

经鼻型肠梗阻导管联合通腑清肠汤保留灌肠治疗粘连性肠梗阻的临床研究

何志刚 汪霖 马敏俊 江建华 冯永航

粘连性肠梗是最常见的一种类型,约占所有肠梗阻的40%~60%,其中80%的病例为手术后粘连所致^[1]。大量研究已证实经鼻型肠梗阻导管减压对于肠梗阻尤其是粘连性梗阻的疗效显著,肯定了肠梗阻导管的方法优势^[2]。但是经鼻型肠梗阻在临床应用中成功率维持在70%~90%,仍有较多患者得不到有效救治。因此,本次研究尝试在经鼻型肠梗阻导管的基础上联合使用通腑清肠汤保留灌肠治疗粘连性肠梗阻,结果发现两者的协同作用对粘连性肠梗阻治疗效果有一定疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年1月至2016年12月富阳区第一人民医院收治的粘连性肠梗阻患者共45例,均为手术后患者,排除恶性肿瘤等所致机械性肠梗阻、麻痹性肠梗阻等患者。其中男性29例、女性16例;年龄38~79岁,平均(65.41±18.92)岁;疾病种类:恶性肿瘤术后17例、脾切除术后11例、妇科术后7例、其它10例。本次研究已取得患者的知情同意,并通过本院伦理委员会审批。根据治疗方法不同分为A组、B组、C组,各15例。三组的基本资料见表1。三组资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

表1 三组的基本资料比较

组别	年龄/岁	性别 (男/女)	疾病种类/例			
			恶性肿瘤 术后	脾切除 术后	妇科 术后	其它
A组	64.75 ± 19.72	9/6	6	4	2	3
B组	67.33 ± 22.76	7/8	6	3	2	4
C组	63.49 ± 10.47	8/7	5	4	3	3

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2017.02.029

基金项目: 杭州市卫生科技计划(一般)项目(2015B38)

作者单位: 311400 浙江杭州, 杭州市富阳区第一人民医院消化内科(何志刚、马敏俊、江建华、冯永航), 中医科(汪霖)

1.2 方法 三组患者均先予基础治疗包括常规禁食、补充水电解质葡萄糖、抗感染、监测生命体征等。A组患者经胃镜置入肠梗阻导管(由CREATE MEDIC公司生产),并联合通腑清肠汤保留灌肠,每日2~3次。通腑清肠汤包含黄芪、白术、大黄、枳实、桃仁、红花、厚朴、莱菔子、赤芍、广木香、甘草等。B组患者经胃镜放置经鼻型肠梗阻导管进行充分胃肠道减压,不进行保留灌肠。C组患者只留置普通胃肠减压管。

1.3 观察指标及评定标准 分别记录置管后24 h、48 h、72 h三组腹痛和腹胀缓解率、腹围减小程度;肛门自主恢复排便排气时间等。疗效评定:①痊愈:治疗后腹部胀痛等临床症状完全消失,X线片检查肠管积气积液消失;②好转:治疗结束后症状减轻及腹部平片检查肠道梗阻征象部分缓解;③无效:治疗结束后临床症状未消失或加剧,腹部平片检查肠道梗阻征象无改善^[3]。总有效率=(痊愈例数+好转例数)/总例数×100%。

1.4 统计学方法 采用SPSS17.0统计软件进行统计分析。计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示。计量资料多组间比较采用方差分析,采用LSD法进行两两比较;计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

三组治疗疗效比较见表2。

由表2可见,三组置管后24 h、48 h、72 h的腹痛、腹胀缓解率比较,差异均有统计学意义(χ^2 分别=10.35、13.89、12.60, P 均 < 0.05)。进一步两两比较发现,其中A组置管后24 h、48 h的腹痛、腹胀缓解率明显优于B组,差异均有统计学意义(χ^2 分别=5.40、4.66, P 均 < 0.05);A组和B组置管后72 h的腹痛、腹胀缓解率明显优于C组(χ^2 分别=7.78、7.78, P 均 < 0.05)。三组置管后24 h、48 h、72 h的腹围减小程度比较,差

异有统计学意义(F 分别=15.65、20.81、26.09, P 均 <0.05)。进一步两两比较发现,A组和B组置管后24 h、48 h、72 h的腹围减小程度均明显优于C组,差异均有统计学意义(t 分别=5.39、4.64;5.39、4.51;5.96、2.58, P 均 <0.05),A组与B组比较,差异均无统计学意义(t 分别=2.93、2.76、0.79, P 均 >0.05)。三组肛门自主恢复排便排气时间比较,差异有统计学意义

