

鼻肠减压管联合抗癌通腑中药灌肠治疗恶性小肠梗阻疗效观察

魏治鹏, 张宝南

无锡市中医医院, 江苏 无锡 214071

[摘要] 目的: 观察鼻肠减压管联合抗癌通腑中药灌肠治疗恶性小肠梗阻的临床疗效。方法: 将 30 例患者随机分为 2 组各 15 例, 治疗组采用数字血管造影机(DSA)下放置鼻肠减压管, 结合抗癌通腑中药灌肠治疗; 对照组仅放置普通胃管, 2 组均采用对症支持、减少肠液分泌等治疗。观察比较 2 组患者腹痛、腹胀缓解时间、肛门排气时间、禁饮食时间、住院天数及 KPS 评分。结果: 治疗组治疗后腹痛、腹胀缓解时间、肛门排气时间、禁饮食时间及住院天数均短于对照组。治疗后 2 组 KPS 评分均显著增加, 与治疗前比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗组 KPS 评分增加优于对照组, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗后 KPS 评分总有效率治疗组为 73.3%, 对照组为 46.7%。临床总有效率治疗组为 86.7%, 对照组为 60.0%, 2 组比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$), 治疗组疗效优于对照组。结论: 对于无手术指征的中晚期恶性小肠梗阻, 鼻肠减压管联合抗癌通腑中药灌肠效果更佳。

[关键词] 恶性肿瘤; 小肠梗阻; 鼻肠减压管; 中药灌肠; 气滞血瘀; 行气通腑; 化痰泻浊

[中图分类号] R574.2; R73 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 12-0156-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.12.076

恶性小肠梗阻是中晚期恶性肿瘤患者的常见合并症, 胃肠道及部分妇科恶性肿瘤患者多见。因肿瘤在腹腔内生长、种植、转移、肿瘤毒素刺激、手术等引起粘连, 易引起肠梗阻。此类患者肿瘤病期较晚, 大多不能外科手术治疗。亲水性经鼻插入型肠梗阻导管减压引流能迅速改善梗阻症状, 并可对患者行肠内营养治疗及经导管远端小肠造影以辅助诊断, 此类患者大多体质情况较差, 不能耐受手术及化疗, 若联合抗癌通腑中药灌肠, 能达到标本兼治目的。临床上应用此方法治疗肿瘤性小肠梗阻报道尚不多。近年来, 笔者开展了鼻肠减压管联合抗癌通腑中药灌肠治疗中晚期肿瘤性低位肠梗阻的临床观察研究, 并与传统胃管治疗方法作对比, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 根据临床症状、体征和腹部 X 线立卧位摄片或腹部 CT 检查, 提示小肠管扩张, 有气液平存在, 参考相关文献^[1], 诊断为小肠梗阻。主要症状为腹胀、腹痛、恶心、呕吐、嗝气泛酸、无排便等症状。体征主要为肠型、肠鸣音减弱或消失、肠鸣音亢进等。

1.2 一般资料 观察病例均为本院 2008 年 5 月~2013 年 12 月收治的中晚期肿瘤性低位肠梗阻患者, 共 30 例, 男 20 例, 女 10 例; 年龄 35~80 岁, 平均(55±13.6)岁; 其中结肠癌复发 10 例, 胃癌腹腔转移 12 例, 胰腺癌腹腔转移 5 例, 肝癌腹腔转移 3 例; 病程 2~5 年。入选病例随机分为 2 组各 15 例。2 组治疗前 KPS 评分和一般资料经统计学处理, 差异均

无显著性意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组 应用鼻肠减压管联合抗癌通腑中药灌肠治疗。

2.1.1 材料、设备 西门子数字血管造影机(DSA)以及高压注射器; 鼻肠减压套管(日本 Create Medic 公司生产的 CLINY 管 300 cm)。日本泰尔茂公司生产 5F Cobra、RH、RLG 导管、导丝、血管鞘。

2.1.2 鼻肠减压管置术 在 DSA 导管室 DSA 透视下进行操作。用利多卡因软剂适量涂抹于鼻肠减压管的前端部分。患者采取半卧位或卧位和左前斜位姿势, 经患者一侧鼻腔将鼻肠减压管插入胃内, 前端朝向幽门, 然后导管引导鼻肠减压管的前端通过幽门, 通过变换患者体位及导管、导丝配合, 将导管前端插入十二指肠屈氏韧带附近, 拔出导丝, 向导管前囊内注入灭菌蒸馏水 10~15 mL 充盈前囊, 并继续将鼻肠减压管向胃内适度送入, 使其在胃内呈松弛状态。鼻肠减压管外端不固定以使其随肠蠕动下行, 在导管的吸引口接上吸引器。放置鼻肠减压管后予常规营养支持治疗。

鼻肠减压管置入后 2 周行造影检查, 造影时抽瘪前囊, 充盈后囊后经管腔注入造影剂造影, 后囊的充盈阻挡了对比剂的反流而使远端小肠显示更加清楚。

2.1.3 中药灌肠 处方: 生大黄、白花蛇舌草各 30 g, 玄明粉 20 g, 三七、厚朴各 10 g。每天 1 剂, 水煎至 150 mL, 放置 37.0℃, 每天上午灌肠后保留 20 min。疗程 2 周。

[收稿日期] 2014-08-05

[作者简介] 魏治鹏 (1981-), 男, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 中西医结合肿瘤介入。

2.2 对照组 采用传统胃管置入术治疗。置入普通胃管，外接吸引器。放置胃管后予常规营养支持治疗。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察比较 2 组患者腹痛、腹胀缓解时间、肛门排气时间、禁饮食时间、住院天数及 KPS 评分。按照 KPS 评分标准，增加 ≥ 10 分为改善；减少 ≥ 10 分为下降；无变化为稳定。总有效率 = (改善例数 + 稳定例数) / 总例数 $\times 100\%$ 。

