

中西医结合治疗腹部术后粘连性肠梗阻临床观察

齐长磊

宁波大学医学院附属医院, 浙江 宁波 315000

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗腹部术后粘连性肠梗阻的临床疗效。方法: 将腹部手术后出现粘连性肠梗阻的 100 例患者按随机对照表将患者分为 2 组各 50 例, 对照组给予西医治疗, 观察组在对照组基础上辅以大承气汤治疗, 观察 2 组临床疗效, 并记录中医症状评分以及排气时间、正常排便时间。结果: 观察组治疗总有效率为 96.0%, 较对照组的 74.0% 高 ($P < 0.05$)。观察组排气时间、正常排便时间、饮食恢复时间以及住院治疗时间较对照组短, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组腹痛、恶心、发热中医症状评分低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合治疗腹部术后粘连性肠梗阻可有效缓解患者的临床体征, 提高临床疗效。

[关键词] 术后粘连性肠梗阻; 腹部手术; 大承气汤; 临床疗效

[中图分类号] R574.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 03-0135-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.03.065

粘连性肠梗阻是腹部手术的常见并发症, 占肠梗阻发病率的 40% 左右。粘连性肠梗阻是由腹腔肠粘连导致肠内容物运行受阻而诱发的以腹胀、排便异常、腹部疼痛等为主的疾病, 可能影响手术质量, 甚至诱发死亡。目前, 临床常通过禁食水、胃肠减压、服用抗生素等方法治疗, 虽然可改善患者肠梗阻症状。然而, 有资料指出, 单独行西医治疗, 无法在短期内控制疾病的发展^[1]。中医学对治疗腹部术后粘连性肠梗阻具有深入认识, 提出可采用活血、祛瘀、行气等治疗, 疗效显著。笔者采用中西医结合治疗腹部术后粘连性肠梗阻, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择 临床表现为腹部胀气、便秘、疼痛等。符合《肠梗阻诊断治疗学》^[2]中拟定的粘连性肠梗阻诊断标准; 存在腹部手术史; 存在明显手术指征的绞窄性肠梗阻; 了解并自愿签署知情同意书。排除标准: 意识模糊; 呼吸系统疾病; 严重心肺功能障碍; 器质性病变者; 过敏体质。

1.2 一般资料 抽取医院 2012 年 3 月—2014 年 3 月入院行腹部手术后出现粘连性肠梗阻 100 例的患者作为研究对象, 采用随机对照表将患者分为 2 组各 50 例。观察组, 男 29 例, 女 21 例; 年龄 24~71 岁, 平均(51.06±3.68)岁; 发病至手术治疗时间为 13~42 天, 平均(26.05±3.17)天; 完全性肠梗阻 19 例, 不完全性肠梗阻 31 例。对照组, 男 27 例, 女 23 例; 年龄 26~69 岁, 平均(50.22±3.51)岁; 发病至手术治疗时间为 11~41 天, 平均(25.96±3.19)天; 完全性肠梗阻 21

例, 不完全性肠梗阻 29 例。2 组一般资料经统计学处理, 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 行西医治疗。常规禁食水, 取营养液行静脉滴注, 纠正水电解质失衡症状; 若患者存在感染症状, 遵医嘱取抗生素用药, 必要时取解痉药治疗; 治疗期间取适量温肥皂水行保留灌肠治疗。待患者肛门排气后, 辅助患者行腹部立位 X 线检查, 了解肠梗阻好转症状, 若证实解除, 嘱咐患者多饮水, 进食流质食物。

2.2 观察组 行中西医结合治疗。在对照组基础上辅以大承气汤治疗, 处方: 党参 20 g, 桃仁、木香各 8 g, 芒硝 9 g, 大黄、厚朴、莱菔子、枳实、香附各 12 g, 每天 1 剂, 取诸药煎煮服用或经胃管注入治疗, 分 2 次服用。

2 组均治疗 10 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①观察临床疗效; ②记录肛门排气时间、正常排便时间、饮食恢复时间以及住院治疗时间; ③观察 2 组患者治疗后中医症状评分, 评估内容包括腹痛、恶心、发热 3 个因子, 分别记为 0~4 分, 分值越高提示症状越严重。

3.2 统计学方法 采用统计学软件 SPSS19.0 进行分析, 计数资料以率表示, 行 χ^2 检验; 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 行 t 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》^[3]中拟定疗效

[收稿日期] 2014-10-09

[作者简介] 齐长磊 (1979-), 男, 主治医师, 研究方向: 普外科。

标准, 显效: 腹痛、发热等症状消失, 未见便秘症状, 腹部立位 X 线检查结果显示未见气液面; 有效: 腹痛、发热等症状未见明显改善, 腹部立位 X 线检查显示肠梗阻呈好转趋势; 无效: 腹痛、发热等症状未见明显变化, 腹部立位 X 线检查显示可见液面。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。观察组治疗总有效率为 96.0%, 较对照组的 74.0% 高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

