



恶性肠梗阻中西医诊疗研究进展

刘文嘉¹, 郑集美¹, 吴飞鹏¹, 郑子超¹, 郑毓智¹, 林寒秋¹, 陈武进^{2*}

(1. 福建中医药大学, 福建 福州 350122; 2. 福建中医药大学附属人民医院 肿瘤内科, 福建 福州 350004)

摘要: 恶性肠梗阻又称癌性肠梗阻, 为晚期恶性肿瘤患者的常见并发症, 是临床治疗的难点, 该病直接威胁患者生命。随着MBO患者的不断增多, 医疗人员也不断对此类病情进行了更为深入广泛的研究。笔者通过对国内外大量文献的阅读, 对恶性肠梗阻中西医诊疗研究近况进行总结。

关键词: 恶性肠梗阻; 西医治疗; 中医治疗

中图分类号: R273

文献标识码: A

DOI: 10.3969/j.issn.1671-3141.2022.53.002

本文引用格式: 刘文嘉, 郑集美, 吴飞鹏, 等. 恶性肠梗阻中西医诊疗研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘, 2022, 22(053): 8-14.

0 引言

恶性肠梗阻英文简称“MBO”(Obstruction Bowel Malignant), 常在癌细胞扩散后的病人身上出现, 伴随着原发性以及转移性的肿瘤危害着病人的身体, 使得病人免疫力下降甚至引发死亡。MBO概念多样化, 主要是指肿瘤恶化侵犯患者体内的肠道, 引发患者肠道功能性受损。据报道, 10%-50%的癌症患者会在终末期出现MBO。患有MBO的患者不能进食、腹痛、腹胀、恶心和呕吐, 导致生活质量差(Quality of Life)、压力和情绪问题。MBO患者的主要治疗目标是对于不能手术的患者起到缓解症状、恢复食物摄入和改善营养的作用^[1]。

1 恶性肠梗阻分类

恶性肠梗阻是原发性或转移性恶性肿瘤造成的肠道梗阻, 是晚期癌症患者的常见并发症, 因此极易引发患者体内机械性肠道阻塞的危险, 作为一种恶性肿瘤类疾病, MBO有隐蔽性, 加大了患者的诊疗难度。并且MBO并不会

时长伴随癌细胞的扩散而出现, 一些肠道阻塞等梗阻也属于恶性肠梗阻类疾病。

恶性肠梗阻按病因分为癌性和非癌性, 按病理分为机械性和功能性。具体性状主要有机械性和功能性的区别。机械性疾病相较于后者频发程度高, 亚型种类繁多譬如由原发肿瘤或复发、肠系膜和网膜肿块、腹腔或盆腔粘连、放疗后纤维化等引起的管腔外源性闭塞; 肠管腔内阻塞, 由肠管内息肉样病变和肿瘤生长引起; 以及管腔的壁内阻塞, 例如肠壁内的肠壁炎和肿瘤生长, 导致运动性差。而功能性疾病的发病机理相较于前者有所不同, 主要是由于肿瘤感染导致的患者肠运动异常从而引发的阻塞, 主要亚型有肿瘤侵袭引起的肠运动障碍、副肿瘤综合征的神经性改变、癌旁假性肠梗阻、慢性假性肠梗阻以及化疗药物的神经毒性作用引起的麻痹性肠梗阻^[2]。

2 恶性肠梗阻诊断

国内外学者对于恶性肠梗阻的研究不断深入, 并形成了一致的; 诊疗原则: (1)患者存在的肿瘤患病经历; (2)患者在患病期内进行过一

作者简介: 刘文嘉(1997-), 女, 福建中医药大学硕士研究生, 研究方向: 中医辨治肿瘤疾病的理论与临床。

通信作者*: 陈武进(1970-), 男, 福建中医药大学附属人民医院主任医师, 硕士生导师, 研究方向: 肿瘤疾病中西医结合临床。

系列的手术化疗、放疗等操作；(3)患者患病期间出现肠胃不适、肠道肿胀并伴随恶心干呕的现象，排便不通畅，消化不良；(4)查体可有胃肠型、腹部压痛、反跳痛、腹肌紧张，肠鸣音亢进或消失；(5)使用科技设备对患者腹部检查时出现的肠胃运动异常、腹腔内部空间发生变化^[3]。

