

# 酚酞片联合润肠脐贴治疗功能性便秘 30 例疗效观察

段飞<sup>1,2</sup>, 刘倩<sup>3</sup>, 魏明<sup>1</sup>, 冯小艳<sup>4</sup>, 邵明义<sup>1</sup>

1. 河南中医学院第一附属医院, 河南 郑州 450008; 2. 湖北中医药大学, 湖北 武汉 430065;  
3. 河南省疾病预防控制中心, 河南 郑州 450016; 4. 郑州中医骨伤病医院, 河南 郑州 450002

**摘要:** **目的** 观察酚酞片联合润肠脐贴对功能性便秘 (Functional Constipation, FC) 的临床疗效。**方法** 将 2013 年 3 月至 2014 年 4 月 60 例符合纳入标准的 FC 随机分为治疗组、对照组各 30 例。治疗组用酚酞片加润肠脐贴治疗, 对照组用酚酞片加肠贴安慰剂治疗, 7 d 为 1 疗程。**结果** 治疗后治疗组大便性状 Bristol 分型评分为 (4.56 ± 1.01), 对照组为 (3.80 ± 0.88), 治疗组优于对照组 ( $P < 0.05$ )。中医证候总积分比较, 治疗组 (3.3 ± 2.24) 低于对照组 (4.13 ± 2.81) ( $P < 0.05$ )。两组粪便性质和排便次数异常症状消失率比较, 治疗组优于对照组 (90.0% vs 66.7%,  $P < 0.05$ ; 86.7% vs 63.3%,  $P < 0.05$ )。两组排便时间和排便困难异常症状消失率比较差异无统计学意义 ( $P$  均  $> 0.05$ )。治疗组与对照组总有效率分别为 90.0%、86.7%, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。**结论** 酚酞片联合润肠贴治疗 FC 具有协同作用, 能有效改善大便性状及便秘症状。

**关键词:** 酚酞片; 润肠脐贴; 功能性便秘; 便秘; 脐疗

**中图分类号:** R 256.35 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)01-0050-03

功能性便秘 (functional constipation, FC) 是临床上常见的一种慢性消化道疾病, 通常是指大便秘结不通, 排便周期延长; 或周期不长, 但粪质干结, 排便艰难; 或粪质不硬, 尽管有便意但排出不畅的一种临床病症<sup>[1]</sup>。内科口服药治疗其依赖性大, 停药易复发, 常出现腹痛等不良反应; 外科的手术方法更不易被患者接受。本研究采用随机对照双盲法, 在酚酞片的基础上加用润肠脐贴, 观察其对 FC 的疗效性和安全性。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取河南中医学院第一附属医院 2013 年 3 月至 2014 年 4 月符合 FC 纳入标准的门诊患者 60 例, 随机分为两组。治疗组 30 例, 男 11 例, 女 19 例; 年龄 28 ~ 63 岁, 平均 (46.03 ± 10.96) 岁; 病程 0.5 ~ 4 年, 平均 (2.19 ± 1.86) 年。对照组 30 例, 男 10 例, 女 20 例; 年龄 21 ~ 65 岁, 平均 (48.10 ± 12.53) 岁; 病程 0.6 ~ 5 年, 平均 (2.29 ± 1.93) 年。两组一般资料比较差异无统计学意义 ( $P$  均  $> 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 FC 诊断标准** 西医诊断标准<sup>[2]</sup>: 参照罗马 III 诊

断标准。(1) 必须符合以下 2 项或 2 项以上: ①至少 25% 的时间排便感到费力; ②至少 25% 的时间排便为干球粪或硬粪; ③至少 25% 的时间排便有不尽感; ④至少 25% 的时间排便有肛门直肠梗阻感和 (或) 堵塞感; ⑤至少 25% 的时间排便需要手法辅助 (如用手指帮助排便、盆底支持); ⑥排便次数  $< 3$  次/周。(2) 不用泻药时很少出现稀便。(3) 不符合肠易激综合征的诊断标准。诊断前症状出现至少 6 个月, 且近 3 个月症状符合以上诊断标准。中医诊断标准<sup>[3]</sup>: 参照《中医临床病证诊断疗效标准》: (1) 排便时间延长, 每次排便间隔在 72 h 以上。(2) 便质干结, 甚则如羊屎或团块, 排便费力, 或大便并非干结而排出困难者。

