

中西医结合治疗粘连性肠梗阻 35 例

★ 戴院华 徐志荣 (江西省吉安市中医院外科 吉安 343000)

摘要:目的:观察中西医结合治疗腹部术后粘连性肠梗阻疗效。方法:将 55 例术后肠粘连患者随机分两组,对照组 20 例单纯用西医常规保守疗法,治疗组 35 例在对照组治疗基础上加用自拟中药粘连松解汤。结果:治疗组总有效率 94.3%,对照组为 65%,两组比较, $P < 0.05$ 。结论:中西医结合治疗粘连性肠梗阻疗效佳。

关键词:粘连性肠梗阻;中西医结合疗法;粘连松解汤

中图分类号:R 574 **文献标识码:**B

我院自 1994 ~ 2006 年采用中西医结合方法,运用自拟粘连松解汤治疗术后粘连性肠梗阻 35 例,取得了满意的效果,现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 55 例术后肠粘连患者随机分为两组,中西医结合治疗组(治疗组)35 例,西医常规治疗组(对照组)20 例。治疗组中男 20 例,女 15 例,年龄 15 ~ 71 岁,均有腹部手术史,原发病及手术类型:阑尾炎术后 14 例,胃肠道术后 10 例,肝、胆术后 5 例,嵌顿疝术后 4 例,脾脏术后 2 例。对照组中男 12 例,女 8 例,年龄 9 ~ 66 岁,原发病及手术类型:阑尾炎术后 9 例,胃肠道术后 6 例,肝、胆术后 3 例,嵌顿疝术后 2 例。

1.2 临床表现 两组病人均有腹部手术史及不同程度的腹痛、腹胀、呕吐,排气、排便停止,发病时间在 2 ~ 20 年不等,查体均有不同程度的腹部压痛、反跳痛,肠鸣音低弱或可闻及气过水声,腹部 X 线可见大小不等的液气平面。

2 治疗方法

2.1 对照组 (1)禁食水、胃肠减压,补液及纠正水电解质酸碱平衡紊乱,每天按(105 ~ 125) kJ/kg 补充热量,给予糖脂 1:1,热氮比 105 kJ:1 g,适量加入 10% KCl 4 ~ 5 g 及水溶性维生素,动态监测电解质及腹部平片^[1]。(2)同时给予生长抑制素及制酸剂以减少消化液分泌。(3)根据病情选用抗生素。

2.2 治疗组 采用中西医结合疗法,在对照组治疗基础上加用自拟粘连松解汤:当归 15 g,木香 15 g,

莪术 10 g,乌药 15 g,香附 12 g,元胡 30 g,莱菔子 15 g,川楝 10 g,厚朴 20 g,枳实 10 g,黄芪 30 g,生大黄 15 g(后下),芒硝 9 g(冲服)。兼寒凝者加肉桂、附子,血瘀者加桃仁、赤芍。水煎二次,每次取液 600 ml,先自胃管注入 100 ml,注后夹管 2 小时,再放开减压,再用 200 ml 保留灌肠,如无排便 6 小时重复。开始治疗后,应密切观察病情变化,症状无好转,病情加重者,出现以下情况应作为手术指征:(1)腹痛剧烈而持续性呕吐出现早且频繁;(2)体温升高、心率增快、白细胞增高等全身中毒病状,甚至早期出现休克;(3)有明显腹膜刺激征或腹部有局部隆起或触及压痛性肿块;(4)呕吐物、胃肠减压抽出液、肛门排出物为血性或腹穿抽出血性液体;(5)腹部 X 线检查见孤立、突出胀大的肠袢^[2]。

3 治疗结果

治疗组痊愈(经治疗后,临床症状完全消失,大便通畅,1 年内不复发)28 例,有效(临床症状减轻,大便通畅,1 年内有复发)5 例,无效(经 10 天治疗,病情无明显变化,梗阻不能缓解,改手术治疗)2 例;对照组分别为 5、8、7 例。两组比较, $P < 0.05$ 。

4 讨论

中医学认为,腹部手术创伤致使气血瘀滞是肠粘连梗阻病程之所在,气血瘀滞引起肠腑通降失调,腑气不通,传化障碍,遂成粘连性肠梗阻。根据“六腑以通为用”的理论,本病肠道痞塞不通,治疗以通里攻下为主。粘连松解汤具有通里攻下,行气止痛,活血化瘀的功用,其中尤以通里攻下为其治疗大法。

