

闭塞性脑血管疾病,如脑供血不全、脑血栓形成,冠心病的胸闷、心绞痛等的治疗^[9]。本研究在柳氮磺吡啶肠溶片治疗的基础上加用丹参川芎嗪注射液,可使患者的临床症状快速消除,提高了临床治疗的效果,且未出现其他严重的不良反应,具有安全、有效、可靠等特点,具有较大的临床借鉴意义。

[参考文献]

- [1] 王静,徐萍,徐凯,等.柳氮磺吡啶口服联合仙白汤灌肠治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J].中国中西医结合消化杂志,2013,21(7):366-368.
- [2] 李晨,范尧夫,刘皓,等.芍药安肠汤治疗活动期溃疡性结肠炎疗效及其对TNF- α 、IL-17及IL-21水平的影响[J].世界华人消化杂志,2013,21(32):3580-3584.
- [3] 段立鸣,肖艳,张杰.丹参川芎嗪注射液联合大剂量黄芪注射液治疗糖尿病肾病的临床观察[J].中国药房,2013,24(12):1094-1095.
- [4] 何飞龙,金玉弟,袁金仁,等.康复新液、云南白药联合柳氮磺吡啶保留灌肠治疗溃疡性结肠炎[J].长春中医药大学学报,2014,30(1):114-116.
- [5] Imaoka A, Shima T, Kato K, et al. Anti-inflammatory Activity of Probiotic Bifidobacterium: Enhancement of IL-10 Production in Peripheral Blood Mononuclear Cells from Ulcerative Colitis Patients and Inhibition of IL-8 Secretion in HT-29 Cells [J]. World Journal of Gastroenterology, 2008, 14(16): 926-931.
- [6] 张文新,谭晓梅,胡元利,等.香连丸有效部位对小鼠急性溃疡性结肠炎的治疗作用[J].中国实验方剂学杂志,2011,7(12):170-174.
- [7] 曹桂芳,娄华,乔虹.溃结方保留灌肠联合柳氮磺吡啶口服治疗溃疡性结肠炎的疗效[J].中国现代药物应用,2013,7(11):134-135.
- [8] 安丽婷,霍丽娟,师永盛.美沙拉嗪与培菲康联合治疗对溃疡性结肠炎患者血清TNF- α 、IL-10的影响[J].山西医科大学学报,2011,42(4):324-326.
- [9] 林淑梅,赵丽荣,秦玲,等.丹参川芎嗪注射液治疗冠心病心绞痛有效性及安全性的系统评价[J].中国中医急症,2011,20(12):1972-1974.

(责任编辑:刘淑婷,吴凌)

中药热敷脐部联合西医对症治疗对术后早期炎性肠梗阻胃肠功能的影响

陈泉城

宁波市镇海区中医医院外科,浙江 宁波 315200

[摘要] 目的:观察中药热敷脐部联合西医对症治疗对术后早期炎性肠梗阻(EPISBO)胃肠功能的影响。方法:76例EPISBO患者随机分为观察组和对照组各38例,对照组给予西医常规治疗,观察组在对照组治疗基础上加用中药热敷脐部治疗。比较2组C-反应蛋白(CRP)、血清肿瘤坏死因子(TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-10(IL-10)、血清和血浆白蛋白(Alb)及治疗结果。结果:总有效率观察组94.74%,对照组81.58%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组术后肛门恢复排气时间、腹部症状消失时间、X线检查液气平面消失时间均短于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后,2组实验室指标均明显改善,与治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后,观察组CRP、TNF- α 、IL-6均明显低于对照组,IL-10、Alb均明显高于对照组,与对照组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:中药热敷脐部联合西医对症治疗对术后早期炎性肠梗阻患者有助于促进胃肠蠕动,减少肠道炎性反应及血浆蛋白丢失,促进肠功能恢复,提高治疗效果。

