

桃核承气汤联合改良 TST 术治疗 出口梗阻型便秘临床研究^{*}

唐彪 刘瑛 孙龙 韩珊珊^{**}

(陕西省中医医院,陕西 西安 710003)

摘要:目的 观察应用桃核承气汤联合改良 TST 术治疗出口梗阻型便秘的临床疗效。方法 将 72 例瘀热互结型出口梗阻型便秘患者用随机数字表法随机分为两组,治疗组 36 例在改良 TST 术治疗的基础上运用桃核承气汤口服,对照组 36 例只给予改良 TST 术治疗。比较手术前及手术后 10 天、2 个月、6 个月 Longo 便秘评分的变化;比较术前、术后 2 月、术后 6 月排便时直肠压力及肛管压力的变化情况;比较术前及术后 7 天凝血系列的变化。结果 ①术后 10 天、术后 2 个月、术后 6 个月 longo 评分治疗组均明显低于对照组($P < 0.05$),差异有统计学意义;②治疗后治疗组术后 2 月、术后 6 月排便时直肠压力增加,肛管压力下降,治疗组优于对照组($P < 0.05$),差异有统计学意义;③术前与术后 7 天,凝血系列中的影响因子无明显变化($P > 0.05$),差异无统计学意义。结论 桃核承气汤联合改良 TST 术治疗瘀热互结型出口梗阻型便秘的中远期疗效优于单纯应用手术治疗出口梗阻性便秘,且桃核承气汤的应用不会增加手术后出血的风险。

关键词:桃核承气汤;瘀热互结型便秘;出口梗阻型便秘;Longo 便秘评分;肛门直肠测压

中图分类号:R256.35 **文献标识码:**A **文章编号:**2096-1340(2022)01-0104-04

DOI:10.13424/j.cnki.jsctcm.2022.01.023

出口梗阻性便秘(Outlet Obstructive Constipation, OOC)是肛肠科常见疾病之一,表现为顽固性排便困难、排便时间延长、无便意或频繁但排不尽感等^[1]。根据便秘流行病学资料显示,便秘在我国发病率为 2%~24%^[2],其中 30%~50% 为出口梗阻型^[3]。其主要病理为直肠前突和直肠粘膜内套两种^[4]。瘀热互结型便秘表现为大便干结或粘腻,排便不畅,恶热口渴,至夜发热,心神不宁,小便黄赤,舌红或绛,买脉沉实而涩^[5-6]。本研究针对瘀热互结型的出口梗阻型便秘患者,采用口服桃核承气汤联合改良 TST 术,通过 Longo 评分^[7-9]、肛门直肠测压及凝血系列的变化来评价其临床治疗的中远期疗效及安全性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 陕西省中医院肛肠科 2018 年 3 月—2019 年 6 月,72 例瘀热互结型出口梗阻型便秘患者。采用随机数字表法将其随机分为两组,

每组 36 例患者。治疗组年龄 24~72 岁,平均(51.14 ± 2.01)岁;病程 1.5~36 年,平均(6.79 ± 3.22)年。对照组年龄 25~74 岁,平均(49.53 ± 2.09)岁;病程 2~34 年,平均(7.11 ± 3.45)年。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经医学伦理委员会批准,患者均签署手术知情同意书及临床疗效研究知情同意书。

1.2 纳入标准 ①参照罗马Ⅲ标准^[10],具有:排便延迟或者费力;排便前或排便后便意频繁;需手指协助排便;需用泻药或灌肠排便;排便不尽感;如厕时间过长;盆底坠胀,直肠不适及会阴疼痛或伴有精神心理障碍;排粪造影证实有直肠粘膜脱垂或直肠膨出(前突或后壁膨出)。②中医证候符合瘀热互结型便秘^[11-12]。③Longo 便秘评分 ≥ 9 分。④经 3 个月以上保守治疗无效者。

1.3 排除标准 ①静态像盆底疝、会阴下降型;

