

大网膜粘连综合征从痞满论治

★ 徐磊¹ 指导:曹正柳² (1.南昌大学2005级硕士研究生 南昌330006;2.南昌大学第二附属医院中医科 南昌330006)

摘要:目的:观察大网膜粘连综合征从痞满证论治的疗效。方法:将符合中医痞满证及大网膜粘连综合征诊断的共60例患者按就诊先后随机单盲分为治疗组30例、对照组30例。治疗组以加味五磨饮治疗,每日1剂,分2次温服;对照组以西医对症综合治疗,治疗组、对照组均以1周为一疗程。结果:治疗组总有效率为93.33%,对照组的总有效率为70.00%,经统计学分析有显著性差异($P < 0.05$)治疗组疗效明显优于对照组。结论:加味五磨饮对大网膜粘连综合征从痞满论治疗效肯定。

关键词:大网膜粘连综合征;痞满;中医药治疗

中图分类号:R 256.32 **文献标识码:**B

大网膜粘连综合征是指腹部炎症或手术后,大网膜与下腹部的脏器或壁层腹膜(往往是在切口下)相粘连所引起的特殊症状^[1]。西医治疗一般以促胃肠动力药、解痉药、物理治疗等;症状显著、病程长、明显影响健康和生活质量者,可考虑手术治疗。导师曹正柳教授根据患者临床症状和体征,从中医痞满证论治以加味五磨饮治疗大网膜粘连综合征30例,取得满意疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例来源

研究对象为2005年9月~2007年8月就诊于南昌大学第二附属医院中医科门诊患者,符合中医痞满证及大网膜粘连综合征诊断的患者60例。随机分成治疗组和对照组各30例。治疗组女26例,男4例;年龄30~65岁,平均 (38.6 ± 8.1) 岁;病程1~10年,平均 (4.5 ± 3.6) 年。对照组女27例,男3例;年龄31~63岁,平均 (39.1 ± 7.9) 岁;病程2~9年,平均 (4.8 ± 3.4) 年。两组年龄、病程及治疗前症状评分经统计学分析无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 中医痞满证诊断标准 参照普通高等教育中医药类规划教材第六版《中医内科学》。(1)自觉胃脘部痞塞、胀满或胀痛不适。(2)起病缓慢,时轻时重,反复发作在2个月以上。(3)发病常与饮食、情志、起居、寒温等诱因有关。凡具备(1)、(2)项,参考(3)项及其他症状、舌象、脉象即可诊断。

1.2.2 证候、疗效判定标准 参照《中药新药治疗痞满证的临床研究指导原则》制定。

(1)胃脘或脘腹胀满。轻度:轻微胀满,时作时止,不影响工作及休息;中度:胀满明显但可忍受,时有发作,影响工作及休息;重度:胀满难忍,持续不止,常需服理气消导药缓解。(2)胃脘疼痛。轻度:轻微胃痛,时作时止,不影响工作及休息;中度:胃痛可忍,发作频繁,影响工作及休息;重度:胃痛难忍,持续不止,常需服止痛药缓解。(3)饮食减少。轻度:食量减少1/4;中度:食量减少1/3;重度:食量减少1/2。(4)暖气。轻度:偶有暖气;中度:时有暖气;重度:频频暖气。(5)恶心。轻度:偶有恶心;中度:时有恶心,偶有呕吐;重度:频频恶心,时有呕吐。(6)大便不畅。轻度:大便略有不畅;中度:大便不畅;重度:大便明显不畅。(7)大便稀溏。轻度:大便不成形;中度:每日2~3次,便溏;重度:每日4次以上,便稀溏。按病情程度评分,无为0分,轻度为1分,中度为2分,重度为3分。

证候疗效判定标准

临床痊愈:症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 95\%$;显效:症状、体征明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$;有效:症状、体征均有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$;无效:症状、体征均无明显改善,甚或加重,证候积分减少不足30%。

证候积分(尼莫地平法) = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 $\times 100\%$ 。

1.2.3 大网膜粘连综合征诊断标准 根据腹部手

术及炎症史结合以下症状、体征及钡餐检查即可诊断。

临床症状、体征可归纳为三方面：(1) 胃肠道功能紊乱：可出现恶心、食后呕吐、腹胀等症状；(2) 横结肠梗阻症状：便秘比较突出，也常有阵发性绞痛，改变体位，蜷曲侧卧往往可以缓解；(3) 腹膜牵拉症状：有腹内牵拉感，以致不敢伸直躯干，走路常呈弯腰状。查体时相当于粘连处的下腹部有压痛，躯干过度伸直时，可引起切口瘢痕区及上腹深部疼痛和不适，检查者以手压瘢痕上缘，向下牵拉时可以引起相似疼痛和不适。