**1.3 纳入与排除标准** 纳入标准: (1) 符合 FC 诊断标准者; (2) 年龄 18 ~ 65 岁, 性别不限; (3) 签署知情同意书者。排除标准: (1) 有肠道及全身器质性病因, 或有可疑病史未经排除者; (2) 便秘严重且有手术治疗指征, 需手术治疗者; (3) 伴有影响观察的严重的心脑血管疾病、糖尿病、精神疾患、严重感染等; (4) 对同类外用药物有过敏史。

**1.4 治疗方法** 治疗组用酚酞片联合润肠脐贴治疗。酚酞片 (临汾奇林药业, 国药准字 H14020528), 1 次 150 mg, 睡前口服。每次先用温开水清洗神阙穴, 外敷润肠脐贴 (由大黄、芒硝、枳实组成, 每贴含生药 9 g, 由河南中医学院第一附属医院制剂室生产, 批号 20130278), 每次 1 贴, 贴 1 h 后取下, 1 次/d, 7 d 为 1 疗程。对照组: 用酚酞片联合脐贴安慰剂。酚酞

DOI: 10.13429/j.cnki.cjcr.2015.01.018

**基金项目:** 河南中医学院科技创新人才基金 (2013XCXRC05); 河南中医学院科技创新团队基金 (2011XCXTD04); 河南中医学院第一附属医院基金项目 (2012KJ03)

**通讯作者:** 邵明义, E-mail: shmy1016@163.com

片,1 次 150 mg,睡前口服。脐贴安慰剂每次 1 贴,贴 1 h 后取下,1 次/d,7 d 为 1 疗程。治疗 7 d 后观察两组便秘情况,通过症状评分判断疗效。

**1.5 疗效评价** 参照《中药新药临床研究指导原则》证候评分表制定适合本研究的证候疗效评分表,以排便次数、排便时间、粪便的性状(结合大便性状 Bristol 分型)、排便费力程度、大便性状为主要疗效评价指标,按照轻度、中度、重度分别记 2、4、6 分。次症按照 1、2、3 记分。中医证候疗效判定标准:综合疗效指数(尼莫地平法)=[(治疗前症候积分-治疗后症候积分)÷治疗前症候积分]×100%。(1)临床控制:治疗后中医证候消失,综合疗效指数≥90%;(2)显效:治疗后中医证候明显改善,综合疗效指数<90%,≥70%;(3)有效:治疗后中医证候有改善,<70%综合疗效指数≥30%;(4)无效:治疗后中医证候无明显改善,综合疗效指数<30%。若出现无法自行排出、需灌肠或手法帮助排便或便次>5 d 均视为治疗无效病例,不必打分计算。以痊愈+显效+有

效计算总有效率。

**1.6 统计学处理** 应用 SPSS 19.0 统计软件。计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,符合正态分布采用  $t$  检验;不符合正态分布的计量资料和等级资料采用秩和检验;计数资料采用  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

大便性状 Bristol 分型评分治疗后两组均较治疗前增高( $P$  均  $< 0.05$ );治疗后评分和变化值治疗组均高于对照组( $P$  均  $< 0.05$ )。中医证候总积分治疗后两组均较治疗前降低( $P$  均  $< 0.05$ );治疗后治疗组低于对照组( $P < 0.05$ ),两组变化值比较无统计学差异( $P > 0.05$ )。见表 1。两组粪便性质和排便次数异常症状消失率比较,治疗组优于对照组( $P$  均  $< 0.05$ )。两组排便时间和排便困难异常症状消失率比较差异无统计学意义( $P$  均  $> 0.05$ )。治疗组与对照组总有效率分别为 90.0%、86.7%,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 2。

表 1 治疗前后两组大便性状 Bristol 分型、中医证候总积分及评分变化值的比较 ( $n = 30, \bar{x} \pm s$ )