3.2 统计学方法 采用 SPSS13.0 软件进行统计学分析，计数资料采用 χ^2 检验，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 治愈：临床症状完全消失，X 线腹部摄片示肠管积气、积液消失。好转：临床症状和 X 线腹部摄片示肠道梗阻表征部分缓解。无效：临床症状无消失甚至加剧，X 线腹部摄片示肠道梗阻表征无改善，需外科手术治疗。总有效率 = (治愈例数 + 好转例数) / 总例数 $\times 100\%$ 。

4.2 2 组临床症状缓解时间及住院天数比较 见表 1。治疗组患者鼻肠减压管均顺利置入十二指肠屈氏韧带附近。治疗后腹痛腹胀缓解时间、肛门排气时间、禁饮食时间及住院天数均短于对照组，2 组比较，差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗组优于对照组。

表 1 2 组临床症状缓解时间及住院天数比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	腹痛腹胀缓解时间(h)	肛门排气时间(h)	禁饮食时间(h)	住院天数(d)
治疗组	15	29.7 \pm 3.7	89.1 \pm 12.8	118.4 \pm 5.7	8.1 \pm 0.4
对照组	15	35.8 \pm 6.1	160.7 \pm 9.9	199.0 \pm 12.1	10.9 \pm 3.4

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.3 2 组治疗前后 KPS 评分变化比较 见表 2。治疗后 2 组 KPS 评分均增加，与治疗前比较，差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗组 KPS 评分增加优于对照组，2 组比较，差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗后 KPS 评分总有效率治疗组为 73.3%，对照组为 46.7%，2 组比较，差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗组 KPS 评分改善优于对照组。

表 2 2 组治疗前后 KPS 评分变化比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分 / 例

组别	n	治疗前	治疗后	改善	稳定	下降	总有效率(%)
治疗组	15	40 \pm 6.1	70 \pm 14.1	7	4	4	73.3
对照组	15	42 \pm 5.0	60 \pm 6.8	4	3	8	46.7

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

4.4 2 组临床疗效比较 见表 3。总有效率治疗组为 86.7%，对照组为 60.0%，2 组比较，差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗组临床疗效优于对照组。

5 讨论

对于恶性肿瘤引起的小肠梗阻，传统方法采用鼻胃管减压并禁食，但此法减压对小肠、结肠等低位梗阻效果欠佳，梗

表 3 2 组临床疗效比较

组别	n	治愈	好转	无效	总有效
治疗组	15	6(40.0)	7(46.7)	2(13.3)	13(86.7)
对照组	15	3(20.0)	6(40.0)	6(40.0)	9(60.0)

与对照组比较，① $P < 0.05$

阻减压作用有限。采用鼻肠减压管可通过幽门直接将导管送入至小肠，吸引肠内容物和减压作用明显优于普通的鼻胃管减压管^[2-3]。研究表明，在中晚期恶性肿瘤性小肠梗阻综合治疗中，鼻肠减压管插入相对简单，综合治疗效果明显，值得采用^[4]。鼻肠减压管插入后的最大优点是能随着小肠蠕动不断下行，接近甚至直接到达小肠梗阻段的近端进行肠管内吸引，较普通胃肠减压管能更快更多引流出肠内容物，从而可有效地进行肠内减压。诸如单纯性粘连性肠梗阻，若球囊能通过梗阻段肠管，则梗阻症状能得到解除。另外鼻肠减压造影对于肠梗阻部位和原因的确定有很大帮助，为下一步治疗提供帮助。

此类患者大多一般情况较差，针对原发病不能采取手术及化疗。中医药治疗有许多可采用的方法。

肠梗阻中医学属肠覃范畴。中医学认为：不通则痛。中晚期肿瘤性低位肠梗阻患者素体亏虚，脾失健运，肺失宣降，肾失摄纳，湿浊留驻肠道，久则气滞血瘀。治当行气通腑，化痰泻浊，采用抗癌通腑中药灌肠，能达到标本兼治目的。方中生大黄、玄明粉通腑泻浊；三七化痰通络，改善肠道微循环；白花蛇舌草化痰抗癌；厚朴行气除湿。诸药合用，共奏通腑化痰泻浊之功。对于不能手术恶性小肠梗阻患者，鼻肠减压管较传统胃管有长度优势，缓解症状效果显著，但此类患者放置鼻肠减压管后不能耐受化疗等进一步治疗，亦不能口服中药汤剂，中药通腑化痰法灌肠，能进一步缓解腹胀、腹痛等梗阻症状，并能通过辨证论治达到标本兼治效果。

不能手术的恶性肿瘤性小肠梗阻治疗上尚未有特殊有效的方法，鼻肠减压管联合抗癌通腑中药灌肠治疗可取得较好的疗效，值得临床采用。

[参考文献]

- [1] 范国华, 钱铭辉, 龚建平, 等. 螺旋 CT 在小肠梗阻诊断中的价值[J]. 放射学实践, 2006, 21(2): 140-143.
- [2] 陈正焯. 急性肠梗阻的诊断和治疗[J]. 新医学, 2006, 37(2): 117-118.
- [3] 永田彻, 中村纪夫, 坂口友次朗. 最近 5 年間のイレウスの治療 - 保存的治療と手術のタイミングについて - [J]. 腹部緊急診療の進歩, 1987, 7(6): 661-665.
- [4] 陈玉堂, 邵国良. 鼻肠减压管在中晚期恶性肿瘤性小肠梗阻综合治疗中的应用价值[J]. 介入放射学杂志, 2009, 18(6): 474-476.

(责任编辑: 黎国昌)