钡餐检查可发现右半横结肠扩张、固定、蠕动功能紊乱以及钡剂排空延迟等。

1.3 纳入标准

(1) 符合中医痞满证诊断标准。(2) 符合西医大网膜粘连综合征诊断标准。(3) 年龄 30~65 岁。

1.4 排除标准

(1) 合并有心血管、肺、肾及造血系统严重原发病，精神病患者。(2) 年龄在 30 岁以下或者 65 岁以上者，妊娠或哺乳期妇女。(3) 凡不符合纳入标准，未按规定用药，疗程未满 7 天，无法判断疗效者。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组 30 例以加味五磨饮治疗，加味五磨饮组成：花太白 15 g，枳实 15 g，沉香 4 g(碾末冲服)，木香 10 g，台乌药 12 g，炒麦、谷芽各 15 g，神曲 20 g，焦山楂 25 g，厚朴 15 g，炒莱菔子 30 g。若血瘀疼痛较明显者加蒲黄 15 g(布包煎)、五灵脂 10 g；若气滞腹胀甚者加降香 10 g；若大便秘结或大便不畅者加虎杖 25 g 或生大黄 6~10 g(泡服)；若舌苔厚腻者加薏苡仁 30 g、茯苓 30 g。每日 1 剂，分 2 次温服。对照组以西医对症综合治疗：促胃肠动力药、解痉药、物理治疗。两组均以 7 天为一疗程，服药期间停用其他对疗效判断有影响的药物。

2.2 观察指标

痞满证症状评分；总有效率。

2.3 统计方法

采用 SPSS13.0 统计软件系统，治疗前后及组间配对计量资料用 t 检验，率的比较用 χ^2 检验。

3 结果

治疗组治疗前症状评分为 (17.25 ± 3.53) ，治疗后为 (6.75 ± 2.56) ；对照组治疗前为 (16.54 ± 3.65) ，治疗后为 (9.35 ± 3.46) 。治疗组临床痊愈 17 例，显效 6 例，有效 5 例，无效 2 例，总有效率为

93.33%，对照组分别为 11、5、4、9 例，70.00%，经统计学分析有显著性差异 ($P < 0.05$)。

4 讨论

大网膜粘连综合征主要发生于腹部手术或炎症后，属于中医学“痞满”证范畴。“痞满”证临床可分为肝胃不和、饮食停滞、脾胃湿热、寒热错杂、脾胃虚弱等证型，治疗组、对照组 60 例均有腹部手术史，故其主要病因是腹部手术麻醉、创伤以致气滞血瘀，病久者可见气虚、脾虚、阴虚、气陷等兼夹证，但证候的主要病机仍属气滞血瘀，加味五磨饮是以行气、理气及通降等药物组成，并根据临床表现不同，血瘀疼痛者加失笑散活血化瘀；气滞明显者加降香降气；便秘者以虎杖或生大黄导下；湿困脾胃者加薏苡仁、茯苓健脾渗湿，故可取得满意疗效。

大网膜粘连综合征历来缺乏特定有效的治疗方法，导师曹正柳教授结合多年临床经验认为，腹部外科手术产生的大网膜粘连综合征，确属于中医学“痞满”证范畴，但又有别于传统分型，因其主要病因是腹部手术麻醉、创伤以致气滞血瘀，故应辨证为气滞血瘀证型，治疗以活血化瘀，行气消滞，可获满意疗效。对于症状显著、明显影响健康和生活质量，或因粘连而致肠梗阻者，可行手术治疗，切除部分大网膜，解除对横结肠的压迫或牵拉，并使保留部分的游离段不致再与原粘连处愈着，多数可获满意效果。但有的病例症状多而体征少，手术后可以仍有症状，若再次手术又可能产生新的粘连，再手术必需十分慎重。本证往往缠绵难愈，不论中医、西医目前均无特定有效的治疗方法，临床近期痊愈后每易复发，根据长期临床观察其复发常因情志所伤、感受风寒、饮食失调密切相关。国外的基础研究资料显示，焦虑抑郁情绪可降低患者对内脏痛觉的阈值，使患者将正常的生理活动感觉为异常的疾病症状^[2]。因此，在治疗的同时应进行必要的心理疏导及饮食、生活注意事项的指导，舒情志，避风寒，调饮食。这样才能既可提高近期临床治愈率，又可巩固及达到远期临床治愈效果。

参考文献

- [1] 吴阶平, 裘法祖. 黄家驷外科学[M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 1994: 984.
- [2] Mechanic D. Adolescent health and illness behavior: review of the literature and new hypothesis for study of stress[J]. J Hum stress, 1983, 9(2): 4-13.

(收稿日期: 2008-03-13)