◆护理研究◆

术后炎性肠梗阻患者采用复方大承气汤灌肠治疗及护理效果观察

杨伟伟，陈彬

宁波市中医院外科，浙江 宁波 315000

[摘要] 目的：观察术后炎性肠梗阻患者采用复方大承气汤灌肠联合护理干预的疗效。方法：回顾性分析 2012 年 5 月—2015 年 5 月 122 例术后早期炎性肠梗阻患者的临床资料，对照组 61 例采用常规治疗方案治疗；治疗组 61 例于常规治疗方案的基础上加用中药复方大承气汤灌肠及护理干预。比较 2 组患者术后排气、排便及腹围恢复时间、24 h 胃管引流量<400 mL 时间、总住院时间；比较 2 组临床疗效。结果：观察组术后排气、排便及腹围恢复时间、24 h 胃管引流量<400 mL 时间、总住院时间短（少）于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）；观察组治疗总有效率 95.1%，高于对照组 72.1%，差异有统计学意义（$P<0.05$）。结论：复方大承气汤灌肠联合护理干预可有效改善术后炎性肠梗阻患者临床症状，提高临床疗效，促进其康复。

[关键词] 术后炎性肠梗阻；中医护理；复方大承气汤；灌肠

[中图分类号] R574.2 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415（2016）06-0223-03

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.098

术后炎性肠梗阻主要是因手术操作创伤等所致肠壁水肿、渗出，最终形成一种既有机械性因素，又有动力性因素的特殊类型肠梗阻[1]。术后早期炎性肠梗阻为术后早期肠梗阻中较为特殊的类型，但临床较常见且难以处理。该病主要采用保守治疗，如盲目行手术治疗则可能会致肠瘘等并发症。根据患者临床特点，该病属中医学“肠结”等范畴，因此，治疗应以“关格病在旦夕，但治下焦可愈，大承气汤下之”为理论，采用中药汤剂灌肠等治疗可较好地发挥中药治疗优势[2]。患者面对疾病干扰，不但给自身造成心理压力，同时还会带来经济压力。临床辅以护理干预不但可缓解患者心理压力，促进其良好地接受治疗，同时还可增强其治疗自信心，有利于提高临床疗效。此次研究中本院通过采用中药复方大承气汤灌肠联合护理干预治疗术后炎性肠梗阻，旨在探讨其对患者临床症状的改善效果，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照文献[3]中有关术后炎性肠梗阻的临床特点制定。近期存在腹部手术史且为术后 3 周内、存在以腹痛腹胀为主的梗阻患者，并伴肛门停止排气、排便等症状；经腹部 X 线摄片检查提示存在多个大小不等的气液面；经增强 CT 扫描检查提示肠壁增厚、水肿等，伴低热、白细胞或中性粒细胞增高。

1.2 排除标准 妊娠或哺乳期妇女、年龄＜20 岁或＞65 岁、严重肝肾、心脑等疾病、精神疾病、过敏体质等。

1.3 纳入标准 符合以上诊断及排除标准、年龄 20～65 岁；患者知情且签署知情同意书，医院伦理委员会批准。

1.4 一般资料 回顾性分析 2012 年 5 月—2015 年 5 月 122 例术后早期炎性肠梗阻患者的临床资料，其中 61 例采用常规治疗者为对照组，男 33 例，女 28 例；年龄 24～65 岁，平均(48.9± 5.3)岁；另 61 例为治疗组于常规治疗基础上加中药复方大承气汤灌肠及护理干预，男 37 例，女 24 例；年龄 23～64 岁，平均(49.1± 5.1)岁。2 组患者年龄、性别等经统计学处理，差异均无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 及时矫正患者水电解质紊乱，并维持酸碱平衡，禁食水及持续胃肠减压；肠外营养支持，每日按 105～125 KJ/kg 补充热量，糖脂比例 1∶1；热氮比：105 KJ∶1；并适量加入混合电解质、脂溶性维生素及微量元素等。泮托拉唑 60 mg 加入 0.9%生理盐水 100 mL 静脉滴注，每天 2 次护胃，生长抑素 3 mg 加入 0.9%生理盐水 40 mL，24 h 微泵维持，同时还可采用磺苄西林 / 头孢地嗪加替硝唑 / 奥硝唑抗炎。

2.2 观察组 在对照组治疗方案的基础上加用复方大承气汤。复方大承气汤，组方：厚朴、木香、枳实、陈皮各 10 g，大

[收稿日期] 2016-01-18

[作者简介] 杨伟伟（1978-），女，主管护师，研究方向：中医护理干预。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

黄(后下)、芒硝(冲服)各 10～15 g，佛手 15 g，莱菔子 20 g。加水 500 mL 并煎熬至 200 mL。每次取 100 mL 灌肠，早、晚各 1 次。