中西医结合治疗糖尿病足 35 例

★ 龚旭红 (浙江省义乌市中心医院 义乌 322000)

摘要:目的:观察中西医结合疗法对糖尿病足的临床疗效。方法:在控制血糖的基础上将 65 例 2 型糖尿病足患者随机分为两组,其中中西医结合治疗(治疗组)35 例,单纯西医治疗(对照组)30 例;疗程 45 天。结果:治疗组痊愈 12 例,显效 15 例,无效 8 例,总有效率为 77.14%;对照组痊愈 4 例,显效 10 例,无效 16 例,总有效率为 46.67%。结论:中西医结合疗法对糖尿病足较单纯西医治疗疗效优越。

关键词:糖尿病;糖尿病足;中西医结合疗法

中图分类号:R 261 **文献标识码:**B

2004 年 2 月~2008 年 2 月,笔者在控制血糖的基础上,采用中西医结合治疗糖尿病足,取得良好效果,现报告如下。

1 临床资料

所有患者均符合 1997 年 ADA 糖尿病诊断标准和第一届全国糖尿病足学术会议制定的检查法和诊断标准^[1]。随机分为两组,其中治疗组 35 例,男 21 例,女 14 例;年龄 49~74 岁,平均(59.1±8.2)岁;糖尿病足病程 17~216 天,平均(84±19.5)天;入院查空腹血糖平均(10.4±3.2)mmol/L,餐后 2 小时血糖平均(13.5±2.7)mmol/L;按 Wagner 分级法^[2]:1 级 12 例,2 级 12 例,3 级 5 例,4 级 4 例,5 级

2 例(均为坏疽)。对照组 30 例,男 18 例,女 12 例;年龄 50~73 岁,平均(60.4±8.1)岁;糖尿病足病程 15~218 天,平均(85±20.3)天;入院查空腹血糖平均(10.8±3.1)mmol/L,餐后 2 小时血糖平均(13.2±2.6)mmol/L;按 Wagner 分级法:1 级 10 例,2 级 10 例,3 级 4 例,4 级 4 例,5 级 2 例(均为坏疽)。两组病人入院时临床资料比较,经统计处理差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 (1)一般治疗,限制足部活动,减轻体重负荷,合理饮食,戒烟酒。(2)合理降血糖,纠正高血糖、高血压,降血糖尽量使用胰岛素,降脂、降

方中厚朴消气壅,枳实破气结;大黄、芒硝攻积泻热,润燥软坚,活血化瘀,能改善血液循环,增加肠祥的血流量,从而加强通里攻下的效果^[3]。现代药理研究证实:芒硝中硫酸钠占 90% 以上,服后不易被吸收,形成高渗盐溶液,使肠内水分增加,刺激肠管蠕动排便;方中所含大黄酸、大黄素、苦杏仁苷、芍药苷等有效成分,具有广谱抗菌抗溃疡作用,能改善肠壁血液循环,减低肠管壁血管的通透性,增加肠道平滑肌收缩,抑杀肠内细菌,增加肠内容物的液体含量,促进肠管蠕动,增强其推进作用,从而解除肠梗阻^[4]。在使用过程中,为提高成功率,我们总结经验如下:(1)保持胃管通畅,尽可能多吸出胃肠液,使肠管尽可能得到减压,并且在每次用药前吸尽胃内容物。(2)对于腹胀、呕吐较重者,因上消化道用药效果较差,可以同时采用中药保留灌肠的方法,中

药能达到右半结肠最好。(3)对于身体情况较差者,芒硝可减量或不用,并加用党参、当归补气益血,扶正祛邪。(4)下列肠梗阻中西医结合非手术治疗效果较好:①既往有多次腹部手术史且反复发作的粘连性肠梗阻,②术后早期小肠梗阻,③伴有晚期复发癌或转移癌的梗阻,④放射治疗后并发急性梗阻。

参考文献

- [1] 刘凯. 中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻 21 例分析[J]. 中国实用外科杂志, 2005(7):22.
- [2] 何裕隆. 肠缺血性外科急腹症手术时机的选择[J]. 中国实用外科杂志, 2005(11):34.
- [3] 莫宏模. 49 例粘连性肠梗阻临床分析[J]. 江苏医药, 1994, 2(10):105.
- [4] 贺志光. 中医学[M]. 第三版. 北京:人民卫生出版社, 1989:165.

(收稿日期:2008-10-15 责任编辑:秦小琬)