

中药灌肠合剂治疗肠梗阻 45 例疗效观察

鲍芹仙

开化县人民医院外一科, 浙江 开化 324300

[摘要] 目的: 观察中药灌肠合剂治疗肠梗阻的临床疗效, 为临床提供参考。方法: 选取 90 例肠梗阻患者, 随机分为对照组和治疗组各 45 例, 2 组均给予常规的治疗, 对照组加用开塞露进行治疗, 治疗组加用中药灌肠合剂进行灌肠治疗, 7 天为 1 疗程, 2 组患者均连续治疗 2 疗程, 观察 2 组临床疗效、生活质量及不良反应等。结果: 总有效率治疗组为 95.6%, 对照组为 71.1%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。生活质量总有效率治疗组为 86.7%, 对照组为 66.7%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组患者在治疗期间均未出现明显的不良反应。结论: 在西医常规治疗的基础上, 采用中药灌肠治疗肠梗阻, 可提高临床疗效, 改善患者生活质量, 且安全性较好, 具有较大的推广价值。

[关键词] 肠梗阻; 灌肠合剂; 灌肠疗法; 开塞露

[中图分类号] R574.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 05-0144-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.068

肠梗阻是临床中较常见的疾患, 病因较为复杂, 病情发展迅速, 如未及时采取积极有效的措施进行救治, 将会产生较严重的后果, 甚至出现死亡^[1-2]。手术治疗肠梗阻为临床较常用的方法, 但存在创伤大、易感染, 术后会再次出现肠梗阻等缺点, 有必要进行效益和风险的评估^[3]。临床中, 笔者采用中药灌肠合剂对肠梗阻患者进行治疗, 取得了较好的效果, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 入选病例为 2013 年 1 月—2014 年 6 月在本院消化内科诊治的肠梗阻患者共 90 例, 按照随机数字表法将其分为 2 组各 45 例。对照组男 22 例, 女 23 例; 年龄 53~76 岁, 平均(62.4±8.6)岁; 病程 0.5~14 月, 平均(6.9±2.1)月。治疗组男 21 例, 女 24 例; 年龄 52~77 岁, 平均(61.9±8.7)岁; 病程 0.6~15 月, 平均(7.1±1.9)月。2 组患者性别、年龄、病程等方面比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 入选病例均符合《黄家驷外科学》^[4]关于肠梗阻的临床诊断标准及《中医诊断学》^[5]有关肠热腑实证的辨证标准。临床表现: ①腹痛腹胀、发热口渴、烦躁多言、停止排气排便等症状; ②腹部明显膨隆、轻压疼痛, 肠鸣音清晰或消失等; ③经 X 线检查及 CT 平扫确诊为肠梗阻; ④多数患者有腹部手术、创伤或感染史。

1.3 纳入标准 ①符合肠梗阻临床诊断标准者; ②无法耐受手术治疗者; ③无严重心脑血管疾病、痔疮、造血系统障碍等疾病者; ④同意参加临床研究并签署知情同意书者。

1.4 排除标准 ①对药物出现严重过敏者; ②已使用支架植入进行治疗者; ③合并有恶性肿瘤者; ④有精神疾患而未配合临床治疗, 无法判定临床疗效者; ⑤近期已实施手术进行治疗者或对灌肠治疗难以耐受者。

2 治疗方法

2.1 对照组 根据患者的实际情况给予常规治疗, 主要包括禁食、补液、抗感染、胃肠减压、补充营养等。在此基础上给予开塞露(江西普丽尔药业有限公司生产)进行治疗。用法用量: 每次 1 支, 每天 1 次, 将容器顶端刺破或剪开, 涂以油脂少许, 缓慢插入肛门, 然后将药液挤入直肠内。

2.2 治疗组 在常规治疗的基础上加用中药灌肠合剂进行灌肠。灌肠合剂组成: 枳实、白芍各 30 g, 红藤、败酱草、厚朴、玄参各 15 g, 炒槟榔、炒莱菔子各 12 g, 生大黄 10 g, 炙甘草 6 g。每天 1 剂, 加适量的水煎煮, 浓缩至 200 mL, 分早、晚各保留灌肠 1 次, 保留时间约 30~60 min。

2 组均以 7 天为 1 疗程, 连续治疗 2 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①治疗前、后, 严密监测 2 组患者肠鸣音, 首次排便、排气时间, 腹痛腹胀、恶心呕吐等临床症状变化; ②比较 2 组患者治疗后的生活质量及不良反应等。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.5 统计软件对数据进行处理, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验; 计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]

