

中西医结合治疗术后粘连性肠梗阻的临床观察

苏峰 朱信强 陶生 苑彩云 朱美玲
(南京鼓楼医院集团宿迁市人民医院 江苏宿迁 223800)

摘要:目的:观察应用中西医结合疗法治疗术后粘连性肠梗阻的临床疗效。方法:将 56 例术后粘连性肠梗阻的患者随机分为治疗组(中西医结合治疗)和对照组(常规西药治疗)各 28 例,比较两组腹胀、腹痛、便秘、呕吐等临床症状出现缓解时间;比较两组患者胃液引流量、肠鸣音恢复活跃时间、X 线阳性征象消失时间及住院时间;比较两组患者治疗总有效率。结果:与对照组比较,治疗组患者在腹胀、腹痛、便秘、呕吐等临床症状上缓解迅速($P<0.05$),48、72 h 胃液引流量减少($P<0.01$),肠鸣音恢复时间及 X 线阳性征象消失时间明显缩短($P<0.01$),临床总有效率更高($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗术后粘连性肠梗阻的效果显著,明显缩短住院时间,其疗效优于单纯西药治疗,值得临床推广。

关键词:术后粘连性肠梗阻;中西医结合疗法;大承气汤;临床疗效

The Clinical Observation of Traditional Chinese Medicine Combined with Western Medicine Treatment of Postoperative Adhesive Intestinal Obstruction

SU Feng, ZHU Xin-qiang, TAO Sheng, YUAN Cai-yun, ZHU Mei-ling
(Suqian People's Hospital of Nanjing Gulou Hospital Group, Suqian223800)

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of traditional chinese medicine combined with western medicine treated the postoperative adhesive intestinal obstruction. Methods: 56 Cases of postoperative adhesive intestinal obstruction were divided into treatment group (Combine traditional chinese and western medicine therapy) and control group (routine western medicine), each for 28 cases. The relief time of ventosity, bellyache, constipation, vomit were analyzed. The total volume of drainage, the time of bowel sound recovery, the disappearing time of X-ray positive signs, hospital stays and the total effective rate were compared between two groups. Results: The relief time of ventosity, bellyache, constipation, vomit were faster in the treatment group than that in the control group ($P<0.05$). The total volume of drainage reduces, the time of bowel sound recovery, the disappearing time of X-ray positive signs of the treatment group were shorter than that of the control group ($P<0.01$). The clinical effect rates of the treatment group was higher than the control group ($P<0.05$). Conclusion: Combine treatment of traditional chinese with western medicine for postoperative adhesive intestinal obstruction reduces hospital stays, and shows better curative effect compared with that of pure western medicine treatment group.

Key words: Postoperative adhesive intestinal obstruction; Combine traditional chinese and western medicine therapy; Dachengqi decoction; Clinical efficacy

中图分类号:R656.7 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.07.006

肠梗阻是普外科和消化科临床常见的急腹症之一,其特点是肠道内容物在肠道中通过受阻,可由多种因素引起,近年来随着外科手术的进展,术后粘连性肠梗阻在临床上较为常见。病情较轻者仅出现腹胀、腹痛等表现,严重患者可出现毒血症、肠坏死、感染性休克、弥散性血管内凝血甚至死亡。本病的手术治疗并不能消除粘连,相反会形成新的粘连,造成疾病经久不愈。因此,目前本病的治疗仍以保守治疗为主。我院消化科及普外科对 2012 年 3 月~2015 年 6 月收治的 28 例术后粘连性肠梗阻患者采用中西医结合治疗,取得了比较满意的临床疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院收治的 56 例术后粘连性肠梗阻患者,男 31 例,女 25 例;年龄 18~95 岁,平均(55.18±18.95)岁。将上述患者通过计算机随机分为治疗组和对照组,每组 28 例。两组患者的性别、年龄比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:参照《外科学》^[1]关于粘连性肠梗阻的诊断标准,符合以下条件者纳入研究:(1)有腹部手术史;(2)出现肛门排气或排便减少,有明显肠梗阻表现;(3)患者具有腹胀、腹痛、便秘、呕吐等临床症状;(4)腹部 X 线立位片符合肠梗阻的诊断标准。排除标准:(1)腹部手术史时间在 2 个月以内的患者;(2)出现肠绞窄或严重腹腔感染者;(3)恶性肿瘤导致的肠梗阻患者;(4)年龄小于 10 周岁的患儿以及存在一定程度精神障碍,对诊疗配合欠佳的患者。

