

补中益气汤内服在微创小切口无张力修补腹股沟疝术后的作用

许明斌, 蔡元训

苍南县中医院, 浙江 苍南 325800

[摘要] 目的: 观察补中益气汤内服在微创小切口无张力修补腹股沟疝术后的疗效。方法: 将94例腹股沟疝气患者随机分为2组, 对照组给予微创小切口无张力修补手术治疗, 观察组在对照组基础上给予患者补中益气汤内服。结果: 观察组肠鸣音恢复时间、肛门排气时间、首次排便时间、住院时间与对照组比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。观察组体温、白细胞计数、中性粒细胞百分比优于对照组, 2组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。并发症发生率观察组8.51%, 对照组25.53%, 2组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 补中益气汤内服应用在微创小切口无张力修补腹股沟疝手术后可以缩短肠鸣音恢复时间、肛门排气时间、首次排便时间和住院时间, 降低并发症发生率, 值得在临床推广使用。

[关键词] 微创; 小切口无张力修补; 腹股沟疝; 补中益气汤

[中图分类号] R619⁺.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 02-0117-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.02.056

腹股沟疝气属于临床上常见外科疾病之一, 一般好发于中老年患者。目前临床上主要采取手术治疗, 但术后容易出现胃肠功能的紊乱, 部分患者还会引发腹胀、膈肌上升造成呼吸困难、下腔静脉的回流受阻等情况, 严重影响了患者康复, 传统的恢复手术后胃肠功能方法主要是穴位注射、术后早期锻炼等形式, 但是由于时间和患者配合程度等受到限制^[1-2]。笔者观察补中益气汤内服在微创小切口无张力修补腹股沟疝术后的效果, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例来自本院2013年1月—2014年6月收治的腹股沟疝气患者, 共94例。随机分为观察组和对照组, 每组47例。观察组男31例, 女16例; 年龄34~72岁, 平均(54.71±4.35)岁; 其中腹股沟斜疝患者34例, 腹股沟直疝患者13例。对照组男32例, 女15例; 年龄31~75岁, 平均(54.86±4.41)岁; 其中腹股沟斜疝患者35例, 腹股沟直疝患者12例。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。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准: 西医诊断早期出现腹股沟区域坠胀感, 伴有时隐时现, 站立时肿块出现, 平卧或者手法还纳肿物消失, 超声可见腹股沟区域疝囊或者疝内容物, 伴有交通性鞘膜积液, CT可见腹股沟区域疝囊和疝内容物。中医诊断患者可见腹股沟区域肿块在站立或者咳嗽时出现, 劳累时肿物增大, 肿胀不适, 休息或者平卧后缩小, 可伴有食少纳呆, 面色无华, 神疲乏力, 动则气短, 脉微或涩, 舌质淡红苔

薄白^[3]。患者年龄18~80岁, 所有患者均自愿接受临床治疗, 签署知情同意书。排除标准: 排除哺乳期或者妊娠女性; 排除诊断为腹股沟嵌顿疝、绞窄疝、睾丸鞘膜积液、精索鞘膜积液以及隐睾等疾病患者; 排除伴有全身性疾病无法耐受手术患者; 排除长期或者近期服用影响凝血功能药物; 除外具有癫痫病史患者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予患者微创小切口无张力修补手术治疗, 患者硬膜外麻醉满意后, 取平卧位, 常规消毒铺无菌洞巾, 内环口体表投影位置在皮肤行斜行小切口, 切开腹外斜肌腱, 将皮肤切口在拉钩上下牵拉, 露出腹股沟韧带与联合腱, 疝囊显露, 游离精索只进行钝性游离, 疝囊较小斜疝将疝囊剥离直接推入内环口, 直疝推入至直疝三角, 疝囊过大距离内环口4 cm处将疝囊横断, 近端充分的游离疝囊在其颈部行8字缝合并结扎, 剪去剩余疝囊组织, 将补片修剪为腹股沟管后壁缺损大小, 一端为圆钝形, 一端和内环处圆形缺口相似, 有助于精索通过, 补片平铺在精索下方覆盖在腹横筋膜前, 将补片进行缝合, 把精索放置在补片上方, 依次缝合腹外斜肌腱膜, 皮下深筋膜与皮肤, 术后注意保护髂腹神经与髂腹股沟神经。

2.2 观察组 在对照组基础上给予患者口服补中益气汤加减治疗, 处方: 党参、黄芪各30 g, 白术、当归、升麻、柴胡、荔枝核、橘核各15 g, 陈皮、炙甘草各6 g。水煎服, 每天1剂, 煎取药液400 mL, 分2次早晚温服。连续服用5天。

[收稿日期] 2014-07-22

[基金课题] 苍南县科学技术局资助课题 (2013S10)

[作者简介] 许明斌 (1970-), 男, 主治医师, 主要从事普外科临床工作。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 记录2组患者肠鸣音恢复时间、肛门排气时间、首次排便时间、住院时间,记录2组患者感染性指标如体温、白细胞计数、中性粒细胞百分比情况,记录2组患者手术后发生阴囊水肿、切口液化、术区肿胀以及鞘膜积液情况。