* 基金项目:陕西省中医医院院内课题(2018-24)

** 通讯作者:韩珊珊,主治医师。E-mail:33718783@qq.com

慢传输型便秘;②溃疡性结肠炎、结直肠肿瘤、结肠黑变病、会阴感染;③心脑血管疾病、肝肾功能不全、凝血功能障碍、糖尿病等无法耐受手术者;④直肠、肛门狭窄;⑤汉密尔顿抑郁焦虑量表测评符合抑郁、焦虑精神疾病。

1.4 治疗方法 治疗组与对照组患者均行改良 TST 术治疗,术后治疗组给予桃核承气汤口服治疗,组方:桃仁 15 g,大黄 6 g,甘草 6 g,桂枝 9 g,芒硝 6 g。1 剂加水煎至 400 mL,2 次/d,一次 200 mL。对照组只给予改良 TST 术治疗。治疗组服药时间为 6 d。药物及煎煮由陕西省中医医院药剂科提供。

改良 TST 术操作方法:术前准备(术前禁饮食 8 h,术前 2 h 清洁灌肠),硬腰联合麻醉,取截石位,手术区域常规消毒铺巾。用双开口型肛门扩张器内栓进行扩肛,然后将扩张器插入肛管,使扩张器的两开孔分别对应 6、12 点位,取出内栓,固定扩张器;在齿线上方 12 点位扩张器开孔处,左手食指伸入肛管,选择直肠黏膜松弛明显或直肠前突膨出疝囊中心平面处用 7 号丝线沿直肠黏膜下与肌层间作一半环形荷包缝合;同法处理 6 点位脱垂松弛的直肠粘膜,务必使吻合口在同一平面上。逆时针旋开吻合器的尾翼,待吻合器的头部与本体完全松开后,将吻合器的头部经肛管扩张器插入荷包缝合线的上方,分别将 12 点及 6 点荷包线绕过中心杆收紧缝线并打结,带线器经吻合

器两侧孔将缝线拉出,并用力牵引荷包线,两侧牵引线受力均衡,将缝合的松弛黏膜和黏膜下组织及部分肌层组织进入吻合器套管内,收紧吻合器,女性患者须检查阴道,保证阴道壁完整,等待 20 s,再次收紧吻合器并击发,保持其在关闭状态约 20 s,将吻合器完全旋开至最大,在直视下轻缓拔出吻合器,吻合器枪头通过吻合口时注意勿使枪头擦伤吻合口。检查吻合口是否完整,如有黏膜桥形成,可用电刀切断并电凝断端。查无出血后,置入油纱包裹肛管填塞。丁字带加压包扎。完成手术过程。

1.5 观察指标 ①术前、术后 10 d、术后 2 个月、术后 6 个月 Longo 便秘评分的变化情况;②术前、术后 2 月及术后 6 月排便时直肠压力及肛管压力的变化情况;③术前及术后 7 天凝血系列的变化情况。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计学软件所有计量资料,以均数±标准差来表示,采用 *t* 检验;计数资料以[*n*(%)]表示,采用 χ^2 检验,*P*<0.05 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 Longo 便秘评分比较 见表 1。

2.2 术前、术后 2 个月及术后 6 个月排便时直肠压力及肛管压力的变化情况 见表 2。

2.3 两组术前及术后 7 d 凝血系列比较 见表 3。

表 1 术前及术后 longo 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	术前	术后 10 d	术后 2 个月	术后 6 个月
治疗组	36	17.25±1.61	3.22±0.89	2.17±0.77	2.28±0.81
对照组	36	16.64±2.15	3.61±0.54	2.58±0.64	4.17±1.27
P 值		0.17	0.03	0.01	0.00

注:两组治疗后评分均较治疗前明显好转,但治疗组术后 2 月及术后 6 月评分明显低于对照组(*P*<0.05)

