

中西医结合与传统疗法对术后早期炎性肠梗阻的疗效对比

罗磊¹, 万晓梅², 张凯¹, 周洁³, 韩培海⁴, 康娜⁵, 刘小雷¹

¹青岛大学附属医院平度院区胃肠外科, 山东 青岛

²青岛大学附属医院平度院区眼科, 山东 青岛

³青岛市优抚医院, 山东 青岛

⁴青岛大学附属医院平度院区中医科, 山东 青岛

⁵青岛大学附属医院崂山院区手术室, 山东 青岛

收稿日期: 2023年1月26日; 录用日期: 2023年2月19日; 发布日期: 2023年2月27日

摘要

目的: 探讨中西医结合与传统疗法对术后早期炎性肠梗阻的疗效对比。方法: 选择2020年10月至2022年2月收治的42例患者, 其中男性24例, 女性18例, 年龄30~67岁, 病程5~12 d, 使用SPSS24软件分析, 采用回顾性分析对照组24例, 观察组18例, 观察组采用中西医结合方法, 对照组单纯使用西医疗疗。比较两组治疗后肠功能恢复时间及疗效。结果: 胃肠道功能恢复时间观察组(平均6.05天)明显高于对照组(平均7.56天), 差异有统计学意义($t = -5.926, p = 0.006$), $p < 0.05$ 有统计学意义。结论: 中西医结合治疗较传统疗法更有助于对术后早期炎性肠梗阻的恢复, 进一步缩短患者住院时间。

关键词

中西医治疗, 早期炎性肠梗阻, 传统治疗, 疗效

Comparison of the Efficacy of Combined Chinese and Western Medicine and Traditional Therapy for Early Postoperative Inflammatory Bowel Obstruction

Lei Luo¹, Xiaomei Wan², Kai Zhang¹, Jie Zhou³, Peihai Han⁴, Na Kang⁵, Xiaolei Liu¹

¹Department of Gastrointestinal Surgery, Pingdu District, The Affiliated Hospital of Qingdao University, Qingdao Shandong

²Department of Ophthalmology, Pingdu District, The Affiliated Hospital of Qingdao University, Qingdao Shandong

文章引用: 罗磊, 万晓梅, 张凯, 周洁, 韩培海, 康娜, 刘小雷. 中西医结合与传统疗法对术后早期炎性肠梗阻的疗效对比[J]. 临床医学进展, 2023, 13(2): 2854-2860. DOI: 10.12677/acm.2023.132403

³Upholding Hospital, Qingdao Shandong

⁴Traditional Chinese Medicine, Pingdu District, The Affiliated Hospital of Qingdao University, Qingdao Shandong

⁵Operating Room, Laoshan District, The Affiliated Hospital of Qingdao University, Qingdao Shandong

Received: Jan. 26th, 2023; accepted: Feb. 19th, 2023; published: Feb. 27th, 2023

Abstract

Purpose: To explore the efficacy of combined Chinese and Western medicine versus traditional therapy for early postoperative inflammatory bowel obstruction. **Method:** Forty-two patients admitted from October 2020 to February 2022 were selected. There were 24 male and 18 female cases, aged 30~67 years, with a disease duration of 5~12 d. There were 24 cases in the control group and 18 cases in the observation group. The observation group used a combination of Chinese and Western medicine, while the control group used Western medicine alone, to compare the recovery time and efficacy of bowel function after treatment between the two groups. **Results:** The recovery time of gastrointestinal function was significantly higher in the observation group (mean 6.05 days) than in the control group (mean 7.56 days), and the difference was statistically significant ($t = -5.926$, $p = 0.006$), and $p < 0.05$ was statistically significant. **Conclusion:** The combination of Chinese and Western medicine treatment is more helpful than traditional therapy in the recovery of early postoperative inflammatory bowel obstruction and further shortens the patient's hospital stay.