3.2 统计学方法 应用SPSS19.0进行统计学分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,行 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。

4 结果

4.1 2组患者术后恢复情况比较 见表1。观察组肠鸣音恢复时间、肛门排气时间、首次排便时间、住院时间与对照组比较,差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

表1 2组患者术后恢复情况比较 $(\bar{x} \pm s)$

| 组别 | n | 肠鸣音恢复时间(h) | 肛门排气时间(h) | 首次排便时间(h) | 住院时间(d) |
|-----|----|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|
| 观察组 | 47 | 18.12±2.13 ^① | 21.67±3.08 ^① | 50.34±4.66 ^① | 6.11±1.78 ^① |
| 对照组 | 47 | 28.67±4.51 | 36.97±5.16 | 94.67±6.03 | 10.71±2.87 |

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.2 2组患者感染性指标比较 见表2。观察组体温、白细胞计数、中性粒细胞百分比与对照组比较,差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

表2 2组患者感染性指标比较 $(\bar{x} \pm s)$

| 组别 | n | 体温(°C) | 白细胞计数($10^9/L$) | 中性粒细胞百分比(%) |
|-----|----|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| 观察组 | 47 | 36.84±0.51 ^① | 8.15±2.11 ^① | 61.34±8.64 ^① |
| 对照组 | 47 | 37.63±0.87 | 10.37±3.42 | 69.68±10.38 |

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组患者手术并发症比较 见表3。并发症发生率观察组8.51%,对照组25.53%,2组比较,差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

表3 2组患者手术并发症比较 例(%)

| 组别 | n | 并发症 | | | | 发生率(%) |
|-----|----|----------|---------|---------|---------|-------------------|
| | | 阴囊水肿 | 切口液化 | 术区肿胀 | 鞘膜积液 | |
| 观察组 | 47 | 2(4.25) | 1(2.13) | 0 | 1(2.13) | 8.51 ^① |
| 对照组 | 47 | 6(12.76) | 2(4.25) | 1(2.13) | 3(6.38) | 25.53 |

与对照组比较,① $P < 0.05$

5 讨论

腹股沟区域在前外下腹壁的三角形区域,下届是腹股沟韧带,内届是腹直肌的外侧缘,上届在髂前上棘到腹直肌外侧缘的水平线上,腹股沟疝气证实发生在此区域的腹外疝,临床上常见的发病原因主要有解剖因素、胚胎发育因素和生理性因素。目前西医主要采取无张力疝气修补手术治疗腹股沟疝,本院采用了微创小切口补片手术治疗,克服了传统手术对于正常组织解剖结构干扰,层次分明,修补后的组织没有张力,而且

手术后复发率大大降低,患者疼痛较为轻微,因此在临床上广泛使用^[4-5]。但是该术式由于术中缝合较多,因此术后并发症发生的几率提高,而且异物的置入会增加感染的风险同时给患者带来了异物感。尤其在年龄偏大患者中由于脏器功能衰退,手术和麻醉等让患者的部分神经被阻滞,胃肠神经激素的调节发生紊乱,术后肠功能受到抑制,因此肠腔和腹腔的压力升高,膈肌上升,患者容易发生呼吸困难、下腔静脉回流受阻,影响了患者的预后^[6]。目前临床上促进患者胃肠功能主要是采取药物治疗,但是患者一般都是出现严重的腹痛、腹胀等症状后才开始对症服药,往往是被动接受治疗。

中医学理论认为腹股沟疝气属于“疝气”范畴,主要是由于患者阳气不足、中气下陷导致,由于年老体衰、劳累过度气虚下陷形成了阴囊肿胀疼痛,气虚无法统御因此反复发作,少妇坠胀,小便短涩不畅。气虚无法生精,精少则气的功能降低,精为气的物质基础,气为精的功能体现,气虚后功能衰退,人体脏腑、经络、血脉均出现问题,腹壁强度下降,形成了疝气^[7]。笔者给予患者补中益气汤治疗,方中黄芪为君药,具有补中益气、升阳固表之功效,配以人参、白术、甘草为臣药,补气健脾,增强黄芪补益中气;气虚日久营血亏虚,因此当归养血和营,协助人参、黄芪补气养血,陈皮可以理气和胃,使补药补而不粘滞,升麻、柴胡可以升阳举陷,协助君药升提下陷中气,荔枝核、橘核是治疗疝气要药,可以行气散结止痛,属于引经药,引上述药物直达病所^[8]。全方合用可以起到补中益气、升阳举陷的功效,增强患者术后抵抗能力,加速患者术后的康复速度。本研究显示,观察组肠鸣音恢复时间、肛门排气时间、首次排便时间、住院时间,均短于对照组,说明联合口服补中益气汤有助于患者术后康复。观察组体温、白细胞计数、中性粒细胞百分比均优于对照组,说明联合口服补中益气汤可减少患者发生术后感染的几率。观察组并发症发生率8.51%,对照组并发症发生率25.53%,说明联合口服补中益气汤能够减少手术并发症发生,提高患者机体免疫功能。

[参考文献]

- [1] 李绍杰,唐健雄,陈革,等.无张力疝修补术治疗腹股沟疝4438例报告[J].中国实用外科杂志,2012,32(6):459-460.
- [2] Johner A. Planned ilioinguinal nerve excision for prevention of chronic pain after inguinal hernia repair: a meta-analysis[J]. Surgery, 2011, 150(3): 534-541.
- [3] 许元禄,陈丽.小切口无张力腹股沟疝修补术69例[J].现代中西医结合杂志,2011,20(31):3969-3970.
- [4] Negro P, Basile F, Brescia A, et al. Open tension-free Lichtenstein repair of inguinal hernia: use of fibrin glue versus sutures for mesh fixation[J]. Hernia, 2011, 15(1): 7-14.

