

肠梗通内服方、灌肠方治疗术后粘连性肠梗阻 52 例临床观察

胡小征, 程巍

龙游县中医医院外科, 浙江 龙游 324400

[摘要] 目的: 观察自拟肠梗通内服方、灌肠方治疗术后粘连性肠梗阻的临床疗效。方法: 将 104 例术后粘连性肠梗阻患者随机分为 2 组各 52 例, 对照组采用禁食、奥曲肽皮下注射, 持续胃肠减压、补水, 维持酸碱平衡及水、电解质平衡, 注射用头孢噻肟钠静脉滴注等治疗; 观察组在对照组基础上加用肠梗通内服方、灌肠方治疗。2 组治疗均为 10 天, 观察比较 2 组临床疗效, 患者治疗后排气、排便、胃管留置及住院时间, 并对患者治疗前后的主要症状、体征进行评分比较。结果: 临床愈显率观察组为 88.46%, 对照组为 69.23%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组治疗后的排气时间、排便时间、胃管留置时间及住院时间均短于对照组 ($P < 0.01$); 治疗后, 观察组腹胀腹痛、恶心呕吐、发热及肠鸣音评分均低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 在西医常规治疗基础上, 采用中药内服、灌肠治疗术后粘连性肠梗阻临床疗效明显, 值得推广应用。

[关键词] 粘连性肠梗阻; 术后; 中西医结合疗法; 肠梗通内服方; 肠梗通灌肠方

[中图分类号] R574.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 05-0146-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.069

粘连性肠梗阻是临床多发病, 常见于各种腹部手术创伤或术中肠管分离后。其病情轻重差异性大, 轻者仅表现为腹部胀痛, 严重者会导致肠绞窄坏死甚至死亡, 而且此病常反复发作, 临床处理困难, 目前是临床亟待解决的疑难病症之一^[1]。对于本病现代医学一般采用禁食、持续胃肠减压, 维持水、电解质及酸碱平衡, 抗感染治疗及营养支持等疗法, 可取得一定疗效。但临床上部分患者效果并不满意, 常要再次进行腹部手术治疗。在西医常规治疗的基础上, 笔者加用自拟肠梗通内服方、灌肠方治疗术后粘连性肠梗阻, 取得了较好的疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例均来自 2012 年 7 月—2014 年 10 月本院诊治的术后粘连性肠梗阻患者共 104 例, 按照就诊先后顺序随机分为 2 组各 52 例。观察组男 27 例, 女 25 例; 年龄 29~65 岁, 平均(45.5±6.3)岁; 病程 1.5~2.2 年, 平均(1.77±0.72)年; 胃大部切除术后 9 例, 胆囊切除术后 7 例, 脾切除术后 3 例, 阑尾切除术后 25 例, 子宫切除术后 2 例, 其他 6 例。对照组男 29 例, 女 23 例; 年龄 31~67 岁, 平均(43.9±5.7)岁; 病程 1.2~2.4 年, 平均(1.71±0.69)年; 胃大部切除术后 10 例, 胆囊切除术后 5 例, 脾切除术后 2 例, 阑尾切除术后 27 例, 子宫切除术后 3 例, 其他 5 例。2 组患者性别、年龄、病程等比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《外科学》^[2]中粘连性肠梗阻的标准制定: ①患者有腹部手术、创伤等病史; ②术后阵发性腹痛、腹胀、排气排便停止; ③检查腹部可见肠形和蠕动波; ④听诊肠鸣音亢进, 有气过水声, 叩诊呈鼓音; ⑤X 线侧位或立位摄片可见气胀肠袢和液平面; ⑥排除绞窄性肠梗阻和其他急腹症。

1.3 纳入标准 ①符合上述诊断标准; ②年龄 16~70 岁; ③患者意识清醒, 依从性良好; ④签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①孕妇、产妇或哺乳期妇女; ②恶性肿瘤患者; ③其他类型的肠梗阻; ④伴有严重的心脑血管系统、呼吸系统、造血系统等严重原发性疾病者或精神病患者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西医常规治疗。禁食, 持续胃肠减压, 补充水、电解质和维持酸碱平衡。奥曲肽(北京百奥药业生产)皮下注射, 每次 0.1 mg, 每天 3 次; 注射用头孢噻肟钠(珠海联邦制药生产)静脉滴注, 每次 4 g, 每天 2 次。

2.2 观察组 在对照组的基础上加用肠梗通内服方和灌肠方。肠梗通内服方组成: 黄芪 20 g, 当归、枳实、白术、茯苓、金银花各 10 g, 厚朴、神曲各 8 g, 木香 5 g, 甘草 6 g。每天 1 剂, 常规水煎 2 次至 200 mL, 分 2 次服用。肠梗通灌肠方: 内服方加大黄 15 g, 芒硝 10 g。每天 1 剂, 常规水煎 2 次至 400 mL, 分早、晚 2 次灌肠。

