

中药灌肠治疗重症顽固性腹胀的临床疗效观察

陶霞 高永河 李文青 毛丽华 骆骐 夏溪

(江苏省句容市中医院 句容 212400)

摘要:目的:探讨中药灌肠对重症顽固性腹胀的临床疗效。方法:将符合重症顽固性腹胀患者随机分组,对照组 20 例,按原发病治疗常规处理;治疗组 20 例,在对照组治疗的基础上加用中药灌肠。结果:症状改善总有效率治疗组为 100%,对照组为 75%,两组比较差异有显著性($P < 0.05$)。结论:中药灌肠治疗重症顽固性腹胀的临床疗效显著,值得推广。

关键词:腹胀;顽固性;中药灌肠

中图分类号:R 256.32

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.06.014

近年来中药灌肠疗法在急性胰腺炎、尿毒症、慢性肾功能不全、肝性脑病等危重病中有较多临床研究,均显示有较好疗效。中药灌肠疗法是将一定量的中药药液通过肛管,经直肠灌入结肠,保留一定时间治疗疾病的一种方法。中医认为大肠与肺相表里,大肠吸收药物后可通过经脉上输于肺,肺通过朝百脉的功能将药物输布于全身,从而达到治疗疾病的目的。灌肠疗法具有吸收快、起效速、生物利用度高、用药安全、方法简便、易为患者接受等优点。

危重患者腹胀原因有以下几种^[1]:(1)吸气压给的很高,气流外溢咽下所致。(2)平均气道压高,至下腔静脉回流受阻造成腹胀。(3)气囊漏气后咽下或者导致呼吸机压进的气体溢出流向消化道。(4)大量广谱抗生素应用导致肠道菌群失调。(5)插管后损伤致气管食管漏。(6)水电解质平衡紊乱:如低钾等。(7)疾病本身引起或病情恶化:如中毒性肠麻

痹、腹水、心衰。(8)通气不足,至缺氧及二氧化碳潴溜致肠麻痹。(9)大量长期使用镇静、肌松药物,使胃肠不蠕动。(10)大量腹水产生压迫。我科 2011 年 1~8 月,采用中药通腑清瘀剂高位保留灌肠治疗重症患者不明原因所致的腹胀 20 例,取得了满意效果。现总结报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将我科 2011 年 1~8 月重症顽固性腹胀患者随机分为两组。治疗组 20 例,男 12 例,女 8 例;年龄 22~67 岁,平均 44.5 岁;发病时间 5~10 h,平均 7.5 h;其中 10 例慢支感染,4 例急性胰腺炎,4 例急性心肌梗死,2 例脑外伤。对照组 20 例,男 13 例,女 7 例;年龄 24~62 岁,平均 43 岁;发病时间 4.5~8.5 h,平均 6.5 h;其中 10 例慢支感染,6 例急性胰腺炎,2 例急性心肌梗死,2 例脑外伤。两组间性别、年龄分布、病情轻重、病程长短均无统计学差异($P > 0.05$)。

高 NERD 的治疗效果和改善生活质量,开发临床有确切疗效的药物,成了研究的热点。

NERD 属于多因素疾病,其复发率较高,随着症状的持续,患者极易伴发焦虑或抑郁状态,反过来又导致了症状的缠绵性。若单纯从中医内科学“胃脘痛”、“泛酸”、“嘈杂”、“胸痹”等范畴论治,往往又难以取效,治疗上需要多靶点切入。NERD 在中医学中虽无专著论述,但在许多医家论述中有所记载。张景岳《杂证谟》:“吐酸、吞酸等证,总由停积不化而然。而停积不化,又总由脾胃不健而然。”其观点与现代医学较为接近。脾主健运,胃主通降,脾胃失司,则水谷不化,聚而成痰,随胃气上逆则为泛酸、反食,郁而化热则见烧心,阻滞中焦气机则见胸痛。当代中医认为本病病因主要是由于饮食失调、寒邪犯胃、情志内伤、脾胃虚弱等,病位在胃,涉及肝脾肺,与肝的关系较为密切,病机的关键为胃气上逆^[2]。从中医论治杂病出发,采用柴胡疏肝散辨证与辨病相结合,体现了辨证施治的灵活性。柴胡疏

肝散源于《景岳全书·胁痛篇》,全方由柴胡、陈皮、川芎、香附、枳壳、芍药、甘草组成,方中以柴胡疏肝解郁为君药;以香附、川芎活血理气为臣药;以陈皮、枳壳导滞,芍药柔肝为伍;以甘草调药和中为使,配合丹参、龙骨、牡蛎、荔枝核等共建疏肝理气、和血止痛之功,对缓解与消除 NERD 的临床症状有一定疗效。本研究中,奥美拉唑联合柴胡疏肝散治疗 NERD,不论是在疗效上,还是在改善患者生存质量上,均优于单纯奥美拉唑。为治疗 NERD,特别是单纯 PPI 治疗效果不佳的患者提供了一种新的治疗思路,同时生存量表的使用可以客观地评价中药在本病中的价值,也为中药的临床科研提供一种思路。

参考文献

[1]徐肇敏.非糜烂性反流病[J].中华消化内镜杂志,2006,23(1):67-68
[2]刘美成,潘涛,茅卫涛.非糜烂性胃食管反流病的治疗效果和成本分析[J].西部医学,2006,8(1):40-42
[3]花海兵.药对组合法治疗非糜烂性胃食道反流病 40 例[J].中医杂志,2008,49(5):340

