

中西医结合治疗早期炎症性肠梗阻 20 例分析

Analysis of treating 20 cases of early inflammatory intestinal obstruction in the integrative medicine

刘 勇 娄 静 毕德明

(山东省章丘市中医医院, 山东 章丘, 250200)

中图分类号: R574.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2011) 16-0070-02 证型: IDBG

【摘要】 目的: 探讨术后早期炎症性肠梗阻中西医结合治疗方法及效果。方法: 20 例患者均在西医治疗基础上, 加针灸、芒硝外敷及中药治疗。结果: 20 例患者均恢复正常肠道功能, 住院时间 6~12 天, 平均 10 天, 有效率 100%。结论: 中西医结合治疗术后早期炎症性肠梗阻疗效显著, 疗程明显缩短, 避免盲目手术。

【关键词】 中西医结合; 术后早期炎症性肠梗阻; 疗效

【Abstract】 Objective: To investigate the treatment methods and clinical effects of treating early inflammatory intestinal obstruction in the integrative medicine. Methods: Treating 20 cases based on western medicine plus acupuncture, MangXiao topical and herbal treatment. Results: 20 patients are back to normal bowel function, the hospitalization time is 6 to 12 days, average 10 days, the effective rate was 100%. Conclusion: Treating early inflammatory intestinal obstruction in the integrative medicine early postoperative inflammatory bowel obstruction in the integrative medicine can make a better effect, treatment significantly shortened, avoiding blind operation.

【Keywords】 Integrative medicine; Early postoperative inflammatory bowel obstruction; Effects

粘连性肠梗阻是腹部手术后常见的并发症, 术后早期易发生炎症性肠梗阻, 又称假性肠梗阻, 发生率约占 20%, 多发生于术后 5~14 天。我院自 2008 年 12 月~2010 年 12 月共收治早期炎症性肠梗阻 20 例患者, 均应用中西医结合治疗, 全部治愈。

1 临床资料

本组 20 例病人, 男性患者 14 例, 女性 6 例; 年龄 23~65 岁, 平均年龄 42 岁。7 例为急性化脓性阑尾炎术后, 4 例为粘连性肠梗阻粘连带松解术后, 4 例为外伤性肠破裂术后, 3 例为结肠癌术后, 2 例为胆总管切开取石、T 管引流术后。发病时间均在术后 5~14 天, 平均 7 天。患者均表现为明显腹胀, 不同程度的腹痛, 腹痛呈阵发性, 疼痛部位不固定, 6 例有恶心、呕吐症状, 5 例有术后排气, 停胃肠减压进食后出现腹痛腹胀, 并进行性加剧, 8 例病人有低热 (T<38.0℃)。查体均有腹部膨隆, 未见肠型及蠕动波, 腹部局部压痛, 无反跳痛, 腹部叩诊以实音为主, 肠鸣音减弱或消失。腹部平片表现为肠管积气扩张或气液平。腹部彩超 6 例表现为肠间积液。

2 治疗方法

20 例病人均采用非手术保守治疗, 全部应用中西医结合治疗。

2.1 西医治疗

是肠梗阻的基础治疗, 包括: 禁饮食, 持续胃肠减压, 应用广谱抗生素、抑酸药物及生长抑素等, 早期给予肠外营养支持治疗, 维持体液平衡, 注意水电解质及酸碱平衡, 并给予纠正。

2.2 中医治疗

①针灸治疗: 针灸穴位为足三里、天枢、中脘及关元等, 诸穴毫针刺, 施以提插泻法, 留针 30min, 每日 1 次, 5 次为一个疗程。②芒硝外敷脐部, 方法是: 芒硝 100g, 搅匀装袋, 均匀摊平, 外敷于脐部, 每小时用干布擦干, 及时更换布袋内药物, 一般外敷 4 天左右。③病人恢复肛门排气后, 应用复方大承气汤通里攻下^[1]: 川朴 12g, 木香 10g, 乌药 10g, 炒莱菔子 30g, 桃仁 12g, 番泻叶 6g, 赤芍 12g, 芒硝 6g。上方煎汁 200ml, 早晚各注入胃管一次, 夹闭胃管 1~2h 后放开。

