

of allergic asthma guinea pigs with different fractions of modified Zhisou Powder[J]. J Chin Med Mater, 2006, 29 (5) : 462-464.

[9] 孔令芬, 郭鲁红, 郑秀英, 等. 益气补肾活血中药治疗小儿哮喘及对血中内皮素和一氧化氮的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2001, 21 (9) : 667-669.

Kong LF, Guo LH, Zheng XY, et al. Effect of Yiqi Bushen Huoxue herbs in treating children asthma and on levels of nitric oxide, endothelin-1 and serum endothelial cells[J]. Chin J Integr

Tradit West Med, 2001, 21 (9) : 667-669.

[10] 李金菊. 补肾中药对哮喘患儿血浆内皮素和一氧化氮的影响[J]. 中医儿科杂志, 2007, 3 (5) : 24-25.

Li JS. Influence of nourishing Shen herbs on plasma endothelin and nitric oxide of asthma children[J]. J Pediatr Tradit Chin Med, 2007, 3 (5) : 24-25.

(收稿: 2009-01-23 修回: 2010-05-25)

中西医结合三阶段治疗急性粘连性小肠梗阻临床观察

杨士民 周振理 陈邴津

急性粘连性小肠梗阻为急腹症, 是临床外科常见病和多发病, 据报道开腹手术后肠粘连的发生率为 60%~70%, 6%以上会引起粘连性肠梗阻^[1]。为探讨急性粘连性小肠梗阻治疗的最佳方案, 2006年9月—2010年3月, 我们采用中西医结合三阶段治疗方案对34例急性粘连性肠梗阻患者进行观察, 现报道如下。

资料与方法

1 临床资料 入选68例均为天津南开医院胃肠诊疗中心诊治的急性粘连性肠梗阻患者, 均有腹部手术史; 腹痛、腹胀、恶心、呕吐及停止排气、排便等症状; 肠鸣音活跃, 可闻及高调或气过水声; 立位腹平片可见气液平面; 无腹膜炎症状; 腹部CT扫描提示粘连性小肠梗阻, 并排除肠绞窄、肠结石、腹部肿瘤等情况。

按既往手术史及入院顺序分为治疗组(34例)和对照组(34例)。治疗组患者中男15例, 女19例; 年龄26~77岁, 平均57.4岁; 病程3~26天, 平均住院天数13.1天。对照组患者中男17例, 女17例; 年龄24~73岁, 平均53.8岁, 病程5~39天, 平均住院天数19.6天。手术史治疗组分别为阑尾切除术12例, 胃大部切除术5例, 子宫切除术4例, 胆囊、胆道手术3例, 小肠部分切除术2例, 剖宫产术2例, 输卵管妊娠术1例, 脾切除术1例, 上消化道穿孔修补术2例, 肠粘连松解术2例; 对照组分别为阑尾切除术10例, 胃大部切除术7例, 子宫切除术3例, 胆囊、胆道手术5例, 小肠部分切除术1例, 剖宫产术1例, 结肠手术2例, 上消化道穿孔修补术3例, 肠粘连松解术2例。两组患者在性别、年龄、既往手术史等方面差异无统计学意义($P>0.05$)。

2 治疗方法 在常规禁食水, 维持水、电解质酸碱平衡, 预防性应用抗生素及肠外营养支持等基础治疗上, 对照组: 入院后立即行持续胃肠减压, 每天肥皂水

灌肠1次, 病情无缓解者行手术治疗。治疗组: 入院后立即行中西医结合三阶段治疗方案。第一阶段: 鼻胃镜辅助经鼻型肠梗阻导管(由日本库利艾特公司生产, 全长3 m, 为硅胶导管, 前端用含45%硫酸钡的聚乙烯塑料导管, 两囊三腔, 由外管(外径4.5 mm, 内径3.5 mm, 吸引胃肠内容物)、内管(向顶端的气囊内部注水用)、气囊三部分构成, 分别为前端导向头(前导子)、气囊、侧孔、导管部、尾部气囊、活门、补气口、吸引口等, 可以进行X线造影, 导丝长3.5 m)置入。采用鼻胃镜辅助及X线下动态观察相结合的方法置管, 将亲水性肠梗阻导丝随鼻胃镜送入十二指肠水平段, 部分病例可直接送过Treitz韧带附近; 保持导丝深度, 撤出鼻胃镜; 将经鼻型肠梗阻导管内腔加满灭菌蒸馏水, 沿导丝经鼻插入肠梗阻导管, 在X线动态观察下将导丝越过Treitz韧带, 循导丝推送导管至空肠, 导管在导丝的配合下, 向小肠远端推进, 必要时注入造影剂了解扩张的小肠肠管形态, 直至导管不能深入, 用5 mL灭菌蒸馏水充盈前端气囊, 退出导丝, 将导管再向胃腔适度送入后接负压吸引。34例患者均放置成功, 肠梗阻导管平均置入深度198(110~250) cm。

