

伤口感染率,较传统换药方式有效且愈合快,适合临床推广使用,然其作用机制仍有待进一步研究。

[参考文献]

- [1] 宋卓文,邓定安,李刚,等.湿润烧伤膏联合穴位注射黄芪注射液治疗难愈合伤口的临床观察[J].中国医学创新,2011,8(20):56-57.
- [2] 席云峰,张斌.湿润烧伤膏联合创疡贴治疗深度烧伤[J].中国烧伤创疡杂志,2010,22(5):4.
- [3] 盖俊华.美宝湿润烧伤膏在烧伤植皮创面中的应用[J].中国烧伤创疡杂志,2004,16(3):199.
- [4] 唐乾利,王权胜,尚新志.MEBT/MEBO对慢性难愈合皮肤创面基础研究现状与展望[J].中国烧伤创疡杂志,2009,21(2):95-99.
- [5] 徐荣祥,许增禄.烧伤湿性医疗技术对表皮再生干细胞作用的研究[J].中国烧伤创疡杂志,2000,12(3):41-42.
- [6] Atiyeh BS, Ioannovich J, Magliacani G, et al. The efficacy of MEBO (moist exposed burn ointment) in the management of cutaneous wounds and ulcers: a pilot study[J]. Ann Plast Surg, 2002, 48: 226-227.
- [7] 莫伟强,莫东,饶贵云,等.湿润烧伤膏在急诊创伤中的临床应用[J].中国现代药物应用,2011,5(13):16-18.
- [8] 金霞.MEBO治疗下肢血管性溃疡的药理学作用[J].护理实践与研究,2009,6(17):49-51.
- [9] 徐荣祥.烧伤湿性医疗技术 MEBO 抗菌作用实验研究[M]//烧伤医疗技术蓝皮书.北京:中国医药科技出版社,2000:94.

(责任编辑:刘淑婷)

中西医结合治疗与护理应用于腹部术后粘连性肠梗阻临床观察

陆群瑛,顾根英

湖州市双林人民医院外科,浙江 湖州 313012

[摘要] 目的:观察中西医结合治疗与护理应用于腹部术后粘连性肠梗阻的临床效果。方法:选取腹部术后出现粘连性肠梗阻的患者100例,随机分为观察组和对照组各50例,对照组采用常规西医治疗和护理方法,观察组进行中西医结合治疗与护理。观察2组的临床疗效,以及患者的肛门排气时间、胃管拔除时间以及住院时间。结果:临床疗效总有效率观察组为96.0%,明显高于对照组的82.0%,2组总有效率比较,差异有显著性意义($P<0.05$)。观察组患者的胃管拔除时间、肛门排气时间及住院时间均短于对照组,差异均有显著性意义($P<0.05$)。结论:采用中西医结合的方法对粘连性肠梗阻患者进行治疗与护理,临床疗效良好。

[关键词] 粘连性肠梗阻;腹部手术;中西医结合疗法;大承气汤;中医护理

[中图分类号] R574.2 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2014)03-0209-03

肠梗阻是临床上常见的外科急腹症,肠梗阻的发病原因多样,临床症状复杂多变,严重时甚至会导致患者全身出现病理生理改变^[1]。肠梗阻在临床上可分为动力性肠梗阻、机械性肠梗阻及血运性肠梗阻,其中以机械性肠梗阻最为常见。粘连性肠梗阻是由于腹腔内粘连或肠粘连而引起的肠梗阻,在各类肠梗阻中

的发病率较高,约占20%~40%^[2]。在本次研究中,笔者对腹部术后粘连性肠梗阻患者进行中西医结合治疗和护理,临床效果较好,现报道如下。

1 临床资料

选取2012年1月~2013年6月本院收治的腹部术后出现粘连性肠梗阻的患者,共100例,均符

[收稿日期] 2013-10-20

[作者简介] 陆群瑛(1977-),女,主管护师,研究方向:外科临床护理。

合粘连性肠梗阻诊断标准^[3],同时排除术后麻痹性肠梗阻以及由于肠扭转、腹股沟疝嵌顿及肠套叠引起肠梗阻的患者。男58例,女42例;年龄11~78岁,平均(37.4±2.8)岁;病程7天~2年,平均(14.3±2.5)月。所有患者接受过腹部手术,其中胃穿孔及胃部分切除术35例,阑尾炎手术19例,肝脾手术11例,肠梗阻、肠破裂以及粘连修补术19例,妇产手术7例,其他腹部手术9例。按照随机数字表法将100例患者分为观察组和对照组各50例,观察组男27例,女23例;平均年龄(35.6±3.8)岁。对照组男31例,女19例;平均年龄(36.1±2.3)岁。2组性别、年龄等一般资料比较,差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用常规西医治疗,要求患者禁食,对胃肠进行抗炎、减压,补充水、电解质,纠正酸碱失衡,给予抗生素预防感染。治疗观察7~15天。