3 结果

本组 20 例病人经中西医结合治疗后, 肠道功能恢复正常, 住院时间 6~12 天, 平均 10 天, 治疗时间明显缩短。

4 讨论

术后早期炎症性肠梗阻是由于手术创伤和腹腔内炎症等原因导致肠壁水肿和渗出, 肠道蠕动减慢, 肠腔内气液集聚, 扩张明显, 肠壁变薄, 粘膜屏障受损, 肠道内细菌移位导致肠源性感染, 是一种机械性与动力性同时存在的粘连性肠梗阻, 是术后早期肠梗阻的一种特殊类型。本病特点^[2]是: ①多发生于术后 2 周内。②伴有比较复杂基础疾病, 长期营养不良的病人发病率较高。③多发生在腹腔内有感染、手术创伤较大、出血多、手术操作时间长的病例。④发病前可以有肛门排气排便, 进食后出现腹痛腹胀加剧, 病人以腹胀为主, 排气排便减少或停止, 恶心、呕吐, 腹痛相对较轻。⑤查体: 肠鸣音减弱或消失。⑥腹部 X 线检查可显示肠腔内积气, 或气液平。早期明确 (下转 72 页)

月内 TIA 发作显著减轻, 发作频率减少 50%以上; ③无效: TIA 发作频率无显著减少或较前增加, 或发生脑梗死。

1.5 统计学方法

应用 SPSS11.5 软件包进行统计学分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果

治疗组: 显效 30 例, 有效 2 例。对照组: 显效 23 例, 有效 7 例, 无效 2 例。1 个月 TIA 发作控制率分别为 93.75%和 71.87%; 6 个月后随访治疗组显效 28 例, 治愈率 87.5%, 有效 4 例, 总有效率 100%; 对照组治愈 21 例, 治愈率 65.6%, 有效 7 例, 无效 4 例。总有效率 87.5%; 两组比较治愈率、总有效率均明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.2 不良反应

胃肠道反应: 治疗组 6 例, 对照组 7 例; 皮下瘀斑: 治疗组 3 例, 对照组 2 例; 两组均无肝肾功能改变。经统计学处理, 差异无显著性 ($P > 0.05$)。

3 讨论

3.1 预防治疗 TIA 的重要性

据报道 TIA 未经治疗或治疗无效的病例, 约 1/3 发展为脑梗死, 1/3 继续发作, 1/3 可自行缓解。为了减少脑梗死及控制发作, 国内外对此进行了大量研究, 预防 TIA 复发应重视高血压、糖尿病、高胆固醇血症和心脏病等致病因素的治疗。只有正确治疗基础疾病, 降低致病因子等风险因素。才有可能降低 TIA 的复发率。特别是长期服用抗血小板药则具有重要意义^[3]。本组病人均在出院后继续服用塞氯匹定, 随访 6 个月统计, 两组复发 4 例, 由此可见, 长期服用抗血小板药对预防 TIA 复发具有重要意义。

3.2 TIA 的病因及发病机制

微栓子学说认为, 血液分层平流现象可使某一微栓子反复地带到同一血管分支, 形成微栓塞并反射性刺激小动脉痉挛, 导致脑部区域性缺血, 反复出现刻板样雷同症状, 栓塞血管内皮细胞受到刺激可分泌大量溶栓酶, 使小栓子溶解再通, 临床症状缓解。脑血管痉挛学说认为, 脑动脉硬化狭窄可形成血液漩涡, 刺激血管壁发生痉挛, 钙拮抗剂治疗 TIA 有效支持此学说。

3.3 丹红注射液治疗 TIA 的特异性

丹红注射液是有丹参、红花经科学工艺提炼而成。丹参可以通过作用于多种凝血因子而呈抗血液凝固作用, 能促进纤溶、抗血栓形成; 使血小板粘附及聚集功能降低, 血液粘滞度明显下降。毛细血管网开放增多, 微循环血流量显著加快, 血液流速加速, 可降低甘油三酯, 保护受损肝脏。红花提取物有抗凝、降脂、镇痛、镇静和抗惊厥作用^[1]; 红花含红花苷、红花黄色素, 红花黄色素及其组分, 既能抑制二磷酸腺苷 (ADP) 诱发的血小板聚集, 又可明显改善由高分子左旋糖所致的微循环障碍^[4]。本组资料显示, 尽管噻氯匹定和低分子肝素钙治疗 TIA 效果良好, 总有效率高达 87.5%, 但是治疗组加用丹红注射液后, 其治愈率和总有效率均有明显提高。