1.3 治疗方法 对照组给予常规西药治疗,予以禁食、胃肠减压;肥皂水 500 ml 清洁灌肠,每天 2 次;应用抗生素预防感染发生;使用质子泵抑制剂减少胃酸分泌;使用生长抑素减少消化液分泌;营养支持及维持水、电解质及酸碱平衡。治疗组在对照组的基础上予以中药大承气汤加减。方用生大黄(后下)10 g、芒硝(冲服)12 g、枳实 12 g、厚朴 15 g,腹痛较甚者加延胡索 15 g、白芍 12 g;呕吐较重者加半夏 8 g;

气虚者加党参 15 g、黄芪 20 g；血瘀者加丹参 15 g、赤芍 12 g。以上方剂 1 剂/d，加水 1 000 ml 煎至 200 ml，分早晚 2 次，经胃管注入胃腔，注入后夹闭胃管 2 h。另外，用生大黄 50 g 煎汤 200 ml，分早晚 2 次保留灌肠，替代对照组的肥皂水灌肠。

1.4 观测方法与指标 患者临床确诊后分组用药治疗，分别观察患者有无腹膜炎体征；观测比较腹胀、腹痛、便秘、呕吐等症状缓解时间；记录两组患者 24、48、72 h 的胃液引流量；观测比较两组患者肠鸣音恢复活跃时间；每天 1 次腹部立位 X 线片检查，记录阳性征象消失时间；对比分析两组患者治疗总有效率和住院时间。

1.5 疗效评定标准^[2-3] 治愈：发病 5 d 内，肛门恢复排气、排便，临床症状消失，X 线腹平片检查无肠梗阻征象；显效：发病 5 d 内，临床症状明显好转，进食后未再出现梗阻症状，X 线腹平片检查未见明显肠梗阻征象；有效：发病 7 d 内，临床症状有所好转，X 线腹平片检查肠梗阻征象好转；无效：7 d 内临床表现及肠梗阻征象无好转。总有效率 = (治愈 + 显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

1.6 统计学方法 采用 SPSS19.0 统计软件对数据进行统计学分析，对计量资料进行描述性统计，数值以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，两组数据比较采用独立样本 *t* 检验，组间率的比较采用四格表检验。以 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床症状缓解时间比较 两组患者经过治疗后，均未出现脉搏细数、血压下降等休克征象，无急性腹膜炎表现。但治疗组在腹胀、腹痛、便秘、呕吐等临床症状上较对照组缓解迅速，两组比较差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。见表 1。

表 1 两组临床症状缓解时间比较(h, $\bar{x} \pm s$)						
组别	<i>n</i>	腹胀	腹痛	便秘	呕吐	
对照组	28	100.36± 82.10	72.71± 45.85	40.54± 25.62	11.43± 10.09	
治疗组	28	57.43± 38.44	38.11± 22.73	17.71± 9.80	6.64± 6.19	
<i>t</i> 值		2.506	3.578	4.403	2.139	
<i>P</i> 值		0.017	0.001	0.000	0.038	

2.2 两组患者治疗后胃液引流量比较 治疗组的平均胃液引流量均低于对照组，24 h 两组对比差异不显著 (*P* > 0.05)，48、72 h 两组对比均存在明显差异 (*P* < 0.01)。见表 2。

表 2 两组患者治疗后胃液引流量比较(ml, $\bar{x} \pm s$)				
组别	<i>n</i>	24 h	48 h	72 h
对照组	28	730± 245	686± 228	600± 235
治疗组	28	613± 234	488± 186	396± 178
<i>t</i> 值		1.837	3.572	3.673
<i>P</i> 值		0.072	0.001	0.001

2.3 两组肠鸣音恢复活跃时间、X 线阳性征象消失时间及住院时间比较 治疗组在肠鸣音恢复活跃时间和 X 线阳性征象消失时间上较对照组明显缩短 (*P* < 0.01)，住院天数较对照组缩短 (*P* < 0.05)。见表 3。

