

加味济川煎治疗老年性功能性便秘临床疗效观察

陈瑜¹ 甘淳²

(1 江西中医学院 2008 级研究生 南昌 330006; 2 江西省中医院 南昌 330006)

摘要:目的:观察加味济川煎治疗老年性功能性便秘临床疗效。方法:将 92 例符合罗马 III 诊断标准的老年性功能性便秘患者随机分为治疗组和对照组,治疗组用加味济川煎治疗,观察组常规西药(西沙比利、乳果糖)治疗。结果:总有效率治疗组 93.48%,对照组 78.26%,两组比较, $P<0.01$,治疗组患者症状改善情况优于对照组。结论:加味济川煎治疗老年性功能性便秘疗效优于单纯西药治疗。

关键词:老年性功能性便秘;加味济川煎;临床疗效

中图分类号:R 574.62

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.02.042

功能性便秘(FC)是一种功能性肠病,临床上老年患者较多见,并因经常服用刺激性泻药导致药物依赖,增加便秘的顽固性,刺激性泻药长期作用可引起结肠黑病变,病人常有紧张、焦虑、失眠等伴随症状影响生活质量。该病中医以“便秘”辨证论治,近年来,我们采用加味济川煎治疗老年性功能性便秘,较单纯西药治疗该病临床疗效提高。现将临床观察对比结果报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 所选病例 92 例,均为 2009 年 10 月~2010 年 10 月江西省中医院门诊及住院患者,治疗组 46 例,男 18 例、女 28 例,年龄 50~80 岁,合并高血压 7 例、糖尿病 6 例、冠心病 4 例;对照组 46 例,男 20 例、女 26 例,年龄 50~79 岁,合并高血压 8 例、糖尿病 7 例、冠心病 3 例。两组病史、临床表现、性别、年龄差异无显著性,具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断依据 2006 年罗马 III 诊断标准^[1]。(1)必须包括下列 2 个或 2 个以上的症状:排便感到费力(至少每 4 次排便中有 1 次);块状便或硬便(至少每 4 次排便中有 1 次);有排便不净感(至少每 4 次排便中有 1 次);有肛门直肠梗阻和(或)阻塞感(至少每 4 次排便中有 1 次);需要用手操作(如手指辅助排便、盆底支撑排便)以促进排便(至少每 4 次排便中有 1 次);排便少于每周 3 次。(2)如果不使用缓泻药,几乎无松散大便。(3)诊断 IBS 依据不充分。患者须在诊断前 6 个月出现症状,在最近的 3 个月满足以上诊断标准。检查排除结肠、直肠、肛门器质性疾病及全身性疾病(如进行性系统性硬化病、淀粉样变)、神经系统疾病(如脑血管意外、帕金森病)、长期服用某些药物(如鸦片类药物、抗胆碱药、抗抑郁药)等患者。排除合并心血管、肝、肾、脑和造血系统等严重原发疾病、恶性肿瘤、精神病患者。胃肠通过实验符合慢传输型便秘或混合型便秘,排除出口阻塞型便秘。中医诊断标准,参考《中医病证诊断疗效标准》^[2]制定,中医辨证属阳

虚型便秘。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 应用加味济川煎,药物组成:肉苁蓉 25 g,当归 15 g,牛膝 10 g,枳壳 8 g,熟地黄 10 g,麻子仁 15 g,杏仁 10 g,每日 1 剂,水煎取汁 200 mL,分早晚温服。

1.3.2 对照组 西沙比利片,每次 5~10 mg,每日 3 次;乳果糖口服液,每次 5~10 g,每日 1~3 次。治疗组及对照组均用药 2 个月为 1 个疗程。

1.4 统计学处理 采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义, $P<0.01$ 为差异有极显著性意义。

2 疗效观察

2.1 疗效判断标准 参照有关标准^[2]制定。治愈:每 2 天内排便 1 次,便质正常,排便通畅,停药 1 个月内无复发。显效:每 3 天内排便 1 次,便质基本正常,排便通畅,停药 1 个月内基本无复发。有效:每 3 天内排便 1 次,便质正常或硬,排便费力或不尽感减轻,停药 1 个月内可有复发。无效:临床症状无改善。

2.2 治疗结果 治疗组治愈 20 例,占 43.48%;好转 23 例,占 50.00%;无效 3 例,占 6.52%;总有效率 93.48%。对照组治愈 9 例,占 19.56%;好转 27 例,占 58.70%;无效 10 例,占 21.74%;总有效率 78.26%。两组比较有极显著性差异($P<0.01$),治疗组疗效优于对照组。

3 讨论

老年性患者,便秘的病机多阳气虚衰,肾精不足,阳虚则肠道失于温煦,阴寒内结,气虚则大肠传导无力,导致大便艰涩,便下无力,如《景岳全书·秘结》曰:“凡下焦阳虚,则阳气不行,阳气不行,则不能送传,而阴凝于下,此阳虚而阴结也。”故确立功效温肾益精、润肠通便的济川煎为治疗老年性功能性便秘的主方。济川煎方源自《景岳全书》,由肉苁蓉、当归、牛膝、泽泻、升麻、枳壳 6 味药组成,主治肾阳虚弱、精津不足证,症见:大便秘结,小便清长,

