

中西医结合治疗粘连性不完全性肠梗阻疗效分析

由渭平(陕西省渭南市富平县医院外一科 711700)

【摘要】 目的 探讨中西医结合治疗粘连性肠梗阻的临床效果。**方法** 将 60 例粘连性肠梗阻患者随机分为试验组(30 例)和对照组(30 例)。对照组采用西医治疗(包括胃肠减压,维持水、电解质及酸碱平衡等)。试验组采用大承气汤加减联合西医治疗。比较两组患者治疗效果及体征消失时间。**结果** 治疗 48 h 后,试验组治疗治愈率及总有效率均高于对照组($P < 0.05$)。试验组腹胀及腹痛消失时间、肛门排气时间、排便时间、气液平面消失时间均小于对照组($P < 0.05$)。**结论** 采用中西医结合治疗粘连性肠梗阻的治疗效果优于单纯西医治疗,显著提高了治愈率,降低了手术率,缩短了患者住院时间,值得临床推广应用。

【关键词】 粘连性肠梗阻; 术后; 中西结合治疗

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.17.040 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)17-2433-02

粘连性肠梗阻是指腹腔内肠粘连导致肠内容物在肠道中不能顺利通过,进而引发的腹胀、腹痛、恶心、呕吐及排便障碍等一系列症状,常继发于腹部手术或腹腔炎症,尤以腹部手术引发的粘连最为多见^[1-3]。可用于肠梗阻治疗的方法包括手术治疗和非手术治疗。非手术治疗主要用于单纯性肠梗阻,通过减少肠内容物量、减轻肠腔压力、消除肠道水肿、维持内稳态,达到改善患者营养状况的目的。手术治疗主要用于非手术治疗效果不显著的患者。虽然手术治疗的效果优于非手术治疗,但存在一定的风险因素。目前,中西医结合疗法在肠梗阻治疗中的应用日益广泛。故本研究以术后粘连性肠梗阻患者为研究对象,比较了中西结合疗法和单纯西医疗法的治疗效果,现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 粘连性肠梗阻患者 60 例,男 32 例、女性 28 例,所有患者均有手术史,包括阑尾切除术 28 例、肠修补术 9 例、盆腔手术 3 例、胃溃疡穿孔修补术 5 例、脾切除术 8 例、肠切除手术 4 例、胆道手术 2 例、肠套叠复位术 1 例;临床表现均包括腹痛、腹胀,另有恶心、呕吐 8 例,停止排便、排气 5 例。所有患者均经 B 超检查显示肠腔内有积气和积液平面而确诊为术后粘连性肠梗阻。60 例患者随机分为两组。试验组患者 30 例,男 16 例、女 14 例,平均年龄(35.6±6.3)岁。对照组患者 30 例,男 16 例、女 14 例,平均年龄(34.8±7.1)岁。两组患者性别、年龄、病情等一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 对照组采用单纯西医治疗,治疗措施包括禁食,胃肠减压,维持水、电解质及酸碱平衡,肠外营养支持,应用肾上腺皮质激素等。试验组在上述西医治疗基础上,加以中药大承气汤加减,大黄 15 g(后下)、川厚朴 15 g、枳实 12 g、芒硝 20 g(冲服)、炒莱菔子 30 g、桃仁 10 g 煎药 400~500 mL,分为两部分,一部分经胃管注入,另一部分灌肠,并辅以腹部轻度按摩。治疗效果不明显者适当增加剂量。治疗 48 h 后病情无好转者,转为手术治疗。

1.2.2 疗效判断 治愈:用药后 48 h 内腹痛、腹胀消失,肛门排期、排便顺畅,肠鸣音恢复,无气过水音,腹部立位片检查显示气液平面消失,正常饮食后梗阻症状不复发。有效:给药后 48 h 内,腹胀、腹痛症状明显减轻,肛门能排气、排便,腹部立位片检查显示气液平面明显减轻,仅有少量积液。无效:给药

48 h 以后,腹胀、腹痛等症状未消失,体征加重,腹部立位片检查显示气液平面增加。

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件进行数据处理和统计学分析。计数资料以百分率表示,组间比较采用卡方检验;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为比较差异有统计学意义。

