穴位强化埋线疗法结合肛门微创手术治疗混合型便秘的临床应用效果评价

谢振年[1] 李东冰[1] 贾小强[1] 王芳丽[2] 苗春红[2] 智建文[4] 郝丽丽[1] 李友峰[1]

(1 中国中医科学院西苑医院肛肠外科,北京,100091; 2 航天中心医院肛肠科,北京,100049;
3 北京市肛肠医院肛肠科,北京,100011; 4 中国中医科学院广安门医院肛肠外科,北京,100053)

摘要 目的:观察穴位强化埋线疗法结合肛门微创手术治疗混合型便秘的临床疗效和安全性。方法:采用队列研究方法将136例混合型便秘患者分为两组,即治疗组(70例)采用穴位强化埋线疗法结合肛门微创手术,对照组(66例)采用普通穴位埋线结合肛门手术疗法,观察两组临床疗效和相关指标症状积分、标志物残留情况,随访时间12个月。结果:在治疗后1、3、12个月临床治愈率治疗组均优于对照组($P<0.05$),治疗组的近期疗效及远期疗效均优于对照组;治疗组在症状积分改善方面(1个月、3个月、6个月、12个月)均较对照组明显($P<0.01$);治疗组在治疗后72小时标志物残留情况(1个月、6个月、12个月)均较对照组变化明显($P<0.01$)。结论:穴位强化埋线法结合肛门微创手术依据相关中医理论,结合现代操作手段,能明显改善便秘的临床症状,促进肠蠕动,是一种融多种疗法、多种效应于一体的复合性中医外治方法,具有重要的现实及社会意义。

关键词 穴位强化埋线;混合型;便秘;微创手术;中医外治

Clinical Application and Analgesic Effect Appraisal of Intensive Catgut Embedding Therapy Combined with Minimally Invasive Surgery in Patients with Mixed Constipation

Xie Zhennian[1], Li Dongbing[1], Jia Xiaoqiang[1], Wang Fangli[2], Miao Chunhong[2], Zhi Jianwen[4], Hao Lili[1], Li Youfeng[1]

(1 *Xiyuan Hospital of Chinese Academy of Traditional Chinese Medicine*, *Beijing* 100091, *China*; 2 *Central Hospital of China Aerospace Corporation*, *Beijing* 100049, *China*; 3 *Guang'anmen Hospital of Chinese Academy of Traditional Chinese Medicine*, *Beijing* 100053, *China*; 4 *Guang'anmen Hospital of Chinese Academy of Traditional Chinese Medicine*, *Beijing* 100053, *China*)

Abstract **Objective**: To observe the therapeutic effectiveness of intensive catgut embedding therapy combined with minimally invasive surgery in patients with mixed constipation. **Methods**: Cohort study was used and 70 cases with mixed constipation who received intensive catgut embedding therapy combined with minimally invasive surgery, and 66 cases who received ordinary catgut embedding therapy combined with minimally invasive surgery. Observe the clinical efficacy, related symptom score, marker residue, and following up for 12 months. **Results**: After treatment for 1, 3, and 12 months, clinical cure rate in the treatment group were superior to that of the control group ($P<0.05$); it is better than the control group in short-term efficacy and long-term efficacy. The treatment group showed more obvious results than those in the control group ($P<0.01$) in terms of improved in symptom score. In terms of marker residue, treatment group improved significantly ($P<0.01$). **Conclusion**: With TCM theory basis, catgut embedding therapy combined with modern means of operation can significantly improve the clinical symptoms of constipation and promote bowel movements. As a combination of various methods, it has a variety of effects in patients. It is easy to operate, being less painful to patients, thus is worthy of spreading.

Key Words Intensive Catgut Embedding of Acupoint; Mixed constipation; Minimally invasive surgery ; External therapy of TCM

doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2013.09.011

便秘已成为影响人们生活质量的重要常见病,容易诱发心、脑血管疾病,由于其发病机理不清,治疗方向不明,缺乏疗效满意的治疗方法。根据导致便秘的肠道及肛门直肠功能和动力的特点分3型,即慢传输型便秘、出口梗阻型便秘和混合型便秘,就大量临床实践看,混合型便秘占了其中的大多数。我们近年采用穴位强化埋线疗法结合肛门微创手术治疗混合型便秘取得较好临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 病例为2009年10月至2012年9月,选择在我院或合作医院就诊、符合纳入标准、不符合排除标准的混合型便秘患者,入选病例均通过胃结肠传输实验和排粪造影检查。采用队列研究设计,治疗组采用穴位强化埋线结合肛门微创手术疗法(70例),对照组采用普通穴位埋线结合肛门手术疗法(66例),治疗组与对照组术后随访12个月。治疗组70

