抑郁状态,同时心理障碍可影响脑-肠轴的调控,进一步损害排便机制,降低疗效,降低治疗依从性^[14]。研究显示,便秘患者的肛肠动力学和精神心理因素相关,便秘患者普遍存在抑郁、焦虑,且严重程度与肛门直肠动力及直肠感知功能障碍程度呈正相关,焦虑、抑郁可影响肛门直肠动力学表现,可能通过影响排便时肛门内外括约肌和盆底肌功能及使直肠敏感性下降、耐受性增高从而引起出口梗阻型便秘,使进一步的加重便秘,因此改善便秘患者的情志障碍,也是治疗便秘的重要因素。

中医认为“便秘”的病机多样,其中脾气亏虚,升举无力,中气下陷是 RC 型便秘的重要病机,如《类证治裁》所言:“大便旬余一行,切脉两尺沉大,据症断为清气下陷。”^[15]《诸病源候论》云:“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。”^[4]脾气虚弱,传导失司,无力推动燥屎外排^[1];年老精血亏虚,燥结血少,不能润泽,肛门部筋脉失于濡养,也可致大便干结难行^[4]。同时中医也认识到情志失常与便秘关系密切,情志失乖,满闷于心,气机不展,肝气机郁结,失于疏泄,肠中之气不得肝之疏泄,腑气郁滞,大肠传导失职或津液不布,粪便干结于肠道或肝气横逆犯脾,脾之运化失常,则壅塞不通或空虚无力,均可成秘^[16]。前期学者也观察到长期便秘患者多伴有失眠、焦虑状态、抑郁状态,此乃心不主神,则便意迟钝,临床治疗除调节脾胃(肠)外,还主张加入调心与肝的药物^[17]。可见本病位在大肠,传导功能与肝脾胃密切相关,焦虑、抑郁、急躁、易怒等情绪因素与便秘关系密切,因此在便秘的治疗中应强调疏肝气、调情志,驱除患者的心理忧郁,对积极治疗便秘起到必要的作用^[18]。

本研究加味八珍汤中以四君子汤主治气血两虚证。加黄芪益气健脾,升阳举陷,加柴胡、升麻增强人参、黄芪升举清阳之力。又以四物汤滋阴补血,濡润肠道。加火麻仁润肠通便,肉苁蓉补肾阳、益精血、润肠道。而本方中柴胡除升举阳气外,还能疏肝解郁,白芍能柔肝缓急,二者相配疏肝理气;川芎能行气止痛,枳壳理气行滞,香附疏肝解郁、理气宽中。诸药合用共奏补中升阳,滋阴养血,疏肝消滞,润肠通便之功。

本研究显示,观察组直肠前突 STARR 术后给予加味八珍汤治疗,在第 4 周 ODS 评分均低于对照组,且 ODS 评分下降幅度多于对照组;观察组临床疗效优于对照组,提示了加味八珍汤的使用可进一步的改善 RC 患者的临床症状,提高 STARR 手术疗效,这与前期的研究结果基本一致^[1]。

PAC-QOL 是用于慢性便秘患者生活质量进行评估的一个特异性量表,包括了生理、心理精神状态、社会关系和经济环境条件等多种维度,可客观真实地反映患者的状态、治疗满意度和接受性等,具有较高的信度、效度和反应度,是临床及科研良好的评测工具^[11]。本组资料显示治疗后观察组

PAC-QOL量表躯体不适、心理不适、担忧和满意度 4 个维度评分和总分均低于对照组,提示了加味八珍汤可显著的改善 RC 患者生活质量。

治疗后观察组 HAMA 和 HAMD 评分均低于对照组,直肠动力功能指标(MARP, MASP, 肛管残余压)均低于对照组,直肠排便压高于对照组,直肠感知功能指标(最小松弛容积、初始感觉阈值、初始便意阈值和直肠最大耐受量)均小于对照组,提示了加味八珍汤可减轻患者的焦虑、抑郁等负性情绪,改善患者的直肠动力功能和直肠感知功能,从而有助于便秘症状的改善。