[关键词] 早期炎性肠梗阻;中药热敷;脐部;胃肠功能

[中图分类号] R574.2 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 06-0058-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.028

[收稿日期] 2014-11-10

[作者简介] 陈泉城(1979-),男,主治医师,研究方向:中医外科。

术后早期炎性肠梗阻(EPISBO)是一种特殊的术后肠梗阻,也是腹部外科手术常见并发症^[1]。EPISBO属于非细菌性炎性肠梗阻,因术后腹腔内严重炎症,患者腹膜广泛粘连,肠壁在分离过程中可破裂发生多发性肠瘘,危险系数较高,因而EPISBO不宜行手术治疗^[2]。传统保守治疗以西医对症治疗为主,包括应用生长抑素、糖皮质激素及胃肠外营养等^[3]。笔者观察中药热敷脐部联合西医对症治疗对术后早期炎性肠梗阻胃肠功能的影响,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2010年12月—2014年5月本院收治EPISBO患者,共76例。患者均为腹部手术后,包括胆囊切除术后22例,胃癌根治术后24例,溃疡穿孔修补术后9例,大肠癌根治术后13例,子宫癌术后7例及阑尾切除术后1例。随机分为观察组和对照组各38例。观察组男24例,女14例;年龄31~77岁,平均(50.2±6.14)岁。对照组男23例,女15例;年龄27~78岁,平均(49.3±6.59)岁。2组患者性别、年龄、疾病类型等资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入与排除标准 参照《实用中西医结合诊断治疗学》^[4]标准制定。纳入标准:①有腹部手术史,发生于术后1~2周;②术后肠蠕动恢复后又停止;③以腹胀为主,腹痛相对较轻,较少发生绞窄;④X线平片可见多个液平面及腹腔内积气积液;⑤腹部CT可见肠腔内无显影剂,肠壁显著水肿。排除标准:①排除机械性肠梗阻;②继发于腹腔感染、电解质紊乱等引起的麻痹性肠梗阻;③肠坏死。

2 治疗方法

2.1 对照组 单纯运用西医对症治疗:①禁食,持续胃肠减压;②完全胃肠外营养(排气排便后逐渐过渡为肠内营养);③应用肾上腺皮质激素(地塞米松5~10mg静脉滴注);④生长抑素(生长抑素6mg,24h持续静脉滴入);⑤抗感染治疗。

2.2 观察组 在对照组治疗的基础上,加用中药热敷脐部。基本方:厚朴、赤芍、生大黄各15g,莱菔子、金银花各30g,枳实、桃仁、芒硝、丹参、木香各9g,蒲公英、黄芩各12g。操作方法:将中药装入特制料理包中封口,然后装入提前制作好的布袋,摊平后放入蒸锅中,水开后大火蒸30min;取出,揭开患者衣被,露出脐部,用手提中药包四角,在距离患者脐部约10cm高处,利用热辐射热敷脐部。中药包温度下降至患者能耐受时,直接将中药包放置于脐上热敷。注意为患者遮挡,并防止患者受凉或烫伤。中药热敷每次20~30min,每天2次。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床症状消失时间:包括肛门恢复排气时间、腹部症状消失时间、X线检查液气平面消失时间;②实验室指标:治疗前后清晨空腹采集患者静脉血4mL,3000r/min离心10min,采用酶联免疫吸附法检测C-反应蛋白

(CRP)、血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-10(IL-10)、血清和血浆白蛋白(Alb)。试剂盒由上海森雄科技有限公司提供。

3.2 统计学方法 采用SPSS15.0软件进行数据分析,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,行 t 检验;计数资料用(%)表示,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)》^[5]。痊愈:腹胀腹痛消失,排便正常,进食后无恶心、呕吐,腹部X线片、CT等影像学检查无明显异常;好转:腹胀腹痛减轻,恢复自主排气排便,腹部影像学检查提示梗阻征象减轻;无效:腹胀、腹痛加重,肛门无排气排便,出现腹肌紧张,腹部影像学检查提示梗阻征象无减轻或加重。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组94.74%,对照组81.58%,2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

