

进而诱发气道的炎症反应,并不断地于患者的气道蔓延,导致气道痉挛,异常狭窄,进而使患者的肺通气功能出现障碍,由此产生胸闷、气喘、咳嗽以及呼吸困难等一系列的临床症状^[9]。患者通常于夜间和清晨时分发病,若不及时进行干预和治疗,极有可能出现气道不可逆性狭窄、气道重塑,进而使病情反反复复,难以治愈。该病的发病机制尚无定论,通常有气道炎症、神经机制、气道高反应以及免疫机制等。目前常规的西药疗法,虽然可以暂时性缓解患者的临床症状,但是远期的预后效果不佳。因此,越来越多的学者开始主张使用中药对支气管炎进行治疗。

气管炎属中医学“咳嗽、喘症”范畴,该病的病位为脾肾和肺,患者受外界风邪侵袭,导致脏腑功能失调,进而诱发气管炎。中医学认为该病的治疗应以祛湿化痰、补肺益气、止咳宣肺为主。在此次研究中,使用的苏子降气汤合定喘汤方剂组成的药物中的桑白皮化痰润肺;当归补气补血;黄芪固表补中;半夏温肺化饮、祛痰降逆;麻黄开宣肺气,上述诸药合用,可互为臣药,共同起到降低患者呼吸道黏膜的炎症

反应的作用,进而提高患者的机体免疫力,发挥较好的治疗功效。

在本研究中,通过对实验研究所得数据结果系统化、科学化分析后可知,观察组治疗总有效率 94.9%,显著高于对照组的 74.4%,观察组中医证候积分改善情况明显优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。陈焕旭^[4]也曾就此展开过研究,结果显示,慢性支气管炎急性发作患者给予苏子降气汤合小青龙汤治疗,效果显著。综上所述,苏子降气汤合定喘汤治疗慢性支气管炎急性发作患者疗效显著,可作为临床治疗慢性支气管炎急性发作的参考方案。

参考文献

[1]刘延菊.三子养亲汤合二陈汤治疗慢性支气管炎急性发作的效果探讨[J].延安大学学报(医学科学版),2017,15(2):56-57
[2]于立恒.三子养亲汤合二陈汤加减治疗慢性支气管炎急性发作 60 例临床分析[J].光明中医,2015,30(9):1888-1890
[3]李庆,汤红伟,王佳辰,等.黄芪桑葚丹参汤合红霉素治疗弥漫性泛细支气管炎 1 例[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(23):126-127
[4]陈焕旭.苏子降气汤合小青龙汤联合穴位敷贴治疗痰湿壅肺型支气管肺炎 60 例临床观察[J].内蒙古中医药,2016,35(5):26-27

(收稿日期: 2017-08-14)

肠梗阻导管合加味小承气汤对术后早期炎性肠梗阻的疗效

雷阳

(新疆维吾尔自治区奇台县人民医院外二科 奇台 831899)

摘要:目的:探讨肠梗阻导管联合加味小承气汤在术后早期炎性肠梗阻中的治疗效果。方法:以 2014 年 3 月~2017 年 3 月我院收治的 46 例腹部手术后早期出现炎性肠梗阻患者为研究对象,按照平行对照法分为观察组与参考组各 23 例。观察组采用肠梗阻导管联合加味小承气汤治疗,参考组采用常规鼻胃管减压治疗。比较两组患者肠梗阻改善疗效指数、治疗后腹围缩小程度、首次排气时间、肠鸣音恢复时间、临床治疗效果及治疗期间并发症发生情况。结果:治疗后观察组肠梗阻改善疗效指数及腹围缩小程度明显大于参考组($P<0.05$);观察组首次排气时间、肠鸣音恢复时间均明显短于参考组($P<0.05$);观察组治疗总有效率高于参考组,并发症发生率低于参考组($P<0.05$)。结论:肠梗阻导管联合加味小承气汤在术后早期炎性肠梗阻治疗中效果显著,可有效改善患者肠梗阻症状,促进早期康复,减少并发症发生。

关键词:炎性肠梗阻;肠梗阻导管;加味小承气汤

中图分类号:R574.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.01.009

肠梗阻为腹部手术后早期常见的并发症,多由腹腔内炎症、腹部手术创伤等引起,可在术后 1~3 周内出现,以腹痛、腹胀为主要表现,若治疗不及时,严重者可致患者死亡^[1]。胃肠减压为肠梗阻的主要治疗方法,但起效较慢,效果欠佳,因此探讨更加有效的治疗方法十分必要。本研究将肠梗阻导管联合加味小承气汤应用于术后早期炎性肠梗阻患者治疗中,取得良好的临床效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 以 2014 年 3 月~2017 年 3 月我院