VIP 广泛存在于肠壁神经丛和平滑肌层内,其主要是抑制胃肠道平滑肌蠕动,增强胃肠道黏膜腺体的分泌,使结肠的节段性非推进性运动增多,有效的肠道推动运动相应减少,协调的抑制性反射减弱或消失,直肠分泌量减少,导致便秘的发生^[12,19]。NO 是一种消化道抑制性神经递质,能介导平滑肌舒张,减弱胃肠动力,在出口梗阻型便秘中水平升高,使肠管肌肉松弛,传导乏力,肠道动力减弱引发便秘^[19]。SP 能促进胃肠道平滑肌及括约肌收缩,加强结肠集团推进运动,并可直接作用于环形肌及纵形肌,增强胃肠道运动及收缩^[12]。本研究显示治疗后观察组患者血清 VIP 和 SP 水平均高于对照组,NO 变化低于对照组,提示了加味八珍汤可通过调节脑肠肽(VIP, SP, NO)因子水平而起到改善便秘的作用。

综上,加味八珍汤用于 STARR 手术后脾气亏虚证患者可进一步的减轻临床症状,提高患者的生活质量,并可减轻焦虑、抑郁等负性情绪,改善直肠动力功能和直肠感知功能,调节脑肠肽因子水平。

[参考文献]

[1] 魏永辉,吕立群,刘蕊,等.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.

[2] 徐昭娟,薛伟彩,白建英,等.直肠前突型便秘的中西医结合治疗进展及思考[J].中国中西医结合消化杂志,2017,25(8):638-640.

[3] 杜永红,薛雅红,金黑鹰.直肠前突影像学诊断的研究进展[J].世界华人消化杂志,2016,24(14):2198-2203.

[4] 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.

[5] CHAN A O, CHENG C, HUI W M, et al. Differing coping mechanisms, stress level and anorectal

physiology in patients with functional constipation[J]. World J Gastroenterol, 2005, 11(34):5362-5366.

[6] 陈智颖,刘文新,王朝晖,等.出口梗阻型便秘肛门直肠动力及感知功能与精神心理因素的相关性分析[J].中国现代医学杂志,2017,27(27):124-126.

[7] 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,武汉)[J].胃肠病学,2013,18(10):605-612.

[8] 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.

[9] Altomare D F, Spazzafumo L, Rinaldi M, et al. Set-up and statistical validation of a new scoring system for obstructed defaecation syndrome [J]. Colorectal Disease, 2010, 10(1):84-88.

[10] Marquis P, Loge C D L, Dubois D, et al. Development and validation of the patient assessment of constipation quality of life questionnaire[J]. Scand J Gastroenterol, 2005, 40(5):540-551.

[11] 张明园.精神科评定量表手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,1998:133-136.

[12] 窦迎春,许倩倩,孟欣颖.脑肠肽及焦虑、抑郁在便秘中的研究进展[J].胃肠病学和肝病杂志,2017,26(5):497-502.

[13] 刘巍,刘晓红,方秀才,等.北京地区门诊慢性便秘患者多中心流行病学调查[J].胃肠病学,2010,15(2):95-98.

[14] 迟玉花,赵刚.功能性便秘动力学改变与情志因素的相关性[J].世界华人消化杂志,2012,20(18):1685-1689.

[15] 刘娟,姚秋园,李贞祥.升陷汤加减方治疗轻度直肠前突的临床观察[J].中国中医药科技,2017,24(3):344-346.

[16] 石玉迎,李辉,郑丽华.浅析疏肝解郁法治疗慢性功能性便秘[J].中华中医药杂志,2017,32(8):3549-3550.

[17] 张婧茹,廖颖婴,魏志军,等.直肠前壁全层切闭术联合升降白术散治疗直肠前突型便秘的疗效分析[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(2):172-177.

[18] 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.

[19] 戴菲,罗金燕,龚均,等.不同分型功能性便秘患者结肠传输功能、胃肠激素以及一氧化氮合酶的研究[J].胃肠病学,2011,16(7):419-422.

[责任编辑 何希荣]