

清热通滞法治疗单纯性肠梗阻临床研究

石吉¹, 宋广元¹, 叶再元², 潘智敏³

1. 浙江中医药大学, 浙江 杭州 310053
2. 浙江省人民医院胃肠外科, 浙江 杭州 310000
3. 浙江中医药大学第一临床医学院, 浙江 杭州 310000

[摘要] 目的: 通过对临床病例回顾性研究, 探讨清热通滞法治疗单纯性肠梗阻的疗效。方法: 将单纯性肠梗阻患者 68 例随机分为 3 组, 对照组 21 例予西医常规保守治疗, 大承气汤组 27 例在对照组的基础上加大承气汤中药液保留灌肠治疗, 清热通滞组 20 例在对照组的基础上加用清热通滞类中药液保留灌肠治疗, 观察比较 3 组临床疗效及患者排气排便恢复时间、腹痛消失时间、压痛消失时间、肠鸣音恢复正常时间、进食半流质时间及出院时间等指标之间的差异。结果: 治疗后, 清热通滞组患者肛门排气排便恢复时间、腹痛消失时间、压痛消失时间、肠鸣音恢复正常时间、进食半流质时间及出院时间均短于大承气汤组 (排气排便恢复时间除外) 及对照组 ($P < 0.05$); 大承气汤组上述各项时间亦短于对照组 ($P < 0.05$)。治愈率、总有效率清热通滞组分别为 65.00%、95.00%; 大承气汤组分别为 59.26%、88.89%; 对照组分别为 23.81%、71.43%。清热通滞组治愈率、总有效率明显高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 清热通滞法治疗单纯性肠梗阻患者疗效确切, 值得临床推广应用。

[关键词] 单纯性肠梗阻; 中西医结合疗法; 清热; 通滞; 保留灌肠

[中图分类号] R574.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 09-0058-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.09.027

任何原因引起的肠内容物通过障碍统称为肠梗阻, 是常见的外科急腹症之一。肠梗阻发病后, 不但在肠管形态上和功能上发生改变, 还可导致一系列全身性病理改变, 严重时可危及病人的生命。肠梗阻按肠壁血运有无障碍可分为单纯性肠梗阻和绞窄性肠梗阻。单纯性肠梗阻如治疗不及时可发展为绞窄性, 引起肠坏死、穿孔, 出现缺水、中毒、休克等征象, 往往需要手术治疗^[1]。在中医学“六腑以通为用”、“郁而化热”等理论的指导下, 笔者采用中西结合的治疗方法, 在营养支持治疗的基础上应用清热通滞类中药灌肠治疗单纯性肠梗阻, 收到较好疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例均来源于 2013 年 11 月—2014 年 11 月浙江中医药大学附属第一医院和浙江省人民医院住院患者, 共 68 例, 随机分为 3 组。清热通滞组 20 例, 男 13 例, 女 7 例, 平均年龄(62.55±17.23)岁, 发病入院时间(2.70±1.17), 有腹部手术者 12 例。大承气汤组 27 例, 男 21 例, 女 6 例, 平均年龄(72.59±13.01)岁, 发病入院时间(2.37±1.75)天, 有腹部手术史 19 例。对照组 21 例, 男 11 例, 女 10 例, 平均年龄(65.48±15.11)岁, 发病入院时间(3.05±3.09)天, 有

腹部手术史 11 例。3 组资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《外科学》^[2]拟定: ①临床有不同程度腹痛、呕吐、腹胀和肛门停止排气排便等症状; ②腹部可见肠型及肠蠕动波, 腹部轻度压痛, 肠鸣音亢进或减弱; ③X 线平摄片立位可见肠腔充气、肠管扩张, 可见阶梯状液平。