基金项目:中国中医科学院第三批优势病种项目(编号:CACMS08Y0028)

通信作者:李东冰,男,硕士,主任医师,职务:科主任;研究方向:肛肠疾病的临床及基础研究,E-mail:lidongbing14@163.com

例,其中男 10 例,女 60 例;年龄 32 ~ 78 岁,平均(57.81 ± 11.46)岁;病程 1 ~ 41 年,平均(14.46 ± 10.31)年。对照组 66 例,其中男 12 例,女 54 例;年龄 34 ~ 77 岁,平均(54.85 ± 10.80)岁;病程 1 ~ 40 年,平均(6.82 ± 9.16)年。经统计学分析,两组病例在性别、年龄、病程等方面无统计学意义,均 $P > 0.05$,说明两组在一般资料方面具有可比性。

1.2　诊断标准　西医诊断标准:采取罗马Ⅲ(2006 年)标准,MC 应包括:STC + OOC,具体如下:1)STC 诊断标准为:a 符合罗马Ⅲ标准;b 同时需除外肠道或全身器质性病因以及药物因素所致的便秘;c 排除 C - IBS;d 临床特点为排便次数减少(<3 次/周)、无便意、排便困难或粪质坚硬(Bristol 1 ~ 2 型);e GITT 检查支持。2)OOC 诊断标准为:经排粪造影检查确定合并患有出口梗阻性疾患,包括:a 直肠前突、后突;b 直肠黏膜松弛;c 肛门内括约肌失迟缓等。

1.3　纳入标准　1)符合混合型便秘的诊断标准;2)已签署知情同意书;3)年龄在 31 ~ 79 岁之间;4)意识清楚,治疗合作;5)心脑血管、代谢性疾病等全身疾病处于平稳期;6)无同时参加其他便秘临床试验者。

1.4　病例排除标准　单纯出口梗阻及慢传输型便秘者;合并严重脏器功能不全者;妊娠及哺乳期妇女;有肠道器质性梗阻病变者。

1.5　治疗方法　治疗组(穴位强化埋线加肛门微创手术组)。穴位处方:大肠俞(双)、天枢(双)、足三里(双)、气海透关元透中极(穴位定位参照第六版教材《针灸学》,孙国杰主编,上海科学技术出版社,2000 年)。取穴标准:足三里 - 仰卧位,在小腿前外侧,当犊鼻下 3 寸,距胫骨前缘一横指(中指)。天枢 - 仰卧位,在腹中部,距脐中 2 寸。大肠腧 - 俯卧位,当第 4 腰椎棘突下,旁开 1.5 寸。关元 - 仰卧位,在下腹部,前正中线上,当脐中下 3 寸。气海 - 仰卧位,在下腹部,前正中线上,当脐中下 1.5 寸。中极 - 仰卧位,在下腹部,前正中线上,当脐中下 4 寸。

埋线操作方法、步骤:常规碘伏消毒后,麻醉成功后,用 12 号硬膜外穿刺针将 4cm 长 3 号羊肠线 1 根埋入足三里穴深约 5cm 处,再使用大号皮肤缝合针将 3 号羊肠线双股约 4cm 长埋入上述其余穴位肌层中,每一穴位同时重复埋线 3 次,线体外露,局部敷料包扎。

疗程:埋线 1 次为 1 个疗程。

采用医用羊肠线:生产厂家,石家庄市肠衣厂;产品注册证,国食药监械(准)字 2006 第 3650 号;产品许可证,冀食药监械生产证 20050520 号;产品标准号,YY1116 - 2002;生产批号:060921。

肛门微创手术治疗方法:根据排粪造影检查异常情况采用相应手术,包括:肛门内括约肌部分离断术、直肠黏膜环切术、直肠前 / 后突修补术。

对照组(普通穴位埋线结合肛门手术组)。埋线方法:穴位选择同治疗组,常规碘伏消毒后,麻醉,用 12 号硬膜外穿刺针将 4cm 长 2 号羊肠线 1 根埋入足三里穴深约 5cm 处,再使用大号皮肤缝合针将 2 号羊肠线单股约 4cm 长埋入上述其余穴位肌层中,每一穴位只埋线 1 次,线体不可外露,局部敷料包扎。手术方法:同治疗组。疗程:埋线 1 次为 1 个疗程。

