

生脉散合玉屏风散加味 治疗老年顽固性便秘 56 例临床观察

邵洁琦, 钟秋生, 曾志江, 陆向然, 钟翠琼

(广东省东莞市第三人民医院, 广东 东莞, 523326)

[摘要] 目的: 观察生脉散合玉屏风散加味治疗老年顽固性便秘的临床疗效。方法: 将老年顽固性便秘患者 112 例分为 2 组, 每组各 56 例, 对照组采用西医常规治疗, 治疗组采用生脉散合玉屏风散加味治疗, 对比 2 组中医证候疗效, 观察不良反应发生情况及复发率。结果: 中医证候疗效总有效率治疗组为 92.86%, 对照组为 76.79%, 组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组中医症状各项积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组复发率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 生脉散合玉屏风散加味治疗老年顽固性便秘临床疗效确切, 安全性较好。

[关键词] 老年顽固性便秘; 中医药疗法; 生脉散合玉屏风散

[中图分类号] R259.746.2 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.02.021

便秘是指因先天或获得性结直肠解剖结构异常而逐渐产生排便困难的一类疾病, 国内患病率为 10% ~ 15%, 女性多见, 与饮食、精神、肠道功能衰退、结肠冗长及盆底横纹肌与其支配神经、韧带损伤等因素密切相关^[1]。有报道指出西药治疗可获取一定疗效, 但毒副作用大, 愈后易复发, 长期使用

易出现药物依赖性便秘, 而中医治疗本病历史悠久, 疗效确切, 毒副作用较少, 已得到临床广泛认可^[2]。老年顽固性便秘多由阴亏血燥, 大肠液枯, 或真阴亏损, 阴邪凝结, 无力行舟致病, 多属虚证, 治疗上当以复正气、生阴血、通腑气为法则。生脉散合玉屏风散功能健脾养血, 益气养阴, 润肠行滞,

第一作者: 邵洁琦, 男, 主治医师, 研究方向: 呼吸及消化系统疾病的中医诊疗

3.5 安全性指标 2 组患者在治疗过程中均未见不良反应, 三大常规都在正常值范围以内, 治疗前后 2 组患者肝肾功能等检测指标均无明显差异。

4 讨论

慢性萎缩性胃炎是多种因素致使胃黏膜腺体减少或萎缩, 伴或不伴有肠上皮化生等病理改变的一种胃炎, 为消化科临床多发病, 现代医学治疗方法只能暂时缓解不适症状, 却阻止不了腺体继续发展至萎缩、肠化, 甚至是不典型增生, 因此疗效欠佳。

CAG 属于中医学“胃痛”“胃痞”等范畴, 病因与饮食、情志、劳累等有关, 情志因素尤为突出, 情志抑郁, 肝失疏泄, 则肝郁不舒, 上逆犯胃, 致肝胃不和, 肝郁气滞, 发为本病。临床表现为胃脘胀满或疼痛不适感, 遇烦则痛甚, 可伴胸闷暖气、喜叹息、大便不畅等。其病位在胃, 与肝、脾有关, 治疗以疏肝和胃行气为法则。对 CAG 肝胃气滞证的治疗, 导师任顺平主任医师从调和肝胃入手, 以清法和法论治, 用柴平汤加减治疗, 方由小柴胡汤合平胃散化裁而来, 方中柴胡、黄芩、姜半夏、党参取小柴胡汤之义疏肝解郁, 调畅情志; 厚朴、陈皮健脾和胃, 行气除满; 生白术、枳实益气健脾行气, 以通为

用; 香附加强行气解郁止痛之功; 久病必瘀, 故以丹参、莪术活血化瘀。诸药合用, 使肝胃气滞得疏, 胃中气逆得降, 气机宣通调畅, 肝胆疏泄有度, 脾胃升降有序, 则病从根治, 迎刃而解。

本研究结果显示, 临床综合疗效、中医证候疗效治疗组均显著优于对照组, 柴平汤加减不仅能减轻肝胃气滞型 CAG 患者的临床症状, 并且可逆转腺体萎缩及肠上皮化生, 可在临床推广应用。