(收稿日期:2011-08-23)

1.2 治疗方法 两组均按原发病治疗常规处理,治疗组在此基础上加用中药通腑清瘀剂高位保留灌肠。具体方法:将中药通腑清瘀剂[生大黄 15 g(后下),芒硝 9 g(另冲),厚朴 30 g,丹皮 9 g,柴胡 15 g,白芍 15 g,木香 15 g,黄芩 9 g,水煎剂 200 mL],1 次/d,每次 200 mL 保留灌肠。将药液(37~39 ℃)倒入无菌溶液瓶中,连接一次性输液器及双腔气囊导尿管,并将莫非氏滴管下端输液器盘成环状置于热水袋下保温(水温 45~55 ℃),取得患者配合后,采用左侧卧位,抬高臀部 10 cm,液面距肛门 50~60 cm,将导尿管插入肛门 25~30 cm,点滴速度 60~80 滴/min(以患者感觉下腹泛暖、舒适、无便意为宜)。拔管后嘱患者膝胸卧位 20 min,以利药液在肠腔充分扩散,然后改成仰卧位,将臀部垫高,休息 20 min,至少保留 45 min 以上。治疗中注意观察患者有无心慌、出汗、剧热腹痛等不适,如出现上述症状,应立即停止灌肠并报告医生。治疗组 20 例中有 10 例患者第 1 次治疗前存在恐惧、焦虑、紧张情绪,经心理健康教育、让其他患者现身说教后,均配合完成治疗,无 1 例患者出现灌肠后并发症。

1.3 疗效判定标准 显效:3 d 内症状、体征缓解,7 d 内症状、体征消失;有效:7 d 内症状、体征显著好转;无效:未达到上述各项标准,或中转其他治疗方法者。

1.4 统计学方法 采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 治疗结果 见表 1。治疗组治疗平均天数为 8.4 d,对照组治疗平均天数为 10.5 d,治疗组能明显缩短患者疗程,总有效率优于对照组,两组比较有显著性差异。

表 1 两组治疗 7 d 疗效比较 例

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	20	15	5	0	100*
对照组	20	10	5	5	75

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 不良反应 两组在治疗过程中均未发现不良反应。

3 讨论

根据中医学“六腑以通为用”和“通则不痛”的理论及长期临床实践,我们总结出以通腑攻下为主的治疗方法,以中药通腑清瘀剂高位保留灌肠,促进胃肠功能恢复,减少胃肠道内毒素的吸收和肠麻痹、肠损伤带来的后期细菌移位并由此导致的腹胀可能性^[2]。由于危重患者腹胀原因不一,药物治疗尚难很快显效,因此,患者往往产生不同程度的心理

焦虑。治疗前要做好患者思想工作,向患者解释本病特点及中药保留灌肠的必要性、目的、过程、效果,帮助患者树立战胜疾病的信心,让患者有良好的心理状态,密切配合治疗。选用一次性输液器连接双腔气囊导尿管灌肠,因双腔气囊导尿管较普通肛管细,可以减小刺激,避免损伤肠黏膜,减轻患者痛苦,且在插入肛门到达结肠后可经气囊注入生理盐水并将导尿管固定于肠腔,对于肛门括约肌松弛的患者尤其适用,可延长药物保留时间。同时通过输液器的开关可以调节灌肠液滴速,避免肠腔内迅速进入过多药液致排便反射。

在灌肠中应注意插管不能过浅,因为插入过浅可引起灌肠液外溢,使药物难于保留。采取高位灌肠,因插入深度达结肠,可利用结肠黏膜扩大可治疗面积,使药物直接作用于附着在黏膜上正在侵袭、繁殖的病原体及其产生的有毒物质,有效控制肠道细菌感染,同时利用结肠黏膜的吸收功能,将吸收的药物运送到邻近的组织,减轻炎症反应,促进肠蠕动从而减轻腹胀。药液温度要控制在一定范围内,应与体温相当,温度过低可导致肠痉挛而使药物保留不住;温度过高可损伤肠黏膜,适当的温度可促进改善肠道血液循环,促进炎症消散,降低痛觉神经的兴奋性,从而提高肠道抵抗力和修复能力,解除肠痉挛,从而减轻疼痛。为防止药液温度在灌肠过程中随室温下降,可在输液器外放置热水袋,避免灌肠液温度下降影响疗效。灌肠操作中动作要轻柔,插管要慢,以免肛门括约肌痉挛造成插管困难,影响保留效果,如遇阻力,可退出少许,旋转后再插。拔管时动作也应缓慢,避免肛门括约肌痉挛,导致排便反应,可在拔管前先做肛门按摩,待患者适应后再拔管。灌肠后应注意观察大便排出情况及腹部症状、体征缓解情况。灌肠后,大便次数增多,需加强肛周皮肤护理,保持局部清洁干燥,预防肛周皮肤发红、糜烂等。

本研究结果显示,中药保留灌肠治疗顽固性腹胀临床疗效显著,具有吸收快、起效速、用药安全且方法简便、易为患者接受等优点,还能节省费用,值得临床推广。

参考文献

- [1]Bradley A. Clinically based classification of pancreatitis[J]. Arch Surg, 1993,128:586
- [2]苏国阳. 中药导泻剂胃管注入与高位保留灌肠治疗急性胰腺炎疗效比较[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2003,11(5):307

(收稿日期: 2011-09-13)

欢迎广告惠顾!

欢迎投稿!

欢迎订阅!