

消痔灵注射液配合补中益气汤治疗直肠黏膜内脱垂疗效评价

智建文,李华山,杨 祎,王晓峰,贾 菲,何颖华

[摘要] **目的:**探讨消痔灵注射液配合补中益气汤治疗直肠黏膜内脱垂的疗效。**方法:**选取 60 例直肠黏膜内脱垂病人,随机分为 2 组,每组 30 例,对照组仅行直肠黏膜下消痔灵注射液注射治疗,观察组加用补中益气汤并随证加减,治疗 4 周后评价临床疗效,随访 12 周观察复发情况。**结果:**观察组总有效率 96.7%,显著高于对照组的 66.7% ($P < 0.01$);观察组排便不尽、肛门坠胀发生率低于对照组 ($P < 0.05$);随访 12 周观察组复发率低于对照组,但差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论:**消痔灵注射液配合补中益气汤治疗直肠黏膜内脱垂近远期疗效佳,安全性高。

[关键词] 直肠黏膜内脱垂;消痔灵注射液;补中益气汤

[中图分类号] R 657.19

[文献标志码] A

DOI: 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2017.07.036

直肠黏膜内脱垂是直肠黏膜层发生移位脱出肛门的一种功能性疾病,也是诱发梗阻型便秘的常见原因之一,发病率约占结肠疾病的 5%^[1-2]。研究^[3-5]显示,常规西药配合中医方法可取得满意效果,而且能够减少西药不良反应。本文就消痔灵注射液配合补中益气汤治疗直肠黏膜内脱垂的安全性及有效性作一探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 10 月至 2016 年 9 月我院住院治疗的 60 例直肠黏膜内脱垂病人,均因直肠脱出肛外、便秘、局部水肿等来我院就诊并经病史询问、体格检查及实验室检查确诊,同时符合中华中医学学会肛肠分会制定的直肠黏膜脱垂诊断标准^[6]及《中医病证诊断疗效标准》相关辨证分型标准^[7]。合并内痔 23 例,外痔 13 例,直肠息肉 24 例。按照临床随机数字表法分为对照组(消痔灵注射液注射)和观察组(消痔灵注射液注射+补中益气汤),各 30 例,观察组男 17 例,女 13 例,年龄 36~65 岁;对照组男 15 例,女 15 例,年龄 37~63 岁。2 组一般资料具有可比性。

1.2 方法 对照组仅行直肠黏膜下消痔灵注射液注射治疗,观察组在此基础上加用补中益气汤。

1.2.1 消痔灵注射液注射治疗 注射前 1 d 给予半流质饮食,清洁灌肠,会阴备皮。治疗前病人取侧卧位,0.5%利多卡因局部浸润麻醉成功后肛门直肠部位聚维酮碘消毒,注射器抽取 1:1 消痔灵注射液

5 mL,肛门镜监视下,在松弛黏膜上缘及齿线上方 2 cm 处各作 1 处注射平面,行多点注射,每次治疗共注射药液 20~30 mL,病情严重者可增加至 40 mL。术后 24 h 禁止排便以保证黏膜与肌层固定良好,同时给予营养支持、抗感染、补液等常规处理。

1.2.2 口服补中益气汤 自拟补中益气汤,药方组成:白术 25 g,黄芪 30 g,当归 12 g,柴胡 6 g,炙甘草 9 g,桑葚 20 g,以 500 mL 水煎煮,滤去药渣分早晚 2 次服用。同时随证加减,脱垂严重且不能自行还纳者,重用升麻、柴胡、党参、黄芪;头晕耳鸣者,重用山萸肉、覆盆子;阳气虚寒者,重用肉桂、附子、干姜;滑脱者,重用乌梅、文蛤。

1.3 观察指标 (1) 治疗 4 周后以中医证候减分率及内镜检查结果进行量化评价,体征恢复正常,证候积分减少 $\geq 90\%$,内镜检查显示视野未被松弛的直肠黏膜遮挡为痊愈;体征明显改善,证候减分率 $\geq 70\%$,内镜检查显示视野遮挡面积不超过 1/4 为显效;体征好转,证候减分率 $\geq 30\%$,内镜检查显示视野遮挡面积为 1/4~3/4 为有效;体征无改善,证候减分率 $< 30\%$,内镜检查显示几乎全部视野被松弛的直肠黏膜遮挡为无效。治疗总有效率 = [(痊愈 + 显效 + 有效) / 总例数] $\times 100.0\%$ 。(2) 比较 2 组病人治疗前后排便不尽、肛门坠胀情况。(3) 治疗结束后随访 12 周观察 2 组复发情况。

