

大承气汤加减治疗精神药物所致便秘 60 例临床观察

章明慧¹, 沈思慧¹, 许蔚倩¹, 余玲萍²

1. 台州市第二人民医院, 浙江 台州 317200, 2. 台州医院, 浙江 台州 318000

[摘要] 目的: 观察大承气汤加减辅助治疗精神药物所致便秘的临床疗效。方法: 将精神药物致便秘患者 120 例随机分为 2 组, 各 60 例, 对照组予比沙可啶片治疗, 观察组在对照组的基础上联合大承气汤加减治疗, 观察 2 组患者治疗前后中医证候积分及排便间隔时间、排便时长变化情况, 并统计其临床疗效及不良反应。结果: 2 组患者便质干结、排便费力、脘腹胀满及排便不尽感积分均较治疗前显著改善 ($P < 0.05$), 观察组上述指标改善较对照组显著 ($P < 0.05$)。2 组患者排便间隔时间及排便时长均较治疗前明显缩短 ($P < 0.05$), 且观察组时间缩短较对照组更显著 ($P < 0.05$)。总有效率观察组为 91.7%, 对照组为 71.7%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗期间, 2 组均发生 1 例腹痛症状, 均于 20 min 后腹痛自行消失。结论: 大承气汤加减联合比沙可啶片治疗精神药物所致便秘安全有效。

[关键词] 便秘; 精神药物; 比沙可啶片; 大承气汤

[中图分类号] R256.35 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 12-0087-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.038

便秘是服用抗精神药物所常见的并发症之一。有研究发现, 服用各种抗精神药物致便秘发生率大约为 70%^[1]。精神药物致便秘患者临床主要表现为脘腹胀满、排便费力、便质干结等, 但由于精神疾病患者需长期服用药物控制病情, 从而易致便秘发生。此外, 抗精神药物因具抗胆碱能 M₁ 受体作用, 因此可能会降低患者结肠运动, 从而致结肠传输时间延长, 最终导致其发生便秘。研究报道显示, 患者服用精神药物的剂量与其发生便秘几率呈正相关性^[2]。所以精神药物所致便秘不但会增加患者痛苦, 同时还会降低其服药依从性, 从而影响最终疗效。有效预防及治疗精神药物致便秘对治疗精神疾病具有重要意义。目前临床治疗便秘方法较多, 如甘露醇等, 但效果均不理想。本次研究观察了大承气汤加减联合比沙可啶片治疗精神药物所致便秘的临床疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 西医诊断符合《中国精神障碍与诊断标准》^[3]第 3 版(CCMD-3)中精神分裂症标准; 并符合功能性便秘的罗马 标准中有关便秘诊断标准^[4]: 均服用抗精神药物且超过 3 天未排便, 患者每 4 次排便至少出现 1 次以下情况: 排便不尽感、排便费力、肛门直肠梗阻、排便硬块等。中医诊断符合《中医内科学》中有关便秘诊断及分型标准, 属实热证^[5]。患者均自愿参与研究且签署知情同意书, 医院伦理委员会批准。

1.2 排除标准 合并严重心肝肾等器质性疾病者; 资料不齐全者; 过敏体质者; 因非药物致便秘或其他病变致便秘者。

1.3 一般资料 观察病例均为 2014 年 1 月—2015 年 3 月在台州市第二人民医院就诊的精神药物致便秘患者共 120 例, 按照随机数字表法随机分为 2 组各 60 例。观察组男 38 例, 女 22 例; 年龄 25~70 岁, 平均(48.7±4.6)岁; 病程 4.1~16.8 年, 平均(8.9±3.1)年; 疾病类型: 精神分裂症 40 例, 双相情感障碍 17 例, 阿尔茨海默病 2 例, 血管性痴呆 1 例。对照组男 39 例, 女 21 例; 年龄 27~72 岁, 平均(49.0±4.4)岁; 病程 4.2~16.9 年, 平均(9.0±3.0)年; 疾病类型: 精神分裂症 38 例, 双相情感障碍 18 例, 阿尔茨海默病 2 例, 血管性痴呆 2 例。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 沙可啶片(中国药科大学制药有限公司)口服, 每次 10 mg, 每天 1 次。

2.2 观察组 在对照组的基础上加大承气汤加减治疗。处方: 芒硝 12 g, 枳壳、大黄各 15 g, 厚朴 18 g。加减: 腹胀满者加陈皮 10 g, 莱菔子 12 g; 下肢水肿者加桂枝、茯苓各 10 g, 泽泻 12 g; 瘀血明显者加红花、桃仁各 10 g。治疗期间, 所有患者均需忌辛辣食物、烟酒。中药由本院统一煎制, 每天 1 剂, 煎成 400 mL, 分装每袋 200 mL, 每次 1 袋, 每

