

重剂大黄白术通便方保留灌肠治疗术后早期炎性肠梗阻临床研究

潘俊娣, 叶斌, 傅丽霞, 施骅, 汪剑波, 戴木根

丽水市中心医院, 浙江 丽水 323000

[摘要] 目的: 观察重剂大黄白术通便方保留灌肠治疗术后早期炎性肠梗阻的临床疗效。方法: 将50例术后早期炎性肠梗阻患者按随机数字表法分为对照组26例和治疗组24例。对照组给予胃肠减压、禁食、补液、抗感染等治疗, 治疗组在对照组基础上加重剂大黄白术通便方保留灌肠。2组均治疗7天。结果: 治愈率治疗组80.8%, 对照组45.8%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组肠鸣音恢复时间、排气排便恢复时间及腹痛缓解时间均短于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗7、14天, 2组血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6 (IL-6)、白细胞介素-8 (IL-8)及C-反应蛋白 (CRP)水平均较治疗1天时降低($P < 0.01$); 治疗组血清TNF- α 、IL-6、IL-8及CRP水平均低于同期对照组($P < 0.01$)。结论: 重剂大黄白术通便方保留灌肠治疗术后早期炎性肠梗阻, 能改善患者的临床症状及肠功能, 控制炎症反应。

[关键词] 炎性肠梗阻; 术后早期; 重剂大黄白术通便方; 肠功能; 炎症反应

[中图分类号] R574.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2019) 06-0145-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.06.043

Clinical Study on Retention Enema with Dahuang Baizhu Constipation-relieving Heavy Prescription for Early Postoperative Inflammatory Intestinal Obstruction

PAN Jundi, YE Bin, FU Lixia, SHI Hua, WANG Jianbo, DAI Mugen

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of retention enema with Dahuang Baizhu constipation-relieving heavy prescription for early postoperative inflammatory intestinal obstruction. **Methods:** Divided 50 cases of patients with early postoperative inflammatory intestinal obstruction randomly into the control group(26 cases) and the treatment group (24 cases). The control group was given treatment such as gastrointestinal decompression, fasting, fluid replacement, and anti-infection, while the treatment group was additionally given retention enema with Dahuang Baizhu constipation-relieving heavy prescription. Both groups were treated for 7 days. **Results:** The cure rate was 80.8% in the treatment group and 45.8% in the control group, compared the two groups, difference being significant($P < 0.05$). The recovery time of intestinal sound, recovery time of exhaustion and defecation and relief time of abdominal pain in the treatment group were shorter than those in the control group, differences being significant($P < 0.05$). At 7 and 14 days of treatment, the serum tumor necrosis factor- α (TNF- α), interleukin-6(IL-6), interleukin-8 (IL-8) and C-reactive protein(CRP) levels in the two groups were lower than those at 1 day of treatment, differences being significant($P < 0.01$); the levels of serum TNF- α , IL-6, IL-8 and CRP in the treatment group were lower than those in the control group, differences being significant($P < 0.01$). **Conclusion:** The application of Dahuang Baizhu constipation-relieving heavy prescription for early postoperative inflammatory intestinal obstruction can improve clinical symptoms and intestinal function and control inflammatory response.

Keywords: Inflammatory intestinal obstruction; Early postoperative period; Dahuang Baizhu constipation-relieving heavy prescription; Intestinal function; Inflammatory response

术后早期炎性肠梗阻一般发生在外科腹部手术后1~4周, 由于手术创伤或腹腔内炎症等原因引起肠壁水肿和渗出, 从而形成机械性与动力障碍性因素同时存在的肠梗阻。既往对此

类肠梗阻的治疗多采用手术钝性分离粘连来解除梗阻, 但因术后早期肠管充血水肿明显, 临床上发现手术并不能有效解决梗阻情况, 甚至会产生肠痿等其他并发症。目前, 术后早期炎性

[收稿日期] 2018-08-21

[基金项目] 浙江省中医药科研基金项目 (2015ZA226)

[作者简介] 潘俊娣 (1985-), 女, 主治医师, 研究方向: 中西医结合治疗功能性胃肠病、肠梗阻等。

[通信作者] 叶斌, E-mail: 408252097@qq.com。

肠梗阻的治疗已转向营养支持为主的非手术治疗。在常规胃肠减压、抗感染、补液及营养支持基础上,加用中药灌肠治疗可明显改善患者的肠梗阻症状,控制炎症进展。本研究用重剂大黄白术通便方药简力强,在临床获得满意疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2015年7月—2017年12月本院收治的50例术后早期炎性肠梗阻患者,按随机数字表法分为治疗组26例和对照组24例。治疗组女8例,男18例;年龄20~68岁,平均(35.8±4.0)岁;胃癌根治术3例,结肠癌根治术6例,直肠癌根治术1例,化脓性胆囊切除术3例,腹股沟疝手术4例,化脓性阑尾炎术后3例,消化道急性穿孔术后2例,结肠和小肠外伤术后4例;术后发生梗阻时间(7.0±3.0)天。对照组女6例,男18例;年龄23~70岁,平均(36.4±4.5)岁;胃癌根治术4例,结肠癌根治术5例,直肠癌根治术3例,化脓性胆囊切除术4例,腹股沟疝手术4例,化脓性阑尾炎术后2例,消化道急性穿孔术后1例,结肠和小肠外伤术后1例;术后发生梗阻时间(8.0±2.0)天。2组性别、年龄、术后肠梗阻出现时间等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 ①2周内无外科手术史;②术后进食后出现腹部胀痛、肛门排气排便减少或停止,有不同程度恶心、呕吐,伴或不伴肠鸣音减弱;③腹部立位平片或腹部CT检查提示不完全性肠梗阻。