表 3 两组肠鸣音恢复活跃时间、X 线阳性征象消失时间及住院时间比较(d, $\bar{x} \pm s$)				
组别	<i>n</i>	肠鸣音恢复时间	X 线阳性征象消失时间	住院时间
对照组	28	3.46± 2.31	5.07± 3.32	10.46± 5.04
治疗组	28	1.84± 0.91	2.96± 1.69	7.00± 4.75
<i>t</i> 值		3.458	2.985	2.649
<i>P</i> 值		0.001	0.005	0.011

2.4 两组临床疗效比较 对照组的总有效率为 78.57%，治疗组的总有效率为 96.43%，两组总有效率比较差异有统计学意义 ($\chi^2=4.082$, *P* = 0.043)。见表 4。

表 4 两组临床疗效比较[例(%)]					
组别	<i>n</i>	治愈	显效	有效	无效
对照组	28	11 (39.29)	7 (25.00)	4 (14.29)	6 (21.43)
治疗组	28	21 (75.00)	4 (14.29)	2 (7.14)	1 (3.57)

注：与对照组比较，**P* < 0.05。

3 讨论

粘连性肠梗阻多发生在腹部手术后 2 个月以上，主要因为腹腔组织创伤、出血、炎症、异物等因素导致腹膜、肠管、网膜等器官血液循环障碍，组织缺血，血管通透性增加，组织液中大量纤维蛋白和纤维蛋白原渗出到腹腔，经过凝固、机化等过程，形成纤维蛋白性粘连，从而导致肠管成角、蠕动受限甚至狭窄^[4]。大量消化液、食糜积聚肠腔，加重了肠壁水肿和水电解质紊乱，肠黏膜屏障受损，肠道黏膜通透性增加，增加了细菌和内毒素易位风险，严重者存在向全身炎症反应综合征、弥散性血管内凝血和多器官功能障碍综合征发展的可能。尽快促进胃肠道功能的恢复是抑制肠道内毒素易位，减轻炎性级联反应的重要环节^[5-7]。

以往西医治疗本病的常规保守治疗措施主要有禁食、胃肠减压、灌肠、抑制消化液分泌、应用抗生素、维持水电解质及酸碱平衡等方法。结合我院消化科和胃肠外科对本病的治疗情况来看，西药治疗的疗效较为确切，但患者治疗时间较长、住院费用较高，尤其给很多经济困难群众带来较大的经济压力。而结合中医中药治疗能够在调节脏腑气血阴阳和功能失衡方面发挥中医所长，加快了患者临床症状的缓解，明显缩短了病程和住院时间。

中医认为，粘连性肠梗阻属中医学“肠结、腹胀、腹痛”等疾病范畴，由于患者术后正气受损，肠腑气

血不畅,久而气滞血瘀,瘀热内结,传导失司,腑气不通,不通则痛^[8-10]。治疗应当以通里攻下、行气散瘀为原则,临床多采用大承气汤化裁。大承气汤出自《伤寒杂病论》,为阳明腑实证的基础方,具峻下热结之功效。方中君药大黄荡涤肠腑、泻下攻积;臣药芒硝软坚润燥、泻热通便;厚朴、枳实共为佐使,共奏宽肠理气、消痞除满、行气散结之效。腹痛者可加延胡索、白芍行气散瘀、缓急止痛;呕吐者加半夏降逆止呕、化痰散结;气虚者加党参、黄芪补中益气;血瘀者加丹参、赤芍清热活血、散瘀止痛。全方调畅六腑气机,行气通便消胀,对粘连性肠梗阻的“痛、吐、胀、闭”等主要症状起到良好的治疗效果。通过现代药理学的研究,也证明了大承气汤具有促进消化道推进性运动、增加肠容积、促进肠套叠的还纳、减少渗出、解除肠梗阻的作用。

本文研究发现,加入以大承气汤为代表的中西医结合的治疗方法后,有利于术后粘连性肠梗阻患者腹胀、腹痛、便秘、呕吐等临床症状的改善,促进了消化液的吸收和排泄,胃液的引流量明显减少,促进了肠鸣音恢复以及 X 线阳性征象消失,缩短了住院