[收稿日期] 2015-08-16

[作者简介] 章明慧 (1977-), 女, 主管护师, 研究方向: 中医治疗便秘。

天 2 次。7 天为 1 疗程，共治疗 2 疗程。

3 观察项目与统计学方法

3.1 观察项目 观察 2 组患者治疗前后中医证候积分及排便间隔时间、排便时长变化情况，并统计 2 组临床疗效及不良反应。中医证候积分(便质干结、排便费力、脘腹胀满及排便不尽感)评定：0 分：无症状；1 分：轻微且不影响工作、生活；2 分：症状较重且影响工作、生活；3 分：症状严重以致无法进行正常工作、生活。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 18.0 软件分析，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 t 检验；计数资料以率(%)表示，采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]拟定。治愈：大便恢复正常或恢复至治疗前水平，其他临床症状完全消失；显效：患者便秘较治疗前显著改善，大便间隔时间或便质明显改善且接近正常或大便稍干但排便时间间隔 < 72 h，其他各项症状大部分消失；有效：排便间隔时间较治疗前缩短 1 天或便质干结症状有改善，但未达显效标准；无效：均未达到以上标准或更为严重。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率观察组为 91.7%，对照组为 71.7%，2 组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	60	19	14	10	17	71.7
观察组	60	31	16	8	5	91.7
χ^2 值						5.12
P 值						0.00

4.3 2 组治疗前后中医证候积分比较 见表 2。治疗后，2 组患者便质干结、排便费力、脘腹胀满及排便不尽感积分均较治疗前显著改善($P < 0.05$)，观察组上述指标改善较对照组更显著($P < 0.05$)。

项目	对照组(n=60)		观察组(n=60)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
便质干结	2.71±0.24	1.68±0.20 ^①	2.69±0.25	1.24±0.17 ^{①②}
排便费力	2.57±0.32	1.58±0.27 ^①	2.58±0.34	1.14±0.21 ^{①②}
脘腹胀满	2.41±0.36	1.52±0.30 ^①	2.39±0.38	1.14±0.21 ^{①②}
排便不尽感	2.49±0.47	1.51±0.27 ^①	2.51±0.45	1.12±0.22 ^{①②}

与同组治疗前比较，^① $P < 0.05$ ，与对照组治疗后比较，^② $P < 0.05$

4.4 2 组治疗前后排便间隔时间、排便时长比较 见表 3。治疗后，2 组患者排便间隔时间及排便时长均较治疗前明显缩短($P < 0.05$)，且观察组时间缩短较对照组更显著($P < 0.05$)。

表 3 2 组治疗前后排便间隔时间、排便时长比较 $(\bar{x} \pm s)$

指标	对照组(n=60)		观察组(n=60)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
排便间隔时间(d)	4.3±1.7	2.5±0.4 ^①	4.4±1.5	1.2±0.3 ^{①②}
排便时长(min)	23.7±5.2	17.9±2.1 ^①	23.9±5.1	11.9±1.9 ^{①②}

与同组治疗前比较，^① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^② $P < 0.05$

4.5 不良反应 治疗期间，2 组均发生 1 例腹痛症状，但均未经任何处理，患者于 20 min 后腹痛症状消失，未影响治疗。

5 讨论

中医学认为，便秘属“大便难”范畴，其临床发病原因较为复杂，且受多因素等影响。精神药物服用过量或过久所致便秘是临床常见类型。现代医学研究认为，精神药物致便秘主要是因患者自主神经功能受抗胆碱能的作用影响而引起。患者因需长期服用抗精神病药物，然药物具有抗胆碱能作用，从而减少患者腺体分泌，最终导致口干、便秘。但也有部分学者认为，患者受精神药物刺激而抑制中枢神经作用，从而致患者出现排便反射不敏感，最终使肠道推进活动降低或减慢，从而增强非推进环收缩，减少消化道腺体分泌，加速肠道水电质吸收，从而减弱胃肠蠕动，最终致便秘发生。