[收稿日期] 2014-11-03

[作者简介] 鲍芹仙 (1974-), 女, 主管护师, 主要从事外科护理工作。

中相关标准拟定。完全缓解：大便通畅，腹痛消除，肠梗阻消失，食欲恢复正常，经 X 线检查肠腔内液气平面消失；显效：大便已通，腹痛基本消失，能够进食，经 X 线检查肠腔内液气平面基本消失；有效：大便尚未全通，腹痛、呕吐等临床症状明显改善，经 X 线检查肠腔内仍存留部分液气平面；无效：临床症状未出现改善甚至加重。

4.2 生活质量评价标准 采用 Karnofsky 功能状态评分标准对治疗后 2 组患者的生活质量进行评定。KPS 评分增加值在 10 分以上者(包括 10 分)为改善；KPS 评分增加值在 10 分以内者为稳定；KPS 评分减少值在 10 分以上者(包括 10 分)为恶化。

4.3 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组为 95.6%，对照组为 71.1%，2 组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	完全缓解	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	45	7	10	15	13	71.1
治疗组	45	10	19	14	2	95.6 ^①

与对照组比较，^① $P < 0.05$

4.4 2 组生活质量疗效比较 见表 2。生活质量疗效总有效率治疗组为 86.7%，对照组为 66.7%，2 组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	改善	稳定	恶化	总有效率(%)
对照组	45	12	18	15	66.7
治疗组	45	15	24	6	86.7 ^①

与对照组比较，^① $P < 0.05$

4.5 不良反应 2 组患者在治疗期间均未出现明显的不良反应。

5 讨论

肠梗阻是临床较常见的急腹症，部分患者可适用保守治疗，通过使用合适的药物等，使肠梗阻患者能够快速恢复健康。单纯采用西医保守治疗，如使用肠外营养液、调节机体电解质平衡、持续胃肠道减压等，虽可取得一定的效果，但因其治疗周期较长、恢复缓慢等，促使临床工作者寻求其它方法用于治疗肠梗阻。

肠梗阻在中医学中归属于关格、肠结等范畴。中医学认为，肠道的生理特点主要为以通为用，泄而不藏、动而不静、降而不升、实而不满，以通降下行为顺、滞涩上逆为病；肠道的正常蠕动与机体的正气关系极为密切，肠道通畅才能发挥其正常的生理功能。若患者出现血气郁结、血运不够通畅，遇寒则出现凝滞，从而导致肠道气机闭塞，不通则痛，发为本病；故临床患者常表现为腹痛、腹胀、呕吐、腹满等症状。

笔者在常规治疗的基础上，加用自拟灌肠剂治疗本病。方中枳实、炒槟榔、莱菔子理气破气，消积下气；厚朴行气消积，宽中除满；白芍解痉止痛；大黄泻下攻积，清热泻火；红藤活血通络，败毒散瘀；败酱草清热解毒。诸药配伍，共奏通腑去实、活血止痛之效。使用中药合剂灌肠后，能够使患者的肠道功能逐步恢复正常，发挥其运化湿浊、排除秽浊之用。另外，灌肠给药可充分发挥局部给药的优势，药物能够在直肠部位快速吸收，避免了首过效应，减少了胃肠道各种酶对药物的破坏作用，提高了药物的生物利用度，同时减少了药物对胃肠道黏膜的刺激，增加了患者的顺应性。观察结果表明，采用中药灌肠治疗肠梗阻，可取得良好临床效果，且安全性较好，值得在临床中进一步推广。

[参考文献]

- [1] 罗学森. 黄龙汤中药保留灌肠治疗麻痹性肠梗阻的疗效观察[J]. 中外医疗, 2013, 12(10): 122-123.
- [2] Wadani HA, AlAwad NI, Hassan KA, et al. Role of water soluble contrast agents in assigning patients to a non-operative course in adhesive small bowel obstruction[J]. Oman Med J, 2011, 26(6): 454-456.
- [3] 王硕, 王鸿雁. 改良灌肠法在肠梗阻保守治疗中的应用[J]. 中国误诊学杂志, 2012, 12(1): 68-69.
- [4] 吴阶平, 裘法祖. 黄家驷外科学[M]. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1071-1072.
- [5] 朱文峰. 中医诊断学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 158-159.
- [6] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.

(责任编辑: 冯天保)