组别	n	痊愈	好转	无效	总有效例(%)
观察组	38	25(65.79)	11(28.95)	2(5.26)	36(94.74)
对照组	38	20(52.63)	11(28.95)	7(18.42)	31(81.58)
χ^2 值					3.151
P					<0.05

4.3 2组术后肠道症状比较 见表2。观察组术后肛门恢复排气时间、腹部症状消失时间、X线检查液气平面消失时间均短于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

组别	肛门恢复排气时间(h)	腹部症状消失时间(d)	液气平面消失时间(d)
观察组	31.18±5.89	5.13±1.23	7.94±1.42
对照组	43.33±6.24	8.23±1.73	10.12±1.75
t 值	8.729	9.003	5.963
P	<0.05	<0.05	<0.05

4.4 2组治疗前后实验室检查指标比较 见表3。治疗前,2组实验室检查指标比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,2组实验室指标均改善,与治疗前比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,观察组CRP、TNF- α 、IL-6均低于对照组,IL-10、Alb均高于对照组,与对照组比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

5 讨论

EPISBO发生率约占91%,腹部手术后早期炎性肠梗阻是指腹部手术后早期,除因肠麻痹以及肠扭转、吻合口狭窄等机械因素造成外,90%~91%是由腹腔炎症、手术创伤所引起的机械性与动力性并存的炎症性肠梗阻,绝少发生绞窄性肠梗阻多见于腹部手术后1~2周^[6],腹部手术创伤、腹腔内炎症使肠壁组织出现水肿,大量肠液渗出,炎性细胞浸润,细胞坏死

表3 2组治疗前后实验室指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	CRP(mg/L)	IL-6(pg/mL)	TNF- α (ng/mL)	IL-10(pg/mL)	Alb(g/L)
观察组	治疗前	10.20 \pm 2.16	71.25 \pm 12.18	113.37 \pm 59.26	38.15 \pm 5.58	36.12 \pm 3.28
	治疗后	6.09 \pm 2.89 ^②	25.40 \pm 7.31 ^②	78.36 \pm 9.06 ^②	68.14 \pm 7.86 ^②	40.64 \pm 4.16 ^②
对照组	治疗前	11.13 \pm 3.21	72.33 \pm 11.42	60.05 \pm 6.24	37.58 \pm 7.49	36.06 \pm 5.51
	治疗后	8.02 \pm 2.90 ^①	36.55 \pm 8.71 ^①	78.36 \pm 9.04 ^①	46.87 \pm 6.75 ^①	37.97 \pm 3.28 ^①

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较,

② $P < 0.05$

因子等炎性介质大量释放, 纤维素增多使肠管、腹膜发生广泛粘连, 肠道正常蠕动受到限制, 形成炎性肠梗阻。腹部手术后可能引起不同程度的腹腔内粘连, 经过抗炎、补液及患者自身吸收等过程, 腹腔内粘连可慢慢吸收以至完全消退。EPISBO 出现在腹部术后 1~2 周, 处于严重的炎症及肠粘连阶段, 梗阻部位不明确, 再次手术可能导致肠管损伤、出血, 甚至加重感染、并发多发性肠瘘等, 加重患者病情。中医学认为, 炎性肠梗阻属于肠结、气臌范畴。肠主传化、通降之功, 术后肠道因气血运行不畅, 传化失司, 肠道无法正常通降, 不通则痛, 气滞则胀, 患者表现为胀、痛、吐、闭等症^[7], 因此中医主张采用活血、行气、通里、攻下的治疗方法。六腑以通为用, 其中胃俞、中脘、脾俞相通, 中医热敷脐部刺激中脘, 胃俞、脾俞也相应受到刺激, 达到理气健脾、养胃中气、消积调滞、化湿利浊的目的。采用中医热敷脐部, 中药方为大承气汤加减, 方中厚朴、枳实、炒莱菔子行气通滞; 大黄、芒硝攻下泻实; 蒲公英、黄芩清热解毒; 桃仁、丹参、赤芍活血化瘀, 全方具有通里攻下、清热解毒、行气活血、润肠通便的功效。中药热敷脐部可调节肠道气血运行, 改善肠壁血液循环, 增加肠蠕动, 使患者恢复正常的排气排便功能, 缓解腹部胀、痛及恶心呕吐等消化道症状, 促进肠功能的恢复。从结果可以看出, 观察组肛门恢复排气时间、腹部症状消失时间、X 线检查液气平面消失时间均短于对照组, 提示中药热敷联合西医对症治疗能更快改善患者肠梗阻症状, 提高 EPISBO 的疗效。

