

温和灸治疗肛肠疾病术后尿潴留临床观察

吴成成¹ 肖慧荣² 吴咏莉¹ 王慧¹ 谢昌营²

(1 江西中医学院 2010 级研究生 南昌 330004; 2 江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词: 温和灸; 委中; 关元; 中极; 肛肠疾病; 尿潴留

中图分类号: R 619.9

文献标识码: B

doi: 10.3969/j.issn.1671-4040.2012.03.062

尿潴留是肛门直肠手术后最常见的并发症之一, 国外报道, 肛门手术后尿潴留(排尿困难)的发病率为 30%~40%^[1], 国内报道, 其发生率高达 12%~52%^[2], 发生原因可能与环境、心理因素、性别、年龄、疼痛刺激、手术处置和麻醉等有关^[3]。病人通常表现为有排尿感, 但欲排而不出或排而不畅呈滴沥, 患者坐卧不安, 情绪烦躁, 下腹坠胀难忍, 十分痛苦。近年来笔者通过温和灸灸委中、关元、中极治疗肛肠疾病术后尿潴留疗效显著。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本研究采用开放、随机对照的研究(指治疗开始至排气、排便为止)最短 6 h, 最长 8 d, 6~48 h 13 例, 49~72 h 8 例, 3 d 以上 2 例。非手术治疗失败中转手术 2 例。

2 讨论

粘连性肠梗阻是腹部外科的一种常见病、多发病。其中约 80% 是手术后粘连所致, 再次手术并不能消除粘连, 相反再次手术必然要形成新的粘连。各型肠梗阻的发病率近年来有明显变化, 粘连性肠梗阻跃升为首位, 粘连性肠梗阻常因手术、腹腔感染、腹部外伤等引起, 尤其是阑尾切除术或盆腔手术后, 以结肠手术为最多, 可能与腹膜的大面积缺失及肠壁浆膜损伤有关, 胃与十二指肠、胆道等手术次之。另外, 腹腔污染和炎症, 牵拉钳夹肠管使其浆膜层受损, 腹腔内异物如手套上的滑石粉、缝线、引流或遗留纱布及腹腔灌注化疗药物等均可引起手术后粘连性肠梗阻^[4]。粘连部位一般都发生在小肠。根据患者既往手术史、临床症状、体征与辅助检查, 粘连性肠梗阻确诊并不困难, 但需排除术后早期麻痹性或炎性肠梗阻, 有时亦需排除占位等相关因素。对于非绞窄的单纯粘连性肠梗阻, 大多数患者经非手术治疗可以缓解, 这就避免和减少了再次手术增加粘连梗阻的机会^[5], 故在临床上尽量采用非手术治疗。

笔者对于全身情况尚可、无明显肠绞窄征象、无典型腹膜炎表现的患者采取非手术治疗, 包括禁食、胃肠减压、补液抗炎、纠正水电解质及酸碱失衡、肥皂水灌肠及对症治疗等。胃肠减压一般为

方法, 随机数字表由 SPSS11.5 统计软件模拟产生。120 例病例均为我院肛肠科 2010 年 7 月~2011 年 7 月肛肠疾病术后尿潴留病人, 分为治疗组、对照组两组。治疗组 60 例, 男性 35 例, 女性 25 例, 年龄 20~65 岁, 平均(32.03±8.70)岁; 对照组 60 例, 男性 39 例, 女性 21 例, 年龄 18~65 岁, 平均(33.72±8.31)岁。两组患者性别、年龄、疾病类型、手术切口、术中术后护理均无显著性差异($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法 治疗组采用温和灸, 患者取侧卧位, 将艾条点燃同时置委中(双侧)、关元、中极穴上 2~4 d, 本组病例在 6 h~8 d, 保持胃肠减压通畅, 在梗阻缓解、腹痛腹胀消失、肛门排气和(或)排便后夹管 12 h, 无不适者拔除胃管; 对腹胀不严重患者, 我们应用生理盐水或肥皂水, 采用低压缓慢、不保留灌肠; 胃管注入中药, 以通里攻下, 辅以理气开郁及活血化瘀, 如: 炒莱菔子、厚朴、枳壳、川楝子、木香、桃仁、红花、郁金、赤芍、生大黄(后下)、芒硝(冲), 浓煎后取 200~300 mL 分次注入胃管(温度在 20℃左右), 注入后夹管 2~3 h, 若患者出现腹痛加剧并呕吐者, 开放胃管, 一般情况下, 在注药后 2 h 内出现腹痛稍加重, 为刺激肠蠕动加强所致, 可予以密切观察, 在患者出现腹痛加剧并呕吐时, 要注意腹部体征, 防止并发症的出现及非粘连性肠梗阻的诊断。对有明显肠绞窄征象、典型腹膜炎表现、非手术治疗 48 h 症状未能缓解或加重的患者采取手术治疗, 手术方式根据粘连不同类型和程度, 分别采取粘连松解术、肠切除术等。结果表明, 本组 23 例保守治疗痊愈出院, 无死亡病例, 疗效满意。总之, 对于没有肠绞窄的粘连性肠梗阻患者可先行非手术治疗; 对于非手术治疗无效或怀疑有绞窄性肠梗阻的患者, 应把握手术时机, 选择恰当术式进行治疗。