Keywords

Chinese and Western Medicine Treatment, Early Inflammatory Bowel Obstruction, Traditional Treatment, Therapeutic Effect

Copyright © 2023 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 背景

术后早期炎症性肠梗阻(early postoperative inflammatory intestinal obstruction)指的是:腹部手术后早期(2周以内)发生的肠梗阻,以腹胀、腹痛、肛门停止排气排便、肠鸣音减弱,甚至恶心、呕吐为主要表现的疾病,除因肠麻痹以及内疝、肠扭转、吻合口狭窄等机械因素造成外,还有因手术操作范围广、创伤重、积血或术前已有感染性炎症,特别是曾进行手术的病例,腹腔内有广泛粘连,剥离后肠浆膜层有明显炎性渗出、肠袢相互粘着,有些可能还有成角的现象。这一概念首次由黎介寿院士于1998提出[1]。因此,这类肠梗阻既有机械性因素,又有肠动力障碍性因素,但无绞窄的情况。它并不是一种新类型,只不过为突出其特征,称之为“术后早期炎症性肠梗阻”。因为该疾病的特殊性,人们认识不足,若处理不当往往引起肠痿、肠坏死、短肠综合征、重症感染等严重并发症等,甚至因此导致死亡可能。经先前研究表明,胃肠道手术中,阑尾及结直肠术后早期发生炎性小肠梗阻的几率会更大,而且一旦发生此并发症,死亡率较高[2]。经过这20余年的发展和探索,对于腹部手术,虽然目前治疗上已形成较为统一的认识,包括术中减少创伤、肠管暴露时间及手术时间、生理盐水冲洗、术后生长抑素及激素的使用等,

但也有一定的发病率及相应的死亡率,曾有文献报道它的发病率在 7%~9.5%之间[3]。对于该疾病的保守药物治疗国内外也做了大量研究,包括生长抑素、激素等治疗对于该疾病都有显著疗效,抑制消化液的分泌和活化程度,还可进行液体复苏,在对症治疗方面有较高意义[4],而中医则根据病因辨证施治,对患者进行个体化治疗,增加多个治疗干预方案以供选择,为有效减少严重并发症、缓解临床症状、诊治该疾病提供了更多、更全面的方法和途径[5]。但目前国内外对中西医结合治疗与传统治疗的疗效对比研究较少,此文结合青岛大学附属医院胃肠外科收治的病人的实际情况,经我们研究发现对于相当一部分病人早期使用中西医结合治疗,效果更加明显,进一步减轻病人痛苦并缩短了住院时间,取得了一定效果。

2. 一般资料

选择本院住院(2020.10~2022.02)术后早期炎症性肠梗阻(排除术后单纯机械性肠梗阻,如粘连成交或者肿瘤占位等)患者 42 例,其中男 24 例,女 18 例;年龄 30~67 岁;病程 5~12 d;其中包括胃肠道肿瘤病人 28 例、肠粘连导致的肠梗阻 10 例,腹部创伤术后 4 例。对照组(未使用中药) 24 例、试验组(联合使用中药) 18 例。纳入标准: 1) 近期(1~2 周)初次腹部手术史; 2) 均符合《中国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见》中相关诊断标准,腹部 X 线片显示有肠管扩张、气液平面,腹部 CT 显示患者肠壁广泛水肿、增厚,无局部狭窄; 3) 患者资料完整,均签署了知情同意书。两组患者性别、年龄、手术类型、合并疾病等资料比较差异无统计学意义($p > 0.05$)。排除标准: 1) 术后单纯机械性肠梗阻: 如粘连造成的肠梗阻及肿瘤占位导致肠梗阻。2) 术后出现内疝、肠扭转、肠套叠导致的肠梗阻。本文中的分组及治疗方法均取得我院伦理委员会及病人和家属同意。