2 组均治疗 7 天，护理干预：①中药护理：将煎熬好的中药使用纱布过滤以去渣，温度控制为 38～40℃，灌肠中药量约 200 mL。灌肠时需摇平床头，处左侧卧位，垫高骶尾部，并使用石蜡油润滑肛管，再插入直肠，深度大约为15～20 cm，药物注入完毕后，需要求患者卧床休息，尽量保留药液在肠道内 1 h 以上，以促进吸收。②严密观察患者呼吸、血压及体温等各项症状及体征，观察是否排气、排便，是否存在恶心或呕吐等。③给患者讲解留置胃管的重要性，胃管留置期间需保持胃管引流通畅性及减压装置的有效性，避免出现受压、扭曲等。加强对口腔的护理，咽喉疼痛者可给予雾化吸入。④加强心理护理，及时给予安慰、鼓励，并积极与患者交流、沟通，减轻其心理压力，缓解不良情绪。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 比较 2 组患者术后排气、排便及腹围恢复时间、24 h 胃管引流量＜400 mL 时间、总住院时间、临床疗效；排气与排便时间为患者用药后到第 1 次排气、排便的时间。

3.2 统计学方法 采用 SPSS20.0 软件分析，采用 t 检验或 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 根据患者临床症状及体征来评价临床疗效[4]，治愈：治疗后，患者腹胀、腹痛等症状完全消失，肛门排气、排便且肠鸣音正常，经 X 线摄片等检查提示无梗阻现象；有效：自觉腹胀、腹痛症状消失或明显好转，排气、排便及肠鸣音恢复，胃肠引流量＞400 mL/24 h，进食后偶尔腹胀，但无梗阻；经 X 线摄片等检查提示无梗阻现象；无效：经治疗后症状无改善或加重。总有效 = 治愈 + 有效。

4.2 2 组患者临床各项症状及体征恢复情况比较 见表 1。观察组术后排气、排便及腹围恢复时间、24 h 胃管引流量＜400 mL 时间、总住院时间短(少)于对照组，差异均有统计学意义(P＜0.05)。

表 1 2 组患者临床各项症状及体征恢复情况比较($\bar{x}\pm s$) d

指 标	对照组(n=61)	观察组(n=61)
术后排气时间	7.3± 2.9	4.1± 2.1①
术后排便时间	8.9± 3.1	5.7± 2.0①
腹围恢复时间	10.9± 2.8	7.1± 2.1①
24 h 胃管引流量＜400 mL 时间	8.7± 2.2	4.9± 2.1①
总住院时间	12.3± 7.5	9.7± 3.8①

与对照组比较，①P < 0.05

4.3 2 组临床疗效比较 见表 2。总有效率观察组 95.1%，高于对照组 72.1%，2 组比较，差异有统计学意义(P＜0.05)。

表 2 2 组临床疗效比较 例

组 别	n	治愈	有效	无效	总有效率(%)
对照组	61	28	16	17	72.1
观察组	61	45	13	3	95.1①

与对照组比较，①P < 0.05

5 讨论

肠梗阻为腹部术后常见并发症，早期发生肠梗阻大约占术后肠梗阻的 20%，然术后早期肠梗阻发病率大约为 0.69%～14.0%，且大约 90%为炎性肠梗阻[5]。因以往对早期炎性肠梗阻疾病认识不足，所以大多数患者为急于解除肠梗阻为再次行手术治疗，这样不但无法达到治疗目的，反而会加重病情，并致全身病理、生理变化，甚至可致死亡[6]。一旦明确诊断则需早期禁食及持续胃肠减压等，从而可减轻其肠壁水肿等，有利于改善患者肠蠕动功能。应用生长抑素可抑制消化液分泌，减少炎性渗出，从而可显著改善腹胀或腹痛等症状。因患者病程较长，所以长期禁食可能会导致患者营养缺乏，本次研究中给患者实施全肠外营养支持治疗[7]。

本研究结果显示，观察组各项症状及体征改善优于对照组，且临床疗效优于对照组。术后早期炎性肠梗阻属中医学“肠结”等范畴，患者主要是因术后脏腑功能失调和肠道阻塞不通及气机不利等所致病。中医学理论认为，“六腑以通为用，通则不痛，痛则不通”[8]。本次研究中采用的复方大承气汤主要由大承气汤化裁而成，方中大黄为君药；芒硝为臣药；厚朴可消积导滞；枳实导滞消痞；四药合用则可通里攻下，行气活血。辅以莱菔子等可增强行气导滞及活血祛瘀等效果。据现代药理学研究发现，大黄的化学成分主要为蒽醌衍生物，可增强患者胃肠蠕动，有效抑制水分吸收，并具有抗感染效果；芒硝含硫酸镁与硫酸钠，然硫酸根离子于人体肠道内可形成高渗溶液，最终可引起机械刺激，加速肠蠕动而致泻。枳实含挥发油和黄酮苷，其可增强患者胃肠收缩节律；厚朴及桃仁含脂肪油或挥发油，肠液消化脂肪油生成脂肪酸，从而刺激肠黏膜而增加其蠕动。诸药合用可改善患者临床症状，加速其康复。因患者受疾病反复发作及病程长等而影响其心情，并可致患者出现恐惧或焦虑等症状，所以本次研究中通过加强心理护理，有利于增强患者治疗的自信心，促进其积极接受治疗；同时治疗期间加强管道等护理，可有利于医护人员及时了解患者病情，从而可实施针对性治疗，提高临床疗效。

