

穴位注射结合开塞露纳肛治疗腹部术后早期炎症性肠梗阻临床观察

刘园蔚¹ 侯俊明^{2#}

(1 陕西中医学院 2012 级临床外科研究生 咸阳 712046; 2 陕西中医学院附属医院肿瘤胸心外科 咸阳 712046)

摘要:目的:观察穴位注射结合开塞露纳肛治疗腹部术后早期炎症性肠梗阻的临床疗效。方法:将 35 例患者分为两组:治疗组 19 例,采用常规西医治疗,加双侧足三里穴位注射甲氧氯普胺+50%葡萄糖,结合开塞露纳肛;对照组 16 例,采用西医治疗。观察治疗 3 d 后两组患者的临床疗效。结果:两组疗效比较,治疗组在消除临床症状等方面与对照组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论:穴位注射结合开塞露纳肛治疗腹部术后早期炎症性肠梗阻疗效肯定,操作简单方便、实用性强、效果满意。

关键词:炎症性肠梗阻;术后并发症;穴位注射;开塞露纳肛

Clinical Observations on Early Postoperative Inflammatory Ileus after Abdominal Surgery Treated by Point Injection Combined with Glycerine to anus
LIU Yuan-wei¹, HOU Jun-ming²

(1 Clinical Surgery Graduate Students 2012, Shanxi University of Chinese Medicine; Xianyang 712046; 2 Tumor of Thoracic and Cardiovascular Surgery Department, Affiliated Hospital of Shanxi University of Chinese Medicine; Xianyang 712046)

Abstract: Objective: To observation the clinical efficacy of early postoperative inflammatory ileus after abdominal surgery treated by point injection combined with Glycerine to anus. Methods: 35 Patients were divided into two groups: the treatment group 19 cases, were treated by conventional western medicine, and metoclopramide+50% glucose, Zusanli injection, combined Glycerine to anus, the control group 16 cases, were treated by western medicine. Clinical efficacy was observed after treatment. Results: Compared with the control groups, the treatment group had significant difference ($P<0.05$) in the elimination of clinical symptoms. Conclusion: Point injection combined with Glycerine to anus treatment of early postoperative inflammatory ileus after abdominal surgery is effective, easy to operate, practical, and results are satisfactory.

Key words: Inflammatory ileus; Postoperative complications; Point injection; Glycerine to anus

中图分类号: R574.2

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.08.041

肠梗阻是腹部手术后最常见的并发症之一,其中术后早期炎性肠梗阻约占 20%^[1],如果临床处理不及时妥当,可引起严重并发症,甚至危及患者生命。一般的单纯西医治疗方法不甚理想,如何科学有效地治疗术后早期炎症性肠梗阻成为当前外科学普遍关注的问题。本研究采用穴位注射结合开塞露纳肛的方法治疗术后早期炎症性肠梗阻,取得了显著疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2008 年 3 月~2013 年 9 月陕西中医学院附属医院共收治腹部手术患者 965 例,出现术后早期炎症性肠梗阻患者 35 例 (3.6%):男 18 例,女 17 例;年龄 26~77 岁;胃癌胃大部切除术后 10 例、结直肠癌术后 9 例、阑尾切除术 5 例、胆囊切除术 8 例、脾破裂术后 1 例、肠梗阻松解术后 2 例。所有手术病人均按照外科手术标准做术前准备,采用随机方法将患者分为治疗组 (19 例) 和对照组 (16 例),两组患者均在术后 5~20 d 出现炎症性肠梗阻症状。两组患者在性别、年龄、发病程度、病程等方面比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 (1) 多见于手术操作范围广、创伤重、手术时间长的病例。(2) 多在术后 3 周内发病。(3) 术后早期短暂排气、排便,进食后再出现梗阻,且症状逐渐加重,并具备肠梗阻四个典型临床特征之一(腹痛、腹胀、呕吐、肛门停止排气排便);肠梗阻时因留置胃管而呕吐症状也可缺乏。(4) 腹部平片尚无机械性、完全性肠梗阻的典型表现,多数由于肠腔内炎症广泛粘连引起。(5) 腹部 B 超可见肠腔积液、腹腔少量积液。(6) 腹部 X 线检查可见肠胀气、多个大小不等的气液平面。(7) 腹部 CT 检查可见肠壁增厚、粘连成团的肠襻相对固定以及肠腔积液积气,腹腔内渗出,无高度扩张的肠管,无绞窄性肠梗阻等特点。(8) 排除绞窄性肠梗阻。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 给予常规西医处理:(1) 禁食、水,矫正水、电解质和酸碱平衡,纠正低蛋白血症;(2) 肠外营养支持:陕西中医学院附属医院均采用卡文肠外营养液静脉注射,1 次/d;(3) 针对性药物治疗方法:奥曲肽 0.1 mg,皮下注射,qd;肾上腺皮质激素:地塞米松,5 mg,入壶;(4) 持续鼻导管胃肠减压:病人出