组别	大便性状 Bristol 分型		大便性状 Bristol 分型变化值	中医证候总积分		中医证候总积分变化值
	治疗前	治疗后		治疗前	治疗后	
试验组	2.26 ± 0.69	4.56 ± 1.01 <sup>ab</sup>	2.30 ± 1.31 <sup>b</sup>	22.10 ± 2.49	3.30 ± 2.24 <sup>ab</sup>	-18.70 ± 2.57
对照组	2.33 ± 0.71	3.80 ± 0.88 <sup>a</sup>	1.46 ± 1.40	22.50 ± 2.08	4.13 ± 2.81	-18.46 ± 3.40

注:与本组治疗前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;与对照组比较,<sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

表 2 治疗后两组症状消失情况和疗效比较 例(%)

组别	例数	排便次数异常	排便时间异常	粪便性质异常	排便困难异常	疗效				
		症状消失	症状消失	症状消失	症状消失	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
试验组	30	26(86.7) <sup>a</sup>	25(83.3)	27(90.0) <sup>a</sup>	21(70.0)	3	21	3	3	27(90.0)
对照组	30	19(63.3)	24(80.0)	20(66.7)	25(83.3)	1	19	6	4	26(86.7)

注:与对照组比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

便秘是临床上常见的一种慢性消化道疾病。近年来,随着人们饮食习惯的改变及精神和心理压力的影响,便秘的发病率逐渐上升,已严重影响人们的生活质量,就诊的患者日渐增多。

便秘病位在肠,其脏腑涉及肺脾肝肾。历代医家对其病因病机论述颇多,其归纳为以下几点:(1)燥热内结,津液不足;(2)情志失和,气机郁滞;(3)劳倦内伤,身体衰弱,气血不足<sup>[4]</sup>。其治法包括内治法和外治法。目前,内科治疗通过口服药消除其症状,但口服药存在依赖性大、停药后复发率高及腹痛等不良反应。而外科的手术方法更不易被患者接受。中医外治法有针灸、按摩、拔罐等方法,但缺乏循证证据支持。脐疗是指将药物做成一定剂型(如糊、散、丸、膏等)外敷于脐部,或对肚脐施以适当的化学、物理等

外在刺激手段(如针灸、按摩、拔罐、仪器照射治疗等),以激发经气,疏通经络,调节阴阳与脏腑功能,从而防治疾病的治疗方法。清代外治宗师吴师机的《理瀹骈文》,则对脐疗进行了较为深入的理论探讨,认为脐疗是治疗中焦之病的第一捷法,全身疾病皆可用之。由于其具有方法简便、起效迅速、节约药物、副作用小等优点,易为病人接受和临床推广。近年来,有关脐疗的研究逐年增多,它既有穴位的刺激和调节作用,也有药物吸收后的直接作用,脐下腹膜还分布有丰富的静脉网,腹下动脉分支也通过脐部,所以经脐部皮肤吸收比较迅速,且不经口服,避免了肝脏的“首过效应”和胃肠道环境对药效的干扰。研究表明,药物经脐部给药的生物利用度是前臂给药的 1~6 倍,目前将脐疗应用于治疗 FC 的临床研究缺少符合 GCP 有关要求的规范性研究较少<sup>[5-10]</sup>。

润肠贴选用具有通便行气作用的大黄、芒硝、枳

实药物,运用现代工艺提取其有效成分,将其制备成一种新剂型,运用中医传统疗法脐疗敷法贴即将药物贴于脐上,使之渗透入腹以发挥效用。现代药理研究发现大黄能增加肠蠕动,抑制肠内水分吸收,促进排便;芒硝所含的主要成分硫酸钠,其硫酸根离子不易被肠壁吸收,存留其内形成高渗溶液,阻止肠内水分的吸收,使肠内容积增大,引起机械刺激,促进肠蠕动而致泻;枳实能缓解乙酰胆碱或氯化钡所致的小肠痉挛,可使胃肠收缩节律增加<sup>[11]</sup>。诸药合用并应用现代工艺制成的新剂型润肠贴更能有效治疗 FC,为中医药预防和治疗便秘提供新方法,在便秘的治疗学研究方面将具有积极的意义。

#### 参考文献

- [1] 郑芝田. 胃肠病学[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社,2001:11.  
[2] 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]. 中华消化杂志,2013,33(5):291-297.