2 组疗程均为 10 天。

[收稿日期] 2014-11-19

[作者简介] 胡小征 (1978-), 女, 主管护师, 主要从事外科护理工作。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①观察 2 组患者治疗后排气时间、排便时间、胃管留置时间、住院时间。②记录患者治疗前和治疗后腹胀腹痛、恶心呕吐、发热、肠鸣音等主要症状、体征评分^[3]。

3.2 统计学方法 采用 SPSS16.0 统计分析软件, 计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 行 t 检验; 计数资料比较采用 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》^[4]中相关标准制定。治愈: 临床症状如排气、排便恢复, 腹胀、腹痛、恶心、呕吐等完全消失, 体温、血象、血液生化及腹部 X 线影像恢复正常; 显效: 临床症状如排气、排便恢复, 腹痛减轻, 无恶心呕吐, 体温、血象、血液生化及腹部 X 线影像恢复正常; 有效: 临床症状如有排气、排便, 腹痛减轻, 无恶心呕吐, 体温、血象、血液生化及腹部 X 线影像有所改善; 无效: 临床症状、体征、体温、血象、血液生化、腹部 X 线影像均无改善。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。愈显率观察组为 88.46%, 对照组为 69.23%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	治愈	显效	有效	无效	愈显率(%)
对照组	52	23	13	6	10	69.23
观察组	52	35	11	4	2	88.46 ^①

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组排气、排便、胃管留置及住院时间比较 见表 2。治疗后观察组排气、排便、胃管留置及住院时间均短于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

组别	n	排气(h)	排便(h)	胃管留置(h)	住院(d)
对照组	52	73.17 \pm 12.34	112.91 \pm 16.09	130.18 \pm 20.92	16.22 \pm 4.58
观察组	52	46.04 \pm 7.79 ^①	72.19 \pm 13.71 ^①	86.94 \pm 18.94 ^①	8.79 \pm 2.55 ^①

与对照组比较, ① $P < 0.01$

4.4 2 组治疗前后主要症状、体征评分比较 见表 3。治疗后 2 组腹胀腹痛、恶心呕吐、发热及肠鸣音评分均较治疗前下降($P < 0.05$), 观察组上述症状、体征评分均低于对照组($P < 0.05$)。

组别	n	时间	腹胀腹痛	恶心呕吐	发热	肠鸣音
对照组	52	治疗前	5.31 \pm 1.22	5.12 \pm 1.18	4.22 \pm 0.75	2.63 \pm 0.49
		治疗后	3.25 \pm 0.89 ^①	3.01 \pm 0.78 ^①	2.52 \pm 0.61 ^①	1.39 \pm 0.28 ^①
观察组	52	治疗前	5.19 \pm 1.49	5.51 \pm 1.27	4.34 \pm 0.81	2.66 \pm 0.51
		治疗后	1.82 \pm 0.72 ^{②③}	1.68 \pm 0.61 ^{②③}	1.11 \pm 0.28 ^{②③}	0.68 \pm 0.21 ^{②③}

与同组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

5 讨论

粘连性肠梗阻多因腹部手术后腹腔粘连所引起, 发生率达 90%~100%^[5]。近年来随着腹部手术的广泛开展, 粘连性肠梗阻的发病率呈现增高趋势。从目前的临床治疗效果来看, 大部分患者具有不易治愈、治疗后常复发等特点, 且易导致肠管缺血、坏死甚至溃破穿孔, 是外科临床上比较棘手的难题之一。粘连性肠梗阻的迁延不愈严重影响了患者生活质量, 给很多家庭造成了极大的负担。

腹部各种手术、创伤后引起纤维素广泛性粘连, 导致纤维细胞增生, 日久机化成结缔组织, 导致肠管急性梗阻发生。本病临床表现主要有腹痛、腹胀、呕吐、便秘等, 其病理机制为术后肠腑气血瘀阻, 气机不畅, 升降失常, 病变部位主要位于肠。中医学认为, 肠为传化之腑, 以降为顺, 以通为用, 不通则痛。各种腹部手术可损伤肠腑经络, 从而引起气机痞结、腑气不通, 产生肠道传导失司、水饮停滞, 导致痛、胀、吐、闭等症发生, 从而变生本病。故治疗应遵循“肠腑以通为用”的原则, 宜通里攻下、行气止痛、活血化瘀。但术后粘连性肠梗阻患者的病情常反复发作, 临床多见纳差、腹胀、肢倦乏力等脾胃气虚的表现, 且腹部手术治疗也容易损耗机体气血, 因此本病一般表现为虚实夹杂之证。笔者主张在治疗本病过程中

宜攻补兼施, 标本并治。

肠梗通内服方是本科室用于术后粘连性肠梗阻恢复的经验方, 该方重用黄芪大补元气, 使气旺血行; 当归活血养血, 祛瘀而不伤正, 二味气分血分之药合用相得益彰, 共奏补气活血之功; 木香、枳实行气消痞; 茯苓、白术、神曲、甘草补中益气, 健脾消食; 金银花清热解毒; 厚朴行气燥湿、温中止痛、降逆除满。全方共奏益气养血、行气降逆、祛瘀消痞之功。此外, 在灌肠时(肠梗通灌肠方)加入大黄、芒硝以攻积泻下、软坚散结、泻火荡积。