肠梗阻主要典型的临床表现包括:腹胀,恶心呕吐,腹痛,发热,停止排气排便。研究中患者出现梗阻的临床表现也不完全相同,表 1 代表各种临床症状所发生的例数百分比。我们所研究的病例多发生在术后 5~9 d 内,有学者认为早期肠梗阻多发生在两周之内。表 2 表示梗阻发生时间,大部分患者发生在一周之内。无论中西医与传统治疗,一般经过 2 周左右的保守治疗胃肠道功能均可恢复。诊断此病必须排除肠麻痹、腹内疝、肠扭转、吻合口狭窄、肠套叠等病因,提高对绞窄性肠梗阻的认识,防止发生意外而错过手术时机。

Table 1. Clinical symptoms

表 1. 临床症状

症状	发生例数(百分比)
腹胀	25 (59%)
恶心、呕吐	5 (12%)
腹痛	4 (10%)
发热	4 (10%)
停止排气、排便	37 (88%)

Table 2. Time appearance of the obstruction

表 2. 梗阻出现的时间

术后(周)	例数(%)
<1 周	28 (67%)
1~2 周	14 (33%)

3. 治疗方法

3.1. 西医传统疗法

1) 完全禁饮食并行胃肠减压。目的是减轻腹胀，降低肠腔压力，减少肠腔的细菌和毒素，防止肠道菌群易位，改善肠壁血液循环，尽早恢复肠功能，有利于改善全身状况和局部病症。2) 使用生长抑素可明显抑制肠液分泌。3) 纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱，维持机体能量供应。术后早期炎症性肠梗阻的治疗往往发生于术后2周内，持续时间不等，长者甚至可达1个月的时间。在禁食水和胃肠减压的同时，提供能量及营养是治疗的基本保证，包括全肠外营养的应用。对消耗体质有衰竭倾向者输以血浆、全血或白蛋白等，以补偿丧失于第三间隙(肠腔及腹腔)的血浆和血液。4) 使用糖皮质激素如地塞米松减轻肠壁炎症水肿。对行非胃肠道吻合及穿孔患者使用糖皮质激素能提高血管的紧张性、降低毛细血管的通透性，同时抑制白细胞浸润及吞噬反应，减少各种炎症因子的释放，因此减轻渗出与消肿。地塞米松使用应规范，剂量10~20 mg/qd，持续3~5天。5) 在肠蠕动恢复后适当经口进食肠内营养，防止胃肠功能衰竭、肠道菌群失调及菌群易位。6) 根据感染指标结果，早期使用广谱抗生素。

3.2. 中医药治疗

使用的中药成分有：组方：厚朴、枳实、火麻仁、白芍、大黄、郁李仁、大腹皮、甘草、莱菔子、党参。功效：行气除胀，润肠通腑。

方解：患者术后，导致胃肠蠕动功能受损，处于胃肠瘫痪状态，容易导致肠粘连。本病属于中医“腹胀”范畴，中医认为脾虚肠阻。脾虚的病因是因为手术导致脾胃蠕动功能受损，脾虚导致肠阻，肠阻导致肠道气机不畅，所以出现腹部胀气。中医以党参健脾，以厚朴、枳实、白芍、大腹皮、莱菔子行气除胀；麻仁、郁李仁、大黄润肠通腑；白芍、甘草缓急止痛。

口服药物一般是病人出现轻微腹胀，但是仍有排气、排便，CT证实存在小肠扩张，排除因肠粘连导致的完全性机械性肠梗阻等。除口服外也可经肛门保留灌肠。

3.3. 疗效判定标准

按照中西医结合治疗常见急腹症的诊疗标准制订。治愈：痛、吐、闭、胀症状缓解消失，能够正常进食。好转：痛、吐、闭、胀症状有所缓解，但反复发作，进食需限制流质饮食等。未愈：症状无缓解。

4. 统计方法

应用SPSS24.0统计软件包进行统计学分析。正态计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间比较采用独立样本t检验；计数资料组间比较应用 χ^2 检验或校正 χ^2 检验。 $p < 0.05$ 为差异有统计学意义。