参考文献

- [1] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见(2017 年, 上海)[J]. 胃肠病学, 2017, 22(11): 670-679.
- [2] Correa P. Human gastric carcinogenesis: a multistep and multifactorial process First American Cancer Society Award Lecture on Cancer Epidemiology and Prevention[J]. Cancer Res, 1992(52): 6735-6740.
- [3] Kuipers EJ, Klinkenberg kol EC, Vandenbroucke, rauls CM, et al. Role of Helicobacter pylori in the pathogenesis of atrophic [J]. Scandinavian Journal of Gastroenterology Supplement, 1997, 223(1): 28.
- [4] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 1864.
- [5] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(2): 121-128.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002. (收稿日期: 2018-07-13)

但目前关于两方合用治疗本病的报道较少^[3-4]。笔者采用生脉散合玉屏风散加味治疗本病56例,收到较好的临床效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2015 年 9 月至 2017 年 9 月于我院治疗的 112 例老年顽固性便秘患者,按照入院时间顺序分为 2 组,每组各 56 例。治疗组中,男 24 例,女 32 例;年龄 62 ~ 82 岁,平均(69.78 ± 5.29)岁;病程 3 ~ 9 年,平均(5.16 ± 2.04)年;病情程度:轻度 15 例,中度 37 例,重度 4 例;基础疾病:高血压病 19 例,冠心病 11 例,其他 5 例。对照组中,男 22 例,女 34 例;年龄 60 ~ 78 岁,平均(68.23 ± 5.67)岁;病程 2 ~ 10 年,平均(5.14 ± 2.02)年;病情程度:轻度 12 例,中度 39 例,重度 5 例;基础疾病:高血压病 21 例,冠心病 12 例,其他 4 例。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照文献[5]拟定。有明确便秘史,无法停药或治疗无效;通过腹部 B 超、盆腔 B 超、肠镜、排粪造影等检查确诊。

1.2.2 中医辨证标准 参照《功能性便秘诊疗指南》^[6]辨证为气阴两虚型。1)主症:无便意,排便次数减少,或有便意但大便干燥难下,排便费力,持续时间延长。2)次症:心烦,咽干口渴,肢倦懒言,气短乏力,潮热盗汗,腹胀腹痛,头晕耳鸣。3)舌脉:舌质红,少津,苔少而干,脉微细无力。具备全部主症兼有舌脉及任何一项次症即可诊断。

1.3 排除标准 1)合并心、脑、肺、肝、肾、造血系统等严重原发性疾病及精神疾患;2)存在乙醇、药物滥用病史;3)近 1 个月内接受微生态制剂、钙通道阻滞剂、胃肠动力药等治疗;4)过敏体质或对本观察药物过敏;5)结直肠恶性肿瘤等器质性病变所致排便困难。

2 治疗方法

2.1 基础治疗 2 组患者均行基础治疗,包括积极锻炼,行肠道被动运动,包括肚脐上下反向按摩、腹部按摩等;合理饮食,注意粗细搭配,多食蔬菜、瓜果等富含粗纤维食物,保证饮水和热量供给充足;养成定时排便习惯,调整精神心理因素,确保睡眠充足,戒酒、戒烟等。

2.2 治疗组 采用生脉散合玉屏风散加味治疗。处方:紫菀、生白术、黄芪、麦冬、莱菔子、肉苁蓉各

30g,全当归、石斛各 15g,苏子、西洋参、五味子、生首乌各 10g,柴胡 6g,炙甘草 5g。每天 1 剂,水煎取汁 500ml,分早晚 2 次饭后 30min 温服。

2.3 对照组 采用西医常规治疗。乳果糖(湖南科伦制药有限公司,批准文号:国药准字 H20093523,规格:100ml/支)口服,每次 15ml,每天 2 次。