第二阶段: 中西医结合治疗。经肠梗阻导管小肠深部减压24 h后, 向导管注入中药大承气冲剂(方剂组成: 厚朴、枳实、大黄、芒硝), 关闭导管4 h; 中药注入后1.5 h后给予新斯的明1 mg, 双侧足三里封闭; 封闭后15 min应用肥皂水洗肠^[2], 上述治疗每天1次。

第三阶段: 手术治疗。经以上治疗120 h, 小肠肠梗阻仍未解除者, 实施手术治疗。手术方式根据腹腔粘连情况主要采用肠粘连松解加透明质酸钠或小肠内置管排列术^[3]。

3 观察指标 (1) 腹痛腹胀缓解时间; (2) 排气、排便的恢复时间; (3) 消化液引流量; (4) 腹围缩小的程度; (5) X线立位腹平片液气平面变化; (6) 非手术治愈率。

作者单位: 天津市南开医院第一外科(天津 300100)

通讯作者: 杨士民, Tel: 022-81875298, E-mail: Yang_shm1973@126.com

4 统计学方法 应用SPSS 11.0进行统计学分析。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

1 两组腹痛、腹胀缓解时间,排气、排便恢复时间及入院后48 h腹围缩小程度比较(表1) 腹痛腹胀缓解时间及排气排便恢复时间治疗组明显早于对照组,入院后48 h腹围缩小程度治疗组大于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表1 两组腹痛腹胀缓解、排气排便恢复时间及入院后48 h腹围缩小程度比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	腹痛腹胀缓解时间(h)	排气恢复时间(h)	排便恢复时间(h)	入院后48h腹围缩小程度(cm)
对照	34	34.5 ± 14.2	67.9 ± 37.7	78.3 ± 23.9	6.1 ± 3.2
治疗	34	6.1 ± 4.5*	45.2 ± 23.6*	51.5 ± 19.2*	13.5 ± 5.8*

注:与对照组比较,* $P<0.05$

2 两组入院5天内每日消化液引流量比较(表2) 治疗组的消化液引流量明显多于对照组,早期效果明显($P<0.05$),后期差异无统计学意义。

3 两组X线立位腹平片气液平面变化 入院后2天复查立位腹平片,观察气液平面的变化。对照组只有38.2%(13/34)气液平面减少或消失;而治疗组为88.2%(30/34),差异有统计学意义($\chi^2=18.28$, $P<0.05$)。

4 两组非手术治愈率比较 治疗组非手术成功率88.2%(30/34)高于对照组64.7%(22/34),且差异有统计学意义($\chi^2=5.23$, $P<0.05$)。

讨 论 第一阶段治疗的优势 急性粘连性小肠梗阻的患者由于肠内容物及气体大量积聚于小肠肠道中,腹胀严重时常常不能忍受。肠管明显扩张、肠内压力升高、肠黏膜缺血、缺氧、肠道细菌毒素移位、肠管壁水肿,腹腔内压力急剧升高,严重可致腹腔室间隔综合征(ACS)。单纯胃肠减压只能降低胃内压力,对于Treitz韧带以下的小肠不能起到减压作用。因此 Gowen GF^[4]通过内镜辅助将改进后的长导管放置到空肠治疗小肠梗阻,可获得90%的治疗成功率。肠梗阻导管比长导管有所改进,其前导子可使导管随着胃肠蠕动向下推进到梗阻的部位,对梗阻的近端肠管直接实施减压。因此经鼻型肠梗阻导管可以达到小肠深部减压,使肠内容物被大量吸出,降低肠管内压力,降低腹腔内压力,快速