5. 结果

对照组(未使用中药)、试验组(联合使用中药)

Control group (not herbal medicine be used)、Test group (Combined medication)

恢复天数(平均)	$(\bar{x} \pm s)$
观察组	6.05 ± 0.74
对照组	7.56 ± 7.56
T	-5.926
P	0.006

6. 讨论

6.1. 定义及发生机制

术后早期炎性肠梗阻是指腹部手术后早期(1~2周),排除肠麻痹、肠扭转及吻合口狭窄等机械原因外,据统计大约90%~91%的术后梗阻是由腹腔炎症、手术创伤导致的机械性与动力性并存的一种炎症肠梗阻[6],另外,有部分学者研究表明肠系膜缺损的关闭也会导致术后小肠梗阻的增加[7]。它一般多见于术后1~2周,由于手术创伤、炎症导致肠壁组织水肿,肠液渗出,出现炎性细胞浸润,释放大量细胞坏死因子[8],纤维素增多,最终导致肠管、腹膜广泛粘连,肠道蠕动受限,从而形成炎性肠梗阻,这个过程会引起炎症细胞因子、活性氧和一氧化氮的释放[9]。处理不当往往会引起肠痿、重症感染、短肠等严重并发症。术后早期发生的肠梗阻约占术后肠梗阻的1/5。许多的术后小肠梗阻是自发的,并没有确定原因,有研究认为上消化道手术与下消化道手术发生率不同,以横结肠系膜为界,横结肠以下手术发生概率较多[8][10]。

6.2. 临床特点

1) 本病多见于手术操作范围广、出血多、创伤重、年龄大、手术时间长等病例。2) 多发生于术后2周内,开始出现恶心、呕吐等不适,有的患者往往已排气、排便,进食后再出现梗阻,且症状逐渐加重。3) 腹胀尤为明显,肠鸣音弱、肠功能恢复时间较长,需要耐心观察等待。4) 肠梗阻症状、体征一般较为明显,但腹部平片尚无机理性、完全性梗阻的典型表现。5) 多数由于腹腔内炎症广泛粘连引起,均为无菌性炎症。6) 本次研究病例全部保守治疗有效,极少数病例病程超过2周。对于术后早期炎症性小肠梗阻的诊断并不困难,根据临床症状体征、腹部X线立位平片、腹部CT等多可诊断。过去未认识此病时,均以急性肠梗阻行二次手术。术中往往发现腹腔内广泛炎症粘连,有时呈板块状无法分离,强行分离易造成多处小肠破裂,不得不将多处小肠切除,保留的肠段往往很少,造成肠痿和短肠综合征等严重并发症。这样不但增加了患者的住院时间,还大大增加了患者的医疗负担[11]。炎性肠梗阻的特点是术后肠道功能一度恢复,病人能够自主排气、排便,但是进食后逐渐出现梗阻症状。以往对于该病认识不足,过早予以手术干预,结果术中发现肠壁水肿明显,肠壁脆性非常大,手术不但没有解除梗阻,反而造成肠痿甚至导致炎性梗阻更加严重。术后早期炎症性肠梗阻的肠壁水肿、炎症渗出、肠襻间粘连致肠蠕动障碍,肠腔机械性不通畅,而炎症水肿消退后,肠襻间粘连可松解,肠管通畅得以恢复,这是对该病应进行非手术疗法的基础[12]。它的处理,尤其是机械肠梗阻的处理原则已为外科医师熟悉,即是经短期(24小时内)非手术治疗无效时采用手术治疗。对反复发作的机械性肠梗阻或绞窄性肠梗阻,则更是采取积极的手术治疗。但在术后早期炎症性肠梗阻(简称炎性肠梗阻)病人,则应谨慎应用这一原则。