通讯作者:侯俊明,E-mail:liuyuanwei2015@163.com

现炎性肠梗阻症状后,胃管未拔出患者继续保留胃管,进行胃肠减压;胃管已拔出或术前未行胃肠减压者,予胃管进行胃肠减压。

1.3.2 治疗组 给予西医常规处理的基础上,外加穴位注射结合开塞露纳肛治疗:(1)双侧足三里穴位注射:患者仰卧,取足三里穴,用 5 mL 注射器抽取甲氧氯普胺(胃复安)10 mg+50%葡萄糖 4 mL,常规消毒局部皮肤后,分别直刺左右足三里穴 1.5~2.0 cm,缓慢上下提插,待两腿感酸、胀、麻后抽取无回血后,即将药物缓慢推入。1 次/d,连续 5 d。(2)让病人左侧卧位,双腿屈曲,臀部稍抬高,自然放松,取规格为 20 mL/ 只的开塞露 1 只,剪开头部,纳入直肠内,嘱病人平卧 10~30 min,有便意时解大便,2 次/d,连续 3 d。

1.4 观察指标 观察两组患者治疗后的临床疗效:包括腹胀、腹痛、呕吐、腹胀消失时间,肠鸣音变化、肛门排气、排大便时间,腹部 X 线、CT 变化时间。

1.5 疗效评定标准 治愈:经治疗后腹胀、腹痛、呕吐等临床症状体征完全消失,肠鸣音恢复,肛门已排气或排便,影像学检查提示梗阻消除;好转:患者自觉以上症状明显缓解,体征明显减轻,影像学检查提示梗阻缓解或好转;无效:经 48 h 治疗,病情无明显变化,症状体征无改善,甚至加重,影像学检查提示梗阻无变化或加重,甚至中转手术。

1.6 统计学方法 使用 SPSS13.0 统计软件进行统计分析,所有计量资料以均数±标准差($\bar{X} \pm S$)表示,组间比较采用两独立样本 t 检验,计数资料采用卡方检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗组治愈率为 73.68%,总有效率为 100.00%;对照组治愈率为 37.50%,总有效率为 81.25%;两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。对照组 3 例无效中 2 例加用穴位注射甲氧氯普胺 10 mg+50%葡萄糖 4 mL 结合开塞露纳肛治疗后治愈,1 例中转手术治疗治愈。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 例(%)				
分组	n	治愈	好转	无效
治疗组	19	14(73.68)	5(26.32)	0(0.00)
对照组	16	6(37.50)	7(43.75)	3(18.75)

3 讨论

术后早期炎性肠梗阻(early postoperative inflammatory small bowel obstruction, EPISBO),是腹部手术后早期(通常为 20 d 内)由于腹腔无菌性炎症渗出、手术创伤所引起的机械性与动力性并存的肠梗阻,占外科肠梗阻的 20%^[2]。王李等^[3]在“术后肠梗阻的发生机制研究进展”中讲到,术后肠梗阻的胃

肠道动力主要由神经反射、炎症反应及药物相互作用三种机制共同调节,三者在不同的时间段所起的作用不同,但又相互作用构成一个整体,其中炎症反应对术后肠梗阻的持续起着关键性作用。出现术后肠梗阻,说明肠管炎症正处于较严重的阶段,此时的手术难度很大,不仅难以确认梗阻部位,而且手术时极易导致肠管损伤,造成术后再梗阻、术后出血、感染、术后肠痿等。因此,治疗首选保守治疗。