- [5] 彭雄波. 小切口无张力疝修补术治疗腹股沟疝 84 例临床疗效分析[J]. 中国当代医药, 2012, 19(28): 42-43.
- [6] 李忠阳, 姚仕鹏. 无张力疝修补术治疗腹股沟疝 90 例的临床效果分析[J]. 中国卫生产业, 2011, 8(3): 12-13.
- [7] 郑华. 无张力疝修补术治疗腹股沟疝 52 例[J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 20(35): 4487-4488.
- [8] 李俊爽, 李晓艺, 史凤超. 无张力疝修补术联合中药口服治疗老年性腹股沟疝疗效观察[J]. 河北中医, 2013, 35(1): 76-78.

(责任编辑: 马力)

中医综合干预预防腹部手术后粘连性肠梗阻临床观察

黄贤进

乐清市第三人民医院, 浙江 乐清 325600

[摘要] 目的: 观察中医综合干预预防腹部手术后粘连性肠梗阻的临床疗效。方法: 68 例患者随机分为 2 组, 对照组予以常规健康指导, 实验组在对照组基础上实施中医综合干预。采用卡氏行为状态评分表 (KPS)、BPH 生活质量量表 (QOLS)、纽芬兰纪念大学幸福度量表 (MUNSH), 评估 2 组患者 KPS、QOLS、MUNSH 评分, 并观察肠梗阻相关症状发生情况。结果: 总发生率实验组 26.47%, 对照组 58.82%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。实验组 KPS、QOLS、MUNSH 评分均较高, 与对照组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 中医综合干预能有效预防腹部手术后粘连性肠梗阻, 改善患者生活质量, 值得临床进一步推广与应用。

[关键词] 腹部手术; 中医综合干预; 粘连性肠梗阻; 临床疗效

[中图分类号] R574.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 02-0119-02
10.13457/j.cnki.jncm.2015.02.057

粘连性肠梗阻属于普外科腹部手术后较为常见的一种并发症, 多表现为腹部内脏器官粘连而引起的机械性肠梗阻。针对行腹部手术患者而言, 若出现粘连性肠梗阻, 往往需进行二次手术, 易对患者带来巨大的创伤, 故早期预防对减轻患者病痛、改善其预后具有至关重要的作用^[1]。临已证实, 早期中医综合干预对腹部手术后粘连性肠梗阻有一定的预防作用, 可达活血化痰、行气止痛之功效^[2]。笔者采用中医综合干预预防腹部手术后粘连性肠梗阻, 收到较好的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

选择本院 2012 年 3 月—2014 年 3 月收治的腹部手术患者, 共 68 例, 采用完全随机数字表法, 随机分成 2 组, 每组 34 例。对照组男 18 例, 女 16 例; 年龄 22~74 岁, 平均 (45.32 ± 2.17) 岁; 胆囊切除手术 11 例, 胃部分切除手术 13 例, 阑尾切除手术 7 例, 肠囊切除手术 3 例, 胃部分切除手术 13 例, 阑尾切除手术 7 例, 肠段切除手术 3 例。实验组男 19

例, 女 15 例; 年龄 24~76 岁, 平均 (47.25 ± 2.27) 岁; 胆囊切除手术 10 例, 胃部分切除手术 14 例, 阑尾切除手术 8 例, 肠段切除手术 2 例。

2 组年龄、性别、手术类型等一般资料比较, 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 予以常规健康指导, 向患者及其技术发放相关健康知识手册, 并积极组织健康知识讲座, 告知其粘连性肠梗阻发病诱因、临床表现与治疗方, 提示其对疾病的认知水平, 进而树立治愈信心, 及时对术后并发症进行处理。

2.2 实验组 在对照组治疗基础上, 实施中医综合干预。① 中药汤剂: 给予少腹逐瘀汤, 处方: 蒲黄、乌药、杜仲、续断、干姜、香附、五灵脂、肉桂、延胡索、当归各 10 g, 香附、陈皮、柴胡各 15 g, 丹参、薏苡仁各 30 g, 川芎 6 g, 小茴香 3 g, 水煎服, 每天 2 次, 14 天为 1 疗程; ② 中药灌肠剂: 予以中药灌肠剂, 配方: 败酱草、当归各 15 g, 莪术、

[收稿日期] 2014-10-05

[作者简介] 黄贤进 (1957-), 男, 主治医师, 研究方向: 内科。