本研究结果显示, 肠梗通内服方、灌肠方联合西医常规治疗本病, 能明显改善粘连性肠梗阻的临床症状, 起效快, 可促进患者肠道功能的恢复, 缩短住院时间, 有利于患者术后的尽快恢复, 且未发现任何不良反应, 值得临床参考应用。

[参考文献]

[1] Malik AM, Shah M, Pathan R, et al. Pattern of acute intestinal obstruction: is there a change in the underlying etiology? [J]. Saudi J Gastroenterol, 2010, 16(4): 272-274.
 [2] 陈孝平. 外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005:

- 588-593.
- [3] 康新, 杨亮, 路小光, 等. 善宁、大黄附子汤及喜能三联疗法治疗术后急性粘连性肠梗阻 45 例[J]. 世界华人消化杂志, 2012, 20(1): 79-83.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第 3 辑[S]. 1997: 61-62.
- [5] 吴伟兵, 陈刚, 张敏剑. 大承气汤加味治疗术后粘连性肠梗阻 40 例[J]. 中医杂志, 2012, 53(8): 696-697.
- (责任编辑: 冯天保)

仙灵骨葆联合阿伦膦酸钠治疗骨质疏松症疼痛临床观察

徐建杰, 虞建浩, 应一鸣, 童松林

慈溪市人民医院, 浙江 慈溪 315300

[摘要] 目的: 观察仙灵骨葆联合阿伦膦酸钠治疗骨质疏松症疼痛的临床疗效。方法: 将 90 例骨质疏松症患者采用抽签法分为 2 组各 45 例, 对照组给予阿伦膦酸钠治疗, 观察组在对照组基础上给予仙灵骨葆胶囊治疗, 采用视觉模拟评分法 (VAS) 评分评估 2 组患者治疗前后的疼痛症状, 观察骨密度值变化情况和临床疗效。结果: 观察组总有效率为 91.11%, 较对照组的 75.56% 高 ($P < 0.05$)。治疗后观察组 VAS 评分较对照组低, 骨密度值较对照组高, 2 组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组畏寒肢冷、腰背疼痛、下肢麻木、腰膝酸软中医症状评分均较对照组低 ($P < 0.05$)。结论: 仙灵骨葆联合阿伦膦酸钠治疗骨质疏松症, 可有效缓解患者的疼痛症状, 提高临床疗效。

[关键词] 骨质疏松症; 仙灵骨葆; 阿伦膦酸钠; 疼痛; 骨密度

[中图分类号] R589.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 05-0148-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.070

骨质疏松症是由人体钙盐流失, 导致骨量减少, 骨脆性增加的一种全身性骨病, 女性中老年人是该疾病的高发人群。临床主要表现为骨折、疼痛等症状, 直接影响着患者的正常生活。临床多予补钙治疗, 但停药后疾病复发率相对较高^[1]。中医学在治疗骨质疏松症方面有丰富经验, 可提高临床治疗效果。笔者采用仙灵骨葆联合阿伦膦酸钠治疗骨质疏松症, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择 符合《原发性骨质疏松症诊疗指南(2011)》^[2] 提出的骨质疏松症临床诊断标准; 年龄 > 50 岁; 合并疼痛、下肢麻木等症状; 了解并自愿签署知情同意书。排除入组前 30 天接受激素、钙剂等治疗者; 继发性骨质疏松症患者; 合并严重心肺功能障碍者; 精神异常者; 敏感体质者。

1.2 一般资料 纳入 2012 年 1 月—2014 年 1 月本院收治的 90 例骨质疏松症患者作为研究对象, 男 22 例, 女 68 例; 年

龄 57~74 岁, 平均 (61.81 ± 2.69) 岁; 病程 8 月~5 年, 平均 (3.06 ± 0.51) 年; 骨折 11 例, 疼痛 57 例, 下肢麻木 38 例, 四肢冰冷 22 例。采用抽签法将患者分为 2 组各 45 例, 2 组一般资料经统计学处理, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予阿伦膦酸钠治疗。每周取 70 mg 阿伦膦酸钠空腹口服, 服药后 30 min 禁食, 每周 1 次。

2.2 观察组 给予仙灵骨葆联合阿伦膦酸钠治疗。阿伦膦酸钠用药方式同对照组; 每次取仙灵骨葆胶囊 (组成药物: 知母、续断、丹参、地黄、补骨脂、淫羊藿) 2 粒口服, 每天 2 次。

2 组均持续用药治疗 6 月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察 2 组患者的临床疗效; 采用视觉模拟评分法 (VAS) 评分评估 2 组患者治疗前、治疗后的疼痛症状, 总分为 10 分, 分值与疼痛程度呈正相关; 比较治疗前后骨密度

[收稿日期] 2014-11-03

[作者简介] 徐建杰 (1981-), 男, 主治医师, 研究方向: 骨科。