

中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻 28 例

黎俊军¹ 杨黎² 黎俊民³

(1 江西省上高县新界埠乡卫生院 上高 336402; 2 江西省上高县中医院 上高 336400;
3 宜春学院医学院 江西宜春 336000)

摘要:目的:探讨中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻的疗效。方法:对 50 例术后早期炎性肠梗阻的临床资料进行回顾性分析。结果:50 例中 22 例单纯行西医保守治疗,痊愈 8 例,有效 9 例,无效 5 例,总有效率 77.27%;28 例行中西医结合治疗,痊愈 17 例,有效 9 例,无效 2 例,总有效率 92.86%。两组比较有显著性差异($P < 0.05$)。结论:中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻较单纯性西医保守治疗疗效好,值得临床推广应用。

关键词:术后早期炎性肠梗阻;中西医结合疗法;加味大承气汤

中图分类号:R 574.2

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.02.026

术后早期炎性肠梗阻系指腹部手术后早期由于手术创伤或腹腔内炎症等原因导致肠壁水肿和渗出,形成的一种机械性与动力性同时存在的粘连性肠梗阻,为腹部外科手术常见并发症之一,如处理不当会引起肠痿、感染等严重并发症。我们自 2003 年 1 月~2009 年 10 月对 28 例术后早期炎性肠梗阻患者进行中西医结合治疗,取得满意的疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照吴在德主编《外科学》^[1]制定:

(1)患者多有腹部手术、创伤或感染等病史;(2)阵发性腹痛、腹胀及肛门排气排便停止;(3)检查腹部可见肠型和蠕动波,腹壁柔软,轻压痛,肠鸣音亢进,闻及气过水声或金属音;(4)早期化验检查无明显改变,病情进一步发展可出现水电解质紊乱和酸碱平衡失调;(5)立位腹部 X 线平片在梗阻发生 4~6 h 后可显示肠襻胀气和阶梯状液气平面。

1.2 病例排除标准 (1)腹部手术后距本次发病时间 >4 周者;(2)由肠麻痹、内疝、肠扭转、吻合口狭窄、肠套叠等原因引起的肠梗阻。

1.3 一般资料 观察病例 50 例,均系外科住院患者并发术后早期炎性肠梗阻,随机分成两组。治疗组 28 例,男 16 例,女 12 例;年龄 19~70 岁,平均 43.2 岁;其中阑尾切除术 11 例,胃肠切除术 4 例,胆囊切除术 5 例,胃、十二指肠穿孔修补术 5 例,输卵管结扎术 3 例;术后发病时间 4~18 d,平均 8 d。对照组 22 例,男 12 例,女 10 例;年龄 17~68 岁,平均 42.7 岁;其中阑尾切除术 7 例,胃肠切除术 5 例,胆囊切除术 4 例,胃、十二指肠穿孔修补术 3 例,输卵管结扎术 3 例;术后发病时间 5~20 d,平均 9 d。两组一般资料经统计学处理差异无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 西医保守治疗。(1)禁食,持续胃肠减

压。(2)维持水电解质及酸碱平衡,完全胃肠外营养支持治疗。(3)应用生长抑素及 H₂ 受体阻断剂以减少消化液的分泌。(4)早期应用糖皮质激素减少肠道内渗出,促进水肿消退。(5)根据病情需要使用抗生素,症状缓解后停用。

2.2 治疗组 采用中西医结合治疗方法:在西医保守治疗的基础上同时给予中药加味大承气汤治疗。药用:生大黄(后下)、川朴、枳实各 15 g,芒硝(冲)9 g,莱菔子 20 g,桃仁、赤芍、白芍各 12 g,当归 10 g,泽泻 15 g。湿热壅滞者加黄柏 10 g、苍术 10 g、茵陈 12 g;气滞血瘀者加用丹参 15 g、木香 10 g;痰湿内结者加半夏 6 g、猪茯苓各 12 g。每日 1 剂,加水浓煎 100 mL,由胃管注入,注药后夹闭胃管 2 h 再放开。每天排出稀便 2~3 次,肠梗阻症状和体征解除且饮食恢复正常 3 d 以上,症状无复发为停用中药指征。

3 疗效观察

3.1 疗效标准^[2] 痊愈:治疗后症状完全消失,大便通畅,1 年内无复发;有效:临床症状减轻,大便通畅,1 年内有复发;无效:经保守治疗病情无明显变化,梗阻症状未缓解而转手术治疗。

3.2 治疗结果 治疗组痊愈 17 例,有效 9 例,无效 2 例,总有效率 92.86%;对照组痊愈 8 例,有效 9 例,无效 5 例,总有效率 77.27%。两组比较有显著性差异($P < 0.05$)。

4 讨论

术后早期炎性肠梗阻一般发生在术后 2 周内,少部分可达 4 周,其病因主要有两方面:一是腹部手术创伤,指广泛分离肠管粘连、长时间肠管暴露以及其他操作造成的肠管浆膜损伤;二是腹腔内炎症,指无菌性炎症,如腹腔内积血、积液或其他导致腹腔内无菌性炎症的残留^[3]。这种肠梗阻既有机械性因素,又有肠动力障碍性因素,但无绞窄的情况。其病变范围广泛,炎症造成的肠蠕动减弱是梗阻的主要原因,其次为肠壁水肿引起的(下转第 48 页)