2 结果

试验组患者 48 h 内治愈率为 80.0%,总有效率为 93.3%;2 例患者因治疗无效转手术治疗,1 例为急性阑尾手术切除后形成粘连带,1 例为脾切除术后小肠粘连于脾窝导致肠扭转。对照组患者治愈率为 46.7%,总有效率 70.0%,9 例患者因治疗无效转手术治疗。试验组治愈率、总有效率高于对照组($P < 0.05$)。见表 1。试验组腹胀及腹痛消失时间、肛门排气时间、排便时间、气液平面消失时间小于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 两组治疗结果比较[n(%)或%]

组别	n	治愈 (n)	有效 (n)	转手术治疗 (n)	总有效率 (%)
试验组	30	24(80.0)*	4(13.3)	2(6.7)	93.3*
对照组	30	14(46.7)	7(23.3)	9(30.0)	70.0

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

表 2 两组体征解除时间比较($\bar{x} \pm s, h$)

组别	腹胀及腹痛 消失时间(h)	肛门排气时间 (h)	排便时间 (h)	气液平面消失 时间(h)
试验组	46.5±24.5*	62.1±28.3*	62.9±30.5*	63.1±24.5*
对照组	83.2±41.3	96.4±30.2	98.1±27.5	103.4±26.3

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

粘连性肠梗阻是临床最为常见的肠梗阻类型之一,属于中医“腹满”、“寒庙”、“宿食”、“关格”、“肠结”、“结胸”等范畴,约占肠梗阻的 40%左右^[4]。约 70%~80%的粘连性肠梗阻患者有腹部手术史,尤其好发于急腹症手术创伤患者。急腹症手术可导致肠广泛粘连或肠管暴露时间过长,腹腔内炎性介质残留,引起肠道气机痞结,通降功能失调,进而导致肠梗阻,通气、排便功能受到影响,出现腹胀、腹痛、恶心、呕吐等症状^[5]。粘

粘连性肠梗阻以一定程度的肠粘连为发病基础,常见的发病机制包括肠粘连过甚形成锐角,肠袢间紧密粘连成团或固定于腹壁导致肠道严重变窄,肠袢套入粘连带构成环孔,或肠袢以粘连处为支点发生扭转等^[6]。在急腹症手术后,一旦发生肠管粘连,即使正常饮食也会导致明显的临床症状。此外,腹部手术可导致肠管暴露、腹膜受损,腹腔内出现液性渗出,渗出液凝固形成纤维蛋白膜,严重时发展至纤维粘连,并逐渐变得致密,形成粘连带,对肠管产生压迫、扭曲作用,使肠管内容物通过受阻,最终导致粘连性肠梗阻,严重时甚至导致肠管堵塞^[7]。本研究中的 60 例患者均有腹部手术史,具有较为典型的粘连性肠梗阻症状,腹部触诊有显著的柔韧感,且肠腔均有积气和积液平面,从而确诊为粘连性肠梗阻。

粘连性肠梗阻一旦发生,需尽快治疗,以消除疼痛感,避免安全隐患。传统的粘连性肠梗阻治疗方法为手术治疗,但手术治疗存在局限性:(1)手术时机的选择相当困难;(2)有一定程度的手术风险和术后发生再次梗阻的风险;(3)患者需住院治疗至少 10 d,医疗费用相对较高^[8]。本研究采用的西医治疗方法包括禁食,胃肠减压,维持水、电解质及酸碱平衡,肠外营养支持,应用肾上腺皮质激素等。单纯西医治疗的总有效率为 70.0%,而中西医结合治疗的总有效率为 93.3%,高于单纯西医治疗。中西医结合治疗的效果更佳,原因在于大承气汤加减具有促进肠蠕动、抗菌、促进肠道内细菌和内毒素随肠道内容物排出体外、抗炎、抗氧化、稳定线粒体和溶酶体膜、维持机体内稳态、增强免疫功能等作用,可有效弥补单纯西医治疗只能减压、调整营养及电解质平衡、减少消化液分泌、降低炎症反应程度,但对胃肠动力的恢复作用欠佳的不足^[9-13]。

本研究结果显示,对照组患者腹痛及腹胀完全消失时间、肛门排气时间、排便时间、气液平面消失时间分别为(83.2±41.3)、(96.4±30.2)、(98.1±27.5)、(103.4±26.3)h,说明单纯西医治疗肠梗阻,特别是轻症肠梗阻,具有一定的效果。但与试验组相比,对照组上述体征消失时间均有所延长,说明中西医结合治疗的效果更佳,可能与中西医结合治疗所采用的中药能够有效促进肠胃蠕动,进而促进肛门排气、排便有关,但具体的作用机制尚有待进一步研究。

