

辨证敷脐联合灌肠治疗粘连性肠梗阻 62 例^{*}

俞健¹ 于庆生^{1,2,**} 吴宗芳¹ 潘晋方^{1,2} 张琦^{1,2} 刘举达¹

(1. 安徽中医药大学第一附属医院普外科, 安徽 合肥 230031;
2. 安徽中医药科学院中医外科研究所, 安徽 合肥 230061)

摘 要: **目的** 观察辨证敷脐联合灌肠治疗粘连性肠梗阻临床疗效。**方法** 62 例粘连性肠梗阻病人随机分为治疗组(31 例)和对照组(31 例)。治疗组除外科基础治疗外还给予辨证敷脐联合灌肠治疗;对照组只给予外科基础治疗。治疗结束后观察两组临床疗效和中转手术率。**结果** 对照组临床治愈 16 例,好转 4 例,无效 11 例,其总有效率为 64.51%;治疗组临床治愈 21 例,好转 6 例,无效 4 例,其总有效率为 87.09%。两组统计学处理,差异有显著性($P<0.05$)。对照组中转手术 12 例,其中转手术率为 38.71%;治疗组中转手术 4 例,其中转手术率为 12.90%。两组统计学处理,差异有显著性($P<0.05$)。**结果** 在外科基础治疗基础上,联合敷脐、灌肠治疗粘连性肠梗阻能提高临床疗效和降低中转手术率,临床疗效更为显著。

关键词: 敷脐;灌肠;粘连性肠梗阻

中图分类号: R574.2 **文献标识码:** A **文章编号:** 1002-168X(2014)04-0047-03

粘连性肠梗阻是指腹腔及其肠管发生粘连后,肠腔内容物在肠管内通过障碍,并引起腹胀、腹痛、呕吐、肛门不排气排便等临床表现的疾病,病理可进一步发展为肠绞窄、坏疽、穿孔,甚至引发弥漫性腹膜炎、中毒性休克和死亡。文献报道,单纯外科基础治疗肠梗阻成功率 43%~76%,中药参与治疗成功率可以达到 90%以上^[1]。为观察辨证敷脐联合灌肠治疗粘连性肠梗阻临床疗效,2011 年 1 月~2013 年 12 月,我们在外科基础治疗基础上,联合敷脐、灌肠治疗肠梗阻 43 例,并取得较好临床疗效。

1 一般资料

1.1 病例选择与分组 病例选择安徽中医药大学第一附属医院普外一科 2011 年 1 月~2013 年 12 月确诊的 62 例肠梗阻病人,入院后采用随机数字表按入院先后顺序将患者随机分为治疗组和对照组。研究组 31 例,男 16 例,女 15 例,年龄最小

14 岁,最大 86 岁,平均年龄(51.84 ± 20.48)岁。对照组 43 组例,男 17 例,女 14 例,年龄最小 27 岁,最大 88 岁,平均年龄(61.51 ± 14.74)岁。两组一般资料经统计学处理具有可比性($P>0.05$)。

1.2 疾病诊断标准 参考胡爱家等^[2]诊断标准并适当修订:①有明确的腹腔粘连病因,如腹腔手术、腹腔放化疗病史;②症状有腹痛、腹胀、恶心呕吐、肛门停止排气排便,4 个症状的全部或其中的 1~3 种;③体征有腹部压痛,肠鸣音次数增加和亢进,伴或不伴腹部触及扩张肠管、肌紧张反跳痛、闻及气过水音;④X 线腹部平片或腹部 CT 检查提示腹部肠管扩张,有或无气液平面。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 治疗组 外科基础治疗方法和联合辨证敷脐、灌肠疗法。整个疗程至肠梗阻完全缓解或不缓解中转手术。

^{*} 基金项目:十二五国家临床重点专科优势病种研究项目;安徽中医药大学临床基金项目(2010C-022A)

^{**} 通讯作者:于庆生(1963-),男,1963 年 12 月生,教授,主任医师。安徽中医药大学外科教研室主任,博士生导师,邮箱 qsy6312@163.com

