

围炎的发生有一定相关性关系,需在临床处理中谨慎对待并处理。

参考文献

[1]杨光艳,宋海峰,张健.重度牙周炎致无牙颌患者种植修复的中短期临床观察[J].天津医药,2012,40(9):960-961
[2]黄海霞,兰玉燕,潘兰兰,等.种植修复后慢性牙周炎患者种植体的松动度、SBI 及 PIS 指数的变化水平[J].重庆医学,2015,44(28):3935-3937
[3]释栋,孟焕新,张立,等.因牙周炎缺失上前牙种植修复后短期软组织美学效果评价[J].北京大学学报(医学版),2014,46(6):950-953
[4]杨光艳,宋海峰,张健.重度牙周炎系统治疗后种植体周围组织的早期评价[J].武警医学,2012,23(9):758-760
[5]Qin Y,Yuan M,Lin L,et al.Formulation and evaluation of in situ forming PLA implant containing tinidazole for the treatment of periodontitis [J].J Biomed Mater Res B Appl Biomater,2012,100(8): 2197-2202

[6]Sayardoust S,Grondahl K,Johansson E,et al.Implant survival and marginal bone loss at turned and oxidized implants in periodontitis-susceptible smokers and never-smokers:a retrospective, clinical,radiographic case-control study[J].Journal of Periodontology, 2013,84(12):1775-1782
[7]齐佳妮,岳丽新,兰晶.牙周炎患者种植二期术后牙龈愈合状况的临床研究[J].华西口腔医学杂志,2014,32(2):153-156
[8]刘博,宋宁,步捷,等.种植体周围炎时的白细胞介素 17:是骨保护还是骨破坏[J]? 中国组织工程研究,2014,18(25):4062-4067
[9]Swierkot K,Lottholz P,Flores-De-Jacoby L,et al.Mucositis, peri-implantitis,implant success,and survival of implants in patients with treated generalized aggressive periodontitis:3- to 16-year results of a prospective long-term cohort study[J].Journal of Periodontology, 2012,83(10):1213-1225
[10]刘琼,黄建生.白介素 -1 基因多态性、牙周炎和吸烟因素与种植体周围炎相关性的研究进展[J].国际口腔医学杂志,2012,39(3):353-356
(收稿日期:2016-07-19)

加味六磨汤敷脐治疗恶性肠梗阻临床疗效观察

张康梅

(江西省肿瘤医院 南昌 330029)

摘要:目的:评价加味六磨汤敷脐治疗恶性肠梗阻的疗效与安全性。方法:选择 2014 年 3 月~2016 年 4 月本院收治的恶性肠梗阻患者 78 例作为研究对象,据入院顺序,随机分为对照组和观察组,每组 39 例,对照组给予常规保守治疗,包括限水食、胃肠减压置管、静脉营养支持、纠正水电解质紊乱、内科疾病管理、胃肠道黏膜保护剂、腹腔引流等,观察组在对照组基础上,给予加味六磨汤敷脐,2 次/d,每次 5~6 h,6 d 为 1 个疗程,对症处理皮肤症状。结果:治疗后两组腹痛、腹胀、便秘评分均低于治疗前,观察组低于对照组,两组 KPS 评分高于治疗前,观察组高于对照组,差异均有统计学意义(P<0.05);两组保守治疗均成功,未采用手术治疗;观察组 4 例出现皮肤刺激、过敏症状,对症处理后消失,不影响后续治疗。结论:加味六磨汤敷脐治疗恶性肠梗阻可增进疗效,减轻胃肠道症状,但可能引起皮肤刺激症状。

关键词:恶性肿瘤;肠梗阻;加味六磨汤;敷脐;疗效观察

中图分类号:R730.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.08.018

肠梗阻是消化道恶性肿瘤常见并发症,肿瘤引起的肠腔狭窄、蠕动功能减退、消化功能障碍是肠梗阻发生的主要原因。肠梗阻特别是完全肠梗阻危害极大,患者以呕吐、腹痛、腹胀为主要症状表现,影响进食,患者不得不长时间禁食,增加营养不良发生风险。重症患者可并发穿孔、肠坏死、短肠综合征等并发症,甚至可致死亡。此类肠梗阻几乎无法自愈,需积极治疗。按照治疗方法可分为手术治疗和保守治疗,保守治疗有效率在 70%~80%。近年来肠内支架技术飞速发展,绝大多数恶性肿瘤肠梗阻患者都可经保守治疗获得控制^[1]。中医药治疗恶性肠梗阻经验丰富,加味六磨汤是临床常用方剂,但多经肠道用药^[2],本研究试评价其经脐敷用治疗恶性肠梗阻的疗效。现报道如下:

1 资料及方法

1.1 一般资料 选择 2014 年 3 月~2016 年 4 月本院收治的恶性肠梗阻患者作为研究对象。纳入标准:

(1)明确诊断为恶性肠梗阻患者;(2)X 线或 CT 证实为不完全性肠梗阻者;(3) 年龄 19~75 岁者;(4)KPS 体能状态评分者>30 分者;(5)无药物禁忌证者;(6)未合并其它导致肠梗阻原因,如神经阻滞镇痛引起的肠道功能障碍者;(7)无手术治疗指征,近期也无手术计划者;(8)知情同意者。排除标准:(1)认知精神障碍者;(2)药物禁忌证者;(3)脐部皮肤状态差,无法进行脐敷者;(4)哺乳期、妊娠期女性;(5)合并其它严重致死性疾病,如心力衰竭、恶性肿瘤血瘀证引起的肺栓塞。脱落标准:(1)医师要求终止治疗;(2)非医疗原因导致的改变治疗策略;(3)出现严重不良反应;(4)其它内科疾病突然发作。共入选患者 78 例,其中男 44 例,女 34 例,年龄 44~73 岁,平均年龄(54.4± 8.2)岁,病程(2.8± 1.2) d,消化道恶性肿瘤 51 例,其它部位恶性肿瘤 27 例。合并有基础疾病 44 例,其中糖尿病 13 例,且并发外周神经功能障碍 11 例;合并肝胆疾病 31 例,慢性胃溃疡 24 例,其

它 13 例,腹水形成 11 例。患者均伴有不同程度腹痛、恶心与发热等症状,X 线和(或)CT 诊断,其中绞窄性 53 例,其它 25 例。体征:呼吸频率(19.0± 1.5)次/min,脉搏(78.9± 10.4)次/min。实验室检查:WBC(8.9± 1.4)× 10⁹/L,白蛋白(30.4± 1.4) g/L。据入院顺序,随机分为对照组和观察组,每组 39 例,两组患者在年龄、性别、肿瘤部位、合并症、症状体征、影像学检查等情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 给予常规保守治疗,包括限水食、胃肠减压置管、静脉营养支持、纠正水电解质紊乱、内科疾病管理、胃肠道黏膜保护剂等。纽迪希亚减压管从鼻腔预置,胃镜下吸出胃内容物,将导管经导丝置入十二指肠,固定导管,连接负压,对于有腹腔积液的患者,B 超穿刺置管,行腹腔引流,引流液澄清后拔管。

1.2.2 观察组 在对照组治疗基础上,给予加味六磨汤敷脐,组成:木香、乌药、枳实、大黄、赤芍、延胡索各 10 g,沉香、鸡血藤、生白术、莱菔子各 30 g,加水 500 ml,浓煎取渣,待凉后,与香油调和成糊状。常规消毒脐,待干,将制备好的药膏涂抹在脐部,厚度 1 cm 左右,环脐半径 10 cm 左右,纱布包裹,2 次/d,每次 5~6 h,7 d 为 1 个疗程。若出现皮肤过敏,给予喜辽妥外涂,若出现水疱等症状,予生理盐水冲洗,对症治疗,必要时停止治疗,若出现疼痛、酸麻等症状,为正常情况,不久可减轻。

