

• 临床报道 •

大承气汤加味治疗术后粘连性肠梗阻 40 例

吴伟兵* 陈 刚 张敏剑

太仓市中医医院, 江苏省太仓市人民南路 140 号, 215400

* 通讯作者: xwq20080912@126.com, 15150306700

[关键词] 大承气汤; 粘连性肠梗阻

粘连性肠梗阻是腹部手术后常见的并发症, 是肠梗阻中最常见的一种类型, 占各类肠梗阻的 20%~40%。临床研究证实, 中医药在治疗肠梗阻方面具有良好的效果^[1-2]。我们采用大承气汤加味辨证治疗术后性粘连性肠梗阻 30 例, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

80 例术后粘连性肠梗阻患者均来自 2008 年 9 月至 2011 年 9 月太仓市中医医院, 随机分为治疗组 40 例和对照组 40 例, 治疗组中男 25 例, 女 15 例; 年龄 26~68 岁; 病程 1.3~3 年, 平均 (1.82 ± 0.71) 年; 阑尾切除术后 15 例, 胃大部切除术后 10 例, 胆囊切除术后 8 例, 脾切除术后 5 例, 其他 2 例。对照组中男 27 例, 女 13 例; 年龄 25~64 岁; 病程 1.0~2.9 年, 平均 (1.7 ± 0.71) 年; 阑尾切除术后 16 例, 胃大部切除术后 8 例, 胆囊切除术后 9 例, 脾切除术 4 例, 其他 3 例。两组性别、年龄、病程、病因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 诊断标准

参照《外科学》^[3] 制定。①患者均有腹部手术、外伤史; ②临床表现为阵发性腹痛、腹胀、恶心、呕吐、肛门排气排便停止; ③检查腹部可见肠型和蠕动波, 轻压痛, 腹部叩诊呈鼓音, 肠鸣音亢进, 闻及气过水声或金属音; ④早期化验检查无明显异常改变, 进一步发展可出现水电解质紊乱和酸碱平衡失调; ⑤立位腹部 X 线平片可显示肠襻胀气和阶梯状液气

平面; ⑥排除具有手术指征的绞窄性肠梗阻及其他急腹症等。

2 治疗方法

两组患者均行禁食、持续胃肠减压, 补充水、电解质, 防止酸碱平衡失调, 预防感染, 应用抗生素等治疗。治疗组同时给予大承气汤加味治疗, 组成: 大黄 9g, 芒硝 10g, 枳实 15g, 厚朴 15g, 赤芍 15g, 桃仁 9g, (炒) 莱菔子 15g。每日 1 剂, 加水煎成 200ml, 分 2 次口服。两组均以 7 天为 1 个疗程, 2 个疗程后观察疗效。治疗期间密切观察患者症状和体征改变情况, 一旦发生绞窄性肠梗阻, 须及时转手术治疗。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

参照《肠梗阻诊断治疗学》^[4] 中的疗效标准拟定。临床治愈: 腹胀、腹痛、恶心、呕吐消失, 肛门排气、排便、消化功能完全恢复, 进食半流质饮食 3 天后无不适, X 线检查无梗阻现象; 好转: 腹痛缓解, 无呕吐, 腹部稍胀, 已有肛门排气排便, X 线检查梗阻以上肠襻扩张明显缩小; 无效: 症状体征未见改善甚至加重, 腹部 X 线透视仍见肠腔积液, 肠管扩张并见气液平面, 转手术治疗。

3.2 两组患者临床疗效比较

治疗组 40 例, 临床治愈 30 例, 好转 8 例, 无效 2 例, 总有效率 95.0%; 对照组 40 例, 临床治愈 15 例, 好转 13 例, 无效 12 例, 总有效率 70.0%, 两组患者总有效率比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗组优于对照组。

表 1 两组患者消化功能恢复情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	恢复排气时间(h)	恢复排便时间(h)	胃管拔除时间(h)	饮食恢复时间(h)	住院时间(d)
治疗组	40	79.3±18.9*	99.7±23.6*	113.5±27.1*	127.4±30.1*	8.5±1.6*
对照组	40	132.8±23.4	141.8±35.8	169.4±29.6	176.3±35.2	14.4±2.9

注: 与对照组比较, * $P < 0.05$

3.3 两组患者消化功能恢复情况比较

表 1 示, 治疗组患者肛门排气、排便、胃管拔除及饮食恢复时间明显早于对照组, 住院时间也明显短于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