1.6　观察指标　依据"功能性便秘罗马Ⅲ诊断指标"及"粪便性状 Bristol 分级标准"制定的"便秘症状评估表"(2005 年 2 月长春)[1]。所有患者均详细记录治疗前后的粪便性状、排便次数、时间及伴随症状的积分进行判定。同时记录 72 小时标志物残留数目。

表 1　两组疗效的组间比较分析

指标	分类	治疗组		对照组		统计量	P 值
		例数	构成比(%)	例数	构成比(%)		
治疗 1 月 - 疗效	痊愈	44	62.86	17	25.76	12.63	0.0004
	显效	10	14.29	20	30.30	.	
	有效	6	8.57	10	15.15	.	
	无效	10	14.29	19	28.79	.	
治疗 3 月 - 疗效	痊愈	22	31.43	9	13.64	6.34	0.0118
	显效	20	28.57	16	24.24	.	
	有效	8	11.43	15	22.73	.	
	无效	20	28.57	26	39.39	.	
治疗 6 月 - 疗效	痊愈	16	22.86	9	13.64	2.75	0.0971
	显效	1	1.43	1	1.52	.	
	有效	25	35.71	21	31.82	.	
	无效	28	40.00	35	53.03	.	
治疗 12 月 - 疗效	痊愈	12	17.14	5	7.58	4.83	0.0280
	显效	0	0.00	0	0.00	.	
	有效	20	28.57	13	19.70	.	
	无效	38	54.29	48	72.73	.	

表 2　两组治疗前后的积分改善比较分析

指标	组别	例数	均数	标准差	中位数	最小值	最大值	统计量	P 值
治疗 1 月后积分改善	治疗组	70	11.44	4.82	12.00	0.00	21.00	4.82	<0.0001
	对照组	66	7.17	4.74	7.00	0.00	16.00	.	
治疗 3 月后积分改善	治疗组	60	10.17	4.19	10.50	0.00	19.00	3.08	0.0020
	对照组	47	7.49	4.04	8.00	-5.00	15.00	.	
治疗 6 月后积分改善	治疗组	47	10.17	4.16	10.00	0.00	19.00	3.09	0.0020
	对照组	39	6.95	4.10	8.00	0.00	13.00	.	
治疗 12 月后积分改善	治疗组	37	10.54	4.28	10.00	4.00	19.00	3.83	0.0001
	对照组	30	5.67	4.17	6.00	-1.00	12.00	.	

1.7　疗效判定标准(参照《中医病证诊断疗效标准》、《中医药临床研究指导原则》拟定)　痊愈:治疗 5 d 内可排便并此后排便次数≥1 次/3 d,症状消失,GITT72 小时标志物排出率 >80%。积分为 0。

显效:治疗 5 d 内可排便并此后排便次数≥1 次/3 d,GITT72 小时标志物排出率 > 80%。疗效持续≥30 d,积分较治疗前降低≥2/3。

有效:治疗 5 d 内可排便并此后排便次数≥1 次/3 d,GITT72 小时标志物排出率 > 80%。疗效持续≥30 d,或排便次数≥1 次/2 d,疗效持续时间不足 30 d,大于 15 d;积分较治疗前降低≥1/2。

无效:症状无明显改善;积分较治疗前无降低或降低 < 1/2。

总有效率 = 临床治愈率 + 显效率 + 有效率。

1.8 观察时间 治疗结束后 1 个月(月末观察)、3 个月(月末观察)、6 个月(月末观察)三个时间段,并随访 12 个月(月末观察)。

1.9 统计学处理 采用 SAS 9.2 统计分析软件,计量资料采用 t 检验,计数资料采用卡方检验、秩和检验进行统计学处理。

2 结果

2.1 两组临床疗效的比较 从以下数据我们可以看出在治疗后 1、3、12 个月临床治愈率治疗组均优于对照组($P < 0.05$),治疗组的近期疗效及远期疗效均优于对照组。见表 1。