1.3 排除标准 ①肿瘤不能切除者;②腹腔出现脓肿及化学性腹膜炎;③出现绞窄性肠梗阻。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予胃肠减压、禁食、补液、抗感染等治疗。

2.2 治疗组 在对照组基础上加用重剂大黄白术通便方保留灌肠治疗。处方:生大黄(后下)、生白术、莱菔子各30g,木香、厚朴、炒枳壳各15g。分2次水煎,取汁200~300mL保留灌肠,每天1次,每次100mL,温度以39~41℃为宜。插入肛管深度20~25cm,插入后快速将药液滴入。灌肠后,左右侧卧位使药液均匀分布在肠腔内,保留20~30min。保留期间需更换体位,多数时间保持膝胸卧位。

2组均连续治疗7天。如患者肠梗阻症状进行性加重、腹腔感染加重,出现坏死性腹膜炎等征象时,终止保守治疗,采用手术治疗。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①对比2组临床疗效,根据患者症状、体征的改善情况进行评估。②对比2组肠鸣音恢复时间、排气排便恢复时间及腹痛缓解时间。③观察2组治疗1天、7天、14天时血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)及C-反应蛋白(CRP)的变化情况。在治疗第1天、7天和14天分别抽取患者的外周静脉血,将其放置温室之中,2h后以1000r/min转速离心20min,取上清液在

-20℃冻存。采用双抗体夹心酶联免疫吸附法检测血清TNF- α 、IL-6和IL-8水平。日立7600-020型全自动生化分析仪检测CRP,采用单向免疫扩散法检测。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0统计学软件分析数据。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 治愈:腹部胀痛消失,每天有肛门排气排便,肠鸣音每天3~10次,开放饮食后肠梗阻症状消失,X线检查未发现异常;有效:临床症状部分缓解,X线检查气液平面较治疗前减少;无效:临床症状未改善甚至病情加重,X线检查气液平面无减少甚至增多。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率治疗组80.8%,对照组45.8%,2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

组别	例数	例数			总有效率(%)
		治愈	有效	无效	
治疗组	26	21(80.8) ^①	3(11.5)	2(7.7)	92.3
对照组	24	11(45.8)	8(33.3)	5(20.9)	79.2

与对照组比较,① $P<0.05$

4.3 2组临床症状缓解情况比较 见表2。治疗组肠鸣音恢复时间、排气排便恢复时间及腹痛缓解时间均短于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

组别	例数	肠鸣音恢复时间	排气排便恢复时间	腹痛缓解时间
治疗组	26	2.36±0.81 ^①	3.64±0.58 ^①	4.12±0.63 ^①
对照组	24	4.57±0.75	4.29±0.70	4.68±0.69

与对照组比较,① $P<0.05$

4.4 2组炎症因子比较 见表3。治疗7、14天,2组血清TNF- α 、IL-6、IL-8及CRP水平均较治疗1天时降低($P<0.01$);治疗组血清TNF- α 、IL-6、IL-8及CRP水平均低于同期对照组($P<0.01$)。

5 讨论

术后早期炎性肠梗阻多因术后腹腔渗出液增多,炎症打破了纤维蛋白形成与降解之间的平衡,导致术后炎症性粘连产生^[2]。不同于其他机械性肠梗阻,本病因炎症损伤刺激,肠壁充血水肿后出现增厚及狭窄,肠粘连影响肠道蠕动功能^[3]。因术后早期炎性肠梗阻独特的特点,若治疗不及时,可引起肠道出血、肠痿、腹腔严重感染等。内科治疗有经鼻型肠梗阻导管减压联合生长抑素,但患者肠梗阻导管的置入将降低生活质量^[4]。早期应用生长激素联合地塞米松可促进患者肠壁炎性水肿的消退^[5]。