表 2 术前及术后排便时肛管及直肠压力值($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>		术前	术后 2 个月	术后 6 个月
治疗组	36	肛管	89.52±4.06	60.52±4.81	58.05±4.26
		直肠	57.13±1.85	83.77±3.56	86.19±4.15
对照组	36	肛管	88.36±4.47	62.8±4.77	64.05±5.76
		直肠	56.38±2.18	82.00±2.49	79.91±4.61
		肛管	<i>P</i> =0.25	<i>P</i> =0.04	<i>P</i> =0.00
		直肠	<i>P</i> =0.12	<i>P</i> =0.01	<i>P</i> =0.00

注:2 组术后的排便时直肠压力均变大,肛管压力均变小,优于术前;且术后同时段比较,治疗组优于对照组(*P*<0.05)

表 3 术前及术后两组 PT 及 APTT 值比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n		术前	术后 7 d
治疗组	36	PT	12.50 \pm 0.26	12.50 \pm 0.20
		APTT	35.07 \pm 0.24	35.03 \pm 0.25
对照组	36	PT	12.58 \pm 0.18	12.53 \pm 0.18
		APTT	35.13 \pm 0.27	34.85 \pm 0.30
		PT	$P=0.12$	$P=0.45$
		APTT	$P=0.29$	$P=0.11$

注:两组术前及术后的 PT、APTT 值比较, $P>0.05$,无统计学意义

3 讨论

OOC 是常见的便秘原因之一,改良 TST 术通过改变直肠肛管顺应性及直肠肛管的矛盾收缩以缓解 OOC 引起的排便困难症状^[13]。本实验是在改良 TST 术的基础上将中医症候因素作为影响出口梗阻型便秘的因素纳入,探讨了围手术期治疗中医症候对手术疗效的影响。

瘀热互结型便秘表现为大便干结或粘腻,排便不畅,恶热口渴,至夜发热,心神不宁,小便黄赤,舌红或绛,买脉沉实而涩。追溯其发病原因多为便秘患者频繁使用泻药猛攻,损伤气血,加之便秘病程大都较长,久病气虚,气虚则血行不畅,则生成瘀^[14],瘀与湿热相互交错可见瘀热互结于肠道,则引起排便不畅,大便秘结,粪便压迫肠道,再致血行不畅,气血不通,气血运行缓慢,则又有瘀血产生,互为因果,恶性循环。长期的排便努挣,排便不畅,致使肛门直肠结构发生异常,出现出口梗阻性便秘。对于结构异常,只能通过手术来校正(改良 TST 术),对于形成异常结构的病因,我们可以通过口服中药来消除。若单纯校正结构,而未处理病因,则病情有复发的可能,中远期疗效差。本研究选用桃核承气汤治疗,桃核承气汤中桃仁活血逐瘀,大黄荡涤泄热,二药合用,瘀热并治;桂枝温通血脉,助桃仁活血,芒硝软坚散结,助大黄泄热;甘草调和诸药。诸药合用,共奏泻热逐瘀活血之功。原因有三,一方面是因为桃核承气汤中因有大黄芒硝等泻下药物,本身具有泄热通便作用,可以避免患者不恰当用药所产生的副作用。二是因为其证治要点为瘀热互结,且并不用拘泥于其膀胱蓄血证^[15],对血瘀致病者,均疗效突出,且安全性较高^[16]。三是在手术后,因刀伤阻

