

生大黄汤高位保留灌肠治疗术后肠麻痹 50 例

★ 刘伟盛 伍方红 廖晓春 (广东省江门市五邑中医院 江门 529000)

摘要:目的:观察生大黄汤高位保留灌肠辅助治疗术后肠麻痹的治疗效果。方法:选择我院 2000 年 1 月~2007 年 8 月各种手术后出现肠麻痹的 99 例病人作为研究对象,随机分成常规治疗组和大黄佐治组,对比两组的治疗效果。结果:大黄佐治组的治疗显效率和总有效率均明显高于常规治疗组,两组治疗效果存在显著性差异 ($P < 0.01$)。结论:生大黄汤高位保留灌肠治疗各种手术后出现的肠麻痹有明显效果,可作为治疗肠麻痹的常规治疗手段,予以广泛推广应用。

关键词:大黄;高位保留灌肠;肠麻痹

中图分类号:R 619.9 **文献标识码:**B

肠麻痹是各种手术术后较常见而又严重的并发症,它可造成肠道内细菌、内毒素不断移位于肠腔外的组织器官,从而诱发全身炎症反应综合征(SIRS),最终导致多脏器功能衰竭(MOF)。我院 2000 年 1 月~2007 年 8 月采用生大黄汤高位保留灌肠辅助治疗肠麻痹 50 例,与同期未采用大黄汤灌肠辅助治疗的 49 例肠麻痹病例相比,疗效显著,报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 肠麻痹按以下标准确定:腹痛、腹胀、呕吐、肛门停止排便排气超过 24 小时,肠鸣音减弱或消失,X 线腹部透视或腹部平片提示小肠胀气、小肠内多个小液平。选择我院 2000 年 1 月~2007 年 8 月各种手术术后出现肠麻痹的病人作为研究对象(共 99 例),随机分成两组。常规治疗组:男 30 例,女 19 例;年龄 38~71 岁,平均 55.1 岁;其中脊柱手术 8 例,骨关节手术 9 例,胆道手术 8 例,胃手术 5 例,胰腺手术 9 例,结肠手术 10 例。大黄佐治组:男 28 例,女 22 例;年龄 40~72 岁,平均 55.8 岁;其中脊柱手术 7 例,骨关节手术 11 例,胆道手术 8 例,胃手术 5 例,胰腺手术 8 例,结肠手术 11 例。两组病人的临床资料比较无显著性差异。

1.2 治疗方法 常规治疗组给予禁食禁水、胃肠减压、静脉营养、抗生素治疗、抑胰酶、质子泵抑制剂等

治疗;大黄佐治组在常规治疗的基础上,加用生大黄汤高位保留灌肠治疗。方法:取生大黄 30 g 加水 100 ml,煮沸,置凉至 37~39℃,予双腔气囊导尿管插入肛门,深度宜 20~30 cm,保留灌肠,每天 2 次。

1.3 疗效判断 肠麻痹的疗效判断以肠鸣音和肛门排便排气为依据。用药后无肠鸣音或肠鸣音微弱(< 3 次/分钟)为无效,由肠麻痹至中等强度肠鸣音(> 4 次/分钟)为有效,肠鸣音活跃(> 10 次/分钟)或肛门排便排气为显效。治疗 72 小时后,对比两组治疗效果。

1.4 统计学方法 采用 SPSS11.0 统计软件包对样本行 χ^2 检验,以 $P < 0.01$ 为差异显著性。

2 结果

常规治疗组 49 例,显效 15 例,有效 25 例,无效 9 例,总有效率 81.6%;大黄佐治组 50 例,相应为 32、15、3 例,94.0%。

大黄佐治组肠功能恢复情况(显效率、总有效率)明显好于常规治疗组。两组疗效有显著性差异($P < 0.01$)。

3 讨论

(1)各种手术术后由于体神经或内脏神经受到强烈的刺激、麻醉、手术、应激、腹腔内炎症或损伤、电解质紊乱、疼痛、营养不良、发热、正常解剖位置的改变,神经支配阻断或离断等原因可导致患者出现

肠麻痹^[1],临床表现为腹胀、腹痛、肠鸣音减弱或消失、无自主排气排便等胃肠运动功能障碍的症状和体征;出现肠麻痹后,由于肠腔胀气,肠腔内压力增大,肠壁变薄,肠粘膜通透性显著增加,肠管上皮屏障功能失调,大量肠内毒素和细菌随肠管渗出液进入腹腔后被吸收进入血液循环,从而激发严重的全身炎症反应。严重的全身炎症反应是多器官功能衰竭发生发展的主要病理基础^[2]。因此,及时控制肠麻痹,对阻止原发疾病的发展规律,预防多器官功能衰竭显得尤其重要。中医认为手术乃金创所伤,术后经络血脉紊乱,气机郁结,瘀血残留,乃成气滞血瘀之病机,胃肠气机升降失常,脾气不升,胃气不降,运化受阻,肠道失去受盛传导之功能,而致瘀血停留、腑气郁结不通等证^[3]。