收治的 46 例腹部手术后早期出现炎性肠梗阻患者为研究对象,按照平行对照法将所有患者分为观察组与参考组各 23 例。观察组男 13 例、女 10 例,年龄 18~67 岁、平均年龄(47.94± 5.33)岁,术后发病时间 2~18 d、平均发病时间(8.39± 3.22) d,肠梗阻粘连松解术 11 例、急性阑尾炎切除术 4 例、小肠破裂修补术 4 例、胃癌根治术 2 例、结直肠癌根治术 1 例、胃肠破裂穿孔修补术 1 例。参考组男 13 例、女 10 例,年龄 18~66 岁、平均年龄(47.88± 5.41)岁,术后发病时间 2~18 d、平均发病时间(8.41± 3.18) d,肠

梗阻粘连松懈术 10 例、急性阑尾炎切除术 4 例、小肠破裂修补术 4 例、胃癌根治术 2 例、结直肠癌根治术 2 例、胃肠破裂穿孔修补术 1 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P<0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 所有患者出现炎性肠梗阻后, 均给予禁食、维持水电解质及酸碱平衡、肠外营养支持等治疗, 同时静脉滴注地塞米松(国药准字 H22022889) 5 mg, 1 次 /8 h, 连续给药 5~10 d, 皮下注射善宁(国药准字 H20090948) 0.1 mg, 3 次 /d, 连续给药 5~10 d。在此基础上, 观察组给予肠梗阻导管联合加味小承气汤治疗: 经鼻腔将肠梗阻导管(日本 Create Medic 公司生产, 长 3 cm, 内有 3 腔 2 囊) 插入胃内, 经口插入胃镜, 在胃镜引导下, 肠梗阻导管逐渐进入幽门、十二指肠; 体外段导管连接负压吸引器, 注入 0.9% 氯化钠注射液 10~15 ml 至前置气囊内, X 线透视下明确导管走向; 每天经导管冲洗肠道, 期间配合间断负压吸引; 每天通过腹部平片观察肠道内积气、积液以及导管行进情况, 当导管前置气囊开始下移之后给予患者加味小承气汤(方剂组成: 党参、丹参、黄芪各 30 g, 黄芩、红藤各 15 g, 枳实、厚朴各 10 g, 生大黄 12 g, 脾虚者加山药 20 g; 呃逆者加丁香 10 g) 治疗, 1 剂 / 次, 1 次 /d。参考组给予经鼻胃肠减压。

1.3 观察指标及标准 观察治疗 10 d 后, 两组患者肠梗阻改善疗效指数、治疗后腹围缩小程度、首次排气时间、肠鸣音恢复时间、临床治疗效果及治疗期间并发症发生情况。(1) 疗效指数评定以消化液引流量、腹围缩小程度作为评价指标^[2]。(2) 疗效判定^[3]: 患者呕吐、恶心、腹痛、腹胀等症状消失, X 线或 CT 检查未见肠梗阻征象、肠腔内积液、积气等, 恢复饮食后 2~3 d 内无复发, 视为治愈; 患者临床症状得到一定程度好转, X 线或 CT 检查显示肠内存在气 - 液平面, 视为有效; 患者症状无改善甚至加重, 视为无效。

1.4 统计学分析 以 SPSS19.0 软件处理本次研究所得数据, 计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 进行 t 检验, 计数资料采用率表示, 进行 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组肠梗阻改善疗效指数及改善时间比较 治疗后观察组肠梗阻改善疗效指数及腹围缩小程度明显大于参考组, 首次排气时间、肠鸣音恢复时间明显短于参考组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组肠梗阻改善疗效指数及改善时间比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	疗效指数 (分)	首次排气 时间(d)	肠鸣音恢复 时间(d)	腹围缩小 程度(cm)
观察组	23	78.32± 12.32*	3.17± 0.36*	3.36± 0.41*	15.08± 0.46*
参考组	23	70.08± 10.09	4.29± 0.55	4.56± 0.63	11.95± 2.33