在对患者诊疗恶性肠梗阻类疾病时，应从患者患病经历中确定重要线索，然后从专业角度在患者的病理组织学类型，分化程度以及基因类型等方面上实施评估，并进一步采取相应的医疗步骤；此外，医生还应明确患者的临床分期，明确病灶的部位、浸润深度等情况；医生应对患者实验血清中进行肿瘤标志物的水平医疗检验；通过这些观察和探究，从而确定出患者发病位置是否存在着梗阻现象。

辅助的检查过程中，为了更进一步收集患者的患病情况资料，使用立位腹平片的方法对患者探究，以便了解到病人肠道出现的梗阻程度。使用电子计算机断层扫描技术可以节省肠梗阻诊断的时间，并精确地掌握出患者肠道出现的异常状况，为医生提供详细而准确的临床资料。医生可以通过收集到的信息实施初次评估，建立起一套有效的治疗机制。

3 恶性肠梗阻治疗

对于恶性肠梗阻治疗手段应结合患者患病程度进行选取，患病较轻的，能手术解除的采取药物和营养手段治疗，患病较重的，无法通过手术解除的采取手术和中医治疗，必要时还应对患病部位进行减压调节处理，在前人的探究基础上，总结出以下关于恶性肠梗阻的最新成果。

3.1 西医治疗研究进展

3.1.1 手术治疗

恶性肠梗阻诊疗手段种类繁多，主要包括经皮胃镜下造口术、自膨式金属支架治疗、鼻胃管治疗等技术。在这些方式中，手术治疗可以有效缓解病人的发病状况，对于身体状况

良好、能够承受外科手术创伤的患者，一直建议通过外科手术重建胃肠道血流，缓解消化系统阻塞。^[4]主要术式有根治性手术、姑息性手术、捷径手术、胃肠造口术等。杨士民等^[5]提出在使用MBO手段治疗过程中，结合患者自身患病程度选择不同的方式，比如当患者发病程度较低时，病情仅局限于以肠道为主的空间，这时在其他改善手段的基础上，再次进行手术处理，祛除患者体内的肿瘤，防止癌细胞扩散。而当患者发病程度较高时，医院会采取应急措施，在规定时间内评估患者的病情以及病人的状态，在其家属签订协议后选择合理的处理方式。一些患者无法再次进行手术，或者由于最近腹部肿瘤状态恶劣、伴多段梗阻存留肠道时间过长、无法有效去除腹部弥漫性肿瘤而导致的病情不容乐观的患者，需避免手术处理。陆震等^[6]对27例消化道肿瘤导致的MBO患者行姑息性手术，而实验结果表明，有20名病人在手术后得到了明显恢复，其余的7名病人则无恢复效果，其中含3名吻合口漏病人，1名病人死亡。由此得出手术治疗的方式能够有效缓解由于恶性肠梗阻肿瘤恶化而造成的影响，但是如果无法将手术治疗手段合理运用到病人身上，那么这些不符合手术条件的病人情况将会更加恶化，从而对后期的治疗造成隐患。因此在使用这种方式前，应提前了解病人的患病历史以及身体状况，防止让手术治疗手段成为患者的负担。

3.1.2 药物治疗

药物治疗以减轻患者疼痛感和不适感作为核心目标，在治疗恶性肠梗阻时被广泛使用，针对恶性肠梗阻患者的恶心呕吐、腹痛腹胀症状，临床上常用减压、灌肠、止痛、止吐、激素、抗内分泌药物。

