

大黄牡丹汤联合电针治疗胰源性肠梗阻 53 例临床观察

张民英

(西安市第九医院中医内科,陕西西安 710054)

摘要 目的:观察大黄牡丹汤随证加减联合电针治疗胰源性肠梗阻的临床疗效。方法:96 例确诊为胰源性肠梗阻患者根据入院先后顺序分为治疗组 53 例和对照组 43 例,对照组给予常规治疗联合大黄牡丹汤随证加减保留灌肠,治疗组在对照组治疗的基础上加用电针治疗,随访 6 个月。结果:治疗组总有效率高于对照组,各证候积分高于对照组,复发率低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗组的 KPS 功能状态评分高于对照组,血清高敏 C 反应蛋白(hs-CRP)水平低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:大黄牡丹汤随证加减联合电针治疗胰源性肠梗阻可提高临床疗效,降低复发率,减轻炎症反应,改善远期生活质量。

关键词 胰源性肠梗阻 大黄牡丹汤 电针 直肠投药 KPS 功能状态评分 血清高敏 C 反应蛋白
中图分类号 R574.205 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2016)11-0060-02

临床运用大承气汤、小承气汤或四磨汤治疗单纯机械性肠梗阻、术后炎性或粘连性肠梗阻及癌性肠梗阻已有较多报道,均证实有较好效果^[1],但关于胰源性肠梗阻的相关报道较少。临床中发现胰源性肠梗阻患者大多为湿热瘀滞为主,为此,近年来我院运用大黄牡丹汤随证加减保留灌肠联合电针治疗胰源性肠梗阻 53 例,并设大黄牡丹汤随证加减保留灌肠组 43 例作对照,取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2011 年 10 月至 2014 年 10 月入我院确诊为胰源性肠梗阻患者,共 96 例,根据入院先后顺序将其分为 2 组。治疗组 53 例:男性 32 例,女性 21 例;年龄 35~68 岁,平均年龄(50.2±11.3)岁;完全性肠梗阻 34 例,不完全性肠梗阻 19 例;高位肠梗阻 15 例,低位肠梗阻 38 例;梗阻时间 1h~4d,平均梗阻时间(23.5±6.8)h。对照组 43 例:男性 29 例,女性 14 例;年龄 37~65 岁,平均年龄(48.9±10.2)岁;完全性肠梗阻 30 例,不完全性肠梗阻 13 例;高位肠梗阻 12 例,低位肠梗阻 31 例;梗阻时间 0.5h~3d,平均梗阻时间(20.4±7.6)h。2 组患者的基线资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入标准 (1)明确诊断为急、慢性胰腺炎后伴发或继发急、慢性肠梗阻;(2)首次肠梗阻。

1.3 排除标准 (1)其他原因的肠梗阻,如麻痹性肠梗阻、血运性肠梗阻、癌症性肠梗阻等;(2)胰腺

炎术后导致的肠梗阻;(3)肠梗阻合并严重的并发症,如感染、休克等。

2 治疗方法

对照组给予常规治疗加大黄牡丹汤随证加减保留灌肠。常规治疗包括禁食减压、营养支持、必要时给予抗生素、PPI 制剂抑酸护胃、胰酶抑制剂等。保留灌肠基本方:大黄 16g,牡丹皮 6g,桃仁 12g,冬瓜皮 30g,芒硝 15g(另包)。加减法:腹痛加乌药 10g、延胡索 10g,腹胀加八月札 15g、莱菔子 15g,呕吐加芦根 15g,气血亏虚加黄芪 20g、当归 15g。浓煎 100mL,保留灌肠,每日 2 次。煎液在 40℃左右装入空瓶接滴管连肛管,插入肛门 20cm 左右,快速滴入,尽量延长药液在肠道的保留时间(10~30min)。7d 为 1 个疗程,共 2 个疗程。

治疗组在对照组治疗的基础上加电针治疗。取足三里、上巨虚、天枢、气海、中脘,患者取仰卧位,皮肤常规消毒,用 1.5 寸毫针快速进针,捻转得气后,取任意一侧穴位,接 G6805 电针治疗仪,选择连续波,频率 3~5Hz,强度以患者能耐受为度。疗程同对照组。

3 疗效观察

3.1 观察指标 对比分析总有效率、证候积分、复发率、KPS 功能状态评分和血清高敏 C 反应蛋白(hs-CRP)水平的差异性。

3.2 疗效判定标准 显效:肠梗阻症状和体征消失,腹部 X 线平片显示液平面消失,能正常进食,随

访6个月无复发;有效:症状和体征减轻,腹部X线平片显示液平面减少但仍未完全消失;无效:症状和体征未改善甚至加重,腹部X线平片显示液平面未减少。总有效率=(显效+有效例数)/总例数×100%。KPS功能状态评分标准为30~100分,得分越高,健康状况越好。^[2]

3.3 统计学方法 使用SPSS19.0软件包对数据进行处理,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较用 t 检验,计数资料采用例数或百分比表示,组间比较用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者总有效率和复发率比较 见表1。