总之, TIA 是脑梗死发病的独立因素, 在治疗基础疾病的同时, 选用丹红注射液, 可明显提高 TIA 的治愈率和总有效率, 降低脑梗死的发病率。

参考文献:

[1]王维治, 罗祖明. 神经病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 131-134
 [2]曲玲. 短暂性脑缺血发作 138 例疗效观察[J]. 当代医学, 2009, 5(36): 59-60
 [3]李家邦, 高鹏翔. 中医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 327
 [4]邵明辉, 刘兰梅, 马仁强, 等. 丹红注射液一般药理学实验研究[J]. 第一军医大学学报, 2005(3): 335-338

编号: EA-11060104 (修回: 2011-08-19)

(上接 70 页)

诊断术后早期炎症性肠梗阻, 做出正确而及时的治疗, 对于尽快恢复肠道功能, 至关重要。本病一般不采用手术治疗, 因为以往手术中发现肠管间粘连广泛难以松解, 强行分离容易导致肠瘘、感染、再次发生肠粘连等并发症, 所以一旦诊断明确, 切记盲目手术治疗。保守治疗往往能够取得满意效果。而应用中西医结合治疗, 明显缩短了疗程。持续胃肠减压, 可以减轻腹胀, 减少肠腔内毒素及细菌, 改善肠壁血液循环。抗生素可以抑制或杀灭肠道细菌, 抑酸药物及生长抑素可以抑制胃酸及腺体分泌, 支持治疗能够维持机体水电解质及酸碱平衡。肠梗阻中医学证属“关格”、“肠结”范畴, 中医认为小肠与大肠皆属六腑, 六腑生理功能“泻而不藏”“实而不满”, 以通降下行为顺, 以滞塞上逆为病。针灸在治疗肠梗阻方面具有传统优势。“肚腹三里留”, 腹痛、腹胀首选足三里, 本穴为足阳明胃经的合穴, 胃腑下合穴。天枢穴为大肠募穴, 中脘为胃募穴, 关元为小肠募穴, 募穴善治六腑病变, 以“阳病行阴, 募在阴”, 通调胃肠气机。诸穴合用, 理气消胀, 通里攻下而除腹胀。中药芒硝具有泻热通便、软坚散结之功效, 早期外敷脐部能大量

吸收腹腔内渗出物, 减轻肠壁水肿, 促进炎症局限。待行气通畅, 用复方大承气汤胃管内注入, 具有通里攻下, 理气止痛, 活血化瘀等功效, 其主要成分有抗炎, 促进肠蠕动, 改善血液循环, 保护肠粘膜屏障防止细菌移位的作用, 是治疗术后早期炎症性肠梗阻的有效方法。待病人恢复肠道功能后, 由肠外营养改为肠内营养, 直至经口饮食。治疗早期炎症性肠梗阻要定期检查电解质, 特别是持续胃肠减压或病人大量呕吐, 容易发生低钾血症, 应及时给予纠正, 防止麻痹性肠梗阻的发生, 加重腹胀。同时, 本病治疗要密切观察病情, 如果经上述方法治疗病情无好转或者加重, 不能排除肠坏死的可能, 则及时手术探查。

中西医结合治疗术后早期炎症性肠梗阻, 其方法简单可靠, 费用低廉, 疗效确切, 避免盲目手术, 大大缩短了疗程。

参考文献:

[1]吴伟兵. 中西医结合治疗肠梗阻[J]. 中国临床医生, 2003, 31(10): 40
 [2]李幼生, 黎介寿. 再论术后炎症性肠梗阻[J]. 中国实用外科杂志, 2006, 26(1): 38

编号: ER-11072304 (修回: 2011-08-19)