1.3 排除标准 ①不符合本病疾病诊断标准; ②绞窄性肠梗阻; ③在外院或其他科室经过其他治疗后转我科治疗者; ④合并严重的基础疾病患者; ⑤合并妊娠或哺乳者; ⑥无法合作者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予禁食、胃肠减压、纠正水、电解质紊乱和酸碱失衡、抗感染、营养支持治疗。

2.2 清热通滞组 在对照组的基础上加用清热通滞类中药液保留灌肠。取大黄、败酱草、虎杖各 30 g, 厚朴、枳壳、红藤各 20 g, 桃仁 12 g; 根据患者症状酌情加减化裁药物, 水煎 2 次, 共取煎液 500 mL, 溶入芒硝 20 g 即成。每天 1 剂, 每天 2 次, 每次取 200 mL 灌肠, 保留灌肠液 15~30 min, 连续应用 5 天。

[收稿日期] 2016-04-10

[作者简介] 石吉 (1992-), 女, 在读硕士研究生, 研究方向: 中西医结合外科学。

[通讯作者] 叶再元, E-mail: zaiyuanye@163.com。

2.3 大承气汤组 在对照组的基础上加用大承气汤保留灌肠，取大黄 30 g，厚朴、枳壳各 20 g，加水煎 2 次，共取煎液 500 mL，溶入芒硝 20 g 即成。每天 1 剂，每天 2 次，每次取 200 mL 灌肠，保留灌肠液 15~30 min，连续应用 5 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 治疗后记录患者肛门排气排便时间、腹痛消失时间、压痛消失时间、肠鸣音恢复正常时间、进食半流质时间及出院时间。

3.2 统计学方法 以 SPSS21.0 统计软件包进行统计分析，3 组间计量资料采用单因素方差分析(SNK-*q* 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 参考《肠梗阻诊断治疗学》^[2]拟定。3 组患者均观察第 5 天的治疗效果。治愈：腹痛完全消失，排气排便正常，腹平片示无液气平；好转：腹痛缓解，恢复排气排便，有腹部不适或肠管积气；无效：治疗前后体征无改变，甚至加重。

4.2 3 组临床观察指标比较 见表 1。治疗后，清热通滞组患者肛门排气排便恢复时间、腹痛消失时间、压痛消失时间、肠鸣音恢复正常时间、进食半流质时间及出院时间均短于大承气汤组(排气排便恢复时间除外)及对照组($P < 0.05$)；大承气汤组上述各项时间亦短于对照组($P < 0.05$)。

表 1 3 组临床观察指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	排气排便恢复时间	腹痛消失时间	压痛消失时间	肠鸣音恢复时间	进食半流质时间	出院时间
对照组	1.90±0.94	7.19±3.40	7.62±4.26	8.48±4.70	7.43±3.52	11.71±4.80
大承气汤组	1.11±0.32 ^①	4.19±1.39 ^①	4.48±1.26 ^①	4.93±1.52 ^①	5.63±1.82 ^①	7.74±2.71 ^①
清热通滞组	1.10±0.31 ^①	2.80±0.70 ^{②③}	2.95±0.89 ^{②③}	3.20±1.01 ^{③②}	4.15±1.39 ^{①②}	5.56±2.46 ^{①②}

与对照组比较，^① $P < 0.05$ ；与比较大承气汤组，^② $P < 0.05$

4.3 3 组临床疗效比较 见表 2。治愈率、总有效率清热通滞组分别为 65.00%、95.00%；大承气汤组分别为 59.26%、88.89%；对照组分别为 23.81%、71.43%。清热通滞组治愈率、总有效率明显高于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 3 组临床疗效比较 例(%)

组别	<i>n</i>	治愈	好转	无效	总有效
对照组	21	5(23.81)	10(47.62)	6(28.57)	15(71.43)
大承气汤组	27	16(59.26)	8(29.63)	3(11.11)	25(88.89)
清热通滞组	20	13(65.00) ^①	6(30.00)	1(5.00)	10(95.00) ^①