组别	n	显效	有效	无效	总有效例(%)
观察组	50	34(68.0)	14(28.0)	2(4.0)	48(96.0)
对照组	50	21(42.0)	16(32.0)	13(26.0)	37(74.0)
χ^2 值	-	-	-	-	9.49
P	-	-	-	-	<0.05

4.3 2 组临床观察指标比较 见表 2。观察组排气时间、正常排便时间、饮食恢复时间以及住院治疗时间均较对照组短 ($P < 0.05$)。

组别	排气时间	排便时间	饮食恢复时间	住院治疗时间
观察组	2.96 ± 0.62	3.84 ± 1.24	6.52 ± 1.64	7.26 ± 1.30
对照组	5.39 ± 1.06	6.09 ± 1.71	8.81 ± 1.92	12.55 ± 1.43
t 值	16.10	8.69	7.42	22.43
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

4.4 2 组中医症状评分比较 见表 3。观察组腹痛、恶心、发热评分均较对照组低 ($P < 0.05$)。

组别	腹痛	恶心	发热
观察组	0.68 ± 0.22	0.53 ± 0.19	0.27 ± 0.06
对照组	2.69 ± 0.37	1.44 ± 0.61	1.06 ± 0.21
t 值	38.00	11.52	29.23
P	<0.05	<0.05	<0.05

5 讨论

粘连性肠梗阻是腹部手术的常见并发症, 但其诱发因素尚未明确, 可能与炎症反应、组织缺血相关。术后粘连性肠梗阻临床表现以腹痛、胀气为主, 但随着疾病的进展, 可能加重肠管缺血症状, 破坏肠道屏障, 进而诱发休克、脱水等, 严重者导致死亡。虽然外科手术可改善术后肠粘连症状, 但术后也可诱发新的肠粘连^[4]。基于此, 若患者无明显手术指征, 临床常采用禁食水、灌肠、输液等治疗, 但无法在短时间内控制疾病的发展。

中医学对术后粘连性肠梗阻有深入认识, 认为其属于肠结、积聚的范畴, 与术后血行不畅、气血瘀滞、脏腑失调、津液不足、脉络阻塞等存在直接关系, 发病期间患者往往会伴随腹痛、便秘等体征。《素问·五脏别论》中指出, 脏腑“传化物而不藏物”, 食物不行则积聚于脏腑内。中医学认为, 术后粘连性肠梗阻的病位在肠, 急性发作期以标实为主。《医学真传》曰: “调以气血即可通也”, 可见, 临床可在活血、行气基础上取中药治疗术后粘连性肠梗阻。有研究采用清肠汤、血府逐瘀汤等中药治疗术后粘连性肠梗阻, 取得满意效果^[5]。本研究采用的大承气汤出自《伤寒论》, 该药方主要由芒硝、大黄、党参、桃仁、木香、厚朴、香附等药物组成, 大黄、芒硝具有通便之效, 可有效缓解便秘症状; 党参具有健脾益胃之效; 桃仁可活血; 木香具有止痛、消食、健脾的功效, 可缓解疼痛、腹胀等症状; 厚朴归脾、胃、大肠经, 可行气、止痛; 香附可缓解腹胀症状, 并有止痛之效^[6-7]。诸药合用, 共奏活血祛瘀、镇痛、理气、生津功效, 可有效改善患者的临床不适症状, 控制疾病的发展。研究表明, 大承气汤不仅能促进胃肠蠕动功能, 还能修复肠壁, 改善水肿症状。

本研究中观察组疗效优于对照组, 中医症状评分较对照组低, 同时研究结果显示其可缓解患者的全身症状, 缩短住院周期。可见, 大承气汤联合西医治疗术后粘连性肠梗阻具有疗效好、经济等特点, 可在短期内控制疾病发展。

[参考文献]

- [1] 黄汇丰, 任列钰. 中西医结合治疗术后粘连性肠梗阻 48 例临床观察[J]. 中国中医急症, 2013, 22(11): 1948-1949.
- [2] 吕云福, 邹声泉, 詹文华. 肠梗阻诊断治疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 547.
- [3] 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: 101.
- [4] 郑清盛, 吴大庆, 王栎, 等. 中西医结合治疗术后粘连性肠梗阻 53 例[J]. 中国医药导刊, 2009, 11(3): 396, 391.
- [5] 杨树森, 李潍林. 中西医结合治疗术后粘连性肠梗阻 39 例疗效观察[J]. 河北中医, 2010, 32(4): 548-549.
- [6] 谭爱平. 术后粘连性肠梗阻中西医结合治疗的护理体会[J]. 中医药导报, 2010, 16(4): 97-98.
- [7] 许正国, 刘加升, 张立光, 等. 清肠汤保留灌肠治疗术后粘连性肠梗阻临床观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2011, 18(2): 69-70.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)