注: 与参考组比较, * $P<0.05$ 。

2.2 两组治疗效果比较 观察组治疗总有效率为 95.65%, 参考组为 73.91%, 两组比较, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗效果比较[例(%)]

组别	n	治愈	有效	无效	总有效
观察组	23	15 (65.22)	7 (30.43)	1 (4.35)	22 (95.65)*
参考组	23	9 (39.13)	8 (34.78)	6 (26.09)	17 (73.91)

注: 与参考组比较, * $P<0.05$ 。

2.3 两组并发症发生情况比较 治疗期间, 观察组未见并发症发生, 参考组出现 4 例腹痛、2 例积气, 并发症发生率为 26.09%, 组间比较, 差异显著, $P<0.05$ 。

3 讨论

炎性肠梗阻为术后较为特殊的肠梗阻, 临床发生率为 20% 左右。在术中创伤及腹部炎症共作用下, 肠壁出现水肿、充血、纤维蛋白渗出等, 导致肠管蠕动减慢、肠管粘连、肠腔阻塞的发生。临床主张通过生长抑素、肠外营养、糖皮质激素等保守治疗以促进肠道运动功能的恢复。以往临床多配合经鼻胃肠减压治疗, 效果较慢且梗阻无法完全解除, 部分患者需经手术切除进行救治。

中医学将肠梗阻归为“关格、肠结”等范畴, 认为本病是由于术后正气损耗、枢机不利、传导失司导致机体血瘀气滞、肠壁传导失调、腑气不通, 进而出现本病。因此治疗时主张益气活血、通腑清热。小承气汤为阳明腑实、燥热轻症的治疗良方, 方中大黄作为君药, 具有泻热通便、通里攻下、活血化瘀的功效, 厚朴、枳实为臣药, 可消胀除满、行气导滞, 配合党参、黄芪以补益正气, 丹参、红藤以活血化瘀, 提高患者机体免疫力的同时消除肠壁水肿, 黄芩具有清热消炎的功效, 诸药合用, 共奏活血化瘀、通腑导滞、行气散结之效。张慧林等^[4]研究显示, 大黄具有抗菌、抗病毒、止血、致泻、利尿、调节免疫力等作用, 在肠梗阻治疗中效果显著。本研究结果显示, 观察组治疗后术后肛门首次排气时间、肠鸣音恢复时间等指标均短于参考组 ($P<0.05$), 与钱培贤等^[5]研究结果一致, 表明肠梗阻导管联合加味小承气汤治疗术后炎性肠梗阻具有显著优势, 可促进肠道功能的较快恢复; 此外, 观察组治疗效果、腹围缩小程度优于参考组, 治疗期间并发症发生率低于参考组 ($P<0.05$), 表明本次观察组治疗方案效果确切且具有 (下转第 21 页)

改善以及 VAS 评分的改善均优于常规电针。见表 1。

表 1 两组治疗前后症状与功能评分及 VAS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	症状与功能评分		VAS 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	30	15.68± 2.08	27.83± 0.64 ^{*△}	4.21± 1.67	1.35± 0.24 ^{*△}
对照组	30	15.34± 2.17	22.54± 1.79 [*]	4.09± 2.03	1.70± 0.55 [*]

注:与同组治疗前比较,治疗组症状与功能评分 $t=-12.37$,对照组症状与功能评分 $t=-9.86$;治疗组 VAS 评分 $t=8.573$,对照组 VAS 评分 $t=4.218$,^{*} $P<0.01$ 。与对照组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。

2.2 两组临床疗效比较 经过 1 个疗程的治疗,治疗组总有效率为 96.7%,对照组总有效率为 76.7%,两组总有效率比较差异有统计学意义($P<0.05$),提示铍针配合靳三针治疗椎动脉型颈椎病总有效率优于常规电针。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	12(40.0)	14(46.7)	3(10.0)	1(3.3)	29(96.7) [*]
对照组	30	5(16.7)	8(26.7)	10(33.3)	7(23.3)	23(76.7)