综上所述，复方大承气汤灌肠联合护理干预对术后炎性肠梗阻临床症状恢复具有重要作用，因此，可值得推荐。

参考文献

[1] 吴家余，方梅. 早期护理干预在腹部手术后并发炎性肠梗阻中的应用价值[J]. 现代中西医结合杂志，2015，24(7)：780- 781.

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

[2] 孙雨梅. 腹部术后早期炎性肠梗阻非手术治疗护理疗效观察[J]. 中国社区医师，2015，31(19)：123- 123，125.
[3] 徐斌，马洪，周振理，等. 大承气汤配合肠梗阻导管治疗术后早期炎性肠梗阻 55 例[J]. 中国中西医结合外科杂志，2013，19(3)：226- 229.
[4] 史志涛，刘洁，孟源，等. 复方大承气汤对术后早期炎性肠梗阻的疗效观察[J]. 中国临床医生，2014，42(6)：52- 54.
[5] 符坤，陈心. 复方大承气汤联合生长抑素治疗术后早期炎性肠梗阻的临床观察[J]. 中医药导报，2013，19(7)：107- 108.
[6] 王永歧，李真，夏艳斐，等. 中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻的临床研究[J]. 中医学报，2013，28(7)：959- 960.
[7] 王缝军，张金飞. 复方大承气汤对术后早期炎性肠梗阻肠黏膜屏障的保护作用[J]. 中国基层医药，2014，21(18)：2812- 2814.
[8] 陈森华. 奥曲肽联合复方大承气汤对腹部手术后早期炎性肠梗阻患者血清炎症因子水平的影响及疗效观察[J]. 中国药师，2015，18(10)：1744- 1746.

（责任编辑：刘淑婷）

血滞通胶囊辅助治疗脑血栓患者的疗效随机对照研究及护理

章群飞[1]，孙菲[2]，陈丽丽[3]，徐林颖[1]

1. 浙江医院重症监护室，浙江 杭州 310013
2. 杭州市第一人民医院血管科，浙江 杭州 310000
3. 杭州市第一人民医院中医科，浙江 杭州 310000

【摘要】 目的：观察血滞通胶囊辅助治疗脑血栓患者的疗效及安全性，并总结其护理方法。方法：选取 110 例脑血栓患者为研究对象，随机分为观察组和对照组各 55 例。对照组患者采用常规治疗方案，观察组在对照组治疗方案的基础上加用血滞通胶囊进行治疗，2 组患者均接受康复护理干预。观察比较 2 组患者疗效情况、脑血流动力学改善情况和脑血栓并发症情况以评价血滞通胶囊的治疗效果。结果：观察组共 53 例患者完成研究，对照组共 51 例患者完成研究；治疗后，2 组患者神经功能缺损评分均较治疗前改善，差异均有统计学意义（$P<0.01$），但观察组患者评分优于对照组，差异有统计学意义（$P<0.01$）；治疗后，2 组患者全血黏度、血浆黏度和血小板聚集率三项指标均较治疗前改善，差异均有统计学意义（$P<0.05$），但观察组患者三项指标均优于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$，$P<0.01$）；观察组患者并发症发生率 1.89%，低于对照组 13.72%，差异有统计学意义（$P<0.05$）。结论：应用血滞通胶囊对脑血栓患者进行辅助治疗可以改善患者神经功能缺损状况和脑血液流变学指标，降低患者脑卒中并发症发生率，是一种安全有效的治疗方法。

【关键词】 脑血栓；血滞通胶囊；康复护理；并发症
【中图分类号】 R743.3 【文献标志码】 A 【文章编号】 0256- 7415（2016）06- 0225- 03
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.099

据统计，我国每年新发脑卒中患者达 200 万人，因脑血栓死亡患者高达 150 万人以上，随着我国人口老龄化的不断加剧，脑卒中发病率和患者总数仍在逐年增高[1]。脑血栓是最常见的脑卒中类型，该病致残率和患者死亡率高，严重威胁着人民群众的身体健康。近年来，应用中医中药治疗脑血栓患者的研究取得显效成果，笔者采用中成药血滞通胶囊对脑血栓患者进行了辅助治疗，同时给予护理，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 ①参照《临床诊疗指南·神经病学分册》[2]所列诊断标准确诊为脑血栓患者：患者多为安静状态下发病，发

【收稿日期】 2016-01-14
【作者简介】 章群飞（1983-），女，护师，主要从事重症监护室护理工作。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net