2.2 两组治疗前后的各症状总积分改善比较分析 治疗组在症状积分改善方面(1 个月、3 个月、6 个月、12 个月)均较对照组明显($P < 0.01$)。见表 2。

表 3 治疗前后(治疗后 1 个月)各症状指标症状改善分析

指标	组别	例数	均数	标准差	中位数	最小值	最大值	统计量	P 值
术后 1 月 - 排便费力 - 改善	治疗组	70	2.03	1.14	2.00	0.00	3.00	1.26	0.2097
	对照组	66	1.77	1.23	2.00	0.00	3.00	.	
术后 1 月 - 粪便性状 - 改善	治疗组	70	1.56	1.28	1.50	0.00	3.00	4.21	<0.0001
	对照组	66	0.65	0.95	0.00	0.00	3.00	.	
术后 1 月 - 排便时间 - 改善	治疗组	70	2.03	1.08	2.00	0.00	3.00	2.09	0.0388
	对照组	66	1.62	1.20	2.00	-1.00	3.00	.	
术后 1 月 - 坠胀感 - 改善	治疗组	70	1.97	1.26	3.00	-1.00	3.00	3.95	0.0001
	对照组	66	1.15	1.15	1.00	0.00	3.00	.	
术后 1 月 - 频率 - 改善	治疗组	70	1.59	1.10	2.00	0.00	3.00	4.54	<0.0001
	对照组	66	0.71	1.15	0.00	-3.00	3.00	.	
术后 1 月 - 腹胀 - 改善	治疗组	70	1.56	1.21	2.00	0.00	3.00	3.01	0.0026
	对照组	66	0.91	1.05	1.00	-2.00	3.00	.	
术后 1 月 - 排便疼痛 - 改善	治疗组	70	0.40	1.08	0.00	-3.00	3.00	0.64	0.5212
	对照组	66	0.29	0.94	0.00	-3.00	3.00	.	
术后 1 月 - 食欲减退 - 改善	治疗组	70	0.31	0.67	0.00	0.00	3.00	2.90	0.0044
	对照组	66	0.06	0.24	0.00	0.00	1.00	.	

表 4 治疗前后(治疗后 3 个月)各症状指标症状改善分析

指标	组别	例数	均数	标准差	中位数	最小值	最大值	统计量	P 值
术后 3 月 - 排便费力 - 改善	治疗组	60	1.83	1.06	2.00	0.00	3.00	0.10	0.9164
	对照组	47	1.83	1.13	2.00	-1.00	3.00	.	
术后 3 月 - 粪便性状 - 改善	治疗组	60	1.42	1.33	1.00	-2.00	3.00	3.24	0.0012
	对照组	47	0.60	0.97	0.00	-3.00	3.00	.	
术后 3 月 - 排便时间 - 改善	治疗组	60	1.82	1.05	2.00	0.00	3.00	1.37	0.1703
	对照组	47	1.49	1.20	2.00	-1.00	3.00	.	
术后 3 月 - 坠胀感 - 改善	治疗组	60	1.40	1.39	2.00	-1.00	3.00	0.42	0.6770
	对照组	47	1.32	1.04	1.00	0.00	3.00	.	
术后 3 月 - 频率 - 改善	治疗组	60	1.55	1.13	2.00	0.00	3.00	3.78	0.0003
	对照组	47	0.72	1.12	0.00	-3.00	3.00	.	
术后 3 月 - 腹胀 - 改善	治疗组	60	1.50	1.17	2.00	0.00	3.00	1.71	0.0865
	对照组	47	1.09	1.02	1.00	-2.00	3.00	.	
术后 3 月 - 排便疼痛 - 改善	治疗组	60	0.38	1.09	0.00	-3.00	3.00	0.11	0.9142
	对照组	47	0.36	0.94	0.00	-1.00	3.00	.	
术后 3 月 - 食欲减退 - 改善	治疗组	60	0.27	0.69	0.00	-1.00	3.00	1.70	0.0912
	对照组	47	0.09	0.28	0.00	0.00	1.00	.	

