

艾灸结合中药灌肠治疗腹部术后炎性肠梗阻临床观察

徐斌

宁波市鄞州人民医院血管外科, 浙江 宁波 315000

[摘要] 目的: 观察艾灸结合中药灌肠治疗腹部术后炎性肠梗阻的临床疗效。方法: 将炎性肠梗阻患者 108 例随机分为 2 组各 54 例, 对照组予以常规保守治疗, 观察组在对照组基础上予以艾灸结合中药灌肠治疗, 比较 2 组患者腹胀缓解时间、肛门排气时间、总胃肠减压量、治疗时间及临床总有效率。结果: 治疗后观察组腹胀缓解时间、肛门排气时间、总胃肠减压量、治疗时间等指标均显著低于对照组 ($P < 0.05$)。总有效率观察组为 98.1%, 对照组为 87.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 艾灸结合中药灌肠治疗腹部术后炎性肠梗阻, 可有效调节机体肠系膜微循环, 消除炎症反应, 有效缓解患者腹胀腹痛等症状, 临床疗效满意。

[关键词] 炎性肠梗阻; 腹部手术; 艾灸; 中药灌肠

[中图分类号] R574.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 07-0250-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.111

炎性肠梗阻主要为腹腔内炎症及手术创伤等原因所引发疾病, 发病率在 0.6% ~ 20% 之间, 其中以腹部外科手术后最常出现, 为腹部手术早期术后并发症之一, 多于术后 2 周左右出现^[1-2]。在炎症及手术创伤影响下, 机体发生肠壁渗出及水肿, 进而形成动力性与机械性并存肠梗阻。该病以保守治疗为主, 所用时间短则 2、3 周, 长则 1、2 月, 不仅胃肠减压、禁食等会给患者带来较大痛苦, 同时处理不当还可能诱发重症感染、肠瘘等问题, 增加治疗难度^[3]。基于此种情况, 临床中笔者应用艾灸结合中药灌肠治疗腹部术后炎性肠梗阻患者, 收到较好疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 ①近期有过手术史; ②腹部平片或 CT 检查结果显示存在多个液气平面或肠壁水肿粘连增厚; ③手术完成并恢复饮食后发生排气、排便停止、腹痛腹胀等问题。

1.2 排除标准 ①排除肠壁水肿、吻合口狭窄、肠扭转、腹内疝、肠麻痹等原因所导致肠梗阻情况; ②术后距本次发病时间超过 1 月者; ③合并严重心、肝、肾脏器功能不全或血液系统疾病者; ④小于 18 岁或超过 80 岁病患; ⑤意识障碍及依从性差者。

1.3 一般资料 观察病例均为 2011 年 7 月—2013 年 12 月期间收治的炎性肠梗阻患者共 108 例, 按照患者就诊先后顺序随机分为 2 组, 各 54 例。观察组男 32 例, 女 22 例; 年龄 33 ~ 76 岁, 平均 (55.5 ± 6.1) 岁; 发病距上次手术间隔时间在 10 ~ 18 天, 平均 (15.3 ± 3.2) 天; 手术类型: 结肠癌根治术 13

例, 胆囊切除加胆总管切开术 10 例, 单纯胆囊切除术 9 例, 胃肠穿孔修补术 8 例, 胃癌根治术 7 例, 阑尾切除术 5 例, 脾切除术 2 例。对照组中男 33 例, 女 21 例; 年龄 32 ~ 74 岁, 平均 (55.3 ± 6.0) 岁; 发病距上次手术间隔时间在 11 ~ 18 天, 平均 (15.1 ± 3.1) 天; 手术类型: 结肠癌根治术 12 例, 胆囊切除加胆总管切开术 11 例, 单纯胆囊切除术 8 例, 胃肠穿孔修补术 8 例, 胃癌根治术 7 例, 阑尾切除术 5 例, 破裂修补术 2 例, 肠破裂修补术 1 例。2 组患者性别、年龄、发病距上次手术间隔时间、手术类型等一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 予以常规保守治疗: 包括胃肠外营养以维持水电解质平衡、持续胃肠减压、应用生长抑素及肾上腺皮质激素、广谱抗生素及替硝唑或甲硝唑等治疗。无肠坏死及病情加重患者需耐心观察 2 周, 发现肠坏死腹膜炎征象、腹痛腹胀进行性加剧、体温持续上升等情况时及时行手术治疗。

2.2 观察组 在对照组基础上予艾灸结合中药灌肠治疗。艾灸疗法: 取双足三里、中脘、双内关等穴位。操作: 患者取仰卧位, 点燃艾条后医者手执艾条由上至下在距离穴位 2 ~ 3 cm 处垂直熏灸, 以无烧灼感为度。艾灸取补法、温和灸, 不灭其火, 让其徐徐自燃, 灸完一个穴位后用手指按压使热气聚而不散。每穴灸 10 min, 每天 2 次。灌肠疗法: 处方: 败酱草、紫花地丁各 30 g, 赤芍、枳壳、川楝子、柴胡、大黄(后下)各 15 g, 桃仁、茯苓、白术、牡丹皮各 12 g, 甘草 9 g。每天 1