络,瘀血内停,血行不畅,则有局部疼痛不适,桃核承气汤可以活血化瘀以加快局部创面血液循环,促进创面愈合^[17]。

本文根据临床观察结果可以得出桃核承气汤联合改良 TST 相比较单用改良 TST 术的临床疗效确切,中远期疗效较好,减少了术后复发率,且在手术后口服桃核承气汤对凝血系列影响不大,不会增加改良 TST 术后吻合口出血的风险,有效性及安全性可以得到保证。改良 TST 术单单的从已造成的结果上面来治疗,运用手术的方法来校正解剖结构的异常,从而使其恢复到正常解剖结构形态,前期时因解剖形态恢复,排便情况能得到改善,但是没有对造成解剖形态改变的根本原因进行治疗,我们在这里把造成解剖形态的原因归结为中医辨证中的瘀热互结的问题,只有手术对解剖形态恢复的同时运用中医治疗改善病因才能保证疾病不能因为病因未消除而复发,从而保证治疗的中远期疗效。改良 TST 术和桃核承气汤的治疗对于出口梗阻型便秘均是针对病因治疗,不同的是两种方法从中西医方面分别入手去除病因。我们把两种方法结合得到了较好的临床效果,故采用对中医辨证论治可以改善患者体质^[18-20],有效的提高手术中远期疗效。

参考文献

[1]王振军,杨新庆.出口梗阻型便秘的外科治疗[J].中国实用外科杂志,2013,33(11):932-935.

[2]熊理守,陈旻湖,陈惠新,等.广东省社区人群慢性便秘的流行病学研究[J].中华消化杂志,2004,24(8):43-46.

[3]邵万金.经肛吻合器直肠切除术(STARR)治疗直肠内脱垂和直肠前突引起的出口梗阻综合症研究,技术,长期结果[C].中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会.第十一次全国中西医结合大肠肛门病学术会议论文汇编.中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会:中国中西医结合学会,2006:281-289.

[4]刘明涛,张辉,王志民,等.排粪造影在功能性出口梗阻型便秘患者中的应用[J].中国肛肠病杂志,2019,39(11):48-49.

[5]孔林.老年便秘的中医治疗[J].中医临床研究,2013,5(1):71-72.

[6]黄永俨.从瘀热论治Ⅱ型糖尿病便秘 32 例[J].江苏中医,1999,(11):3-5.

[7]Carrington EV,Scott SM,Bharucha A,et al. Expert consen-

- sus document; advances in the evaluation of anorectal function[J]. Nat Rev Gastroenterol Hepatol, 2018, 15(5): 309-323.
- [8] Carrington EV, Heinrich H, Knowles CH, et al. The international anorectal physiology working group (IAPWG) recommendations: standardized testing protocol and the London classification for disorders of anorectal function[J]. Neurogastroenterol Motil, 2020, 32(1): e13679.
- [9] Andrianjafy C, Luciano L, Bazin C, et al. Three-dimensional high resolution anorectal manometry in functional anorectal disorders: results from a large observational cohort study[J]. Int J Colorectal Dis, 2019, 34(4): 719-729.
- [10] Pescatori Mario, Zbar Andrew P. Reinterventions after complicated or failed STARR procedure[J]. International journal of colorectal disease, 2009, 24(1): 201-207.
- [11] 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: 85-87.
- [12] 周仲瑛, 金实, 李明福, 等. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 252.
- [13] 臧亮, 霍黎生, 韩珊珊, 等. 改良 TST 术治疗女性出口梗阻型便秘的临床效果[J]. 临床医学研究与实践, 2019, 4(33): 17-19.
- [14] 白玉. “化瘀通便汤”治疗慢传输型便秘(血瘀型)的临床观察[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2019.
- [15] 周冉冉, 付春梅, 李冉, 等. 桃核承气汤的临床应用研究进展[J]. 现代中医临床, 2020, 27(1): 71-76.
- [16] 路广林, 张秋霞, 郭华, 等. 聂惠民教授主要学术思想概述[J]. 现代中医临床, 2015, 22(5): 4-7.
- [17] 赵英杰, 吉宏明. 三化汤合桃核承气汤合用治疗脑出血术后并发症 68 例[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(69): 254-255.
- [18] 孔凡芬. 体质辨证治疗便秘临床经验[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(10): 69.
- [19] 王新. 中医体质因素与功能性便秘的关系[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(16): 169-170.
- [20] 陈熹, 王文荣, 柯晓, 等. 功能性便秘病因及体质学研究[J]. 中国中医药现代远程教育, 2018, 16(8): 52-55.

(收稿日期: 2020-06-23 编辑: 方亚利)