2.3 两组治疗前后的各症状指标改善比较分析 在术后 1 个月,治疗组在改善排便性状、坠胀感、排便频

率、腹胀、食欲减退等方面改变有统计学意义（$P < 0.01$），在改善排便时间上有统计学意义（$P < 0.05$）；在术后 3 个月，治疗组在改善粪便性状、排便频率等方面有统计学意义（$P < 0.05$）；术后 6 个月，治疗组在改善粪便性状、排便频率、腹胀、食欲减退等方面有统计学意义（$P < 0.05$）；术后 12 个月，治疗组在改善粪便性状、排便时间、坠涨感、排便频率、腹胀、食欲减退等方面有统计学意义（$P < 0.05$）。见表 3、表 4、表 5、表 6。

表 5　治疗前后（治疗后 6 个月）各症状指标症状改善分析

指标	组别	例数	均数	标准差	中位数	最小值	最大值	统计量	*P* 值
术后 6 月 – 排便困难 – 改善	治疗组	47	1.89	0.96	2.00	0.00	3.00	0.66	0.5100
	对照组	39	1.69	1.15	2.00	–1.00	3.00	.	
术后 6 月 – 粪便性状 – 改善	治疗组	47	1.34	1.42	1.00	–2.00	3.00	3.02	0.0026
	对照组	39	0.51	0.88	0.00	–2.00	3.00	.	
术后 6 月 – 排便时间 – 改善	治疗组	47	1.79	1.12	2.00	–1.00	3.00	1.81	0.0703
	对照组	39	1.36	1.11	1.00	0.00	3.00	.	
术后 6 月 – 坠胀感 – 改善	治疗组	47	1.43	1.58	2.00	–3.00	3.00	1.09	0.2736
	对照组	39	1.21	1.22	1.00	–1.00	3.00	.	
术后 6 月 – 频率 – 改善	治疗组	47	1.47	1.10	1.00	0.00	3.00	3.76	0.0003
	对照组	39	0.64	0.90	0.00	0.00	3.00	.	
术后 6 月 – 腹胀 – 改善	治疗组	47	1.55	1.12	2.00	0.00	3.00	2.11	0.0350
	对照组	39	1.05	0.92	1.00	0.00	3.00	.	
术后 6 月 – 排便疼痛 – 改善	治疗组	47	0.36	0.94	0.00	–1.00	3.00	–0.25	0.8070
	对照组	39	0.41	0.88	0.00	0.00	3.00	.	
术后 6 月 – 食欲减退 – 改善	治疗组	47	0.34	0.76	0.00	0.00	3.00	2.06	0.0426
	对照组	39	0.08	0.27	0.00	0.00	1.00	.	

表 6　治疗前后（治疗后 12 个月）各症状指标症状改善分析

指标	组别	例数	均数	标准差	中位数	最小值	最大值	统计量	*P* 值
术后 12 月 – 排便费力 – 改善	治疗组	37	1.97	0.96	2.00	0.00	3.00	1.43	0.1530
	对照组	30	1.53	1.22	2.00	0.00	3.00	.	
术后 12 月 – 粪便性状 – 改善	治疗组	37	1.32	1.25	1.00	0.00	3.00	3.15	0.0016
	对照组	30	0.40	0.62	0.00	0.00	2.00	.	
术后 12 月 – 排便时间 – 改善	治疗组	37	2.03	0.96	2.00	0.00	3.00	2.75	0.0059
	对照组	30	1.27	1.11	1.50	0.00	3.00	.	
术后 12 月 – 坠胀感 – 改善	治疗组	37	1.57	1.30	2.00	–1.00	3.00	2.58	0.0100
	对照组	30	0.77	1.10	0.00	–1.00	3.00	.	
术后 12 月 – 频率 – 改善	治疗组	37	1.41	1.12	1.00	0.00	3.00	3.20	0.0021
	对照组	30	0.60	0.89	0.00	0.00	3.00	.	
术后 12 月 – 腹胀 – 改善	治疗组	37	1.38	1.11	1.00	0.00	3.00	2.27	0.0231
	对照组	30	0.60	1.25	1.00	–3.00	2.00	.	
术后 12 月 – 排便疼痛 – 改善	治疗组	37	0.46	1.02	0.00	0.00	3.00	0.11	0.9140
	对照组	30	0.43	0.94	0.00	0.00	3.00	.	
术后 12 月 – 食欲减退 – 改善	治疗组	37	0.41	0.83	0.00	0.00	3.00	2.15	0.0355
	对照组	30	0.07	0.25	0.00	0.00	1.00	.	