1.4 统计学方法 采用 χ^2 检验、Fisher 确切概率法和秩和检验。

2 结果

2.1 治疗 4 周后 2 组病人临床疗效比较 观察组总有效率 96.7%,显著高于对照组的 66.7% ($P < 0.01$) (见表 1)。

[收稿日期] 2017-04-13

[作者单位] 中国中医科学院广安门医院 肛肠科,北京 100053

[作者简介] 智建文(1980-),男,硕士,主治医师。

[通信作者] 何颖华,副主任医师. E-mail:heyinhua1978@163.com

2.2 2 组病人治疗前后临床指标改善情况比较 2 组治疗前排便不尽、肛门坠胀情况差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后观察组以上症状发生率低于对照组($P < 0.05$) (见表 2)。

表 1 2 组病人临床疗效比较[n ;百分率(%)]

| 分组 | n | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效 | u_c | P |
|-----|-----|----------|----------|---------|----------|----------|-------|-------|
| 观察组 | 30 | 20(66.7) | 6(20.0) | 3(10.0) | 1(3.3) | 29(96.7) | | |
| 对照组 | 30 | 11(36.7) | 4(13.3) | 5(16.7) | 10(33.3) | 20(66.7) | 2.96 | <0.01 |
| 合计 | 60 | 31(51.7) | 10(16.7) | 8(13.3) | 11(16.7) | 49(81.7) | | |

表 2 2 组病人治疗前后临床指标比较[n ;百分率(%)]

| 分组 | n | 排便不尽 | | 肛门坠胀 | |
|----------|-----|----------|--------------------|----------|---------|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 观察组 | 30 | 16(53.3) | 2(6.7) | 12(40.0) | 2(6.7) |
| 对照组 | 30 | 17(56.7) | 7(23.3) | 13(43.3) | 8(26.7) |
| χ^2 | — | 0.07 | 0.05 | 0.07 | 4.32 |
| P | — | >0.05 | <0.05 [△] | >0.05 | <0.05 |

△示 Fisher 确切概率

2.3 2 组病人复发情况比较 观察组复发 3 例(10.0%), 低于对照组 5 例(16.7%), 但差异无统计学意义($\chi^2 = 0.15, P > 0.05$)。

3 讨论

直肠黏膜内脱垂各个年龄段均可发病, 年长体弱者及经产妇中比较常见。现代医学认为发生直肠脱垂的直接原因为直肠脱垂套叠^[8], 即本病病因为直肠、乙状结肠连接处发生肠套叠所致, 与一般的肠套叠有所不同, 套叠的起点部位不固定, 在下脱过程中逐渐发生移位或者末段外翻。此外, 还有一种学说^[9-10]认为直肠脱垂的发生与疝的形成有关, 在发病初期通过指诊可触及疝, 直肠脱垂是疝形成的一个阶段, 即为滑动性疝, 随着腹内压的升高, 直肠前壁随凹陷部位发生位移滑动并最终脱出肛门。虽然肠套叠在临床上比较常见, 但是肠套叠与滑动性疝在本质上是一致的, 只是在程度上有所不同, 因为直肠前壁位移可看作部分肠套叠。

祖国传统医学认为直肠脱垂的病机为气虚, 是造成人体五脏失调的根本原因, 大肠传送无力中气下陷就会致使黏膜层发生松弛改变^[11-12], 造成气虚的常见原因包括妊娠生产、饮食不节、年老体弱等。其中, 妊娠生产是导致气虚的重要原因, 因此直肠黏膜内脱垂在经产妇中比较常见, 有学者^[13]指出, 分娩次数越多发生本病的概率和风险也就越高, 随着妇女分娩次数的增加, 盆底肌群和肛门括约肌逐渐

