

中西医结合治疗腹部术后早期胃肠功能障碍

★ 贺咏宁 郭一民 贺熙然 (井冈山学院医学院附属医院普外科 吉安 343000)

关键词:胃肠功能障碍;腹部术后并发症;中西医结合疗法

中图分类号:R 656 文献标识码:B

腹部手术后早期常出现胃肠功能障碍等并发症,影响了患者术后身体恢复及生活质量。现总结我院 2000 年以来腹部手术后消化道功能障碍患者采用中西医结合治疗的疗效,并与单纯用西医治疗者进行对比分析,报告如下。

1 临床资料

腹部手术后消化道功能障碍患者 166 例,治疗组 98 例,男 66 例,女 32 例;年龄 18~76 岁,平均 40.8 岁;其中 47 例为胃手术后(全胃切除术 8 例、胃大部分切除术 30 例、穿孔修补术 9 例),胆道手术后 31 例(胆囊切除术 19 例、胆总管切开引流术 12 例),结直肠手术 12 例(结肠手术 8 例、直肠手术 4 例),外伤性肝、脾破裂手术 8 例。对照组 68 例,男 41 例,女 27 例;年龄 17~77 岁,平均 41.2 岁;其中胃手术后 32 例(全胃切除术 5 例、胃大部分切除术 21 例、穿孔修补术 6 例),胆道手术后 23 例(胆囊切除术 15 例、胆总管切开引流术 8 例),结直肠手术 7 例(结肠手术 4 例、直肠手术 3 例),外伤性肝、脾破裂手术 6 例。两组资料在年龄、性别及手术方式等方面具有可比性($P < 0.05$)。

2 治疗方法

对照组:按西医常规治疗,禁食禁饮、持续胃肠减压、维持水电解质和酸碱平衡、预防感染及营养支持等,尽可能早期下床活动。

治疗组:在对照组的西医常规治疗的基础上进行中药治疗。基本方为复方大承气汤:川朴 15 g,枳壳 12 g,桃仁 12 g,赤芍 15 g,炒莱菔子 30 g,大黄 15 g(后下),芒硝 12 g(冲服),甘草 10 g。体质壮者,重用大黄和芒硝;体质弱者,加用黄芪、当归;腹胀明显者,加用木香、红藤;热重者加金银花、黄连等。方药加水 500 mL 煎至 200 mL,于术后 8~10 小时开始分 3~4 次口服或胃管注入,也可行中药保留灌肠,每日 1 剂,直至腹胀消失,肛门排气排便,恢复进食。

3 结果

两组术后恢复情况比较见表 1,腹部手术后胃

肠功能恢复时间,治疗组均明显优于对照组。

4 讨论

腹部手术后出现胃肠功能障碍,主要因素首先为精神-神经因素,术前患者高度紧张,对手术及预后顾虑重重。手术本身激活了交感神经系统,可以通过抑制胃肠神经丛的兴奋神经元抑制胃肠蠕动。其次由创伤及感染导致的炎症递质的大量释放,引起胃肠蠕动减弱,加之腹腔原发疾病所引起水电解质紊乱等。都易引起胃肠蠕动减弱消失,出现恶心呕吐、肠麻痹、肠胀气、肠粘连甚至肠梗阻,剧烈腹胀可引起肠道穿孔,甚至切口裂开等严重并发症。随着时间的变化病情逐渐加重,并发症亦增加,机体恢复差,康复慢,患者痛苦,住院时间延长。因此,手术后使胃肠道尽快恢复蠕动功能,早期肛门排气排便,在临床甚为重要。

腹部手术后发生不同程度的胃肠功能紊乱,导致不同程度的肠麻痹。一般常规应用禁食、胃肠减压、抗生素、维持纠正水电解质、酸碱平衡等方法,有时用胃肠动力药物也有良好效果^[1]。虽然多数患者全身症状有所缓解,但胃肠功能恢复缓慢,病程迁延,容易发生腹腔粘连、腹腔感染等并发症。笔者结合中医药治疗,可弥补上述不足,腹部手术后患者气血受损,气机失调,气滞血瘀,造成运化功能失职,出现腹胀、腹痛、恶心呕吐等,治则以宣通气机,六腑以通为首,故以理气宽肠、导滞通下、行气化瘀为主。复方大承气汤中枳壳行气导滞,川朴宽中下气,炒莱菔子消食降气,桃仁、赤芍活血化瘀,大黄、芒硝攻结通下。

表 1 两组腹部手术后胃肠功能恢复情况比较

组别	n	肠鸣音恢复 /小时	肛门排气 /小时	肛门排便 /小时	住院时间 /天
治疗组	98	36.3*	38.5*	40.6*	12.6**
对照组	68	57.8	69.4	83.7	16.7

注:与对照组比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$ 。

参考文献

[1] 许国铭,邹多醇. 消化道动力的药物治疗[J]. 中国实用外科杂志, 1999, 19(6): 333

(收稿日期:2005-09-08)