1.3 观察指标 治疗前、治疗 1 周后,统计两组患者胃肠道症状分级量表(GSRS)评分,包括腹痛、腹胀、便秘等症状,本组仅取腹痛、腹胀、便秘评分,同时评价患者 KPS 评分。观察转手术及不良反应发生病例数。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 软件进行统计学处理,计量资料以均数± 标准差($\bar{x} \pm s$)描述,采用柯尔莫哥罗夫-斯米尔诺夫(Kolmogorov-Sminmov)检验法进行正态性检验,服从正态分布组间比较采用 t 检验或方差分析,若不服从正态分布采用非参数统计 Mann-Whitney U 秩和检验,计数资料以数(n)或率(%)描述,组间比较采用或 fisher 精确性检验, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 胃肠道症状评分、体能评分 治疗后,两组腹痛、腹胀、便秘评分低于治疗前,观察组低于对照组,两组 KPS 评分高于治疗前,观察组高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后胃肠道症状评分与体能评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

维度与总分	观察组(n=39)		对照组(n=39)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
腹痛	5.8± 1.1	1.3± 1.8*	5.4± 1.5	2.4± 1.5* [△]
腹胀	7.9± 1.1	1.8± 1.4*	8.2± 1.4	2.7± 1.1* [△]
便秘	5.2± 1.2	1.3± 1.5*	5.1± 1.7	2.3± 1.3* [△]
总分	31.4± 4.3	10.4± 5.3*	32.5± 5.3	15.3± 3.7* [△]
KPS	54.2± 10.7	76.3± 12.4*	54.0± 8.4	67.0± 11.5* [△]

注:与治疗前相比,* $P<0.05$;与观察组治疗后相比,[△] $P<0.05$ 。

2.2 临床结局 两组保守治疗均成功,均未采用手术治疗。观察组 4 例出现皮肤刺激、过敏症状,对症处理后消失,不影响后续治疗。

3 讨论

恶性肠梗阻发生机制较复杂,一方面与恶性肿瘤引起的肠道狭窄、蠕动功能减退、消化功能障碍有关,另一方面可能与化疗、原发性内科疾病(糖尿病)、运动量减少致胃肠功能神经调节系统损伤与功能减退等有关,还可能与饮食、心理、年龄等因素有关,其中恶性肿瘤是主因。恶性肿瘤对胃肠道的影响是多方面的,包括直接导致胃肠道狭窄、肿瘤导致的进食减少内容物不足、肿瘤治疗过程中使用损伤胃肠道功能的药物等。中医认为肠为六腑,主传化,将恶性肠梗阻归属于“关格”范畴,认为其为气、血、寒、热、湿、食、虫等多因疾病,脏腑气机痞塞、肠道不通、气阻于中、浊物不能下降为主要病机^[3]。

脐中穴位于腹之中部,是下焦的枢纽,系任脉要穴,而任脉属于阴脉之海,与督脉相表里,统管人体诸脉,为冲任脉循环之所。脐周围皮肤纤薄,神经、血管组织丰富,药物易被吸收。通过脐中给药还可起到穴位刺激作用。本研究所用加味六磨汤乃通下之方,其中赤芍、鸡血藤活血祛瘀,莱菔子理气通腑,木香、乌药、沉香行气降逆、通腑泻泄,枳实开导坚结^[4]。经脐给药可起到快速渗透作用,热敷可加速药离子释放。结果显示,观察组腹痛、腹胀、便秘等胃肠道症状评分明显下降,且低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),疗效肯定。对于疗效不佳者,可配合针灸等其他方法治疗^[5]。综上所述:加味六磨汤敷脐治疗恶性肠梗阻可增进疗效,减轻胃肠道症状,但可能引起皮肤刺激症状。

参考文献

[1]Patrick G Jackson,M Raiji.Iconography: Evaluation and Management of Intestinal Obstruction [J].American Journal of Cardiology,2010,106(7):1048-1053
[2]陈晓霞,胡爱群,周益萍.加味六磨汤灌肠治疗恶性肠梗阻疗效观察[J].现代中医药,2014(5):37-39
[3]钟岗.恶性肠梗阻的中医防治进展[J].中国中西医结合外科杂志,2016,22(2):196-198
[4]韩广强,柏树刚.中医药治疗肿瘤急症恶性肠梗阻研究概况[J].实用中医内科杂志,2014,29(12):170-172
[5]李昂,范愈燕,黄石玺,等.针刺配合六磨汤肛滴治疗恶性肠梗阻疗效观察[J].四川中医,2015,33(10):162-165

(收稿日期: 2016-07-18)