综上所述,中西医结合治疗有效结合了中医和西医的优势,提高了粘连性肠梗阻的治愈率,降低了手术率,缩短了患者住院时间,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] Choi HK, Chu KW, Law WL. Therapeutic value of gasuglafinin adhesive small bowel obstruction after unsuccessful conservative treatment: a prospective randomized trial [J]. *Ann Surg*, 2002, 236(1): 1-6.
- [2] 赵冬雨, 成丽娅, 沈宏, 等. 大承气汤治疗术后粘连性肠梗阻 58 例[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2013, 19(9): 342-344.
- [3] Li B, Luo KY, Shao QH, et al. Clinical observation on prevention of peritoneal cavity adhesions with sodium hyaluronate[J]. *China J Modern Med*, 2004, 14(6): 88-91.
- [4] 曾莉, 钱海华, 赵群男, 等. 活血通腑方治疗术后粘连性肠梗阻 56 例临床观察[J]. *南京中医药大学学报*, 2010, 26(3): 178-180.
- [5] Sonis S. Pathobiology of oral mucositis: novel insights and opportunities[J]. *J Support Oncol*, 2007, 5(4): 3-10.
- [6] 张俊华. 腹部手术后急性粘连性肠梗阻的治疗及预防[J]. *中国老年学杂志*, 2013, 33(15): 3787-3788.
- [7] 王维钊. 术后早期炎性肠梗阻 32 例中西医结合治疗的临床分析[J]. *右江医学*, 2006, 34(6): 634-635.
- [8] 张剑, 胡志前, 王强, 等. 腹腔镜粘连松解术治疗术后反复发作性粘连性肠梗阻[J]. *第二军医大学学报*, 2006, 27(6): 682-684.
- [9] 宋先旭, 陈桂莲, 谭立业. 概述中药复方治疗粘连性肠梗阻[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2011, 17(13): 291-293.
- [10] 汪彦亚. 大承气汤治疗术后早期炎性肠梗阻 34 例观察[J]. *中医药临床杂志*, 2010, 22(2): 149.
- [11] 吕红权, 吴永平, 宋磊, 等. 腹腔镜治疗粘连性肠梗阻 48 例体会[J]. *中国医药指南*, 2009, 7(18): 94-95.
- [12] 陈家杰. 经胃管注入泛影葡胺治疗粘连性肠梗阻疗效观察[J]. *中国现代药物应用*, 2009, 3(14): 62.
- [13] Ghellai AM, Stucchi AF, Chegini N, et al. Role of transforming growth factor beta-1 in peritonitis-induced adhesions[J]. *J Gastrointest Surg*, 2000, 4(3): 316-323.

(收稿日期: 2014-02-22 修回日期: 2014-04-16)

(上接第 2432 页)

miR-17, miR-20a, miR-29c, and miR-223 combined as non-invasive biomarkers in nasopharyngeal carcinoma[J/OL]. *PloS one*, 2012-10-08[2014-03-24], <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3466268/>.

- [11] 伊正君, 付玉荣, 李建花, 等. 潜伏结核感染者 CD4⁺ T 细胞 miR-29 家族、靶基因 IFN- γ 的表达及生物信息学分析[J]. *中华预防医学杂志*, 2013, 47(7): 632-636.
- [12] Hesse JE, Liu L, Innes CL, et al. Genome-wide small RNA sequencing and gene expression analysis reveals a microRNA profile of cancer susceptibility in ATM-deficient human mammary epithelial cells[J/OL]. *PloS one*, 2013-05-31[2014-03-24], <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23741392>.

gov/pubmed/23741392.

- [13] 马筱秋, 王霖沛, 骆启聪, 等. 微小 RNA-29c 表达水平与胃癌生物学行为的关系[J]. *中华肿瘤杂志*, 2013, 35(5): 325-330.
- [14] Fang Y, Yu X, Liu Y, et al. miR-29c is downregulated in renal interstitial fibrosis in humans and rats and restored by HIF- α activation[J]. *Am J Physiol Renal Physiol*, 2013, 304(10): 1274-1282.
- [15] 马筱秋. miR-29b/c 调控 Mcl-1 影响胃癌细胞生物学行为的初步研究[D]. 福建: 厦门大学, 2012.

(收稿日期: 2014-02-15 修回日期: 2014-05-02)