与对照组比较，^① $P < 0.05$

5 讨论

肠梗阻临床表现为痛、胀、吐、闭、热等腑气不通的症状，舌苔多黄腻，属中医学关格、腹痛、肠结范畴，为中医六腑疾病。六腑的生理功能是收纳腐熟水谷、传化精微、排泄糟粕，有“传化物而不藏”、“实而不能满”的特点，以通为用。若水谷久留肠道，必定郁而化热，成热结之证。

国家级名老中医潘智敏教授^[3]认为，肠梗阻可分为痞结、瘀结、疽结三期，其病机为腑气闭绝，气滞血瘀，热毒内结。治疗原则为理气攻下，清热解毒、活血化瘀。既往学者多用大承气汤治疗肠梗阻，其有效率相较于未灌肠的确有所提高^[4]。潘教授认为，临床肠梗阻多因炎症粘连引起，故肠梗阻患者除腑气不通证的症状外往往兼有热邪的表现，而热邪是疾病反复或加重的重要因素之一，治疗上除通腑导滞外还需清热解毒，这与现代医学使用抗生素治疗肠梗阻有异曲同工之效。肠梗阻患者，气滞则易郁而化热生瘀，热与瘀结，气滞、血滞、热

滞，三者相互搏结，则血肉腐败，耗损正气、产生亡阴亡阳之危象，故应及早使用清热通滞之品，使热清滞通，防止肠梗阻进一步发展、恶化。

清热通滞法是基于潘教授多年临床经验，提出治疗肠梗阻的新方法，区别于大承气汤，方中除泻下导滞的中药外，还重用清热解毒类药物。方中重用大黄、败酱草为君，取其清热解毒、逐瘀通滞之功；厚朴、枳壳为臣，奏其消积导滞之效；红藤、虎杖清热解毒，以祛热结；更佐以桃仁、芒硝活血祛瘀，润燥攻坚。并根据患者症状，酌情加减化裁。现代药理研究发现，大黄可刺激大肠平滑肌增加推进性蠕动，促进排便，且大黄、败酱草、虎杖都有不同程度的抗菌和抑菌作用，调节肠道菌群^[5]；厚朴所含的厚朴碱有中枢性肌肉松弛作用，枳壳通过调节小肠平滑肌钙离子浓度，既有降低胃肠平滑肌张力和解痉作用，又可兴奋胃肠增进其逆蠕动，加快肠内内容及毒素的排出，减轻肠道内压力^[6]；红藤能提高血浆 cAMP 水平，提高耐缺氧能力；桃仁、芒硝活血化瘀，能促进恢复胃肠血供，改善其微循环，与大黄配伍能有效促进肠壁炎症的吸收和水肿的消退^[7]。临床上也有学者使用清热通滞类中药治疗肠梗阻取得显著效果，如黄耀人经验应用清热解毒镇痉开窍的紫雪丹凉开水化服治疗急性肠梗阻^[8]，宋金玲^[9]自拟活血清热通降方治疗不全性肠梗阻，疗效确切。潘教授多次被邀请会诊肠梗阻患者，其中不乏已用大承气汤灌肠而收效甚微之患者，潘教授改用清热理气通腑化瘀之剂，取得明显疗效，进一步证明了清热通滞法在治疗肠梗阻上疗效优于大承气汤，更加切合目前肠梗阻腑气不通、郁而化热的病机特点。临证中，老年性肠梗阻病机以正气不足为本，腑气不通为标，本虚表实，需仔细辨证，治疗除应清热通滞外还需兼顾扶正，勿犯虚虚实实之戒。