($F=4.56,P<0.05$),其中A组和B组肛门自主恢复排便排气时间明显短于C组(t 分别=-2.28、-2.72, P 均 <0.05),但A组和B组肛门自主恢复排便排气时间比较,差异无统计学意义($t=-0.28,P>0.05$)。三组总有效率比较,差异有统计学意义($\chi^2=13.37,P<0.05$),其中A组和B组的总有效率均明显高于C组(χ^2 分别=10.91、5.40, P 均 <0.05)。

表2 三组治疗疗效比较

组别	腹痛、腹胀缓解率/例(%)			腹围减小程度/cm			肛门自主恢复排便 排气时间/h	总有效率/例 (%)
	置管后 24 h	置管后 48 h	置管后 72 h	置管后 24 h	置管后 48 h	置管后 72 h		
A组	8(53.33) [#]	14(93.33) [#]	14(93.33) [*]	8.51±1.82 [*]	10.83±1.78 [*]	11.52±2.08 [*]	5.72±2.09 [*]	15(100) [*]
B组	2(13.33)	9(60.00)	14(93.33) [*]	7.43±2.01 [*]	9.56±1.62 [*]	11.07±2.32 [*]	5.93±1.94 [*]	13(86.67) [*]
C组	1(6.67)	4(26.67)	7(46.67)	4.73±2.02	6.32±2.54	6.22±2.31	7.47±2.61	7(46.67)

注:*:与C组比较, $P<0.05$;#:与B组比较, $P<0.05$ 。

3 讨论

对于肠梗阻传统的保守治疗包括禁食水、胃管减压、抑制消化液分泌、营养支持及中医中药治疗,有效的肠内减压是治疗的关键^[4]。经鼻型肠梗阻导管的使用,为临床治疗肠梗阻提供了新的方法。

目前对于单纯使用经鼻型肠梗阻导管治疗粘连性肠梗阻的研究较多,但经鼻型肠梗阻导管联合中医中药治疗肠梗阻的报道少见。钱培贤等^[9]报道经鼻型肠梗阻导管联合加味小承气汤对术后早期炎性肠梗疗效优于普通胃肠减压组,但此类报道均未对经鼻型肠梗阻导管联合中医中药与单纯经鼻型肠梗阻导管对肠梗阻治疗效果进行对比研究。本次研究对在经鼻型肠梗阻导管的基础上联合使用通腑清肠汤保留灌肠治疗粘连性肠梗阻效果进行了研究。

本次研究结果发现使用经鼻型肠梗阻导管患者的疗效在腹痛腹胀缓解率、腹围减小程度、肛门自主恢复排便排气时间、总有效率方面比使用留置普通胃肠减压管患者的疗效更佳($P<0.05$)。说明使用经鼻型肠梗阻导管治疗粘连性肠梗阻优于普通胃肠减压管。同时,经鼻型肠梗阻导管联合通腑清肠汤保留灌肠治疗粘连性肠梗阻患者在开始24 h、48 h内腹痛腹胀缓解率、腹围减小程度方面疗效较单纯使用经鼻型肠梗阻导管患者明显($P<0.05$),说明通腑清肠汤保留灌肠在治疗粘连性肠梗阻方面有一定疗效。但是,使用通腑清肠汤保留灌肠的患者与未使用患者在总有效率方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),可能与样本量过小等有关,需要进一步研究。

通腑清肠汤含有大黄等多味中医。药理研究表明,大黄可减轻内毒素引起的肠壁血管通透性的增高,改善胃肠道微循环,而且还能改进胃肠蠕动功能的恢复,排泄肠道内细菌和毒素,避免止酸剂和肠肽的毒副作用,有效缓解毒性肠麻痹,提高患者对胃肠营养的耐受性。枳实可加强平滑肌的收缩强度和收缩持续时间,从而使小肠平滑肌张力和运动功能增强,更加有力地清除小肠内容物,促进小肠的消化和吸收能力。厚朴煎液对家兔离体肠管呈兴奋作用,且有广谱抗菌作用,其抗菌作用不因加热而被破坏。莱菔子的中药水煎剂对大鼠胃排空、肠推进均有一定的作用,证明具有促进胃肠动力的作用。木香有促胃动力作用,对肠道有双向调节作用。赤芍能改善血液循环,减轻局部组织受损、结构破坏造成的影响,并有利于消除和排泄有害的病理产物。白术、甘草可降低肠黏膜通透性,对肠黏膜屏障功能有明显的保护作用。中药煎剂灌肠治疗,提高了药物的利用度,避免了肝脏的首过效应,有效成分吸收较快,显效迅速,且与中药口服具有同等的灵活性,可随症加减。直肠给药后药物直接作用于肠黏膜,影响胃肠道神经系统的物理和化学感受器,对结肠平滑肌产生直接的调控作用,促进肠道蠕动而产生自主性排气、排便反应。