时间,其临床治疗的总有效率为 96.43%,显著高于单纯西药治疗的对照组(78.57%)。因此,采用中西医结合的方法治疗术后粘连性肠梗阻的疗效可靠。其效果优于单纯西药保守治疗,是更为经济、合理的治疗方法,值得在基层临床中推广应用。

参考文献

[1]吴在德,吴肇汉.外科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2003:515-522
[2]张晓东,顾群浩,朱晓明,等.大承气汤治疗术后早期炎性肠梗阻的临床观察[J].湖南中医药大学学报,2012,32(6):25-26
[3]赵冬雨,成丽娅,沈宏,等.大承气汤治疗术后粘连性肠梗阻 58 例[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(9):342-344
[4]孙成文,宋治卫.中西医结合治疗术后肠梗阻的诊治探讨[J].中外医疗,2010,29(24):67
[5]冯浩,孙涛,康玉涛.中药大黄联用奥曲肽等药物配合治疗术后早期炎性肠梗阻 52 例[J].实用医学杂志,2009,25(15):2578-2579
[6]卢玉鹏,闫万里,李琳华.大承气汤加减保留灌肠对粘连性肠梗阻患者 ET、TNF-α、IL-6 的影响 [J]. 中国中医急症,2015,24 (9): 1638-1639
[7]倪猛,樊宏伟,高改云.通腑运肠汤内服加灌肠治疗粘连性肠梗阻 46 例[J].中国实验方剂学杂志,2014,20(14):215-218
[8]宋会涛.中西医结合治疗粘连性肠梗阻 65 例[J].中国社区医师(医学专业),2012,14(17):226-227
[9]卜德勇,李玉卿,卜宝云.粘连性肠梗阻的中西医结合保守疗法研究进展[J].云南中医中药杂志,2007,28(11):49-51
[10]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

(收稿日期: 2016-06-14)

八珍胶囊治疗气血虚弱型痛经的临床观察

丁爱娟 吴艳虹

(江苏省昆山市中医医院 昆山 215300)

关键词:痛经;气血两虚;八珍胶囊;临床疗效

中图分类号:R711.51

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.07.007

痛经是指妇女正值经期或经行前后出现周期性小腹疼痛或痛引腰骶,甚至剧痛晕厥者,属于中医学“经行腹痛”范畴。《陈素庵妇科补解》中云:“经正来而腹痛者,血滞也……经欲来而腹痛者,气滞也……经行后腹痛者,是气血两虚者。”故以气滞血瘀及气血虚弱型较为常见。八珍汤是中医古方气血双补的经典名方,功能补气益血,临床疗效满意,但存在煎药费时、吞服不便、易于霉变等不足,不易被患者接受.临床实践发现,八珍胶囊治疗气血虚弱型痛经具有良好的效果。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 共 32 例,年龄 20~29 岁,病程 6 个月~2 年,均为 2014 年 8 月~2015 年 8 月就诊于江苏省昆山市中医医院妇科门诊的患者,符合气血虚弱型痛经诊断标准。妇科、B 超、生化等检查排除其它疾病。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《妇产科学》^[1]原发性痛经诊断标准:妇女生殖器官无器质性病变,于行经前后或月经期出现周期性下腹部疼痛、坠胀,伴有腰酸或其他不适者。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中医妇科学》^[2]气血虚弱型痛经诊断标准:主证:经期或经后 1~2 d 小腹隐隐作痛,或小腹及阴部空坠,喜揉按;次证:月经量少,色淡质薄,面色萎黄不华,纳少便溏;舌脉:舌淡苔白,脉细弱。具备主症、次症中至少一项或以上,结合舌脉即可诊断。

1.3 治疗方法 于月经第 5 天开始服用八珍胶囊(国药准字 Z20044532,组成:党参、白术(炒)、茯苓、甘草、当归、川芎、熟地黄),每次 3 粒,每日 2 次,至月经来潮停药。1 个月经周期为 1 个疗程,3 个疗程后观察疗效。

1.4 疗效评定 参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[3]制定。痊愈:(下转第 22 页)