- [3] 王净净,尤俊杰. 中医临床病证诊断疗效标准[M]. 长沙:湖南科学技术出版社,1993:57-58.  
[4] 丁承华,窦殿清. 通便胶囊治疗便秘的临床观察[J]. 河北医学,2008,10(14):1204-1206.  
[5] 高树中. 中医脐疗大全[M]. 济南:济南出版社,2009:1.  
[6] 衣华强,王玉侠,王秀英. 浅谈脐疗法的发展[J]. 中医外治杂志,2009,18(3):57-58.  
[7] 李继伟,孙华. 脐疗研究综述[J]. 按摩与康复学,2011,2(10):58-59.  
[8] 陈德轩,马朝群,姚毅,等. 敷脐巴布剂的制备及对大鼠胃肠动力与胃肠激素的影响[J]. 中国生化药物杂志,2009,30(6):404-406.  
[9] 孟玲,张迎泉. 慢性功能性便秘的研究进展[J]. 现代中西医结合杂志,2006,15(19):2724-2725.  
[10] 徐伟,金小晶. 脐疗在消化系统疾病中的应用及其作用机制研究进展[J]. 山西中医,2011,26(11):50-51.  
[11] 高学敏. 中药学[M]. 北京:中国中医药出版社,2007:158-159,253.

收稿日期:2014-10-12 修回日期:2014-10-22 编辑:王国品

#### · 临床研究 ·

## 老年急性下消化道出血急诊结肠镜检查 233 例临床分析

秦国涛, 赵燕颖, 李祺, 王志军, 颜波群, 孙远杰

吉林大学第四医院消化内科, 吉林 长春 130011

**摘要:** **目的** 分析老年急性下消化道出血的病因,探讨急诊结肠镜检查在老年急性下消化道出血诊治中的意义。**方法** 回顾性分析 2007 年 5 月至 2012 年 2 月 233 例行急诊结肠镜检查的老年急性下消化道出血患者的临床资料,根据出血程度分为轻度组(105 例)、中度组(108 例)及重度组(20 例)。均行急诊结肠镜检查,根据内镜下情况进行内镜下治疗及下一步检查,并分析结果。**结果** 233 例患者急诊结肠镜检查到达回盲部 220 例(94.4%),发现病灶 212 处,活动性出血灶 173 处。活动性出血灶发现率:轻度出血组 61.90%、中度出血组 82.07%、重度出血组 95.00%。出血病因以结肠癌最多(42.92%),其次为结肠息肉、缺血性肠炎、结肠炎等。中、重度出血组缺血性肠炎及结肠息肉的比例较高。常规口服泻药与清洁灌肠做肠道准备进行急诊结肠镜检查,结肠镜完成率无差异。部分病例行内镜下治疗,包括病变部位喷洒止血药物、电凝、微波、钛夹止血、黏膜下注射及高频电凝、圈套切除息肉治疗等。**结论** 急诊结肠镜对老年急性下消化道出血尤其是中、重度出血的早期病因诊断、早期治疗有重要意义。

**关键词:** 急诊; 结肠镜; 下消化道出血, 急性; 老年

**中图分类号:** R 574 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)01-0052-03

急性下消化道出血系指 Treitz 韧带以下的消化道,包括小肠、结肠、直肠的出血<sup>[1-2]</sup>。常见病因包括结肠肿瘤、结肠息肉、缺血性肠炎、结肠憩室等<sup>[3]</sup>。

部分患者尤其老年患者病程中出血量大、反复出血,故早期明确病因诊断尤其重要。本文对我院 233 例行急诊结肠镜检查的老年急性下消化道出血患者相关资料进行回顾性分析,探讨急诊结肠镜检查在老年急性下消化道出血诊治中的意义。