参考文献

- 1 吴孟超,吴在德.黄家驹外科学[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2008. 1492.
- 2 Fazel MZ, Jamieson RW, Watson CJ. Long-term follow-up

- of the use of the Jones' intestinal tube in adhesive small bowel obstruction[J]. Ann R Coll Surg Engl, 2009, 91(1):50-54.
- 3 王新军, 刘斯文, 李卫东. 经鼻型肠梗阻导管联合防粘连汤治疗粘连性肠梗阻的效果观察 [J]. 河北医药, 2014, 36(11):1652-1654.
- 4 Gowen GF. Decompression is essential in the manage-

- ment of small bowel obstruction[J]. Am J Surg, 1997, 173(6):459-468.
- 5 钱培贤, 杨卫锋, 叶锋, 等. 肠梗阻导管联合加味小承气汤治疗术后早期炎性肠梗阻[J]. 中国中医急症, 2015, 24(1):123-125.

(收稿日期 2017-01-06)

(本文编辑 蔡华波)

·经验交流·

同期前列腺穿刺活检和前列腺电切治疗 PSA异常的急性尿潴留患者疗效观察

贾晓龙 钱君海 苏瑞 杨斌斌 沈志久 程跃

急性尿潴留是中老年男性常见急症,表现为突发的无法自解小便,一般需要急诊留置导尿。急性尿潴留最常见病因为良性前列腺增生(benign prostate hyperplasia, BPH),有文献报道70岁以上患者新发前列腺增生有接近一半以急性尿潴留为首发表现^[1]。急性尿潴留是BPH的一大并发症,也是BPH主要手术指征之一。临床中急性尿潴留合并前列腺特异性抗原(prostate-specific antigen, PSA)异常而存在前列腺穿刺活检指征的病例并不少见,但这些患者当中有相当部分由于高龄等原因而无前列腺癌根治指征。本次研究尝试对急性尿潴留合并PSA异常的患者进行同期经直肠前列腺穿刺活检和经尿道前列腺电切术(transurethral resection of prostate, TURP),评估其安全性和有效性。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析2015年9月至2016年6月宁波市第一医院同期经直肠前列腺穿刺活检和TURP的8例老年男性患者,年龄75~84岁,平均年龄

(78.90±2.03)岁,有6例患者既往有1次以上因急性尿潴留而留置导尿。入院前血清PSA为13~35 ng/ml,平均(17.61±1.03)ng/ml,入院后复查1~2次血PSA无明显下降。前列腺尿潴留量47~87 ml,平均体积(65.30±3.03)ml,经直肠前列腺超声和前列腺MRI平扫提示内腺结节3例,外腺低回声或低信号结节2例,其余3例未发现结节。本组8例患者术前评估均无严重心肺系统疾病等TURP手术相对禁忌证,术前尿培养结果阴性,均存在前列腺穿刺指征。患者和家属明确表示即使病理确诊为前列腺癌亦无前列腺癌根治术意愿,仅要求行内分泌治疗控制前列腺癌进展。排除膀胱憩室、膀胱感觉功能差、既往脑梗塞、腰椎手术等影响术后排尿的因素的患者。

1.2 方法 手术均采用椎管内麻醉,先取左侧卧位行前列腺穿刺6~10针,对于可疑结节部位需加行穿刺。再改截石位行TURP。TURP手术方法为在6点钟位置自膀胱颈口到精阜切出到达前列腺外科包膜的通道后,再沿此层面分别切除前列腺两侧叶。尽量切除前列腺外科包膜内的所有前列腺组织。前列腺活检标本和TURP标本分别送病理。

2 结果

8例手术均由同一位泌尿外科主任医师完成,

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2017.02.030

基金项目:浙江省医药卫生科技计划(2013KYA181)

作者单位:315000 浙江宁波,宁波市第一医院泌尿外科

通讯作者:程跃, Email: dongbaba2@hotmail.com