

低流产率。

中西医结合治疗内异症不孕具有优势互补的独特作用,积极调治并根据病情选择恰当的治疗方案与方法是成功助孕的关键。

[参考文献]

- [1] D'Hooghe TM, Debrock S, Hill JA, et al. Endometriosis and subfertility: is the relationship resolved?[J]. Semin Reprod Med, 2003, 21(2): 243-254.
- [2] 韩彩云, 夏天, 魏慧俊. 韩冰教授治疗子宫内膜异位症性不孕症经验[J]. 吉林中医药, 2013, 33(4): 341-342.
- [3] 李大志, 祝亚平. 子宫内膜异位症对卵巢功能的影响[J].

国际妇产科学杂志, 2008, 35(4): 262-264.

- [4] Hye Jun Lee, Jae Eun Lee, Seung-Yup Lu, et al. Natural conception rate following laparoscopic surgery in infertile women with endometriosis[J]. Clin Exp Reprod Med, 2013, 40(1): 29-32.
- [5] Somigliana E, Vercellini P, Daguati R, et al. Effect of delaying post-operative conception after conservative surgery for endometriosis[J]. Report Biomed Online, 2010, 20(3): 410-415.
- [6] Hughes E, Brown J, Collins JJ, et al. Ovulation suppression for endometriosis[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2007, 18(3): CD000155.

(责任编辑: 骆欢欢, 郑锋玲)

王小云教授中医辨治妇科术后肠梗阻经验采撷

叶润英, 饶玲铭, 曹晓静, 王小云

广州中医药大学第二附属医院, 广东 广州 510000

[关键词] 肠梗阻; 中医疗法; 王小云

[中图分类号] R249 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2016)06-0221-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.097

王小云教授是博士研究生导师, 博士后协助导师, 广东省名中医, 国家第五批名老中医师带徒专家学术经验传承工作及学位指导老师。现任广州中医药大学第二临床医学院妇科学带头人, 妇科教研室主任。王教授从事医、教、研工作三十余年, 在妇科疑难病治疗方面积累了丰富的经验, 对妇科腹部术后出现难治性肠梗阻更有独到的见解。笔者为王教授第五批中医师承的弟子, 现将王教授治疗术后肠梗阻的中医临证辨治思路总结如下。

妇科术后肠梗阻是术后早期常见的并发症之一, 据国外资料统计, 妇科手术后肠梗阻的发生率为 5%~25%, 尤其以开腹手术的发生率较高, 有研究报道行盆腔淋巴结、腹主动脉旁淋巴结切除的妇科恶性肿瘤患者术后肠梗阻发生率为 10.5%^[1]。妇科术后肠梗阻常见症状为腹部胀痛, 大便不出, 并且反复呕吐, 病人极为痛苦, 如果肠梗阻较长时间未能改

善, 有可能需要二次手术治疗, 这对病人体质的创伤更大, 也有可能带来更明显的并发症。王教授认为中医治疗该病临床疗效显著, 具有明显的优势, 要做到药到病除, 中医临证思辨非常重要。

1 辨识病因

王教授治病, 尤重寻因, 结合舌脉辨治, 判断病因, 可从年龄、病史、体检、腹平片检查等方面分析着手。王教授认为, 肠梗阻发病机理为肠腑气血阻滞, 传导障碍, 清浊不分, 积于肠内, 发为肠结, 出现便秘。妇科术后肠梗阻辨证需分虚实, 虚证有气虚, 实证有气滞和寒凝。虚实的辨证, 可以从患者的精神状态、腹部触诊以及肤温来判断。如精神疲倦, 腹部虽胀但柔软的, 属虚证; 如双目有神、触诊腹部胀硬的属气滞; 如患者肢冷, 喜盖被子的, 则属寒。临证时只有准确辨证, 对证施治, 才能取效。

[收稿日期] 2015-12-29

[作者简介] 叶润英 (1972-), 女, 副主任医师, 研究方向: 中西医结合妇科学。

[通讯作者] 王小云, E-mail: jiaoshouw@163.com。

2 辨证施治

在肠梗阻“痛”“呕”“胀”“闭”四大症之外，常需根据兼症进行辨证施治。

2.1 气虚证 王教授认为此证型多见于妇科的开腹手术，术前患者常有胃肠不适病史，常于术后早期(术后第1~2天)即出现腹胀如鼓，可伴腹部隐隐作痛，病人面色淡白，身倦乏力，少气懒言或声音低弱，舌淡、苔薄白，脉弱。听诊肠鸣音极弱，腹部检查：腹虽胀但柔软不拒按，王教授认为此为气虚肠腑运行无力，治以健脾益气通腑为法，内服药常用举元煎加减，如合并手足不温，则加温通之药如肉桂、干姜；如舌淡暗，则加酒大黄(后下)、当归以活血化痰，并加上陈皮以行气通腑。