表 7　手术前后 72 h 标志物比较分析

指标	组别	例数	均数	标准差	中位数	最小值	最大值	统计量	*P* 值
治疗 1 月后 72 h 标志物	治疗组	70	1.81	5.10	0.00	0.00	20.00	3.79	0.0002
	对照组	66	4.32	6.61	0.50	0.00	20.00	.	
治疗 3 月后 72 h 标志物	治疗组	60	1.83	4.35	0.00	0.00	20.00	–1.09	0.2783
	对照组	47	2.81	4.89	1.00	0.00	20.00	.	
治疗 6 月后 72 h 标志物	治疗组	47	1.13	2.05	0.00	0.00	9.00	–2.81	0.0062
	对照组	39	3.62	5.65	2.00	0.00	20.00	.	
治疗 12 月后 72 h 标志物	治疗组	37	2.41	4.84	0.00	0.00	19.00	3.64	0.0003
	对照组	30	6.33	6.78	3.00	0.00	20.00	.	

2.4 两组治疗前后 72 h 标志物残留情况比较分析 治疗组在治疗后 72 小时标志物残留情况(1 个月、6 个月、12 个月)均较对照组变化明显($P<0.01$)。见表 7。

2.5 安全性指标及不良反应 两组血常规、尿常规、心电图在治疗前、治疗后检查均无明显改变。治疗组患者有 67 例埋线处出现红肿,未予特殊处理,5 例出现埋线处化脓,给予常规消毒后患者症状减轻。35 例术后低热,8 例出现中度发热,未予特殊处理,嘱其多饮水,3 ~7 d 后降至正常,2 例在术后 3 d 出现肛门出血,予以对症处理;对照组 11 例出现埋线处红肿,3 例出现术后发热,4 例出现肛门出血,予以对照处理。

3 讨论

在我国古代医学文献中没有混合型便秘的说法,便秘又称"脾约""大便难""后不利"等。便秘的基本病变属大肠传导失常,同时与肺、脾、胃、肝、肾等脏腑的功能失调有关。历代医家对便秘的论述颇多。最早见于《素问·至真要大论篇》曰:"太阴司天,湿淫所盛……大便难,阴气不用"。《素问·举痛论篇》曰:"热气留于小肠,肠中痛,痹热焦渴,则坚干不得出,故痛而闭不能矣"。后世医家对便秘的症状、诊断、辨证、治疗等方面的论述皆有发挥,有的把它作为一种独立的疾病论述,有的只把它当作一个症状,至今缺少统一认识。

鉴于目前便秘的治疗现状,安全性及有效性成为衡量一种新疗法的主要指标。由于混合型便秘占便秘的大多数,既往的治疗方法只解决其中之一从理论上来说不能消除全部引起排便障碍的原因,因此不能取得满意的疗效,我们采用的这套方法,穴位强化埋线疗法主要针对慢传输问题,而肛门微创手术主要解决出口障碍问题,取得了较为满意的疗效[2]。

穴位强化埋线疗法结合肛门微创手术治疗混合型便秘的临床疗效评价。

1)临床疗效比较。从表 1 的数据我们可以看出治疗后 1、3、12 个月临床治愈率方面治疗组均优于对照组($P<0.05$),治疗组的近期及远期疗效均优于对照组。从统计分析上我们也可以看出随着时间的推移治疗组的治愈率也在降低,说明随着埋线的刺激逐渐减弱甚至消失,其疗效也在下降,这也与我们的临床观察相符。

2)手术后各时点的各症状总积分比较分析。治疗组与对照组在治疗后 1 个月、6 个月、12 个月总积分的明显减少($P<0.05$),但两组在治疗 3 个月后症状积分未见有统计学意义,这可能有病例数有关,治疗组在治疗后的短期及长期,其临床症状总积分明显下降,说明穴位强化埋线结合肛门局部手术对于便秘的临床症状的改善是明显的,尤其在远期上其症状的改善更明显。