6.3. 总结

文献中 Pickleman 曾经提出“手术后早期小肠梗阻多数是由于粘着与炎症引起,宜先行非手术治疗”(Ann Surg, 1989; 21: 216)。Sabiston 在其主编的《外科学》中也指出“腹部手术后近期发生的肠梗阻可先用非手术治疗”(15版.1997, 920)。这些观点代表了当前治疗炎性肠梗阻的策略。腹部CT更能帮助诊断,可见肠壁增厚、肠袢成团,肠腔内无显影剂等。这类肠梗阻因肠袢相互粘着,在我们所统计的42例病人中无绞窄表现。

本文中所使用中药务必经过中医科会诊,病人的体重及病情程度均会影响药量的使用,使用前均取得病人及家属同意。服用中药,应注意以下几点:1) 避免开始剂量过大,少量开始,然后逐次、逐日加量;2) 服用中药前部分梗阻严重的病人应注意留置鼻胃管,一旦腹胀加重,需及时减压;开始1~2天内

每次服用完中药, 1~2 小时即应胃肠减压, 避免引起更剧烈的腹胀; 3) 口服及中药灌肠可同时进行。
4) 病情稳定后尽早开始服用益生菌, 因为大多数病人往往出现腹泻等不适, 容易出现菌群失调。

对于术后早期炎性小肠梗阻, 我们应根据患者的病因、部位、程度、性质及全身情况综合判定, 外科作为一门经验医学, 我们要严格把握手术与保守之间的界限。术后早期炎症性肠梗阻的肠壁水肿、炎症渗出较重、肠襻间相互粘连致肠蠕动障碍, 肠腔机械性不通畅, 当炎症水肿消退后, 肠襻间粘连可松懈, 肠管通畅得以恢复, 这是对该病应进行非手术疗法的基础[13]。我国中医药在急腹症治疗上有一定的优势, 西医往往遇到很多措手不及的疾病, 中医有独特的见解。中医辨证论治标准认为术后早期炎症性肠梗阻为肠腑痞塞结不通、气机停滞、运化失职、舌苔白、脉弦细, 致气滞血瘀, 不通则痛, 出现痛、吐、闭、胀 4 大症状, 这与西医所描述的临床症状一致。中医治疗通常具有个体化, 体重不同, 药物用量不同。在中医治疗的基础上同时联合西医治疗, 如生长抑素、激素等。通过我们统计分析, 中西医结合治疗患者胃肠道功能恢复时间明显较传统治疗时间缩短, 这不仅提高了住院时间, 更加增加了患者的对术后康复的信心。对于术后早期肠梗阻要具体问题具体分析, 因其术后早期又复出现痛、吐、闭、胀容易与术后粘连性肠梗阻混淆, 如能认清术后早期炎症性肠梗阻的特点按其原则治疗, 结果将大为改观, 减少肠痿、肠段团块粘连切除的不良后果产生。

本文的不足之处: 该研究为回顾性研究, 应在更大的随机研究中得到验证。本研究为小样本分析且单中心研究, 多中心研究更有说服力。然而, 由于病例数量较少, 我们的研究结果还需要扩大病例数量, 我们的研究结果将必须在更大的随机研究中得到验证。

综上所述, 笔者通过研究分析, 个人认为对于常规胃肠道患者术后发生小肠炎性梗阻时, 通过辅助检查如腹部 CT、X 线、实验室检查、体格检查, 能排除因腹内疝、肠套叠、引流管疝、肿瘤占位导致梗阻外, 其余小肠梗阻在普通常规治疗的基础上建议联合中医治疗, 这样能加快患者胃肠道功能恢复, 更能进一步缩短住院时间。但一旦发生绞窄迹象或腹部 CT 提示有肠缺血时, 表明之前诊断有误, 应立刻行手术治疗。总之, 我们认为, 中西医结合保守治疗对术后早期炎症性肠梗阻是一种简便、经济、安全、有效的治疗方法。较传统疗法优点明显, 值得临床进一步研究推广。