比沙可啶为一种接触性缓泻药物，当患者服用后，其将直接作用于肠黏膜，并刺激患者肠黏膜感觉神经末梢，并产生副交感神经反射，增加其肠反射性蠕动，加速其肠腔内液体及离子于患者结肠内聚集，促进粪便软化。本药虽可于初期取得一定疗效，但停药后效果不理想且极易复发。精神病人长期服药后出现排便周期延长或日久不排，继而口干、腹胀、腹痛等，舌红苔黄等。根据中医辨证，其多因患者活动减少，气机不畅，水液停聚体内，化为痰湿，久而郁热，热留肠胃，属热证、实证。故其治疗多以清里通下为主，方可选用大承气汤加减。大承气汤出自《伤寒论》，第 208 条曰：阳明病脉迟，虽汗出，不恶寒者，其身必重，短气腹满而喘，有潮热者，可攻里也，手足濇然而汗出者，此大便已硬也，大承气汤主之。方中重用大黄泄热通便，涤荡肠胃为君，芒硝助大黄泄热通便，并能软坚散结为臣，两者相须为用，峻下热结之力甚强；积滞内阻，则腑气不通，故以厚朴、枳实行气散结，并注硝黄推荡积滞，以加速热结之排泄，共为佐使。据现代药理学研究发现，大黄泻下的有效成分为蒽醌类衍生物，其以番泻甙 A 的泄下作用最强，当患者口服后，其将经小肠传输至大肠，或由小肠直接吸收，并于患者体内转变为蒽醌衍生物大黄素，最后由大肠分泌并进入至肠腔，然后再刺激结肠，加速其蠕动，降低肠黏膜对水电解质的吸收，有利于大便稀释，从而起到导泻功能。芒硝主要成分为硫酸钠，其所含有的硫酸根离子难以被肠壁所吸收，当患者口服后，其将会使人体肠内晶体渗透压升高，最终会阻止肠道内水分被吸收，从而扩张肠管，并刺激

肠壁,加速小肠蠕动,促进大便软化及从小肠进入到大肠,有利于大便排出。厚朴、枳壳等可刺激患者迷走神经,促进胃肠蠕动。所以,应用大承气汤加减治疗便秘具有较好疗效。

本次研究结果显示,治疗组临床总有效率明显高于对照组($P < 0.05$),患者各症状积分降低均优于对照组($P < 0.05$),排便间隔时间及排便时长均于对照组($P < 0.05$),提示大承气汤加联合沙可啶片治疗精神药物致便秘临床疗效显著,且无明显毒副作用,值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 赵耀东,罗素菜,杜伟锋,等.大承气汤治疗便秘的实验研究[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(6):246-248.
- [2] 常婧舒,石杨,李秋贵,等.大承气汤合补益之品治疗

高龄老人之便秘[J].中国全科医学,2014,17(10):1186-1187.

- [3] 中华医学会精神科分会.中国精神障碍分类与诊断标准[M].3版.济南:山东科学技术出版社,2001:75-90.
- [4] Drossman A.The function gastroinle-stinal disorders and the Rome process[J].Gastroenterology,2006,130(11):1377-1390.
- [5] 周仲瑛.中医内科学[M].2版.北京:中国中医药出版社,2007:446.
- [6] 国家中医药管理局.ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:10.

(责任编辑:冯天保)

2 型糖尿病患者实施中西医结合健康教育对其自我照顾行为及生存质量的影响

廖勇仙¹, 项亚琴²

1. 江山市中医院, 浙江 江山 324100; 2. 浙江中医药大学附属第一医院, 浙江 杭州 310018

[摘要] 目的:观察 2 型糖尿病患者应用中西医结合健康教育对其健康行为、自我照顾行为及生存质量的改善效果。方法:将 2 型糖尿病患者随机分为 2 组各 100 例。干预前、干预 12 周后分别采用健康促进生活方式量表、自我护理能力测定量表调查其健康行为、自我照顾行为。比较 2 组患者干预前后生存质量评分情况。结果:干预 12 周后,2 组患者健康行为各项评分均较干预前改善,与本组干预前比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);干预后观察组改善更为显著,与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2 组自我照顾行为各项评分均较干预前改善,与本组干预前比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组改善更为显著,与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2 组生存质量各项评分干预后均较干预前显著改善,与本组干预前比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组改善更显著,与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:实施中西医结合健康教育有助于 2 型糖尿病患者健康行为及自我照顾行为的提高,从而更好地改善其生存质量。

[关键词] 2 型糖尿病; 中西医结合健康教育; 健康行为; 自我照顾行为; 生存质量

[中图分类号] R587.1 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)12-0089-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.039

糖尿病主要是因患者胰岛素分泌异常所致以高血糖为特征的代谢性疾病。持续高血糖及长期代谢紊乱则可致严重性心血管、肾等功能损害及衰竭。目前糖尿病尚无彻底治愈方法,需

长期服药控制。由于患者病程长且需长期治疗,因此患者易产生厌倦等心理,从而影响治疗效果。本院运用中医消渴知识及方法与西医糖尿病护理知识相结合对患者进行生活方式指导等

[收稿日期] 2015-06-26

[作者简介] 廖勇仙(1975-),女,主管护师,研究方向:中西医结合健康教育。