

艾灸结合中药灌肠治疗腹部术后炎性肠梗阻疗效观察

郭治宇

金华市中心医院, 浙江 金华 321000

[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108例腹部术后炎性肠梗阻患者随机分为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艾灸结合中药灌肠治疗, 比较2组腹胀缓解时间、肛门排气时间、总胃肠减压量、治疗时间及临床疗效。结果: 观察组腹胀缓解、肛门排气、治疗时间及总胃肠减压量等指标改善均优于对照组($P < 0.05$)。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: 在常规保守治疗的基础上, 艾灸结合中药灌肠治疗腹部术后炎性肠梗阻, 可有效提高临床疗效, 具有较高应用价值。

[关键词] 炎性肠梗阻; 腹部术后; 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)06-0244-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.116

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, 但疗程长短不一, 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, 笔者在西医常规保守治疗的基础上, 加用艾灸及灌肠治疗腹部术后炎性肠梗阻, 取得较好疗效, 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排除肠壁血肿、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 观察病例均为本院2011年7月—2013年12月收治的腹部术后炎性肠梗阻患者, 共108例。按照患者就诊先后顺序进行编号, 奇数号作为观察组, 偶数号作为对照组, 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, 脾切除术2例, 肠破裂修补术1例。2组性别、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、应用给予广谱抗生素及替硝唑或甲硝唑对抗厌氧菌、防治毒血症。无肠坏死、无病情加重者则观察2周; 若出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及时行手术治疗。

2.2 观察组 在对照组基础上予以艾灸结合中药灌肠治疗。艾灸疗法: 穴位: 足三里、双内关、中脘, 每穴艾灸10 min。操作: 患者取仰卧位, 点燃艾条后医者手持艾条由上至下在距离穴位2~3 cm处垂直熏灸, 以无烧灼感为标准。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。灌肠疗法: 药物组成: 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、炒白术、牡丹皮各12 g, 甘草9 g。每天

[收稿日期] 2014-11-13

[作者简介] 郭治宇(1981-), 男, 主治医师, 研究方向: 普通外科。

1剂,水煎取汁200 mL,每次100 mL,于早、晚各进行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 观察比较2组腹胀缓解、肛门排气、治疗时间、总胃肠减压量及临床疗效。

3.2 统计学方法 SPSS18.0对所得研究数据进行统计学处理,计量资料用($\bar{x} \pm s$)描述,行组间 t 检验;计数资料用百分率(%)描述,行组间 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 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,为无效。

4.2 2组腹胀缓解、肛门排气、治疗时间、总胃肠减压量比较见表1。观察组腹胀缓解、肛门排气、治疗时间及总胃肠减压量等指标改善均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组腹胀缓解、肛门排气、治疗时间、总胃肠减压量比较($\bar{x} \pm s$)

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

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 例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
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

腹部术后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^[4]。

中医学认为,腹部手术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^[5]。中药灌肠方中含有败酱草、紫花地

丁、赤芍、枳壳、川楝子、柴胡、生大黄、桃仁、茯苓、炒白术、牡丹皮、甘草等中药,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、兼以扶正;桃仁活血化瘀、兼能润肠通便;柴胡行气退热;甘草则调和诸药。诸药合用,共奏活血化瘀、消炎解毒之效,可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。艾灸为中医有效治疗手段,本身具有改善血液循环、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,更快消除炎症反应^[6]。足三里、内关、中脘为治疗胃肠疾患公认穴位,利用艾灸刺激以上穴位可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^[7]。此外,刺激中脘、足三里穴位具有保护胃黏膜、减少胃液分泌效果,最终实现促进肛门排气作用^[8]。

观察结果表明,观察组在保守治疗基础上应用艾灸结合中药灌肠治疗,患者恢复情况更佳,腹胀缓解时间、肛门排气时间、治疗时间等与对照组相比均得以缩短,同时总胃肠减压量更低。提示艾灸结合中药灌肠治疗腹部术后炎性肠梗阻,可调节机体肠系膜微循环、抑制炎症反应,并促进腹胀腹痛等症状缓解,提高保守治疗的效果,值得进一步研究应用。

[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] 李忠礼. 中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻疗效观察[J]. 时珍国医国药, 2012, 23(7): 1746-1747.
- [4] 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.
- [5] 孙丽. 综合疗法治疗术后早期炎性肠梗阻 20例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(2): 65-65.
- [6] 连建中. 中药灌肠联合西药治疗早期炎性肠梗阻的临床疗效观察[J]. 吉林医学, 2010, 31(15): 2227-2228.
- [7] 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): 2454-2455.
- [8] 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.

(责任编辑:冯天保)