2.2 气滞证 此证型在术后肠梗阻中最常见，肠梗阻可以出现在术后早期，也可见于术后已有排气排便后，腹胀，可伴腹部游走性疼痛，此类病人容易紧张焦虑，因害怕术口疼痛而不敢多动，病人面色青，常有不断的呻吟声，舌暗、苔薄白，脉滑。腹部触诊腹胀满，按之有弥漫性腹痛，王教授认为此证为气滞腑气不通，可用承气汤类治疗以达行气通腑的效果，并配合大承气汤灌肠，见效快，不过仍需常常鼓励和督促病人术后多活动以巩固疗效。

2.3 寒凝证 此证型常见于开腹手术，且手术时间比较长的病人，病人腹部胀满并伴有阵发性腹部绞痛，腹痛程度较气滞型和气虚型为重，甚至剧烈难忍，面色晦暗，肢冷喜暖，喜盖被子，舌青暗、苔白，脉沉紧。王教授认为此为寒湿凝滞，腑气不通所致，为实证，治疗宜温经通络，通腑止痛，内服可用少腹逐瘀汤加减，灌肠中药可选用祛寒力强的干姜、肉桂、台乌药等。

3 用药途径

肠梗阻的病人按常规是需要禁食甚至放置胃肠管以达胃肠减压之效，王教授认为此时仍可以口服中药，不过中药需浓煎至100 mL，分2次，每次50 mL，少少喂之；或行鼻饲，鼻饲后夹闭胃管1 h再开放，并需配合中药煎剂100 mL灌肠。对于术后梗阻的病人，王教授认为中药内服对于改善结肠以上的梗阻更有帮助，中药灌肠增加了中药的给药途径，药物通过直肠吸收快，疗效好，对低位性肠梗阻有局部治疗作用。另外，中药灌肠还可使肠腔容积增大，从而通过神经反射的作用刺激肠蠕动增强，促进肛门尽早排气排便。

4 病案举例

4.1 例1 孔某，因子宫内膜癌，行腹式全宫+双侧附件切除+盆腔淋巴清扫术，术后第2天出现腹胀腹痛，肠鸣音

听诊极弱，腹平片提示：低位肠梗阻。病人精神疲倦，肢冷，腹胀，舌淡红、舌苔稍干，脉紧迟。诊断：肠梗阻。辨证：腑气不通。经常规胃肠减压、大承气汤灌肠、电针足三里7天后症状虽有所缓解，但未痊愈，后经王教授查房，辨证为寒凝腑气不通，予行气温通辨证施治。处方：①中药内服：酒大黄(后下)10 g，当归、干姜各15 g，肉桂(焗)5 g。共2剂，水煎服，每天1剂。②中药灌肠：北黄芪15 g，陈皮30 g，川芎、大黄(后下)各10 g。患者用药后第二天，肠鸣音明显增强，灌肠前可排出成形大便，再连用上方中药2天，症状全部缓解，复查腹平片：未见肠梗阻征象。

4.2 例2 吴某，因多发性子宫肌瘤及肌瘤红色变性，行开腹全子宫切除术+盆腔粘连松解术，术后第2天出现胀痛呕吐等症，腹平片提示：小肠低位性不完全性肠梗阻。予常规放置胃管以行胃肠减压、大承气汤灌肠及电针双侧足三里处理，腹胀痛情况未能缓解，伴有腹部绞痛，患者面色晦暗，四肢不温，舌淡暗、苔薄，脉沉。查体：腹部未及异常，腹部膨隆，肠鸣音弱，全腹无压痛及反跳痛。辅助检查：术后查血常规、生化均正常。中医诊断：肠结(中焦虚寒)；西医诊断：术后肠梗阻。治法：温阳健脾通腑。处方：①中药内服：北黄芪60 g，白术、党参、熟附子(先煎)、酒大黄(后下)各15 g，肉桂10 g，干姜30 g。水煎内服，共3剂。②中药灌肠：大黄(后下)10 g，枳实、干姜各15 g，陈皮30 g。水煎成100 mL灌肠，共3剂。患者服药当天晚上便排气，腹胀明显减轻，腹部绞痛明显好转，查体：肠鸣音2次/min，腹部无压痛及反跳痛，再连服上述中药2剂，复查腹平片提示：未见肠梗阻征象。

王教授认为中医治疗肠梗阻临床疗效显著，具有明显的优势，要做到药到病除，中医临证思辨非常重要，肠梗阻治疗思维上主要采用中医整体观的理念指导实践，针对“人”的整体情况进行辨证分析，而不是针对“病(肠梗阻)”进行常规治疗。王教授在临证时特别关注术后病人的精神状态、面部气色，以及腹部按压时医者的手感进行寒热虚实辨证，对证施治，故疗效显著。

[参考文献]

- [1] 马宏伟, 赵际童, 赵霞. 妇科腹部手术后肠功能恢复的研究进展[J]. 实用妇产科杂志, 2014, 30(10): 742-745.

(责任编辑: 骆欢欢)