EPISBO 是一种严重的炎性反应, 患者体内促炎性因子 TNF- α 、IL-6 大量产生。屈振亮等^[8]认为, 高浓度 TNF- α 、IL-6 可增加血管壁通透性, 直接损伤血管内皮细胞, 抑制内皮修复, 加重感染损伤。IL-10 是一种免疫抑制因子功能性拮抗剂, 可抑制细胞免疫反应。通过中药方加热后刺激脐部, 药效经中脘、胃俞、脾俞吸收, 能改善肠管血液循环, 促进肠蠕动, 缩短排气排便时间, 使炎性代谢产物随粪便排出体外, 降

低术后肠道及全身炎性反应; 促进肠道吸收功能恢复, 减少消化液及血浆蛋白的丢失, 有利于腹部手术后患者体液及电解质平衡, 提高机体修复能力。本研究显示观察组 CRP、血清 TNF- α 、IL-6 明显降低, 说明该治疗方法更能减少促炎性因子释放; 结果还显示观察组血清 IL-10 和 Alb 上升更明显, 提示联合治疗能促进抗炎性因子 IL-10 的产生, IL-10 减轻肠壁水肿, 降低浆膜炎性渗出, 促进肠道蠕动的恢复; 肠壁血液循环改善后, 消化液及 Alb 的丢失相应减少, 而血浆蛋白是促进机体恢复的基础。

本研究结果表明, 以西医对症治疗为基础, 通过抗炎、补充电解质、胃肠减压等手段, 结合中药热敷刺激胃肠道穴位, 二者发挥协同、互补之力, 改善肠管血液循环、抑制炎症因子的分泌及释放、促进肠道吸收功能恢复。

[参考文献]

- [1] 李刚, 谢晓华, 于晶, 等. 通腑泻热方辅助治疗术后早期炎性肠梗阻的临床观察[J]. 新中医, 2011, 43(4): 38-39.
- [2] 龙厚东, 王敏华, 钱海红, 等. 加味承气汤保留灌肠联合电针治疗术后早期炎性肠梗阻[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2014, 20(1): 7-11.
- [3] 闫万里. 中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻 40 例[J]. 河北中医, 2014, 36(1): 69-70.
- [4] 陈贵延, 杨思澍. 实用中西医结合诊断治疗学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1997.
- [5] 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: 156.
- [6] Rasslan R, Utiyama EM, Margues GM, et al. Inflammatory activity modulation by hypertonic saline and pentoxifylline in a rat model of strangulated closed loop small bowel obstruction[J]. Int J Surg, 2014, 12(6): 594-600.
- [7] 柴建平, 吴伟杰. 术后早期炎性肠梗阻非手术诊治 25 例疗效报告[J]. 浙江中医药大学学报, 2013, 37(4): 427-428.
- [8] 屈振亮, 杨春明. 血清 C-反应蛋白、白细胞介素 6 和肿瘤坏死因子在肠梗阻、肠穿孔患者的动态观测及临床意义[J]. 中国普通外科杂志, 2000, 9(7): 326-328.

(责任编辑: 马力)