

急性肠梗阻中西医结合治疗 临床观察

佳木斯医学院附属医院外科 王兴环

肠梗阻是外科急腹症中常见的疾病，其发病仅次于阑尾炎。祖国医学所述的“关格”和“肠结”与肠梗阻颇相似。自开展中西医结合治疗以来，丰富了对肠梗阻的治疗方法，减少了手术，降低了病死率。近七年来我院以中西医结合治疗急性肠梗阻 286 例，效果较好。现将治疗情况报道如下：

诊断标准与适应症

有典型的急性肠梗阻的症状和体征，并有 X 线腹部透视肠梗阻征象者列入本组分析。

临床分型与治疗适应症：凡是没有血运障碍的肠梗阻，全身状态较好者均宜非手术治疗。有血运障碍的须手术治疗。本组不包括先天性肠道畸型、肿瘤、腹内外疝，有血运障碍的肠扭转和肠套叠以及各种原因所致的绞窄性肠梗阻需手术治疗的病例。结合病人辨证情况将急性肠梗阻分以下三型：

一、热痞型：病人有典型的肠梗阻表现，全身状态较好，腹胀不明显，无腹膜刺激症状，面红口渴，尿黄脉数，肠腔内气液面中等。肠腑因气积滞痞塞不通，此型相当于临床上无血运障碍的单纯性肠梗阻，是中西医结合非手术治疗适应症。

二、寒结型：病人除有肠梗阻的症状与体征外，按中医辨证是肠腑因血淤实结而胀满，面白畏寒，四肢发凉，喜暖尿白、脉沉迟、舌苔白，此型相当于早期血运障碍的急性肠梗阻，在严密观察下也是中西医结合非手术治疗适应症。

三、疽结型：可由以上两型演变而来，肠腑因淤疽而厥逆，舌苔黄腻或灰黑，脉细数，肠音弱或消失，有腹膜刺激征，全身中毒症状明显。此型相当于晚期绞窄性肠梗阻，是手术适应症。

中西医结合治疗措施

祖国医学认为肠道是“传化之腑”，司饮食之传送消化转输之功。如气血郁塞、热结寒滞、食虫阻积等造成通降失调，使肠道气血痞结，滞塞上逆，表现为

痛、胀、呕、闭之证。如此构成肠梗阻的发病。通降下行为顺，以通为用应是肠梗阻的治疗原则。

一、中药治疗

1. 治法：通里攻下、行滞活血、理气消导、清热解毒。

2. 方剂：

热痞型：莱菔子 25g、大黄 15g(后下)、赤芍 15g、公英 50g、地丁 25g、木香 15g、芒硝 10g(冲服)、甘草 10g。加水 500 ml，煎至 200ml，分两次服。

寒结型：大黄 15g(后下)、莱菔子 25g、连翘 25g、当归 20g、厚朴 15g、郁金 15g、陈皮 20g。煎法及用法同上。

以上两型用药时要随证加减，呕吐严重时加半夏、代赭石、龙骨各 15g，腹痛严重加川楝子、白芍各 15g。服药后 1~4 小时病人感到腹鸣，出现不同程度腹痛加剧，用几次中药后相继排气排便达到治疗目的。对年老体弱的肠梗阻病人先不用上方剂，改用豆油或其他植物油，每次 120g，如无效 6 小时后可再次应用。服用 2~3 次豆油或其他植物油仍不解除梗阻时可考虑给中药，但要注意增加补药，以防泻下太甚影响正气。

二、辅助疗法

1. 全身支持疗法：维持水、电解质平衡，纠正酸碱平衡，体虚者给予输血。

2. 胃肠减压：吸出梗阻近侧的积气积液，减少消化道张力，改善血循环，经胃管注中药或豆油，防止呕吐，使更好的发挥药物作用。

3. 灌肠：为配合中药的攻下作用，在服药后 2 小时左右用肥皂水 500~1000ml 灌肠，可反复使用。

4. 按摩和颠簸疗法：适用于没有血运障碍的肠扭转或肠套叠。如病情没有发展可交替操作 3~4 次，无效时应考虑手术治疗，本组 9 例选用此法，3 例达到治疗目的。

5. 总攻疗法：为了更好地发挥各种疗法的协同作用，提高中西医结合非手术疗法的疗效，在短时间内

几种方法一起使用,即服中药1~2小时后按剂量给病人注射新斯的明,20分钟后进行腹部按摩,接着给病人500~1000ml肥皂水灌肠。如梗阻不解除,休息4小时再行第二次,如病人状态允许可连续进行数次,总攻疗法失败应立即手术治疗。本组病例中用总攻疗法12例,8例解除梗阻。