参考文献

- [1] 黎介寿. 《认识术后早期炎症性肠梗阻的特性》一文发表 10 年感悟[J]. 中国实用外科杂志, 2009, 29(4): 283-284.
- [2] Stewart, R., Page, C., Brender, J., Schwesinger, W. and Eisenhut, D. (1987) The Incidence and Risk of Early Postoperative Small Bowel Obstruction. A Cohort Study. *American Journal of Surgery*, **154**, 643-647. [https://doi.org/10.1016/0002-9610\(87\)90234-0](https://doi.org/10.1016/0002-9610(87)90234-0)
- [3] Goussous, N., Kemp, K., Bannon, M., Kendrick, M., Srvtanstyan, B., Khasawneh, M. and Zielinski, M. (2015) Early Postoperative Small Bowel Obstruction: Open vs Laparoscopic. *American Journal of Surgery*, **209**, 385-390. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2014.07.012>
- [4] Gong, J., Zhu, W., Yu, W., Li, N. and Li, J. (2013) Conservative Treatment of Early Postoperative Small Bowel Obstruction with Obliterative Peritonitis. *World Journal of Gastroenterology*, **19**, 8722-8730. <https://doi.org/10.3748/wjg.v19.i46.8722>
- [5] 胡仕祥, 管俊芳, 赵洪飞, 赵哲, 易纪杰. 中医辨证诊治术后早期炎症性肠梗阻方法研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2021, 28(2): 129-131.
- [6] Rasslan, R., Utiyama, E., Marques, G., Ferreira, T., da Costa, V., de Victo, N., Rasslan, S. and Montero, E. (2014) Inflammatory Activity Modulation by Hypertonic Saline and Pentoxifylline in a Rat Model of Strangulated Closed Loop Small Bowel Obstruction. *International Journal of Surgery (London, England)*, **12**, 594-600. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2014.04.007>
- [7] Ong, A. and Myers, S. (2020) Early Postoperative Small Bowel Obstruction: A Review. *American Journal of Surgery*, **219**, 535-539. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2019.11.008>
- [8] Sajja, S. and Schein, M. (2004) Early Postoperative Small Bowel Obstruction. *The British Journal of Surgery*, **91**,

- 683-691. <https://doi.org/10.1002/bjs.4589>
- [9] Mariani, P., Blumberg, J., Landau, A., Lebrun-Jezekova, D., Botton, E., Beatrix, O., Mayeur, D., Herve, R., Maisonnobe, P. and Chauvenet, L. (2012) Symptomatic Treatment with Lanreotide Microparticles in Inoperable Bowel Obstruction Resulting from Peritoneal Carcinomatosis: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Phase III Study. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, **30**, 4337-4343. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.40.5712>
- [10] Ellozy, S., Harris, M., Bauer, J., Gorfine, S. and Kreel, I. (2002) Early Postoperative Small-Bowel Obstruction: A Prospective Evaluation in 242 Consecutive Abdominal Operations. *Diseases of the Colon and Rectum*, **45**, 1214-1217. <https://doi.org/10.1007/s10350-004-6395-6>
- [11] Caputo, V., Facchiano, E., Soricelli, E., Leuratti, L., Quartararo, G. and Lucchese, M. (2021) Small Bowel Obstruction after Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass Caused by Hemobezoar: A Case Series and Review of Literature. *Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques*, **31**, 618-623. <https://doi.org/10.1097/SLE.0000000000000963>
- [12] Suwa, K., Ushigome, T., Ohtsu, M., Narihiro, S., Ryu, S., Shimoyama, Y., Okamoto, T. and Yanaga, K. (2018) Risk Factors for Early Postoperative Small Bowel Obstruction after Anterior Resection for Rectal Cancer. *World Journal of Surgery*, **42**, 233-238. <https://doi.org/10.1007/s00268-017-4152-y>
- [13] 任建安, 李宁. 深入认识术后炎症性肠梗阻[J]. 中国实用外科杂志, 2009, 29(4): 285-286.