芪参汤加减治疗顽固性消化性溃疡65 例

陈其雨 贾晓归

(河南省舞钢市人民医院 舞钢 462500)

关键词:芪参汤;顽固性消化性溃疡;中医药疗法

中图分类号:R 573.1

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.02.043

顽固性消化性溃疡是指经正规内科治疗,十二指肠溃疡经 8 周、胃溃疡经 12 周治疗而未愈合者。自 2005 年 1 月~2007 年 1 月,笔者应用芪参汤治疗 65 例,并与奥美拉唑+铋剂+抗生素治疗 52 例相比,疗效显著。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 117 例患者中,男性 58 例,女性 59 例;年龄 25~70 岁,平均 38.6 岁;病程 2~10 年;HP 感染率为 100%。随机分为两组:芪参汤组(治疗组)65 例,奥美拉唑+铋剂+抗生素组(对照组)52 例。

1.2 病例选择 (1)根据病史、临床症状、体征、胃镜确诊为消化性溃疡;(2)HP 感染采取血清血检测;(3)十二指肠溃疡经 8 周、胃溃疡经 12 周治疗而未愈合者;(4)未伴有大量出血、穿孔、幽门梗阻、癌变;(5)重要器官功能无严重疾病。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 服用芪参汤:黄芪 30 g、人参 15 g、白术 12 g、茯苓 12 g、当归 6 g、桂枝 6 g、焦三仙各 15 g、炙甘草 6 g、蒲公英 15 g、白花蛇舌草 15 g,纳差、胸脘痞闷加陈皮 9 g、半夏 12 g,嗳气、胀满疼痛者加香附 12 g、砂仁 12 g,泛酸加乌贼骨 10 g、贝母 10 g,脘痛连胁者加柴胡 12 g、佛手 12 g。8 周为 1 个

疗程。

1.3.2 对照组 口服奥美拉唑肠溶胶囊 20 mg、bid,阿莫西林胶囊 50 mg、tid,果胶铋胶囊 150 mg、tid,均饭前 30 min 服用。十二指肠溃疡 4 周为 1 个疗程,胃溃疡 8 周为 1 个疗程;其中阿莫西林胶囊均用 2 周。治疗期间,嘱病人戒烟、酒,调整心态,减轻压力,保持乐观情绪。

1.4 治疗结果 用药 1 个疗程后,两组治疗效果见表 1。

表 1 治疗组与对照组疗效对比 例						
分组	n	治愈	显效	无效	总有效率(%)	治愈率(%)
治疗组	65	59	5	1	98.5	90.8
对照组	52	9	13	30	42.3	17.3

注:两组总有效率比较, $\chi^2=47.37, P<0.01$; 两组治愈率比较, $\chi^2=64.05, P<0.01$ 。

2 讨论

消化性溃疡属中医“胃痛”、“痞满”、“呃逆”范畴。《灵枢·邪气脏腑病形》中指出:“胃病者,腹真胀,胃脘当心而痛。”《顾氏医镜一胃脘痛》也指出:“须知拒按者为实,可按者为虚;痛而胀闭者多实,不胀不闭者多虚;喜寒者多实,爱热者多虚;饱则甚者多实,饥则甚者多虚;脉实气粗者多实,脉少气虚者多虚;新病年壮者多实,久病年老者多虚;补而不效者多实,攻而愈剧者多虚。必以望、闻、问、切四者详辨,则虚实自明。”明确提出了消化性溃疡的部位在胃,病机或虚或实。笔者在临床实践当中,发现消

腰膝酸软,头目眩晕,舌淡苔白,脉沉迟。方中肉苁蓉甘咸而性温,温肾益精,暖腰润肠;当归补血润燥,润肠通便;牛膝性善下行,益肝肾,壮腰膝;枳壳下气宽肠而通便;泽泻渗利小便而泻肾浊;妙用升麻以升清阳,清阳升则浊阴自降。诸药合用,补中有泻,降中有升,具有“寓通于补之中,寄降于升之内”的配伍特点。但临床上老年患者多长期服用刺激性泻药,耗伤气阴,气虚阴亏则无力推导,大肠干涩,并可导致虚热内生;久病思虑太过,肝气乘脾引起饮食减少,气血生化乏源,血虚大肠不荣越加重便下困难,致疾病恶性循环,虚实之间不断转化,可因虚致实或虚实夹杂,常兼有气虚、血虚、阴虚、阴虚

内热等证,故以济川煎为主方,加用熟地黄养阴补血,填精益髓;麻子仁、杏仁润肠通便。诸药合用,共奏温肾养阴、益气养血、润肠通便之功。

综上所述,对于确诊的老年性功能便秘患者,辨证属阳虚者,可采用加味济川煎治疗,该方治疗阳虚型功能性便秘临床疗效好,可显著改善患者便秘症状及生活质量,而且不良反应少,经济,值得基层医院临床推广应用。

参考文献

[1]施瑞华.消化疾病诊断流程与治疗策略[M].北京:科学出版社,2007.178-181
[2]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.18

(收稿日期:2011-02-16)