2 组均以 1 周为 1 个疗程,持续治疗 4 个疗程后统计疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察 2 组治疗前后临床主症(排便间隔时间、排便时间、大便性状、排便困难程度)及次症(神疲懒言、头晕耳鸣、气短乏力)评分;于治疗期间行血、尿、便常规检查,检测肝、肾功能,观察不良反应发生情况;随访 6 个月,统计复发情况。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[7]拟定。疗效指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%。痊愈:疗效指数评分减少 ≥ 95%;显效:疗效指数评分减少 ≥ 70%,但 < 95%;有效:疗效指数评分减少 ≥ 30%,但 < 70%;无效:疗效指数评分减少 < 30%。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 19.0 统计学软件进行统计分析。计数资料行 χ^2 检验;计量资料用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组中医证候疗效比较 总有效率治疗组为 92.86%,对照组为 76.79%,组间比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组中医证候疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	56	30(53.57)	16(28.57)	6(10.72)	4(7.14)	52(92.86) ^a
对照组	56	23(41.07)	15(26.79)	5(8.93)	13(23.21)	43(76.79)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后中医症状评分比较 2 组各项中医症状评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

3.5 不良反应 2 组均于治疗前后行肝肾功能、血常规、心电图等常规检查,均未发现明显异常,无肝肾功能损害、药物过敏等不良事件发生。

3.6 2 组复发率比较 治疗组有效 52 例中复发 1 例(1.92%),对照组有效 43 例中复发 7 例(16.28%),2 组复发率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组治疗前后中医症状评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	时间节点	排便间隔时间	排便时间	大便性状	排便困难程度	神疲懒言	头晕耳鸣	气短乏力
治疗组	56	治疗前	2.32 ± 0.65	2.44 ± 0.62	2.31 ± 0.64	2.26 ± 0.63	2.21 ± 0.75	2.11 ± 0.77	2.22 ± 0.69
		治疗后	0.62 ± 0.36 ^{ab}	0.72 ± 0.46 ^{ab}	0.60 ± 0.46 ^{ab}	0.71 ± 0.42 ^{ab}	0.76 ± 0.49 ^{ab}	0.75 ± 0.42 ^{ab}	0.89 ± 0.54 ^{ab}
对照组	56	治疗前	1.31 ± 0.47	1.44 ± 0.51	1.16 ± 0.66	1.26 ± 0.62	1.42 ± 0.56	1.08 ± 0.82	1.18 ± 0.61
		治疗后	2.31 ± 0.62 ^a	2.41 ± 0.64 ^a	2.30 ± 0.71 ^a	2.30 ± 0.65 ^a	2.20 ± 0.74 ^a	2.09 ± 0.86 ^a	2.20 ± 0.65 ^a

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

4 讨 论

生脉散合玉屏风散方中西洋参、麦冬、五味子补肺益气,养阴生津;生白术补气健脾;黄芪补中益气;肉苁蓉润肠通便,补肾助阳;柴胡益气健脾,温肾润肠;石斛滋阴润腑,复正气,生阴血;何首乌健脾养肾,益气养血;当归和血补血,止痛润肠;莱菔子、紫菀、苏子宣肺降气,治痰消食,补肺启秘,有利大小便之功^[8]。全方共奏温补脾肾、温肾润肠、通阳顺气之效。