注:与对照组比较,^{*} $P<0.05$ 。

3 讨论

椎动脉型颈椎病属临床中医“眩晕”的范畴,中医认为,肝肾亏虚、气血不足、督脉空虚、筋骨失养、气血不能养益脑窍是椎动脉型颈椎病的病理基础^[4]。西医则认为,钩椎关节增生及椎体不稳,关节松动使横突孔出现移位,颈部肌肉痉挛刺激或压迫椎动脉,进而出现椎基底动脉供血不足而发病。“颈三针”是广州中医药大学靳瑞教授根据自己多年的临床实践及反复的研究论证总结出来的治疗颈椎病的要穴。颈三针由天柱、百劳、大杼三穴组成,天柱位于颈椎上端,本穴气血乃汇聚足太阳膀胱经背部各腧穴上行的阳气所成,其气强劲,具有化气壮阳、通行气血之功效。百劳位于项部,善治诸虚劳损伤、颈项强痛。大杼为八会穴之骨会、手足太阳之会,又为督脉之别络,针刺该穴有强筋健骨、疏通脉络之功效^[5]。颈三针分管颈椎上、中、下三段,治疗颈椎病取穴

少而精,即时疗效明显优于常规穴位针刺。“晕痛针”由四神针、印堂、太阳组成。足太阳膀胱经经气不足时,清阳不升,脑府失养,发为眩晕。针刺“晕痛针”能疏通足太阳膀胱经气血,增强头部阳气,濡养髓海而止眩。

铍针源于《灵枢·九针》,“末如剑锋,以取大脓”,末端扁平带刀刃,锋芒锐利,能弥补针刺松解作用力度弱的不足。铍针对于颈部肌筋膜痉挛,肌纤维粘连形成条索、硬结,甚至钙化的患者更为合适。通过临床实践发现,许多椎动脉型颈椎病的患者枕下三角区风池穴及其附近 2 cm,天柱穴常可触及明显痛点或硬结,颈半棘肌处百劳穴,椎旁肌处 C₄₋₆ 夹脊穴常可触及痛点、条索甚至钙化灶。铍针通过切断痉挛的肌筋膜纤维,减轻肌纤维的张力,缓解因筋膜、肌束痉挛而造成血管神经的卡压和刺激,从而减轻相应的症状^[6]。治疗后病变部位痉挛缓解,迅速减张,血液循环得到改善^[7],许多病例甚至能达到立竿见影的疗效。本研究结果显示,铍针配合靳三针治疗 1 个疗程后,患者的症状与功能评分以及 VAS 评分改善、总有效率均优于常规电针治疗($P<0.05$)。且铍针配合靳三针疗法痛苦小,安全简便,患者易于接受,值得临床推广应用。

参考文献

[1]畅亚鑫,李文雄,杨锋.中医整脊疗法治疗椎动脉型颈椎病研究进展[J].陕西中医,2017,38(9):1315-1316
[2]王楚怀,卓大宏.颈性眩晕患者症状与功能评估的初步研究[J].中国康复医学杂志,1998,13(6):245-247
[3]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].北京:医药科技出版社,2012.134-140
[4]付斌.针刺结合推拿治疗老年椎动脉型颈椎病的疗效观察[J].实用中西医结合临床 2017,17(8):24-25
[5]林星华.观察温针灸颈三针治疗颈型颈椎病的临床疗效[J].中医临床研究 2017,9(16):43-44
[6]项凤梅,杨新波.铍针配合针刺治疗颈性眩晕疗效观察[J].上海针灸杂志,2015,34(6):553-554
[7]马忠,刁婧,文马子.铍针结合整脊治疗颈型颈椎病疗效观察[J].中国针灸,2014,34(2):173-175

(收稿日期: 2018-01-16)

(上接第 17 页)较高的安全性,患者可耐受。总之,肠梗阻导管联合加味小承气汤治疗术后早期炎性肠梗阻具有显著的临床优势,可快速解除肠梗阻,促进肠道功能较快恢复,安全性高,具有推广价值。

参考文献

[1]钟鸣,毕丹青,张勇学,等.腹部手术后早期炎性肠梗阻的营养支持治疗体会[J].昆明医科大学学报,2014,35(3):143-144

[2]吴波.肠梗阻导管在肠梗阻患者非手术治疗中的临床疗效[J].中国民康医学,2016,28(2):53-54
[3]张忠霞,于天英,高汉义,等.中西医结合治疗早期炎性肠梗阻的临床分析[J].中华医院感染学杂志,2013,23(14):3409-3410
[4]张慧林,赵妍.大黄的药理作用及临床应用分析[J].光明中医,2015,30(5):1119-1121
[5]钱培贤,杨卫锋,叶锋.肠梗阻导管联合加味小承气汤治疗术后早期炎性肠梗阻[J].中国中医急症,2015,24(1):123-125

(收稿日期: 2017-11-28)