[收稿日期] 2014-12-03

[作者简介] 徐斌 (1983-), 男, 主治医师, 研究方向: 外科学。

剂,加水煎煮至 200 mL,每次 100 mL,于早、晚各 1 次,保留灌肠。治疗时间为 2 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察 2 组患者腹胀缓解时间、肛门排气时间、总胃肠减压量、治疗时间及临床疗效。

3.2 统计学方法 采用 SPSS18.0 软件进行统计学处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)描述,行 t 检验;计数资料用百分率(%)描述,行 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]拟定。显效:患者腹胀腹痛症状完全消失,排气、排便正常,腹部 X 线片检查结果无异常,未出现食少纳呆、恶心呕吐症状;有效:患者腹胀腹痛症状得到大幅缓解,排气、排便基本正常,腹部 X 线片检查结果消失梗阻征象减轻;无效:患者腹胀腹痛症状无改善或加重,肛门排气、排便情况未恢复正常,腹部 X 线片检查显示梗阻加重或出现肠绞窄、腹膜炎情况。治疗有效率=(显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

4.2 2 组症状体征恢复情况及治疗时间比较 见表 1。治疗后观察组腹胀缓解时间、肛门排气时间、总胃肠减压量、治疗时间等指标均显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组症状体征恢复情况及治疗时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	腹胀缓解时间(d)	肛门排气时间(d)	总胃肠减压量(mL)	治疗时间(d)
观察组	54	6.6 ± 1.9 ^①	4.6 ± 1.7 ^①	565.2 ± 85.3 ^①	10.8 ± 2.3 ^①
对照组	54	8.8 ± 2.1	6.4 ± 2.2	866.4 ± 92.5	13.4 ± 2.7

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2 组临床疗效比较 见表 2。总有效率观察组为 98.1%,对照组为 87.0%,2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效例(%)
观察组	54	29(53.7)	24(44.4)	1(1.9)	53(98.1)
对照组	54	21(38.9)	26(48.1)	7(13.0)	47(87.0) ^①

与对照组比较,① $P < 0.05$

5 讨论

炎性肠梗阻以肛门排气、排便障碍及腹胀为主要临床表现,大部分为广泛性炎症反应,较少出现绞窄情况,手术往往无法完全分离粘连情况且存在肠瘘风险,因此临床更倾向于保守治疗^[5]。

本组研究中观察组在对照组保守治疗基础上应用艾灸结合中药灌肠治疗。所选穴位足三里、内关、中脘为治疗胃肠疾患公认穴位,其中足三里与幽门括约肌收缩、胃肠蠕动、胃内压

等均有重要关系,有健脾和胃,理气化湿之功效;中脘则与胃黏膜保护、胃泌素分泌等密切相关,功能疏肝养胃,消食导滞,降逆利水;内关穴与调节患者心率情况有关,功能宁心安神、理气止痛。利用艾灸刺激以上穴位,可有效升高患者幽门括约肌收缩频率,促进胃肠蠕动,降低胃肠压力,进而缓解腹胀症状,同时可保护胃黏膜、减少胃液分泌,最终实现促进肛门排气^[6]。艾灸为中医学有效治疗手段,具有改善血液循环、增强免疫、消炎效果,可有效调节患者免疫系统,进而发挥抗炎作用,快速消除炎症反应^[7]。通过艾灸上述穴位,可起到健脾和胃,行气止痛,通降腑气的作用。

中医学认为,腹部手术后炎性肠梗阻患者脾胃功能还未完全恢复,无法正常排泄肠腔内分泌物,导致肠道停滞,引发炎症反应,病因虚实夹杂。临床治疗应以活血化瘀、清热解毒、健脾化湿为原则。中药灌肠方中败酱草祛瘀排脓,清热解毒;紫花地丁消痈散结,清热解毒;川楝子、枳壳消除痞满,行气散结;大黄通里攻下,清热解毒;赤芍、牡丹皮散瘀消痈,清热凉血;茯苓、白术利湿健脾,补益气血;桃仁活血化瘀,兼能润肠;柴胡疏肝理气,清热解毒;甘草调和诸药。通过保留灌肠,可有效发挥活血化瘀、消炎解毒功效,促进患者腹腔内毒素的排出并消退炎症,缓解腹胀等临床症状。

观察结果显示,治疗组临床疗效显著,患者腹胀缓解时间、肛门排气时间、治疗时间等与对照组相比均缩短,同时总胃肠减压量更低。综上所述,艾灸结合中药灌肠在腹部术后炎性肠梗阻,可调节患者肠系膜微循环、抑制炎症反应,并促进腹胀腹痛缓解,效果显著。

【参考文献】

- [1] 陈颖娟. 艾灸治疗术后早期炎性肠梗阻的效果分析[J]. 现代诊断与治疗, 2013, 24(11): 2454.
- [2] 沈海勇. 中西医结合治疗腹部术后早期炎性肠梗阻 52 例[J]. 现代诊断与治疗, 2013, 24(13): 2927-2928.
- [3] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 39-40.
- [5] 孙永显. 腹部术后早期炎性肠梗阻的诊治分析[J]. 齐鲁医学杂志, 2011, 26(3): 238-239.
- [6] 薛积良, 李建明. 针刺配合灌肠治疗腹部手术后早期炎性肠梗阻 96 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(11): 48-49.
- [7] 金巍红. 艾灸治疗术后早期炎性肠梗阻的效果观察[J]. 护理学报, 2011, 10(11): 66-68.

(责任编辑: 冯天保)