综上所述,清热通滞法治疗单纯性肠梗阻临床疗效显著,值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 吕云福,邹声泉,詹文华. 肠梗阻诊断治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:547.
- [2] 吴孟超,吴在德,吴肇汉. 外科学[M]. 8版. 北京:人民卫生出版社,2013:373-375.
- [3] 袁国荣,潘智敏. 潘智敏教授证治肠梗阻的经验[J]. 中华中医药学刊,2010,28(8):1791-1792.
- [4] 龙君. 复方大承气汤保留灌肠治疗粘连性肠梗阻疗效观察[J]. 中国社区医师(医学专业),2011,13(33):145.
- [5] 鲍新民,林荣启. 大承气汤低压保留灌肠辅助治疗粘连性肠梗阻56例分析[J]. 中医临床研究,2010,2(13):95-96.
- [6] 徐宇,吴德乐. 复方大承气汤治疗术后早期炎性肠梗阻12例临床观察[J]. 中国肛肠病杂志,2010,30(3):17-18.
- [7] 徐英峰,方东. 复方大承气汤灌肠结合皮硝外敷治疗单纯性肠梗阻52例临床疗效观察[J]. 中国中西医结合消化杂志,2015,23(2):118-119,122.
- [8] 蔡瑞锋. 黄耀人运用紫雪丹的经验[J]. 新中医,1993,25(10):7-8.
- [9] 宋金玲. 自拟活血清热通降方临床应用2例[J]. 北京中医药大学学报:中医临床版,2011,18(4):28.

(责任编辑:冯天保)

中药熏洗对掌指骨折不同固定方式术后恢复及并发症的影响

李永福, 王志刚, 杨芳青

桐庐县第二人民医院, 浙江 桐庐 311519

[摘要] 目的:观察中药熏洗对掌指骨折患者不同固定术后恢复及并发症的影响。方法:将180例掌指骨折患者随机数字表法分为A、B组,A组90例行微型钢板固定治疗,B组90例行微型外固定支架固定治疗。其中A组45例患者行单纯微型钢板固定记为A₁组,另外45例在A₁组基础上另给予中药熏洗治疗记为A₂组;B组中取45例行单纯微型外固定支架记为B₁组,另外45例在B₁组基础上加用中药熏洗治疗记为B₂组,观察比较4组治疗后围术期各项指标(手术时间、住院时间、骨折愈合时间),并分析术后患者掌指骨折恢复情况及术后并发症发生情况。结果:B₁组、B₂组围术期手术时间、住院时间、骨折愈合时间均较A₁组、A₂组短($P < 0.05$);上述各项指标B₂组与B₁组比较,A₂组与A₁组比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。骨折恢复优良率B₂组高于B₁组、A₂组、A₁组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);优良率A₂组高于A₁组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。术后并发症发生率B₂组均低于B₁组、A₂组、A₁组($P < 0.05$);A₂组术后并发症发生率低于A₁($P < 0.05$);B₁组术后并发症低于A₁组($P < 0.05$)。结论:中药熏洗可提高不同固定方式治疗掌指骨折的临床疗效,并降低术后并发症的发生。

[关键词] 掌指骨折;中药熏洗;微型钢板固定;微型外固定支架

[中图分类号] R683 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)09-0060-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.09.028

掌指骨折是临床中较为常见的损伤性疾病,在手外伤中的发病率较高,处理不及时或处理不当均易致患者出现关节僵硬、强直及短缩,对患者手部功能及外观变化影响较大^[1]。由于手部结构较复杂,如掌骨较短,构成关节较多,结构精细,骨周围组织结构较为复杂,且掌指骨折的复位与固定是手部其

他组织修复的基础,可见,骨折一期处理好坏决定了后期手功能恢复情况,特别是开放、粉碎及邻近关节骨折,复位固定要求更高^[2]。目前,掌指骨折固定方式较多,临床上以克氏针、微型钢板及微型外固定支架固定应用最为广泛,三种固定方式虽都有一定临床疗效;但由于较长时间的内外固定必然造成局

[收稿日期] 2016-03-11

[基金项目] 杭州市卫生科技计划一般(B)类项目(2014B44)

[作者简介] 李永福(1980-),男,主治医师,研究方向:骨伤科学。