减轻腹痛腹胀症状。

第二阶段治疗的优势 中医学认为肠腑阻结是肠梗阻的主要病机,粘连性肠梗阻属于积聚痞结型。大承气冲剂是我院吴咸中院士等研制的通里攻下的代表方剂,具有通里攻下、荡涤肠胃、攻实祛瘀、泻热逐邪的疗效。同时还具有调节胃肠运动功能、改善胃肠道血供、保护肠屏障,抑制细菌内毒素移位及排除肠道细菌素的功能。在充分小肠深部减压24 h后,使肠内容物明显减少,膨胀的肠管恢复正常,肠壁水肿消退,恢复肠道吸收功能。中药经肠梗阻导管注入,直接作用于梗阻部位,避免中药被大量的肠内容物稀释。

新斯的明具有促进胃肠道平滑肌收缩、促进胃肠蠕动、促进肠内容物向下推进^[5]。中医学理论认为,肠梗阻为胃肠功能失职,清气不升,浊气不降,阻于中焦,腑气难通。足三里为足阳明胃经之合穴,针刺足三里可行气导滞,健脾和胃,温通经脉,从而促进胃肠蠕动。新斯的明足三里穴位封闭增强了药效,强化了胃肠蠕动功能。以上治疗后,给予肥皂水洗肠,刺激结肠运动,使结肠内的细菌毒素排出体外,同时也能促进粘连性肠梗阻的恢复。

第三阶段治疗的优势 经一、二阶段治疗120 h后,肠梗阻症状仍未缓解者,采用手术治疗。对于粘连点少于3处者采用肠粘连松解术,关腹前将物理阻隔剂透明质酸钠涂抹于小肠浆膜表面,防止术后再次粘连,术后给予口服大承气冲剂,促进肠蠕动恢复。对于粘连点多于3处者,视为复杂性肠梗阻,为预防术后再次梗阻,采用小肠内置管排列术,术后2周以上拔出^[6]。所有患者经以上中西医结合三阶段治疗,均痊愈出院。

参 考 文 献

- [1] Ellis H. The clinical significance of adhesions: focus on intestinal obstruction[J]. Eur J Surg, 1997, 557 (Suppl): 5-9.
- [2] 吴咸中主编. 腹部外科实践[M], 第3版. 天津: 天津科学技术出版社, 2004: 866-876.
Wu XZ, editor. Practice of abdominal surgery[M]. Tianjin: Tianjin Science and Technology Press, 2004: 866-876.
- [3] 周振理, 殷铭, 李伟, 等. 小肠内置管排列术治疗肠梗阻35例分析[J]. 中国实用外科杂志, 2003, 23 (8): 490.
Zhou ZL, Yin M, Li W, et al. Intestinal intubation plication in treating intestinal obstruction: analysis of 35 cases[J]. Chin J Pract Surg, 2003, 23 (8): 490.

表2 两组入院5天内每日消化液引流量比较 (mL, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	消化液引流量				
		第1天	第2天	第3天	第4天	第5天
对照	34	470 ± 210	480 ± 230	440 ± 190	490 ± 180	390 ± 230
治疗	34	1930 ± 610*	1360 ± 420*	480 ± 150	410 ± 190	330 ± 160

注:与对照组比较,* $P<0.05$

- [4] Gowen GF. Rapid resolution of small-bowel obstruction with the long tube, endoscopically advanced into the jejunum[J]. Am J Surg, 2007, 193 (2): 184-189.
- [5] 陈新谦, 金有豫, 汤光主编. 新编药理学[M]. 第15版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 304.
- Chen XQ, Jin YY, Tang G, editors. Newly compiled pharmacology[M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2004: 304.
- [6] 周振理, 殷铭, 李伟, 等. 复杂性肠梗阻的治疗难题和中西医结合的优势[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2004, 11 (3): 151-153.
- Zhou ZL, Yin M, Li W, et al. Problem in treating complicated intestinal obstruction and the superiority of integrated traditional Chinese and Western medicine[J]. Chin J Tradit Chin Med West Med Crit Care, 2004, 11 (3): 151-153.
- (收稿: 2010-06-07 修回: 2010-09-08)