(1) 止痛药 MBO 患者疼痛症状主要有两方面缘由，首先是病情恶化，导致肿瘤增大，患者此时表现出的是连续性神经疼痛，这是由于肿瘤阻碍了患者神经细胞运动。其次就



是由于癌细胞扩散，导致患者肠道阻塞，无法有效的对物质进行吸收和代谢，从而造成肠胃疼痛，为断续性疼痛。为了解决这类疼痛，通常使用阿片类止痛药解决患者的疼痛感，短期内安抚患者的紧张情绪。医生可以结合患者病情选择性的采取自主口服或注射的服药方式。徐晓妹等^[7]通过大量的实验得出芬太尼在治疗MBO的过程中能够有效替代吗啡镇痛的作用，而且这类药物效果更加，防止由于使用过量而造成的负面影响。一些用药敏感性患者在服用后会出现短暂的头晕呕吐现象属正常现象。芬太尼药物可以被有效地作用于相关神经细胞上，并且不参与肠道的新陈代谢，可以有效避免肠道受到药物的影响而导致的患者病情不佳。王飞等^[8]在临床实践中发现即便经过内科积极治疗，一部分MBO病人在临终前仍会出现剧烈持续性腹痛，单用强阿片类药物（如盐酸吗啡注射液）或抗胆碱类药物（如盐酸消旋山莨菪碱）疼痛不能缓解。吗啡为纯粹的阿片受体激动剂，有强大的镇痛作用和明显的镇静作用，并且能够加强体内平滑肌的弹性，让体内循环通畅，气管和胆道等都可以增大代谢速率，加快血液流动，让患者疼痛感减少；可以有效地防止患者神经疼痛、肠胃阻塞，还能够使得瞳孔减少，有效控制患者眼睛压力和视力等。此外，阿托品药物还能够与吗啡按照一定比例混合使用，例如先加入10mg吗啡半小时后再次加入0.5mg阿托品，可以增强治愈效果。

(2) 止吐药 对于行胃肠减压后仍有呕吐症状的MBO患者可以给予止吐药物，具体种类如下所示。①中枢止吐药。此种药品可以与人体内呕吐相关受体产生作用，麻痹呕吐相关器官，避免产生应激性反应出现呕吐现象。比如氯丙嗪、氟哌啶醇等药物能够有效起到止吐作用；②促动力药。此种药物可以加快患者体内肠胃运动，可以有效作用于患病程度较轻的病人身上。一些恶性肠梗阻药物譬如多潘立酮、甲氧氯普胺等能够作为患者的促动力药进

行服用。此外甲氧氯普不仅能够充当促动力药物，还能够充当中枢止吐药物；③类固醇药物。此类药物譬如地塞米松等通畅采用皮下静脉注射的方式为患者服用，有效控制住患者的呕吐现象，然而此类药物含有一定的副作用，使用量大于15mg后，极易产生患者的免疫性消除等副作用，进而加重病情，应权衡利弊使用。

(3) 抗内分泌药 抗内分泌药物能够阻碍患者体内代谢的状态，从而影响肠道的蠕动状态，避免由于蠕动性过强引起的恶性肠梗阻症状加深。使用抗内分泌药的效果明显优于抗胆碱类药物，常用的有奥曲肽和神经激素。李博^[9]等通过大量实验得出常规对症联合生长抑素治疗恶性肠梗阻及术后早期炎性肠梗阻的临床效果确切生长抑素作为一种神经激素，能够有效作用于患者神经细胞，并影响肠胃蠕动状态，从而防止肠胃进一步发炎肿胀，从生理学上来说影响着患者体内的活性肽和胃酸等，有效将患者血液浓度控制在合理范围内，避免血液流动不畅通和肠胃拥堵等现象。此外，使用此类神经激素还能够对患恶性肿瘤的病人以及采取手术治疗手段后的病人进行神经抑制，防止癌细胞进一步扩散，并在减慢人体代谢速率的基础上影响瘤体的增长。对患者不仅采取一般性治疗手段，还应结合神经激素疗法，能够最大程度上改善患者的病情，有效减缓患者的疼痛感以及不适感，从而保证其生命安全^[9]。