松弛发生功能衰退, 直肠黏膜也变得松弛无力, 严重时就会与肌层发生分离。

近年来对本病发病机制已初步达成共识, 保守疗法往往疗效不佳, 而且经常出现病人不耐受的情况。消痔灵注射液的主要成分是五倍子、明矾, 采用 1:1 消痔灵注射液直接注射到脱垂的直肠黏膜下层与周围间隙, 可促使局部组织发生纤维化, 对缩短直肠纵轴长度、恢复原有解剖结构与生物力学平衡具有促进作用, 有利于肛门括约肌功能恢复, 在临床中的应用比较广泛^[14]。由于本病病机为气虚、中气下陷, 采用内外并举法在升提固摄的同时增强病人体质, 防止治愈后复发^[15]。补中益气汤源自《脾胃论》, 遵循“虚者补之”的原则选择白术、黄芪、柴胡等入药, 白术与黄芪可补中益气, 柴胡可升阳举陷, 诸药合用共奏提摄固本之功效。本文应用消痔灵注射液配合补中益气汤治疗直肠黏膜内脱垂, 结果显示观察组治疗总有效率为 96.7%, 显著高于对照组的 66.7% ($P < 0.01$), 观察组排便不尽、肛门坠胀情况发生率较对照组明显降低 ($P < 0.05$)。随访 12 周观察组复发 3 例(10.0%), 低于对照组 5 例(16.7%), 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 此外, 2 组病人治疗期间均未出现不良反应, 体温与小便正常, 无肝肾功能损伤。

综上所述, 消痔灵注射液注射治疗的同时配合补中益气汤可获得理想的近远期疗效, 安全性高, 值得临床推广。

[参 考 文 献]

- [1] 焦强, 邱光明, 周明珠, 等. PPH 加消痔灵注射液治疗环状混合痔合并直肠黏膜内脱垂 33 例临床观察[J]. 中国民族民间医药, 2016, 25(13): 74.
- [2] 李娟, 林宏城, 任东林, 等. 直肠内脱垂致梗阻性便秘综合征病人直肠胶原纤维及弹性纤维的表达及意义[J]. 中华胃肠外科杂志, 2015, 18(12): 1215.
- [3] KIM KS, PARK MI, KIM SE, et al. Successful surgical repair of anterior rectocele inpatient with constipation [J]. J Neurogastroenterol Motil, 2013, 19(3): 405.
- [4] 柯敏辉, 叶玲, 陈立武, 等. 肛门直肠有限元模型黏膜节点位移量评价消痔灵注射的效果[J]. 中国组织工程研究, 2015, 19(49): 8005.
- [5] 刘韦成, 黄乐, 张秋雷, 等. STARR 术与 Bresler 术治疗出口梗阻型便秘的短期疗效比较[J]. 临床外科杂志, 2014, 22(4): 256.
- [6] BOVE A, BELLINI M, BATTAGLIA E, et al. Consensus statement AIGO/SICCR diagnosis and treatment of chronic constipation and obstructed [J]. World J Gastroenterol, 2012, 18(36): 4994.
- [7] XIE GX, CHEN TL, QIU YP, et al. Urine metabolite profiling offers potential early diagnosis of oral cancer [J]. Metabolomics, 2012, 8(2): 220.
- [8] 叶玲, 高献明. 直肠黏膜下注射消痔灵联合肛肠内腔治疗仪

治疗直肠内脱垂 32 例[J]. 中国现代药物应用, 2013, 7(20): 135.

[9] 张剑锋, 魏东, 赵艇, 等. 腹腔镜盆底修复直肠悬吊联合痔上黏膜环切术治疗直肠黏膜内脱垂的长期疗效评价[J/CD]. 中华结直肠疾病电子杂志, 2015, 4(2): 161.

[10] HE H, HE P, LIU N. Clinical study of tissue-selecting therapy in the treatment of mixed hemorrhoids: a single-blind randomized controlled trial[J]. Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi, 2014, 17(6): 586.

[11] 侯俊仁. 消痔灵注射合加味补中益气汤治疗脾虚气陷型直肠内脱垂性便秘的临床研究[J]. 中国保健营养(下旬刊), 2013, 33(5): 2650.

[12] SU ZH, LI SQ, ZOU GA, et al. Urinary metabolomics study of

anti-depressive effect of Chaihu-Shu-Gan-San on an experimental model of depression induced by chronic variable stress in rats [J]. J Pharm Biomed Anal, 2012, 55(3): 533.