2.1.1.1 外科基础治疗 禁食、胃肠减压;补充水、电解质维持酸碱平衡,营养支持;应用抗生素抗杆菌和抗厌氧菌感染。

2.1.1.2 辨证敷脐联合灌肠 ①中医辨证敷脐治疗:针对肠腑燥实、血瘀热结证,选用纯净芒硝 300 g,装入专科特制的棉布袋内,封闭后平铺于脐部,用宽胶布或敷贴、腹带固定,每 8 h 更换 1 次。针对脾阳虚弱、肠腑寒凝证,选吴茱萸 300 g,略炒黄,加热至 43 ℃ ~ 44 ℃,装入专科特制的棉布袋内,封闭后平铺于脐部。固定方法、换药方法和疗程均同芒硝敷脐方法。②中医辨证灌肠治疗:针对腑实气滞、肠腑血瘀证,选用肠梗阻灌肠 1 号(生白术 20 g,大黄(后下)10 g,芒硝 10 g,枳实 10 g,厚朴 10 g,桃仁 20 g,丹参 10 g)。针对肠腑燥实、血瘀热结证:选用肠梗阻灌肠 2 号(大黄(后下)20 g,芒硝 20 g,枳实 10 g,厚朴 10 g,桃仁 20 g,丹参 10 g,黄芩 10 g,金银花 10 g,连翘 10 g)。上述中药煎汤药 200 mL,分上下午 2 次灌肠(每次 100 mL)。灌肠时要求:汤药 100 mL 倒入无菌输液瓶内,插入一次性输液器,连接导尿管,自肛门插入 20 ~ 30 cm;左侧卧位且臀部抬高 15 ~ 20 cm;温度维持在 37 ~ 39 ℃,温度过低对肠粘膜刺激性大,温度过高易烫伤肠粘膜;速度 40 ~ 60 滴/min,滴入后让患者右侧卧位,保留药液 20 ~ 30 min。

2.1.2 对照组 只用外科基础治疗。疗程同治疗组。

2.2 指标的选择和评价方法

2.2.1 临床疗效 参考张鹏飞^[3]疗效评定标准并加以修订:①治愈:腹胀、腹痛、呕吐消失,进食半流饮食后无复发,X 线腹部平片或 CT 检查均显示肠梗阻征象消失;②好转:肠梗阻症状表现和体征的缓解程度明显,胃肠功能部分恢复,腹部 X 线腹部平片或 CT 检查显示气液平面消失,但肠管仍就扩张;③无效:症状、体征无改善甚至加重,X 线腹部平片或 CT 检查提示腹部仍可见气液平面。

2.2.2 中转手术率 中转手术指证参考孙茂等标准^[4]并适当修改:①腹痛发作剧烈,并呕吐频繁;②有休克表现,腹膜刺激征,腹部压痛固定、有

肠型、腹部扪及包块,腹平片显示有孤立扩张肠袢;③粘连性肠梗阻保守治疗在 5 d 内,病情无缓解,超声探查腹水明显增多,并且腹腔穿刺有浑浊或血性液体;④肠扭转、不能复位的肠套叠、血运性肠梗阻;⑤老年病例腹痛频繁,压痛固定,出现腹水。

3 结果

3.1 两组临床疗效比较 见表 1。结果表明,治疗组总有效率与对照组比较差异有显著性, $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ 。

表 1 两组总有效率比较 [n(%)]					
组别	n	治愈	好转	无效	有效率
对照组	31	16(51.61)	4(12.90)	11(35.48)	64.51
治疗组	31	21(67.74)	6(19.35)	4(12.90)	87.09 [#]

注:与对照组比较,[#] $P < 0.05(x^2 = 4.309)$ 。

3.2 两组中转手术率比较 见表 2。结果表明,治疗组中转手术例数少于对照组,两组比较差异有显著性, $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ 。

表 2 两组中转手术例数比较 [n(%)]			
组别	n	中转手术例数	非中转手术例数
对照组	31	12(38.71)	19(61.29)
治疗组	31	4(12.90) [#]	27(87.10)

注:与对照组比较,[#] $P < 0.05(x^2 = 5.074)$ 。

4 讨论

传统中医认为粘连性肠梗阻其属于“肠结”和“关格”范畴。如《医学衷中参西录》曰:“肠结最为紧要,恒于人性命有关。”明代《医贯》载:“关者,不得出也,格者,不得入也。”对于其病位,《灵枢·胀论》曰:“大腹胀者,肠鸣而涩灌。”《灵枢·四时气篇》曰:“饮食不下,隔塞不通,邪在胃脘,腹中肠鸣,气上冲胸,喘不能久立,邪在大肠。”都明确指出梗阻部位在大肠。对于该病的病因病机,传统中医认为肠为六腑之一,其生理机能是“传化物”,生理特点是“泻而不藏,实而不满”。腑以通为用,肠为传化之腑,以通降下行为顺,滞涩上逆为病。上述论述为肠梗阻的中医中药治疗奠定了理论基础。