2.2 观察组 在对照组治疗的基础上应用中药复方大承气汤,药物组成:厚朴、赤芍各15g,大黄、桃仁、番泻叶各12g,枳实10g,木香9g。每天1剂,水煎取汁400mL,每天分3~4次经胃管注入。治疗观察7~15天。

在治疗过程中,注意密切观察患者的生命体征,一旦症状加重或病情反复,则应立即进行手术。

3 护理方法

3.1 对照组 采用一般常规护理,为患者提供基本的用药及饮食指导,同时重视心理护理,患者在经过腹部手术后又发生粘连性肠梗阻,身心均承受较大压力,因而在进行护理时耐心倾听患者的疑问和要求,并认真解答,充分理解和尊重患者,对患者进行心理疏导,增强患者的信心。帮助患者进行胃肠减压,使用引流管引出积液和积气,缓解患者的腹胀程度,密切观察引流管的通畅情况,一旦发现积液颜色异常,立即报告医生进行处理。为患者提供体位护理,在治疗时指导患者多采用半卧体位,缓解对膈肌的压迫,帮助患者做适当的床上运动或改变体位。

3.2 观察组 在对照组常规护理基础上进行中西医结合护理,具体为:对患者进行辨证施护。注意观察患者神态,目光有神、神态自然是病情好转的征兆,如果患者烦躁不安、神情淡漠、肢冷脉微则可能提示病情恶化,护理中应根据患者病情变化情况及时报告

医生进行处理。注意观察患者的舌象变化,舌质红、苔黄腻则为郁久化热,舌赤或紫绛则说明心胃火熾,病情加重,需要补足液体,脉象突然变弦或沉,也是病情变化的表现,需要多加注意。结合患者的排气及排便情况,通过望诊及触诊确定梗阻的大体部位,帮助患者进行推拿按摩。患者仰卧,护理人员双手涂少量滑石粉,紧贴患者腹壁按摩,可先顺时针或逆时针方向按摩2~3min,然后按照患者自觉舒服的方向继续进行,每天按摩2次,每次按摩5~10min,以促进胃肠蠕动,帮助患者恢复胃肠功能。

4 观察指标与统计学方法

4.1 观察指标 观察记录患者的肛门排气时间、胃管拔除时间以及住院时间等。

4.2 统计学方法 数据均采用SPSS13.0软件进行统计学分析。计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

5 疗效标准与治疗结果

5.1 疗效标准 观察治疗7~15天后,根据患者的病情恢复情况进行评价。治愈:临床症状及腹部体征消失,肛门恢复排气、排便,X线检查无异常,随访3月无复发。显效:临床症状及腹部体征缓解,随访3月复发次数少于2次。有效:临床症状及腹部体征明显改善,随访3月复发次数多于2次。无效:症状无缓解甚至加重。

5.2 2组治疗效果比较 见表1。总有效率观察组为96.0%,明显高于对照组的82.0%,2组总有效率比较,差异有显著性意义($P<0.05$)。

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	50	11	19	11	9	82.0
观察组	50	26	16	6	2	96.0 ^①

与对照组比较,① $P<0.05$

5.3 2组胃管拔除时间、肛门排气时间及住院时间比较 见表2。观察组患者的胃管拔除时间、肛门排气时间及住院时间均短于对照组,差异均有显著性意义($P<0.05$)。

组别	n	胃管拔除时间(h)	肛门排气时间(h)	住院时间(d)
对照组	50	127.9±16.8	64.5±9.7	13.2±1.9
观察组	50	91.4±10.3 ^①	44.7±8.1 ^①	7.8±1.3 ^①

与对照组比较,① $P<0.05$

6 讨论

腹部术后粘连性肠梗阻一般多由腹部手术或腹部脏器出现炎症，导致肠襻间相互粘连而引发。在腹部手术中，患者肠管暴露，纱布、器械等刺激容易引起炎性介质和细胞因子的释放，导致大量纤维素渗出，并在浆膜面上沉淀形成网络状物，导致临近的浆膜面粘连^[4]。是否形成局部炎性反应主要取决于纤维素的分解速率，如果纤维素能够被迅速吸收，则会停止纤维增生并且不会形成粘连。反之，成纤维细胞将产生胶原束，并在胶原网中增殖，进而导致纤维粘连。纤维粘连后，会压迫患者肠管，不利于肠管畅通，阻碍肠内容物的通过，进而形成粘连性肠梗阻。