分泌物,放于盛有 10%氢氧化钾玻片上,混匀后在显微镜下可找到芽生孢子和假菌丝。

1.3 治疗方法 将 120 例病人随机分成两组。治疗组 60 例,为要求生育者,取硝呋太尔制霉菌素阴道软胶囊(含硝呋太尔 500 mg、制霉菌素 20 万 IU)1 枚放入阴道深部,每晚睡前洗净阴部后用,6 次为 1 个疗程。放置时,动作要轻柔。对照组 60 例,为要求流产者,阴道深部放入克霉唑栓 1 枚(含克霉唑 150 mg),每晚 1 次,连用 6 d 为 1 个疗程。

1.4 疗效判断 两组病人均在治疗 2 周后随访。痊愈:临床症状消失、实验室检查病原体阴性;显效:临床症状明显减轻、实验室检查病原体阴性;有效:临床症状减轻、实验室检查病原体阴性或部分阴性;无效:治疗后症状体征无变化、实验室检查病原体为阳性。

1.5 观察项目 逐日观察并记录受试者与阴道炎相关的临床症状和体征的变化,包括镜检、阴道 PH 值、氨实验和假丝酵母菌培养的结果。

2 结果

两组疗效对比分析见表 1。硝呋太尔制霉菌素阴道软胶囊组的总有效率 96.7%,克霉唑栓组总有效率 86.7%,经 χ^2 检验, $P < 0.05$,有显著性差异。

表 1 治疗组与对照组的疗效对比 例

	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	60	51	4	3	2	96.7
对照组	60	46	3	3	8	86.7

3 讨论

国外资料显示,约 75%的妇女一生中至少患过 1 次外阴阴道假丝酵母菌病,常见发病诱因为妊娠。妊娠期妇女外阴阴道假丝酵母菌病的发病率明显增高,且治愈率低于非妊娠期妇女^[1]。严重者可以导致流产、早产、羊膜炎及胎膜早破,导致不良的妊娠结局,甚至感染新生儿。妊娠期妇女治疗要尽量减(上接第 41 页)肠腔阻塞。单纯西医保守治疗疗程较长,随着对本病认识不断深入和经验的积累,积极的中西医结合非手术治疗成为首选的治疗方法。

中医学对腹部术后早期炎性肠梗阻的认识,辨证属于“肠结”、“关格”、“腹痛”等,病位在肠。腑气不通、气机不畅是腹部术后肠功能障碍的根本病因,其病机主要是肠腑气机闭塞不通,“不通则痛”。腑病宜走不宜守,以通为顺,“腑病以通为补”,“通则不痛”,因而治疗肠结无非通法。加味大承气汤方中大黄、芒硝攻积导滞,通下逐水;川朴、枳实行气导滞;桃仁、赤芍、当归、大黄活血化瘀;泽泻行气消水;莱菔子消食下气除胀;白芍养阴和里;全方共奏通里攻下、行气活血之功,对于术后早期炎性肠梗

阻以气胀为主症者效果尤为显著。现代药理研究表明^[4],复方大承气汤能加强胃肠平滑肌的收缩力,增加单位时间内胃的收缩,促进胃肠道平滑肌的蠕动和推进,还能改善腹腔内血运和肠壁血液循环,减轻组织水肿,促进坏死组织的吸收并具有抗菌抗炎作用。总之,应用加味大承气汤的中西医结合疗法对术后早期炎性肠梗阻的治疗效果确切,值得临床推广运用。

孕期外阴阴道假丝酵母菌病的治疗要尽量减少对胎儿的影响,应选择局部用药。硝呋太尔制霉菌素阴道软胶囊主要成分为硝呋太尔 500 mg+ 制霉菌素 20 万 IU。硝呋太尔是呋喃类衍生物,具有抗原虫、抗菌和抑制真菌生长繁殖的作用,可以保护乳酸杆菌,使阴道内酸度增加,从而抑制阴道毛滴虫的生长繁殖。另外,硝呋太尔具有很安全的毒理学特性,在大鼠和小鼠的急性毒性试验中显示没有毒性,经反复经口和阴道内用药也有很好的耐受性,且没有致畸性。制霉菌素是具有杀灭霉菌活性的抗菌素,对假丝酵母菌属真菌的作用更为显著。两种成分之间无任何负性相互作用,在防止真菌二重感染以及其他药物治疗后的复发方面有更好的作用。实验表明没有致畸和致突变作用,适用于孕期妇女,且使用方便,不会损坏阴道内环境。

孕期外阴阴道假丝酵母菌病的治疗不仅可以消除症状,使孕妇心理得到改善,更重要的是可以避免由于感染造成产科并发症的发生^[1]。本研究结果显示,硝呋太尔制霉菌素阴道软胶囊治疗孕期外阴阴道假丝酵母菌病的治愈率为 85.0%,总有效率 96.7%。说明硝呋太尔制霉菌素阴道软胶囊治疗孕期外阴阴道假丝酵母菌病显效快、副作用少、使用方便安全,易被孕妇接受,值得临床推广。

参考文献

[1]乐杰.妇产科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2008.11
 [2]杨慧霞.妊娠合并性传播疾病的药物治疗[J].中国实用妇科与产科杂志,2003,19(9):518
 [3]叶文珏,范利·凯妮汀.治疗妊娠期霉菌性阴道炎的疗效观察[J].河北医学,2006,6(6):8-10

(收稿日期:2010-12-22)

参考文献

[1]吴在德.外科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2001.515
 [2]段涛,王哲,贾佳.中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻 29 例[J].临床医学,2009,29(1):118
 [3]李幼生,黎介寿.再论术后早期炎性肠梗阻[J].中国实用外科杂志,2006,26(1):38-39
 [4]金万亮.大承气汤对腹部术后肠功能恢复的疗效观察[J].中国中西医结合外科杂志,2000,6(5):326-327

(收稿日期:2010-12-06)