中医学认为,肠梗阻的发生是由于手术创伤致瘀血内生,阻于经络脏腑之间,使气血运行不畅,脏腑通降失调^[4]。足三里属阳明胃经合穴,合治内腑,是治疗胃肠疾病的主要输穴。它具有调理脾胃、补中益气、通经活络、疏风化湿、扶正祛邪之功能。双侧足三里封闭,调畅气机,疏通上下,使清者升浊者降,最终使机体交感和副交感神经调节平衡^[5]。现代医学研究证实,针灸刺激足三里穴,可使胃肠蠕动有力而规律,提高多种消化酶的活力,增进食欲,帮助消化,还能通过兴奋或抑制神经-内分泌调节系统发挥调节胃肠功能、调整机体免疫功能及机能状态的作用^[6];胃复安具有增强机体 M 受体对乙酰胆碱的敏感性、兴奋上消化道平滑肌的作用,因而能增强胃肠道蠕动,促进胃排空,从而消除食欲不振、嗝气、胃部胀满、胃酸过多等不适症状,调整胃的活动,使胃功能恢复正常。50%葡萄糖为高渗溶液,可以吸收组织间隙水分,达到刺激穴位的功效。开塞露内含 50%甘油,甘油具有润滑肠道的作用,50%甘油为高渗状态,可以吸收肠壁水分,使肠腔内压力升高,刺激直肠壁感受器,传入神经将冲动传至脊髓腰骶部的排便中枢,同时上传至到大脑皮质,引起便意和排便反射,再通过传出神经将冲动传至效应器,即降结肠乙状结肠、直肠和肛门内括约肌,前者引起收缩,后者不自主地舒张;同时,阴部神经冲动减少,肛提肌收缩,肛门外括约肌舒张而引起排气排便;另外,开塞露中的 Mg^{2+} 、 SO_4^{2-} 等大部分离子通过激动 M 胆碱受体,产生胆碱能效应,引起直肠平滑肌收缩加强,肛门括约肌松弛,而引起排气排便。

本研究中治疗组在采用对照组相同方法处理的同时,应用穴位注射甲氧氯普胺 10 mg+50%葡萄糖 4 mL 结合开塞露纳肛,总有效率为 100%、治愈率为 73.68%,与对照组比较(分别为 81.25%、37.50%),均有显著差异($P<0.05$)。提示单纯西医治疗基础上加用穴位注射结合开塞露纳肛治疗腹部术后早期炎性肠梗阻疗效肯定,操作简单方便、实用性强、效果满意,是治疗术后早期炎性肠梗阻有效的治疗手段。但是,术后早期炎性肠梗阻与绞窄性肠梗阻治疗

方法及预后明显不同,因此,一定要警惕绞窄性肠梗阻的存在,一旦确立诊断,要果断改变治疗模式,争取最好的治疗效果。总之,在单纯西医治疗的基础上合并使用穴位注射结合开塞露纳肛能有效地治疗术后早期炎症性肠梗阻,减少并发症及再次手术的发生,是一种安全、经济、有效的治疗方法。

参考文献

[1]黎介寿.认识术后早期炎症性肠梗阻的特性[J].中国实用外科杂志,1998,18(7):387-388

[2]朱维铭,李宁.术后早期炎性肠梗阻的诊治[J].中国实用外科杂志,2000,20(8):456-458
[3]王李,童卫东.术后肠梗阻的发生机制研究进展[J].中国普外基础与临床杂志,2011,18(10):1 114-1 117
[4]付长海.中西医结合治疗腹部术后粘连性肠梗阻 50 例[J].四川中医,2009,27(7):66-67
[5]王红,石建华,李慧臻,等.中西医结合治疗急性结肠假性肠梗阻 19 例[J].天津中医药,2006,23(4):326
[6]金香兰,尹岭,姚斌,等.针刺足三里穴中枢作用机制的研究[J].中国康复理论与实践,2003,9(3):184-186

(收稿日期:2014-04-15)

无泡穴位贴敷治疗支气管哮喘 264 例 *

魏丽媛¹ 指导:田海燕^{2#}

(1 江西中医药大学 2012 级针灸推拿学硕士研究生 南昌 330006;2.南昌大学第三附属医院针灸科 江西南昌 330008)