粘连性肠梗阻归属于中医学关格、肠结、腹满等病症范畴。明代《医贯》记载：“关者，不得出也，格者，不得入也”，与粘连性肠梗阻的临床症状极为相似^[5]。中医学认为，肠为传化之腑，以通为用，具有泻而不藏、降而不升、动而不静、实而不满的生理特点。一旦肠腑经络受损、气血瘀滞、气机痞结、腑气不通，则会出现肠道闭塞、肠道传导失司，导致通降功能失调，进而引发痛、胀、吐、闭等症。本研究采用大承气汤进行治疗，大黄、番泻叶可以引药下行，泻热通便；桃仁、赤芍能够润燥滑肠、活血化瘀；枳实、木香、厚朴可以行气除胀。该方能够降低血管活性肽，进而解除对胃肠功能的抑制，促进胃肠蠕动，增加胃肠张力，增强肠道的推进功能。采用中西医结合的治疗和护理方法，在进食、抗炎及胃肠减压的基础上，根据患者的身体状况和病情配合中药治疗，可以起到理气通下、活血化瘀、润燥滑肠的作用。

在护理过程中，配合采用中医辨证施护，使护理方法更具有中医的辨证特点，对患者的病情变化掌握

得更加及时、准确，通过注意观察患者的神态、舌象及脉象变化，结合患者的排气及排便情况，进行有针对性的护理，可以起到有效缓解患者病情的作用。同时，在治疗和护理的过程中，配合采用中医推拿按摩，结合患者的病理和生理特点，通过望诊及触诊确定梗阻的大体部位，利用推力、压力改变物体运动方向的原理，使患者肠梗阻近端的肠内容物能够移位^[6]，并按照肠腔的生理运动方向自肛门排出，操作简便、安全可靠，增强了治疗效果。

近年来随着医学的发展，腹部手术数量明显增多，粘连性肠梗阻的发生随之增多，采用中西医结合的方法进行治疗，可以有效缓解患者的临床症状，帮助患者解除病痛。本研究结果显示，观察组患者的胃管拔除时间、肛门排气时间及住院时间均短于对照组，疗效亦优于对照组，提示采用中西医结合的方法对粘连性肠梗阻患者进行治疗与护理，临床疗效良好，值得临床应用。

[参考文献]

- [1] 陆路, 许鹤洋, 褚忠华. 甲基强的松龙与地塞米松治疗腹部术后早期炎性肠梗阻的疗效对比[J]. 岭南现代临床外科杂志, 2013, 7(5): 406- 408.
- [2] 张永梅, 张小翠. 术后粘连性肠梗阻的预防和中西医结合治疗护理[J]. 内蒙古中医药, 2012(10): 173- 174.
- [3] 王光霞. 粘连性肠梗阻的超声诊断[J]. 中华医学超声杂志: 电子版, 2011, 8(4): 696- 710.
- [4] 王德云. 中西医结合治疗术后粘连性肠梗阻 36 例临床分析[J]. 中国社区医师: 医学版, 2011, 13(25): 176.
- [5] 徐志旺. 中西医结合治疗术后粘连性肠梗阻临床体会[J]. 中国中医急症, 2011, 19(1): 129.
- [6] 张瑛, 李婧, 杨青. 手法按摩治疗肠梗阻[J]. 中国民间疗法, 2009, 17(4): 10.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

· 书讯 · 《〈内经〉临证温课与辅导》由广州中医药大学黎敬波教授编著, 人民卫生出版社出版。本书针对目前中医经典教学与临床实践相脱节的问题, 力图贴近临床, 深度挖掘《内经》临证思想, 以指导解决临床实际问题。本书的特点是精简、实用和归真, 书中引用原文较广泛, 是对本科学习经文的扩展, 书中对原文的解释尽量精简, 点到即止。全书与疾病及诊治的相关内容较多, 分析解释也尽量做到联系实际, 实用与归真并重是本书的特点。每本 35 元 (含包装邮寄费), 欲购者请汇款至广州市机场路 12 号大院广州中医药大学《新中医》编辑部发行科, 邮政编码: 510405。