3)两组在改善便秘主要症状方面的比较。在术后 1 个月,治疗组在改善排便性状、坠胀感、排便频率、腹胀、食欲减退等方面改变有统计学意义($P<0.01$),说明穴位强化埋线在促进肠蠕动方面作用明显,但由于肛门手术后,患者排便时肛门疼痛,不敢排便,所以两组在排便疼痛、排便费力方面无差异;在术后 3 个月,治疗组在改善粪便性状、排便频率等方面有统计学意义($P<0.05$),说明术后 3 个月随着肛门伤口的愈合,两组患者在排便疼痛等方面已经无差异,但穴位强化埋线在促进肠蠕动方面的作用明显优于对照组($P<0.05$);在术后 6 个月、术后 12 个月,治疗组在改善粪便性状、排便频率、腹胀、食欲减退等方面有统计学意义($P<0.05$),穴位强化埋线已经明显促进肠蠕动的恢复,所以随着时间的推移,治疗组患者在主要症状方面明显改善,恢复了正常生活。

4)GITT 标志物残留数目前后比较。治疗组在(1 个月、6 个月、12 个月)均较对照组明显($P<0.01$),说明穴位强化埋线促进肠蠕动方面明显优于普通埋线。

而穴位强化埋线疗法之所以取得较好临床近期及远期疗效,是因为其具有如下特点[3-4]:a 调整阴阳,扶正祛邪:中医认为"阴阳偏盛谓之疾",而"用针之要,在于知调阴阳","气调而止"。穴位埋线通过针刺作用起到温通经络、祛除寒湿、调节脏腑气血及调节神经功能的作用,能使植物神经功能紊乱、内分泌失调得到改善,即通过经络→神经→皮层→内脏的结合调节达到治疗的目的[5]。b 刺激强化,使刺激量迅速阈值化:我们选用吸收较慢、体积较大的羊肠线以延长吸收时间;在同一穴位上同时多次埋线,使肠线埋到肌层,使刺激的强度进一步加大,从而可以进一步强化治疗作用,充分体现了《内经》中"深纳而久留之,以治顽疾"的治疗思想。现代理论研究表明认为无论何种针具,都是一种物体对机体腧穴、经络所进行的物理性刺激,这种刺激用来治病,必须要达到一定的物理量即刺激量,才能产生疏通经络,调和气血等治疗效果[6-7]。c 选穴特点突出,多穴位配合:大肠俞为大肠经气转输之处,具有调理肠腑祛瘀生新之功,天枢紧邻脾胃,为气机运行之枢机,同时又为大肠募穴及大肠经气所聚集之处,二者相配,可振奋大肠腑气,直接调理大肠气机,传导功能自可复常。足三里是足阳明胃经的合穴,

(下接第 1035 页)

者 SAS,SDS 评分显著高于对照组($P<0.05$)是相吻合的,同时慢传输型便秘患者的 SAS,SDS 评分与患者的便秘症状是有相关性的($P<0.05$),便秘症状重,其抑郁焦虑状态较明显,反之其抑郁焦虑状态的加重又会使便秘症状加重。

现代医学也认为 STC 发病机制复杂,机制不清,可能是多种致病因素所致,是一个全身性、多系统、多器官的综合征,随着 1977 年美国罗彻斯特大学教授 Engel 提出生物——心理——社会医学模式,临床医生开始逐步重视精神心理社会因素在疾病中的作用,1993 年 Merkel 等对功能性便秘心理状况评价时发现患者在抑郁、焦虑、强迫及躯体症状等方面得分明显升高。2001 年 Emmnanuel 等提出慢性便秘妇女心理因素异常的,其便秘患病率明显升高,研究提出在严重的便秘患者中,心理因素通过自主神经传出通路影响消化道功能[7]。国内外已有相当多的研究表明,肠道功能既受植物神经系统的控制,也受神经内分泌的影响,有研究认为便秘患者心理障碍可能通过抑制外周自主神经对结肠的支配而引起便秘,还可通过大脑皮层影响植物神经系统,尤其是副交感神经,使肠管扩张,肠动力减弱,胃肠道分泌消化液减少,从而引起便秘。我们对慢传输型便秘患者的 SAS,SDS 评分也表明,慢传输型便秘患者多伴有抑郁和焦虑情绪,而抑郁和焦虑较重的患者往往又会加重胃肠功能障碍。

我科从 2002 年开始已经系统观察穴位强化埋线法治疗慢传输型便秘患者,已被临床证实获得了较好的疗效,临床有效率达到 69.4%[8-9],近期我们又对埋线后的部分患者在 1 个月后进行了 SDS、SAS 的问卷调查,发现其评分较埋线前有所降低,我们查阅相关文献,推测可能是在特定穴位上埋线可以有振奋阳气、疏肝解郁,开窍启闭、醒元神、调脏腑的作用,从而达到调整阴阳,扶正祛邪的目的,现代的神经生理研究证实,针刺能直接兴奋上行激活系统,解除脑细胞的抑制状态,使减弱的脑活力增强,改善脑血液循环,提高脑血氧供应,从而缓解患者抑郁和焦虑状态。