本观察结果显示,中医证候疗效总有效率治疗组明显高于对照组,且治疗后排便间隔时间、排便时间、大便性状、排便困难程度、神疲懒言、头晕耳鸣、气短乏力等症状评分均明显低于对照组,说明生脉散合玉屏风散加味治疗老年顽固性便秘临床疗效显著。有研究采用原子吸收分光亮度计对生脉散合玉屏风散中微量元素进行测定,发现太子参、麦冬、五味子 3 味药中铁、锰、镍、铜、铬含量较高,可调节免疫功能,促进平滑肌蠕动^[9]。动物实验表明,玉屏风散可双向调节小鼠脾脏抗体形成细胞数,促进家兔实验性肾炎病理修复,其机体免疫功能调节作用显著^[10]。另外,现代药理学研究发现,黄芪主要成分为多糖、苷类、氨基酸等,可抗疲劳,促进机体代谢及血清与肝脏蛋白更新,增强机体免疫功能,抗菌作用广泛,其中黄芪茎叶总黄酮可提高免疫受抑小鼠 T 细胞总数,调整 T 细胞亚群紊乱,具有免疫增强及调节双向作用;生白术水提取物可降低结肠肌间神经丛中血管活性肠肽含量,增加 P 物质含量,加快肠道运输,促使大便变软,诱导排便;当归挥发油刺激胃肠道分泌兴奋性神经递质乙酰胆碱,能降低模型小鼠胃残留率,加快小肠推进率,诱导血清中胃动力素及胃泌素含量升高,改善胃肠动力障碍;而肉苁蓉提取物半乳糖醇可抑制水分被人体吸收,减少通便时间,调节胃肠运动^[11-12]。

2 组服药期间均无肝肾功能损害、药物过敏等不良事件发生。治疗组便秘复发率明显低于对照组,证实生脉散合玉屏风散加味治疗老年顽固性便

秘安全性较好,远期疗效确切。有研究以小鼠肝癌移植模型观察玉屏风散的免疫调节及毒性作用,发现除用药前 2d 少数小鼠食欲减退、粪便稀薄外,其他情况正常,解剖检查示内脏器官无异常,证实生脉散合玉屏风散毒性较低,安全性较好^[13]。张新峰等^[14]报道生脉散加味对乳腺癌接受含蒽环类药物化疗患者心脏具有一定保护作用,且无明显毒副作用。

本研究结果表明,生脉散合玉屏风散加味治疗老年顽固性便秘疗效确切,且安全性高于常规西药治疗,值得临床借鉴。

参考文献

[1] 刘争辉,袁敏惠,杜晓泉. 功能性便秘的诊断与治疗[J]. 结直肠肛门外科,2016,31(s1):122-123.

[2] 曾裕宏,唐贵娟,叶青,等. 生脉散联合蜜煎导方治疗阿片类药物所致便秘的疗效观察[J]. 中国老年保健医学,2016,14(2):26-28.

[3] 程艳刚,荆然,谭金燕,等. 生脉散的现代药理及作用机制研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报,2016,18(5):253-256.

[4] 许晓丽,于永铎. 辨证论治老年功能性便秘[J]. 实用中医内科杂志,2016,30(4):52-54.

[5] DrossmanDA. The functional Gastrointestinal Disorders and Rome III process[J]. Gastroenterology,2006,130(5):1377-1390.

[6] 中华中医药学会. 功能性便秘诊疗指南[J]. 中国中医药现代远程教育,2011,9(17):127-128.

[7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:131-137.

[8] 毛红,李薇. 中医药辨证施治治疗便秘的思考与对策[J]. 四川中医,2016,34(11):32-34.

[9] 花海莹,李雪晴,刘吉华. 生脉散对人肠道菌群失衡的调节作用[J]. 中国药科大学学报,2016,47(1):95-100.

[10] 李红念,梅全喜,戴卫波,等. 玉屏风散的临床应用与药理作用研究进展[J]. 广州中医药大学学报,2016,33(2):284-287.

[11] 汪洋. 生脉散加味治疗老年功能性便秘临床观察[J]. 中国实用乡村医生杂志,2016,23(3):44-45.

[12] 杨胜,张仲林,袁明勇,等. 玉屏风散对肺气虚证模型大鼠免疫功能的影响[J]. 中国药房,2016,27(22):3041-3044.

[13] 许璇璇,李玲璐,武彦伶,等. 从表虚伏邪探讨玉屏风散双向免疫调节机制[J]. 安徽中医药大学学报,2015,34(2):1-3.

[14] 张新峰,乔翠霞,程旭锋,等. 生脉散加味对乳腺癌接受含蒽环类药物化疗患者的心脏保护作用[J]. 辽宁中医杂志,2016,43(11):2307-2310.