参考文献

[1] 尹杰. 肠梗阻 138 例病因分析[J]. 中国误诊学杂志, 2010, 10(16): 3 937-3 944
[2] 沈魁. 提高粘连性肠梗阻的治疗效果[J]. 实用外科杂志, 1986, 7(4): 169

(收稿日期: 2012-02-14)

俞瑾教授“生命网络调控观”指导下中西医结合治疗 多囊卵巢综合征经验初探

潘芳

(上海市泰坤堂中医医院 上海 200023)

关键词:名老中医经验;中西医结合疗法;多囊卵巢综合征;俞瑾

中图分类号:R 711.75

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.03.063

俞瑾教授是上海复旦大学附属妇产科医院教授、博士生导师,国家级和上海市名老中医。从事中西医结合妇科临床、科研及教学工作 50 余年,擅长多囊卵巢综合征、子宫内膜异位症、卵巢功能低下性不孕等生殖内分泌疾病的中西医结合诊治。近年来,她在其 50 余年来对妇科生殖内分泌疾病的临床与实验研究成果的基础上,结合现代科学研究的成果,提出了“生命网络调控”的新医学思路用于指导临床实践,使诊治效果不断提高。笔者有幸跟师学习,现将老师中西医结合治疗多囊卵巢综合征的经验简要介绍如下。

1 生命网络调控观的内涵

俞瑾教授根据其 50 余年的临床—实验一再临床的不断探索的研究成果,提出了“生命网络调控”的观点,认为:人体是由大大小小的网络交织在一

起构成的,大到每个系统,小到单个的细胞,都有自己的网络,而这些网络间又依靠受体、酶、因子、微 RNA (microRNA) 等物质为介质紧密地联系在一起而构成了人体这个大网络。当人体健康时,各个网络之间功能协调,“阴平阳秘”,而疾病的发生即是人体内某个网络的功能失调,同时也可通过受体、酶、因子等介质发生“涟漪”样的现象而波及其他的网络,因此在疾病发生时,都有一个生病的“主干”和由此而波及的“支干”,只有当“主干”恢复后疾病才可痊愈,同时“支干”的功能恢复,也会影响到疾病的转归。另一方面,人体的网络与外界环境也是相互影响、相互交流的,两者之间存在着“对立统一”的关系,即中医所讲的“天人合一”。俞瑾教授认为“肾主生殖”是女性生命网络调控的主干,诊治妇科疾病应从“肾”入手,提纲挈领。

方 3~5 cm 处来回旋转,3~5 min 后,至患者施灸部位有温热感而无灼痛时,对准上述四穴,每处灸至皮肤红晕为度。对照组采用传统的局部热敷、诱导排尿治疗尿潴留。

1.3 疗效标准^[4] 显效:治疗结束后 30 min 内能顺利排尿,尿急、腹胀、腹痛症状消失;有效:治疗结束后 30~90 min 尿急、腹胀、腹痛症状消失,能自行排尿;无效:治疗结束 90 min 后仍未排尿或尿液淋漓不出,尿急、腹胀、腹痛。

1.4 治疗结果 治疗组显效 34 例,有效 18 例,无效 8 例,总有效率 86.67%;对照组显效 11 例,有效 15 例,无效 34 例,总有效率 43.33%。两组疗效比较, $\chi^2=28.124, P<0.05$,有明显统计学意义。

2 讨论

肛肠术后尿潴留属于“癃闭”的范畴,主要病位在膀胱,肛肠疾病手术后损伤脉络,引起气血瘀滞,影响膀胱气化而发生癃闭。温和灸委中、关元、中极治疗肛肠疾病术后尿潴留是根据中医针灸基础理论,应用温和灸消瘀散结、温经通脉之功,使膀胱气化功能得以恢复。委中为膀胱经下合穴,《灵枢经》^[5]提出“合治内府”即下合穴主治六腑病证。《灵枢经》

“膀胱病者,小腹偏肿而痛,以手按之,即欲小便而不得,肩髃上热,若脉陷,及足小趾外廉,及胫踝后皆热,若脉陷,取委中央。”关元为任脉与三阴经的交会穴,是人体元气的根本,能温补下元,鼓舞膀胱气化。中极为膀胱募穴,根据《难经》“阴病行阳,阳病行阴,故令募在阴,俞在阳”及《素问》“从阴引阳,从阳引阴”等论述,脏病多与背俞穴相关,腹病多与募穴相关,故临床上膀胱病变可用其募穴。温和灸委中、关元、中极能温通经络,益气扶正,改善血液循环,疏通气血而调理三焦,温补下元,增强膀胱气化功能,解除尿道括约肌痉挛,以达到使肛肠疾病术后尿潴留患者小便自利的目的。该法操作简单易掌握,无痛,安全,疗效明显,同时能避免导尿可能引起的尿道感染、尿道损伤,值得临床推广。

参考文献

[1]Salman Z.Urinary retention after benngano rectal operation [J].Dis Colo Reetum,1998,41(6):6 961
[2]张东铭.盆底与肛门病学[M].贵阳:贵州科学技术出版社,2000.66
[3]黄美坤.肛肠疾病术后排尿障碍的原因及护理对策[J].中国冶金工业医学杂志,2008,25(6):749-750
[4]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.46-48
[5]刘更生.灵枢经[M].北京:中国中医药出版社,2006.10

(收稿日期:2011-11-18)