中医学认为,脐为任脉之神阙穴,任脉乃奇经八脉之一,交叉贯穿于十二经脉之间,为经络之总

枢,气通百脉,布五脏六腑。现代研究也证实,脐在胚胎发育过程中,为腹壁的最晚闭合处,皮下无脂肪组织,脐内有丰富的血管及大量淋巴管与神经,故渗透性强,药物分子较易透过脐部皮肤的角质层进入细胞间质,迅速弥散入血到全身^[5-6]。从而为肠梗阻的敷脐治疗提供了理论依据。芒硝首载于《名医别录》,入胃、大肠经,通便泻热、润燥软坚、消火消肿之功效,“主五脏积聚,久热胃闭,除邪气破留血,腹中痰实搏结,通经脉,利大小便及月水,破五淋,推陈出新。”吴茱萸味苦性温,归肝、脾、胃经,具有助阳散寒止痛、疏肝下气、降逆止呕之功。吴茱萸加粗盐炒热神阙穴外敷,使脐下丰富的毛细血管扩张,血液循环改善,吴茱萸的药性从脐中借腧穴渗透,加强温经通络、温补脾胃、调整胃肠气机之力,使阴阳气血调和,胃肠蠕动正常,大便软化通畅^[7]。

研究证明,经直肠给药时局部黏膜吸收血药浓度高于口服胃和小肠吸收浓度,甚至可达到静脉注射浓度,显著提高了药物的生物利用度。药理学研究表明^[8-9],大承气汤能够直接增加肠管平滑肌细胞的电兴奋性,促进肠管收缩,增加肠道的蠕动功能,显著增加肠壁血流量,改善低灌注,缺血缺氧状态。此外,根据流体力学一般规律,在一段管道中,液体的流量、流速与该管道两端的压力差成正比,而与管道对液体流动的阻力成反比,当灌肠液在直肠内聚到一定量时,直肠内压强达到713kPa,直肠壁感受器发生强烈兴奋,通过神经反射,马上产生便意。

我们的临床实践也表明,无论临床有效率还是中转手术例数,辨证敷脐联合灌肠疗法都优于对照组($P < 0.05$)。由于肠梗阻病人腹胀、腹痛,同时恶心呕吐,往往经口服中药困难,胃管注入有

时吸收不完全,因此敷脐和灌肠不仅是较好的治疗入路选择,而且药物作用也更为确切和可靠,我们的观察结果也表明,辨证敷脐联合灌肠治疗粘连性肠梗阻有着较好的临床疗效。我们认为,粘连性肠梗阻病人入院后,可以首选敷脐联合灌肠为主的综合治疗。但也必须强调,在治疗过程中,如果非手术治疗无效,有中转手术指证时,应该及时中转手术。

参考文献

- [1] 高来亮. 中西医结合治疗术后粘连性肠梗阻 65 例临床观察[J]. 山西中医, 2009, 25(2): 24~25.
- [2] 胡爱家, 肖卫平, 詹小颖, 等. 大承气汤联合芒硝外敷治疗肠梗阻临床体会[J]. 当代医学, 2013, 19(30): 151-152.
- [3] 张鹏飞. 西医联合中医治疗肠梗阻的效果分析[J]. 中医临床研究, 2013, 5(16): 100-102.
- [4] 孙茂, 周辉, 牟洪超, 等. 肠梗阻的临床诊治: 附 268 例分析[J]. 中国普通外科杂志, 2011, 20(10): 1143-1145.
- [5] 王森, 马晓莉, 房慧勇, 等, 张新颖. 中药穴位贴敷治疗肠梗阻的临床研究进展[J]. 医学研究与教育, 2011, 28(6): 58-61.
- [6] 肖东伟, 高明利. 穴位贴敷理论基础浅探[J]. 辽宁中医药大学学报, 2008, 10(5): 127.
- [7] 刘译鸿, 何春霞, 徐凯. 吴茱萸盐炒外敷神阙穴预防恶性肿瘤化疗性胃肠功能障碍临床观察[J]. 河北中医, 2009, 31(12): 1774-1776.
- [8] 赵辉, 许炳华, 张淳, 等. 大承气汤加味治疗粘连性肠梗阻疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(9): 182-184.
- [9] 段洪彬. 复方大承气汤灌肠配合西药治疗肠梗阻 60 例[J]. 陕西中医, 2012, 33(5): 538-539.

(收稿日期: 2014-07-04 编辑: 巩振东)

欢迎订阅 欢迎投稿 欢迎刊登广告

<http://tgxt.sntcm.edu.cn>