表1 治疗组、对照组患者临床疗效和复发率比较 例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效	复发
治疗组	53	19(35.8)	26(49.1)	8(15.1)	45(84.9)*	3(5.7)*
对照组	43	10(23.3)	19(44.2)	14(32.6)	29(67.4)	8(18.6)

注:*与对照组比较, $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组患者证候积分比较 见表2。

表2 治疗组、对照组患者证候积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	腹痛积分		腹胀积分		呕吐积分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	11.8±3.5	45.7±4.1*	12.4±3.0	52.7±4.6*	12.6±2.1	56.8±4.7*
对照组	12.6±3.2	26.9±4.2	13.2±2.8	30.4±4.7	13.1±1.8	32.5±5.2

注:*与对照组比较, $P < 0.05$ 。

3.4.3 2组患者KPS评分和hs-CRP水平比较 见表3。

表3 治疗组、对照组患者KPS评分和hs-CRP水平的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	KPS评分		hs-CRP(mg/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	50.3±8.7	84.7±12.4*	8.5±1.4	3.4±0.3*
对照组	52.7±9.2	63.9±10.3	8.2±1.3	5.3±0.6

注:*与对照组比较, $P < 0.05$ 。

4 讨论

中医学认为肠梗阻的发病机理是湿邪中阻、热邪闭阻等,致使脏腑经络气血功能障碍,机体阴阳失调。本病病位在肠,与脾胃关系密切。脾胃为后天之本,脾虚则不能升清,胃功能失调则不能降浊,故湿浊壅滞,与体内瘀血、痰湿互结,壅塞于肠道,久之形成肿块,更加阻碍中焦气血的运行,进一步影响脾胃功能,最终导致肠腑不通^[3-4]。胰源性肠梗阻临床表现多为湿热瘀滞型,治疗大法以清热化湿解毒为原则,可选大黄牡丹汤加减,该方具有活血逐瘀、软坚散结、清热凉血、润肠通便、清肠利湿、消肿排脓之功效^[5]。组方中大黄清热解毒、祛瘀通便,丹皮凉血清血、活

血散瘀,二者合用,共泻肠腑湿热瘀结,为方中君药;芒硝软坚散结,协大黄荡涤实热,促其速下,桃仁性善破血,助君药以通瘀滞,俱为臣药;冬瓜仁清热利湿、导肠腑垢浊、排脓消痈,是为佐药。本方攻下泻热与逐瘀并用,使结瘀湿热速下,诸症自愈。乌药和延胡索可顺气、开郁、散寒、止痛;八月札和莱菔子可疏肝理气、活血止痛、除烦利尿;芦根可清热生津、除烦止呕、利尿;黄芪和当归可补气升阳、固表止汗、利水消肿、生津养血^[6]。中药保留灌肠是从肛门注入药液,利用肠黏膜的渗透性,让机体充分吸收药液,临床疗效显著。足三里、上巨虚及下巨虚穴是胃、大肠及小肠的下合穴,针刺此3穴有通阳理气、和胃降逆及通腑除痞之功效^[7],可有效提高胃肠蠕动功能,消除腹胀。在对患者给予中药灌肠的同时,配合针灸治疗可有效提高临床疗效。

本研究结果显示,治疗组的总有效率显著高于对照组,各证候积分显著高于对照组,复发率显著低于对照组,治疗组的KPS功能状态评分显著高于对照组,hs-CRP水平显著低于对照组,差异均有统计学意义,表明大黄牡丹汤保留灌肠联合电针治疗胰源性肠梗阻可以进一步提高临床疗效,降低复发率,减轻炎症反应,改善远期生活质量,有较大的临床推广价值。

参考文献

- [1] 王秋云.深刺天枢穴治疗肠梗阻7例[J].中国针灸,2008,28(11):844.
- [2] 孟强,田振国,凌光烈,等.自制中药方剂灌肠治疗术后早期炎性肠梗阻疗效观察[J].山东医药,2011,51(38):63.
- [3] 许春明,顾红芳,丁令池,等.中药灌肠加针灸治疗癌性肠梗阻56例[J].南京中医药大学学报,2008,24(6):419.
- [4] 米振生,李学华.90例老年肠梗阻的病因分析[J].山东医药,2011,51(30):78.
- [5] 邹劲林,李振东,袁琦文.大承气汤联合针灸治疗对腹部手术后肠道功能恢复的影响[J].中国中西医结合急救杂志,2011,18(3):152.
- [6] 张书荷,李志军.麻痹性肠梗阻的中西医结合四联疗法[J].中国中西医结合急救杂志,2009,16(6):367.
- [7] 孙建飞,雷霆,周军.四磨汤加减治疗术后炎性肠梗阻40例[J].陕西中医,2009,30(9):1152.

第一作者:张氏英(1953—),女,本科学历,主治医师,中医内科学专业。zhangmy1953@sina.com

收稿日期:2016-03-25

编辑:华 由 王沁凯