术后早期炎性肠梗阻属于中医学腹胀、关格、肠结范畴,脾胃升降失调、湿热内蕴、气滞血瘀、热结寒凝等均可使腑气

表3 2组炎症因子比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	TNF- α (ng/L)	IL-6(ng/L)	IL-8(μ g/L)	CRP(mg/L)
治疗组	26	治疗1天	24.24 \pm 0.45	183.45 \pm 17.78	3.93 \pm 0.13	42.87 \pm 4.8
	26	治疗7天	13.39 \pm 0.24 ^{①②}	108.64 \pm 14.89 ^{①②}	0.35 \pm 0.05 ^{①②}	15.80 \pm 3.9 ^{①②}
	26	治疗14天	11.34 \pm 0.18 ^{①②}	106.36 \pm 13.75 ^{①②}	0.33 \pm 0.04 ^{①②}	11.91 \pm 2.8 ^{①②}
对照组	24	治疗1天	25.85 \pm 0.38	178.83 \pm 16.59	3.74 \pm 0.16	44.73 \pm 3.9
	24	治疗7天	21.98 \pm 0.26 ^①	137.35 \pm 15.83 ^①	2.80 \pm 0.12 ^①	29.10 \pm 4.5 ^①
	24	治疗14天	19.74 \pm 0.33 ^①	135.46 \pm 14.27 ^①	2.65 \pm 0.14 ^①	18.02 \pm 3.4 ^①

与同组治疗1天比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后同期比较, ② $P < 0.01$

不通, 燥屎内结, 不通则痛。中医中药治疗本病疗效确切, 目前常用方药为《伤寒论》中的大承气汤。大承气汤能直接增强肠管平滑肌细胞的电兴奋性, 促进肠道收缩, 加强肠道推进功能, 可以安全有效地治疗肠梗阻^[6]。重剂大黄白术通便方取大承气汤理气通便之意, 加大大黄用量, 去芒硝, 改枳实为枳壳, 加用大剂量莱菔子、生白术及小剂量木香化痰而成。通过灌肠途径给药, 临床上已取得显著疗效。《伤寒论》174条提到“若其人不大便, 小便自利者, 去桂加白术汤主之”。有实验研究表明, 大剂量生白术水煎剂可促进小肠推进功能^[7]。《本草纲目》记载“莱菔子之功, 长于利气, 生能升, 熟能降……消食除胀, 利大小便”。生大黄可改善胃肠黏膜通透性, 提高患者胃肠黏膜内血流灌注, 促进胃肠蠕动, 清洁肠道, 拮抗炎症介质, 从而加速胃肠道内细菌和毒素排泄, 维持肠道菌群稳定^[8]。另辅以厚朴、枳壳行气消积止痛, 两药配伍可改善胃肠功能^[9]; 木香行气止痛, 有抗炎等多种药理作用^[10]。诸药合力, 共奏行气导滞消胀之功。短时间内高浓度给药, 尤其是保持膝胸卧位, 尽量延长药物保留时间, 使药物得到充分吸收, 可尽早恢复肠蠕动。

本研究结果显示, 重剂大黄白术通便方保留灌肠可有效缓解患者的临床症状, 治愈率达80.8%, 优于对照组($P < 0.05$); 治疗组肠鸣音恢复时间、排气排便恢复时间及腹痛缓解时间均短于对照组($P < 0.05$); 治疗7天后治疗组TNF- α 、IL-6、IL-8及CRP水平均比对照组下降更明显($P < 0.01$)。说明重剂大黄白术通便方保留灌肠可有效控制炎症, 改善肠功能。

由上可知, 本方药简力专、见效快, 对缩短术后早期炎症性肠梗阻患者的住院时间、减少经济支出、恢复肠道动力等方面均有较好的效果, 值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 黎介寿. 认识术后早期炎症性肠梗阻的特性[J]. 中国实用外科杂志, 1998, 18(7): 387-388.
- [2] SUZUKI T, KONO T, BOCHIMOTO H, et al. An injured tissue affects the opposite intact peritoneum during postoperative adhesion formation[J]. Sci Rep, 2015, 5: 7668.
- [3] 高新基. 腹腔镜与开腹手术治疗结直肠癌术后肠梗阻的对比观察[J]. 中外医学研究, 2018, 16(1): 153-154.
- [4] 黄河, 舒俊. 经鼻型肠梗阻导管与生长抑素用于术后早期炎症性肠梗阻的效果研究[J]. 当代医学, 2018, 24(15): 146-147.
- [5] 吴立格. 腹部手术后早期炎症性肠梗阻的临床特点与诊治分析[J]. 中外医疗, 2018, 37(12): 73-74, 81.
- [6] YANG B, XU F Y, SUN H J, et al. Da-cheng-qi decoction, a traditional Chinese herbal formula, for intestinal obstruction: systematic review and meta-analysis[J]. Afr J Tradit Complement Altern Med, 2014, 11(4): 101-119.
- [7] 张印, 曹科. 不同剂量生白术对小鼠小肠推进功能的影响[J]. 中国医药导刊, 2010, 12(5): 847.
- [8] 余红, 牟园芬, 冯清洲, 等. 生大黄对危重症患者胃肠功能保护的临床研究[J]. 中医临床研究, 2016, 8(1): 5-9.
- [9] 尹爱武, 高鹏飞, 麻黎伟. 厚朴枳实配伍对大鼠胃动力的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(5): 175-177.
- [10] 魏华, 彭勇, 马国需, 等. 木香有效成分及药理作用研究进展[J]. 中草药, 2012, 43(3): 613-620.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)