针刺关元穴搓柄提插法辅助治疗排卵障碍性不孕症临床观察

魏凌霄 周剑萍 赵 媛

排卵障碍是女性不孕症的主要原因之一, 约占25%~30%^[1]。目前临床常用也是首选的促排卵药物克罗米芬(临床上以枸橼酸氯米芬, 即进口克罗米芬替代), 但其有“高排卵低受孕”现象^[1], 而针灸疗法调节下丘脑—垂体—卵巢轴功能来诱发促排卵已得到证实^[2, 3], 临床上已实现针灸作为绒毛膜促性腺激素(HCG)的替代品诱导促排卵^[4], 但单纯针刺疗法疗程较长, 患者大多难以坚持。笔者采用针刺关元穴搓柄提插法配合口服枸橼酸氯米芬片治疗排卵障碍性不孕症, 取得了较好的疗效。现将结果报道如下。

资料与方法

1 诊断标准 参照《不孕与不育》^[5]排卵障碍的临床诊断标准。即月经周期>35天或<25天; B超连续监测至少1个月经周期提示卵泡生长缓慢、无优势卵泡、生长发育过程中萎缩、卵泡不破、子宫内膜过薄、无排卵或闭经。阴道B超监测优势卵泡直径>17 mm, <23 mm后卵泡消失, 可见盆腔积液, 或卵泡壁塌陷(卵泡内出现密度较高光点为正常排卵)。

2 纳入标准 选择卵泡生长发育过程中卵泡生长缓慢、无优势卵泡形成或形成优势卵泡后生长发育中萎缩、停育、迟缓退化或变性, 卵泡不破, 比正常生长期明显迟缓, 子宫内膜过薄, 无排卵等排卵障碍为受试对象。

3 排除标准 (1) 排除配偶不育者, 排除生殖道畸形, 先天性性腺发育不全及子宫性闭经等器质病变; (2) 卵巢功能早衰、卵巢不敏感综合征等高促性腺激素者; (3) 肾上腺、甲状腺、糖尿病等内分泌功能异常所致者; (4) 3个月内用过激素治疗者; (5) 不能按要求治疗或坚持治疗者。

基金项目: 浙江省基层中医药适宜技术A级资助项目(No. 2009SA014)

作者单位: 浙江省诸暨市中医医院(浙江 311800)

通讯作者: 魏凌霄, Tel: 0575-87890288, E-mail: syw202@163.com

4 一般资料 127例排卵障碍性不孕症患者均为本院2009年1月—2010年3月针灸科、中医妇科门诊患者, 年龄25~45岁, 病程2.5~16年。按随机数字表随机分为观察组(针刺搓柄提插法配合口服枸橼酸氯米芬组)与对照组(常规针刺配合口服枸橼酸氯米芬组), 其中观察组65例, 对照组62例。两组患者平均年龄、病程、激素[卵泡刺激素(FSH)、黄体生成素(LH)、泌乳素(PRL)、孕酮(P)、雌二醇(E₂)、睾酮(T)]比较(表1), 差异无统计学意义(P>0.05)。

5 治疗方法

5.1 观察组 取穴: 关元、子宫穴、血海、三阴交、太溪、足三里、合谷、太冲。操作方法: 选用直径为0.25 mm、长度50 mm的佳辰牌一次性无菌针灸针(江苏省吴江市佳辰针灸器械有限公司), 关元穴得气后采用搓柄提插法, 以右手拇、食、中三指持针柄向顺时针方向捻转360°的同时上下提插, 重复3次, 并使针感向会阴部放射, 即搓柄法与提插法结合, 在排卵期则用更强刺激, 针感向会阴部放射明显, 子宫穴得气后针感向下放射, 其余穴得气后平补平泻各操作30 s, 留针40 min, 每隔10 min重复1次, 起针前又操作1次, 每次治疗共操作4次, 月经周期或黄体酮撤退性出血第5天开始治疗, 隔日1次, 同时开始口服枸橼酸氯米芬片(法地兰, 每片50 mg, Codal Synto Limited生产), 每次50~100 mg, 每天1次, 连服5天。针刺治疗以15次为1个疗程, 共治疗2个疗程, 服药以5次(即1个月经周期)为1个疗程, 最多服药3个疗程(即3个月经周期)。

5.2 对照组 取穴同观察组。操作方法: 选用针具同观察组, 所取各穴按常规得气后平补平泻各操作30 s, 留针40 min, 每隔10 min重复1次, 其余操作方法及服药、疗程均同观察组。若治疗中期受孕, 则停止各项治疗。