

小承气汤合四君子汤治疗 粘连性肠梗阻 120 例

山东省临沂市中医医院(山东 276002)

吴超杰

1990 年 1 月~2000 年 6 月,我们应用小承气汤合四君子汤方治疗粘连性肠梗阻 120 例,并与单纯西医疗法治疗的 95 例作对比观察,现报告如下。

临床资料

215 例粘连性肠梗阻患者为我院住院患者,诊断标准参照《黄家驷外科学》第 5 版,北京:人民卫生出版社,1992:1151—1154 制定。患者有腹部手术史。停止排便排气,立位腹部平片小肠有阶梯状气液平面、结肠积气等。无绞窄性梗阻征象,心、肺、肝、肾等脏器功能正常。215 例患者随机分为两组。治疗组 120 例,男 94 例,女 26 例,年龄 12~65 岁,平均 39.2 岁;病程 <24h 者 69 例,24~48h 者 32 例,>48h 以上者 19 例。原发疾病:急性阑尾炎 23 例,胆石症 21 例,十二指肠溃疡穿孔 17 例,肠梗阻 19 例,腹部创伤 40 例。对照组 95 例,男 76 例,女 19 例,年龄 14~64 岁,平均 38.7 岁,病程 <24h 者 52 例,24~48h 者 28 例,>48h 以上者 15 例。原发疾病:急性阑尾炎 19 例,胆石症 18 例,十二指肠溃疡穿孔 13 例,肠梗阻 14 例,腹部创伤 31 例。两组资料经 t 检验处理差异无显著性。

方 法

1 治疗方法 215 例患者均给予禁饮食、持续胃肠减压、补充电解质液、维持酸碱平衡、应用抗生素等治疗。治疗组 120 例另给予小承气汤合四君子汤煎剂(党参、茯苓、白术各 20g,大黄、枳实、厚朴各 15g,甘草 6g。水煎浓缩成 200ml),每次 100ml,口服或由胃管注入,注入后持续夹管 2h,每天 2 次。

2 观察指标 (1)腹痛、腹胀、呕吐等症状变化。(2)体征:腹部压痛范围及程度、肌紧张的强度、反跳痛的有无、肠鸣音的变化等。(3)腹部 X 线检查,对比充气胀大肠管及气液平

面的变化。(4)测定治疗前、后血清总胆红素(TBIL)、谷丙转氨酶(ALT)、尿素氮(BUN)等指标。

3 手术指征 (1)腹痛、腹胀加重,呕吐频繁。(2)腹部压痛固定,有腹膜刺激征。(3)X线腹部平片显示有孤立胀大的肠袢。(4)实验检查白细胞计数增高。(5)经非手术治疗24h症状、体征无明显改善,或具备上述1项者。

4 统计学方法 用 *t* 检验。

结 果

1 疗效评定标准 有效:腹痛、腹胀缓解,恢复排便、排气,无效:中转手术治疗。

2 结果 对照组有效57例,无效38例。治疗组有效107例,无效13例,两组比较差异有显著性($P < 0.01$)。对照组有效患者57例中,病程 $< 24\text{h}$ 者43例,24~48h 14例。治疗组有效107例中,病程 $< 24\text{h}$ 者67例,与对照组比较差异无显著性($P > 0.05$)24~48h 25例, $> 48\text{h}$ 者15例,与对照组比较差异有显著性($P < 0.05$)。第1次排便时间:对照组平均为(31.47 ± 10.51)h,治疗组平均为(12.98 ± 6.35)h,两组比较差异有显著性($P < 0.01$)。

两组患者治疗前及治疗后分别检测血清总TBIL、ALT、BUN等指标均在正常范围,两组之间及治疗前、后比较差异无显著性($P > 0.05$)。

讨 论

粘连性肠梗阻的治疗是腹部外科一个棘手的问题。目前无有效的治疗方法,手术只能解决暂时性梗阻,尚不能根除粘连。因此,应尽可能保守治疗。从本组临床资料分析,对照组、治疗组梗阻缓解率,病程 $< 24\text{h}$ 者差异无显著性,病程 $\geq 48\text{h}$ 者,两组比较差异有显著性。表明临床疗效与病程密切相关,说明在梗阻发生的初期肠袢水肿相对较轻,经有效的治疗肠功能较易得到恢复,如果延误诊治胃肠功能进一步受损,则给治疗带来了困难,除积极地进行全身支持外,应帮助肠功能尽快恢复。从本组临床结果分析,本方在促进胃肠功能恢复等方面有显著的作用。

根据中医学辨证施治原则,粘连性肠梗阻患者病程缠绵、反复发作,临床表现是虚实夹杂的症候,有时单纯的理气或攻下均不能获得理想疗效,需攻补兼施。小承气汤与四君子汤合用后,方中党参补中益气,茯苓、白术健脾燥湿,大黄攻下导滞,枳实、厚朴行气消痞。一补一攻、泻中有补,共奏攻下导滞,益气健脾之功效。

综上所述,粘连性肠梗阻仍是较难治愈的疾病。小承气汤合四君子汤方治疗该病仅限于梗阻的不完全性阶段,可使部分患者免于再次手术,如果粘连性肠梗阻一旦发展为完全性或绞窄性肠梗阻时应即时手术治疗,不可盲目的保守,贻误病情。