(2) 大黄味苦性寒,有通便导滞、活血化瘀、泻火凉血等功效,它的主要化学成分为蒽醌类化合物^[4],其中游离型蒽醌类有大黄素、大黄酸、大黄酚等,结合型蒽醌类主要包括蒽醌苷和双蒽醌酮苷等。双蒽醌酮苷中番泻苷 A、B、C、D 等活性成分有较强的导泻作用^[5],它可提高肠道跨膜电位,兴奋肠道平滑肌,促进胃肠蠕动,解除肠麻痹,达到清除肠道内毒素和腐败物质的作用。同时,游离型蒽醌类中的大黄素、大黄酸、大黄酚等活性物质有抗菌消炎、改善微循环等作用,可降低内毒素所致的肠粘膜通透性增高,保护肠粘膜屏障功能,抑制肠道内细菌移位,维持肠道菌群平衡,对抗肠源性感染导致的“二次打击”,为原发疾病的治疗赢得机会和时间。我们应用大黄的临床经验是剂量要大,小则作用不明显,煮沸即可,不能久煎,以免降低药效,保留结肠内时间要长,灌肠深度大于 20 cm 效果较好。

(3) 肠道灌注是借鉴国外水疗技术产生的新兴给药途径,利用大肠粘膜下血管丰富、粘膜面积大、易于吸收的特点。通过生大黄灌肠,克服了传统胃管内注入引起的腹胀、恶心呕吐等症状,神经反射的作用可刺激肠蠕动增强,产生便意,更能够发挥治疗效果。

(4) 双腔气囊导尿管较普通肛管细,可以减小

刺激,避免损伤肠粘膜,减轻患者痛苦,且在插入肛门到达结肠后经气囊注入生理盐水可以将导尿管固定于肠腔,对于肛门括约肌松弛的患者尤其适用,可延长药物保留时间。采取高位灌肠,因插入深度达结肠,可利用结肠粘膜扩大可治疗面积,使药物直接作用于附着在粘膜上正在侵袭、繁殖的病原体及其产生的有毒物质,有效控制肠道细菌感染。药液温度要控制在一定范围内,应与体温相当,以 37 ~ 39 ℃ 为宜,温度过低可导致肠痉挛而使药物保留不住;温度过高可损伤肠粘膜,适当的温度可促进改善肠道血液循环,促进炎症消散和局限,降低痛觉神经的兴奋性,从而提高肠道抵抗力和修复能力,解除肠痉挛,从而减轻疼痛。

中药大黄价格低廉、药源丰富,且无明显的毒副作用,高位保留灌肠在保证中药疗效的同时,还具有诸多优点:(1) 灌肠给药不受患者主客观条件的限制,在术后早期即可给药,不存在拒药情况;(2) 避免了口服或鼻饲给药时,因胃潴留而影响疗效,也不影响胃肠减压的引流;(3) 灌肠给药使中药不经过胃肠吻合口或修补灶,有利于其愈合;(4) 中药缓慢滴入结肠末端,吸收较完全,并直接刺激肠道蠕动,更利于胃肠功能恢复。我院予生大黄汤高位保留灌肠治疗术后肠麻痹,使患者肠功能恢复时间明显提前,MODS、MOF 的发生率明显减少。所以生大黄汤高位保留灌肠可作为治疗肠麻痹的常规治疗手段,予以推广应用。

参考文献

- [1] 吴其夏. 新编病理生理学[M]. 北京:中国协和医科大学出版社, 1998;321-351.
- [2] Kusske AM, Rongione AJ, Roder HA. Cytokines and acute pancreatitis. Gastroenterology[J]. 1996,110(4):639-642.
- [3] 马必生. 围手术期中西医结合研究的内容[J]. 中国医刊, 1999, (34)4:36.
- [4] 蔡永敏. 最新中药药理与临床应用[M]. 北京:华夏出版社, 1999, 125-129.
- [5] 张喜平, 李宗芳. 大黄治疗急性胰腺炎研究概况[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2003, 9(4):332-334.

(收稿日期:2008-07-23 责任编辑:曹征)

欢迎投稿! 欢迎订阅!