4 讨论

术后粘连性肠梗阻多因腹部手术后的腹腔粘连所引起, 发生率为 90%~100%。近年来随着腹部手术的增多, 粘连性肠梗阻发病率也不断增加, 目前腹腔粘连的发生机理尚不完全清楚, 对粘连性肠梗阻的预防和治疗也无特效方法。现代外科学试用多种方法防止粘连发生, 如应用高渗盐水灌洗腹腔, 清除纤维素沉积; 多种抗凝剂, 防止纤维素沉积; 用肾上腺皮质激素及抗炎药物, 抑制纤维增生等, 均未获得理想效果。目前一般采用持续胃肠减压、维持水、电解质平衡、使用抗生素及肠外营养支持等常规保守治疗, 效果并不理想, 且有时需要再次进行手术治疗。

中医学认为, 粘连性肠梗阻属“腹痛”、“关格”、“肠结”范畴。其病机在于瘀血留滞肠道, 通降失调。多由气滞、血瘀、食积、寒凝、热蕴、湿阻、虫积等病理因素造成。腹部手术后可引起脏腑功能失调, 气机升降不畅, 致肠内容物不能正常运行, 从而出现肠梗阻, 以痞、满、燥、实为主证。“肠为传化之府”, 以通为用, 以降为顺, 故通里攻下为治疗本病的大法。我们选用大承气汤加味治疗本病, 方中大黄味苦性寒,

长于泻下攻积, 能荡涤肠胃邪热积滞; 芒硝咸寒泻热, 软坚润燥, 能更好地发挥泻热荡积、推陈致新的作用。枳实味苦微寒, 行气导滞除痞; 厚朴味苦性温, 除满消胀。赤芍味苦性微寒, 有清热凉血、祛瘀止痛之功效; 桃仁味苦性甘平, 可活血化瘀、润肠通便; (炒) 莱菔子味苦性甘平, 长于消食除胀。全方在大承气汤的基础上加上赤芍、桃仁和 (炒) 莱菔子, 配伍严谨, 符合中医辨证治疗, 具有润肠通便、通里攻下、软坚散结之功, 可使肠道气滞得通, 气逆得降, 痞消瘀化, 诸症得除。采用大承气汤加味治疗术后粘连性肠梗阻, 患者腹痛、腹胀症状明显减轻, 肛门排气排便时间提前, 肠梗阻症状解除。说明应用大承气汤加味治疗术后粘连性肠梗阻安全有效, 疗效显著。

参考文献

- [1] 蒋爱民. 自拟肠结通治疗术后粘连性肠梗阻 60 例[J]. 中医杂志, 2008, 49(8): 718-719.
- [2] 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.
- [3] 吴阶平, 裘法祖, 黄家驷. 外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1075-1076.
- [4] 吕云福, 邹声泉, 詹文华. 肠梗阻诊断治疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 547.

(收稿日期: 2011-12-05; 修回日期: 2012-01-25)

[编辑: 崔京艳]

电针对血管性痴呆患者认知功能及行为能力的影响

石景洋* 张彦丽 唐学敏

南阳理工学院, 河南省南阳市长江路 80 号, 473004)

* 通讯作者: sjy901512@163.com, 13838730127

[关键词] 电针; 血管性痴呆; 呆病

血管性痴呆 (VD) 是脑血管病变所致的痴呆, 其临床表现包括认知功能障碍及相关脑血管病的神经功能障碍两个方面。VD 的临床特点是痴呆可突然发生、阶梯式进展、波动性、有卒中史等。65 岁以上人群中痴呆的患病率约为 5%, 其中, 阿尔茨海默病 (AD) 约占 50%, VD 约占 20%, AD 合并 VD 约占 10%~20%^[1]。近年来, VD 发病率有逐渐升高的趋势。VD 目前尚无特效疗法, 主要以二级预防及控制危险因素为主。我们自 2008 年 1 月至 2010 年

1 月采用电针法治疗 VD 60 例, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

观察对象为 2008 年 1 月至 2010 年 1 月在南阳针灸新疗法研究所就诊的 60 例患者, 经诊断为 VD 纳入研究。按照随机数字表将其分为观察组和对照组, 每组各 30 例。观察组中, 男 17 例, 女 13 例; 平均年龄 (67.8±8.5) 岁; 平均病程 (3.6±2.8) 年; 文盲 4 例, 小学 10 例, 中学以上 16 例。对照组中, 男 16 例, 女 14 例; 平均年龄 (66.3±8.0) 岁; 平均病程