[13] 段文志, 于文德, 严少勤, 等. 痔上黏膜切除术加矾藤痔注射治疗直肠黏膜内脱垂临床研究[J]. 中国现代医生, 2013, 51(4): 158.

[14] PODZEMNY V, PESCATORI LC, PESCATORI M. Management of obstructed defecation[J]. World J Gastroenterol, 2015, 21(4): 1053.

[15] LANDAUL BR, KATE J. Pathways of glucose-metabolism [J]. Comprehens Physiol, 2012, 80(10): 125.

(本文编辑 周洋)

[文章编号] 1000-2200(2017)07-0950-02

· 临床医学 ·

老年脑卒中营养不良危险因素分析

张新胜, 马新安

[摘要] 目的: 探讨老年脑卒中营养不良危险因素。方法: 检测 93 例年龄 ≥ 70 周岁、住院时间超过 24 h 的脑卒中病人白蛋白、前白蛋白、C-反应蛋白、三酰甘油、胆固醇水平, 调查其危险因素。结果: 不同年龄段白蛋白水平差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 80 ~ 89 岁组及 ≥ 90 岁组均显著低于 70 ~ 79 岁组 ($P < 0.01$); 不同患病时间、日常生活能力大小及有无子女照顾病人的营养风险或营养不良的发生率差异有统计学意义 ($P < 0.05 \sim P < 0.01$)。结论: 患病时间长、生活能力低以及家庭照料差等均为老年脑卒中病人的营养不良的危险因素。

[关键词] 脑卒中; 营养评估; 营养风险; 营养不良; 危险因素

[中图分类号] R 743.3

[文献标志码] A

DOI: 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2017.07.037

脑卒中属于一种突然起病的脑血液循环障碍性疾病, 发病率、死亡率、致残率、复发率高, 且并发症多^[1]。老年脑卒中病人多存在意识障碍、吞咽障碍、神经功能缺损, 进而造成进食减少, 或者是无法进食, 容易发生营养不良或营养风险^[2], 造成病人预后差^[3]。本文就老年脑卒中病人营养不良及危险因素作一探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院收治的诊断明确的老年脑卒中病人 93 例, 男 55 例, 女 38 例, 年龄 70 ~ 95 岁。按照年龄分成 70 ~ 79 岁组 34 例、80 ~ 89 岁组 30 例和 ≥ 90 岁组 29 例。病例纳入标准: 年龄 ≥ 70 岁, 入院时间 ≥ 24 h, 自愿接受营养评定、营养指标检测与调查, 符合医院伦理委员会要求。营养不良诊断标准: 体质量指数 (BMI) < 18.5 , 白蛋白 (ALB) 水平 < 35.0 g/L 者视为营养不良^[4]。

1.2 方法 病人入院后采集第 2 天晨起空腹静脉血, 检测 ALB、前白蛋白 (PA)、C 反应蛋白 (CRP)、三酰甘油 (TG)、胆固醇 (CHO) 水平。并问卷调查病人的年龄、性别、患病时间、文化程度、家庭照料情况。患病时间可分成 ≤ 5 年、6 ~ 10 年、 ≥ 11 年, 文化程度包括小学及以下、中学、大专及以上, 照料情况包括无子女参与照料和有子女参与照料。

1.3 统计学方法 采取方差分析、 q 检验及 χ^2 检验。

2 结果

2.1 不同年龄组营养状况比较 结果显示, 不同年龄段 ALB 水平差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 80 ~ 89 岁组及 ≥ 90 岁组均显著低于 70 ~ 79 岁组 ($P < 0.01$), 其余指标差异均无统计学意义 ($P > 0.05$) (见表 1)。

2.2 营养风险及营养不良的影响因素分析 结果显示, 不同患病时间、日常生活能力大小及有无子女照顾病人的营养风险或营养不良的发生率差异有统计学意义 ($P < 0.05 \sim P < 0.01$), 其中日常生活能力

[收稿日期] 2017-01-11

[作者单位] 淮北矿工总医院老年内科, 安徽 淮北 235000

[作者简介] 张新胜(1970 -), 男, 主治医师。