因此在临床治疗上,除了我们的常规治疗,还应当配合认知治疗,介绍便秘的相关知识,使患者消除紧张情绪,掌握结肠运动的规律,帮助他们建立良好而健康的认识模式,以缓解其心理压力,减轻情绪反应,使我们的治疗达到事半功倍的效果。

参考文献

[1]王俊萍,段丽萍,叶红军,等. 功能性便秘患者的精神心理状况及生活质量评估[J]. 中华内科杂志,2008,47(6):460-461.

[2]Drossman DA. The funcaional gast rointestinal disorders and the rome Ⅲ process[J]. Gastroenterology,2006,130:1377-1390.

[3]宋虎,彭俊生,杨祖力,等. 中国人群功能性便秘患者心理健康状况的 Meda 分析[J]. 中国全科医学,2011,14(1):2930.

[4]翟敏,孙建华. 中医肛肠病病因、病机的古文献探析[J]. 浙江中医药大学学报,2009,33(1):22.

[5]喻玉,向未,罗传斌,等. 慢传输型便秘中医证型与心理因素的关系[J]. 实用中西医结合临床,2012,12(1):58.

[6]窦学俊. 在功能性便秘发病机制研究中重视气机疏泄的探讨[J]. 江苏中医药,2010,42(6):2.

[7]Emmanuel A V, Mason H J,Kamm M A. Relationship between psychological state and level of activity of extrinsic gut innevation in patients with functional gut disorder[J]. Cut,2001,49(3):209-213.

[8]蔡亭,李东冰. 穴位埋线治疗慢传输型便秘 127 例[J]. 中国中西医结合杂志,2005,25(10):948-949.

[9]李东冰. 穴位埋线治疗慢传输型便秘的临床研究[J]. 中国针灸,2004,24(9):600-601.

(2013-08-20 收稿)

(上接第 1032 页)

也是胃经的下合穴,“合治内腑”,治疗胃的病变,脏象学说认为,“胃主通降”,只有通才能降[8]。上述三穴配合是恢复胃肠传导的直接动力。气海为“元气之聚,生气之源”,主治元气不足及下焦气机失畅所致病证,有增强元气、总调下焦气机的作用,配上关元、中极,健脾胃、温命火、壮肾阳,三穴相配,是恢复传导的间接动力。

穴位强化埋线法结合肛门微创手术是我科经过长期的临床研究,依据相关中医理论,结合现代操作手段,充分发挥中医外治法的优势,能明显改善混合型便秘患者的临床症状,促进肠蠕动,是一种有效、安全、痛苦相对小,且一般无不良反应,是一种融多种疗法、多种效应于一体的复合性治疗方法,具有重要的现实及社会意义,具有大力推广的前景[2]。

参考文献

[1]Drossman DA. The funcaional gast rointestinal disorders and the rome Ⅲ process[J]. Gastroenterology,2006,130:1377.

[2]李东冰. 穴位强化埋线配合肛门局部手术治疗便秘的临床观察[J]. 中国中西医结合杂志,2009,29(3):260-262.

[3]蔡亭,李东冰. 穴位埋线治疗慢传输型便秘 127 例[J]. 中国中西医结合杂志,2005,25(10):948-949.

[4]李东冰. 穴位埋线治疗慢传输型便秘的临床研究[J]. 中国针灸,2004,24(9):600-601.

[5]汪君侠. 埋线加腹部按摩治疗顽固性便秘疗效观察[J]. 按摩与康复医学,2013,4(1):73.

[6]林容枝,甘君学. 深刺天枢穴治疗功能性便秘机制的研究思路[J]. 浙江中医药大学学报,2007,33(6):863-864.

[7]何沁娟,陈智,李应昆. 针灸治疗慢性功能性便秘的文献计量学分析与评价[J]. 医学信息,2012,25(3):101.

[8]吴凤华. 针刺天枢穴治疗慢传输型便秘疗效分析[J]. 实用中医药杂志,2012,28(3):176.

(2013-08-20 收稿)