摘要:目的:观察无泡穴位贴敷治疗支气管哮喘的临床疗效。方法:选择符合诊断标准的支气管哮喘患者 264 例,取穴大椎、肺俞、天突等,在初伏、中伏、末伏的第 1 天穴位贴敷,并于末伏后第 10 天加强一次,以皮肤出现潮红为度,尽量避免起泡。结果:经过 3 个疗程后临床治愈 98 例,好转 145 例,无效 21 例,总有效率 92.0%。结论:无泡穴位贴敷对支气管哮喘患者临床症状改善显著,并减少了药物对皮肤的刺激性,避免起泡,减轻了患者的痛苦。

关键词:支气管哮喘;慢性持续期;无泡穴位贴敷

中图分类号:R256.12

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.08.042

支气管哮喘是以咳嗽、喘息、胸闷等症状为主的常见病,多见于中老年人。“冬病夏治”穴位贴敷治疗支气管哮喘慢性持续期疗效显著,但所用生药对皮肤刺激性大,易出现皮肤起泡甚至破溃。笔者于 2008 年 7 月~2010 年 7 月采用无泡穴位贴敷疗法治疗支气管哮喘患者 264 例,取得较好疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 随机选取 2008 年 7 月~2010 年 7 月南昌大学第三附属医院针灸科及呼吸内科门诊就医的支气管哮喘患者 264 例,其中男 146 例,女 118 例,年龄为 4~76 岁,病程 2~30 年。

1.2 纳入及排除标准 所有病例均符合中华医学会呼吸病分会哮喘学组《哮喘防治指南》^[1]制定的诊断标准,且分期标准为慢性持续期,病情严重程度分级属于轻、中度持续。排除支气管哮喘急性期患者及造成气喘或呼吸困难的其他疾病患者,或有严重原发性疾病患者。

1.3 治疗方法 (1)治疗时间及疗程从入伏日起,在初伏、中伏、末伏的第 1 天分别治疗 1 次,于末伏后第 10 天加强 1 次,每年 4 次为 1 个疗程,连续治疗 3 年,共 3 个疗程。(2)药物制备:药膏制备:取生白芥子、生麻黄、法半夏、肉桂、地龙、紫苏子按 4:2:1:1:1:1 的比例研成细末。新鲜生姜粉碎后按压取汁,加热煮沸后放置至 50℃,与药粉混合,再

加入甘油调成稠膏状,制成直径 1.5 cm、高度 0.8 cm 左右的天灸药膏。(3)取穴:“初伏”取肺俞、膏肓、大椎、定喘;“中伏”取天突、心俞、膈俞、脾俞;“末伏”取肾俞、气海、丰隆、太溪;“加强”取定喘、肺俞、关元、肾俞。(4)操作:患者暴露治疗穴位用碘伏常规消毒后,将药膏贴于穴位上,用 6 cm×6 cm 的医用胶布固定。成人每次贴 4 h、小儿贴 2 h 后揭下,以患者能够耐受为度。(5)皮肤反应:贴药后大多数患者不出现发泡,少数人仅出现细小水泡,一般不会感染。(6)注意事项:贴药期间禁食生冷油腻或辛辣刺激性食物;贴药后应尽量减少室外活动,避免胶布脱落。

1.4 疗效标准 参照国家中医药管理局颁布的《中医病症诊断疗效标准》^[2]中哮喘病的疗效判定标准。临床治愈:哮喘控制,临床症状及体征消失;好转:哮喘缓解,临床症状、体征好转;无效:症状无变化。

1.5 治疗结果 见表 1。

表 1 临床疗效统计结果 例				
疗程	临床治愈	好转	无效	总有效率(%)
第 1 疗程	84	134	46	82.6
第 2 疗程	93	137	34	87.1
第 3 疗程	98	145	21	92.0

2 典型病例

万某,女,44 岁。于 2010 年 7 月 16 日初诊。病史:气喘、咳嗽反复发作 10 余年,痰多,色白而粘,伴胸闷,每遇天气转冷或劳累后症状加剧,平素易感冒,怕冷,舌质淡,苔微腻,脉滑。体检:双肺可闻及散

* 基金项目:江西省南昌市指导性科技计划项目(编号:洪科发计字[2012]17 号)

通讯作者:田海燕, E-mail: thy.1963@163.com