疗效分析

本组286例,非手术治疗234例,非手术率81.1%,中转手术者52例,中转率18.9%。非手术疗效最佳者为粪块堵塞性肠梗阻和动力性肠梗阻,其成功率分别为100%和93.4%,粘连性肠梗阻和腹腔结核所致的肠梗阻疗效也较为满意,成功率分别为78.4%和88.9%。非手术治疗肠梗阻解除的时间见附表

附表:234例肠梗阻非手术疗法梗阻解除时间

梗阻解除时间	1日	2日	3日	4日	5日以上	共计
例数	121	49	31	23	10	234
%	51.7	20.9	13.2	9.8	4.4	100

本组死亡7例,病死率2.8%,其中合并肺炎者2例,年老体弱者4例,中毒休克者1例。以上7例均死于术后。我们认为年老体弱的肠梗阻病人服2~3次中药,配合其他辅助疗法无效时应考虑手术治疗。

讨 论

一、适应症的选择:对肠梗阻的诊断除根据病史、体征和X线腹部透视以外还要辨证与辨病相结合,要判断出完全与不完全;高位与低位;机械与动力;单纯与绞窄,在病因方面要辨别一般的粘连或有肿瘤的可能,这对中西医结合治疗选择适应症上非常重要。因不同性质的肠梗阻治疗方法不同,如绞窄性肠梗阻需手术治疗。中西医结合非手术治疗肠梗阻的适应症,必须是没有血运障碍,亦即热痞型肠梗阻。至于早期

轻度血运障碍,如寒结型肠梗阻,估计解除梗阻能恢复的可列为相对适应症。对这种类型的肠梗阻要严密观察下进行治疗,并且也要意识到随时有手术的可能。

二、运用中药治疗的体会:肠梗阻病人丢失水及电解质很快导致脱水、酸中毒,在治疗上扶正尤为重要。因此在用中药时要攻补兼施,体弱者以理气补虚、攻下消导为主,适当给些解毒和化痰药物。通过临床观察,理气攻下药物具有调节胃肠功能,促进胃肠蠕动,在肠梗阻治疗上起主要作用。清热解毒药物有抗菌抗感染作用,尤其是梗阻近端的肠壁受肠内容物的压迫,血运较差抗感染力弱,清热解毒药物有预防感染作用。化痰药物可改善血循环促进肠功能的恢复。补益药物具有提高抗病能力,总之,肠梗阻的用药是复方的,各药互相配合在扶正祛邪方面具有重要意义。

三、中转手术问题:本组286例中,中转手术治疗52例,中转率18.9%。中转手术的指征是病情有发展,由安静转为烦躁,脉由弦紧有力转为细数,呕吐频繁,腹痛加剧,腹部由软、压痛转为腹肌紧张有抵抗。X线腹部透视气液面加宽或增多。一般服中药4~6次;经治2~3天未见效的急性肠梗阻应转为手术治疗。个别患者根据病情可缩短或延长非手术治疗时间,从本组中转手术所见,发现中药治疗无效的大部份是粘连带或粘连继发肠扭转所致的肠梗阻。严格选择适应症能减少中转手术率,肠梗阻中西医结合治疗期间只要没有明显的腹膜刺激症状可继续以中药为主的综合疗法。

四、提高疗效问题:自开展中西医结合治疗以来不少急性肠梗阻病例用以中药为主配合其他辅助疗法免于手术达到治愈。本组非手术疗法的234例中有1/4按过去处理原则需要手术治疗,结果用中西医结合非手术疗法解除了梗阻。这说明它不仅能更好更快的治愈过去保守疗法所能治愈的病例,同时也能治愈部分过去认为必须手术的病例。实践证明只要适应症选择恰当,早期治疗辨证用药,绝大多数肠梗阻病例都可以取得良好的效果。

参 考 文 献

- 1.天津市南开医院急腹症研究所:中西医结合治疗急性肠梗阻1006例报告,中华外科杂志3:193,1977
- 2.遵义医学院编著:中西医结合治疗急腹症,129页,人民卫生出版社,北京,1972