人们对于抗内分泌药尤其是十四肽生长抑素的求大于供，因此采用人工合成的技术研制出了一种八肽化合物奥曲肽，可以有效地对生长抑素进行替代。这种新型合成激素可以更大程度上抑制体内的血量，和体内自然状态下的生长激素比较，半衰期较长。对内脏器官血液流量、激素分泌的减少有显著的效果，并且能够对患者体内激素反应进行抑制。郑洪伟^[10]研究表明使用一般疗法并加入合成的奥曲肽向患者下皮注射后治疗效果更佳。通过将这种人工合成抗内分泌药泵入静脉中，对患者治疗恶性肠梗阻有着较深的影响。李小珍等^[11]研究表明

人工合成抗内分泌药可以极大减少患者在MBO病情严重的情况下引发死亡的几率,因为奥曲肽能够有效结合生物机理,平衡体内各种物质。在对这些患者进行药物服用的过程中,患者状态良好,因此也间接表明奥曲肽副作用极小,能够放心使用。

3.2 营养支持

MBO患者由于消化道梗阻的存在,大多患者仅能进食少量食物或无法进食,需要给予适当的营养支持及补液治疗,可给予适量的碳水化合物、氨基酸、脂质、维生素、微量元素等以维持机体代谢需要。周蕊、朱翠凤^[12]提出MBO属于肠内营养的禁忌证之一,患者无法经消化道满足正常人体需要,因此肠外营养应作为主要的能量来源,使胃肠道得到充分休息。肠外营养的通路分为经外周静脉及经中心静脉途径。应对患者的病情、肠外营养溶液的渗透压、预计使用时间、血管条件和护理环境等因素进行充分考虑,选择合适通路。MBO患者可能因营养通道受阻,以及多已进行过多次化疗、一次甚至多次的手术治疗和放射治疗,多数进展为重度营养不良和恶液质,需要长期肠外营养,推荐经中心静脉进行肠外营养。张永胜等^[13]对恶性肠梗阻的通路选择提出营养通路的建立应以提高患者生活质量为目标,综合考虑梗阻部位、肿瘤类型、患者预期生存时间、经济条件等因素,进行个体化的选择。

3.3 胃肠减压

一般临床减压手段主要包括鼻胃管引流、经鼻肠梗阻导管引流和经肛肠梗阻导管引流。对于鼻胃管引流的方式来说,使用这种手段极大的缓解了患者的肠道阻塞情况,防止胃排空延迟。经鼻肠梗阻导管引流的手段则是聚集肠道内容物,并利用导管给胃肠减压,防止胃肠阻塞,加快体内血管新陈代谢,改善胃肠运动状态,缓解病人存在的异常状况。经肛肠梗阻导管引流的方式应用于结、直肠,主要被低位梗阻的患者所使用,为了大幅度给胃肠减压,可以使用一般性灌肠类药物结合医疗技术进行

内容物排出,降低病人的干呕、恶心等症状。

4 中医治疗研究进展

中医古籍无关于MBO的专门论著,但根据其症状表现,该病与肠结、便秘、呕吐、腹痛相类似。《内经·灵枢》中描述:“饮食不下……腹中肠鸣,气上冲胸,喘不能久立,邪在大肠”、“大肠胀者,鸣而痛濯濯”,该描述与MBO腹胀、腹痛、纳差、肠鸣音亢进类似。《伤寒杂病论》中描述:“阳明病,谵语,有潮热,反不能食者,胃中必有燥屎五六枚;也若能食者,但硬耳,宜大承气汤下之”。《医学衷中参西录》有“饮食停于肠中,结而不下作疼,故名肠结”之说。该病病位在胃肠,与肺、脾关系密切,病因多样,其病理基础为痰淤互结,脏腑不通,属本虚标实之证。肠腑气机阻滞是关键病机,即在脾胃亏虚,正气不足的基础上,感受寒毒之邪,出现湿浊、痰毒、淤血等病理产物,互相蕴结,阻滞肠道气机,上下格拒不通,受盛传化受阻而发病。主要以扶正祛邪,行气通腑为治则。实际治疗中应根据患者症状及一般情况的差异,选取不同的治疗方法。常用的中医治法有中药内服、中药灌肠、中药贴敷、针灸等。

4.1 中药内服法

使用中药内服法主要应用于病情严重的梗阻患者,一些患者肠胃功能部分丧失,医生对其进行了常规性诊疗,在整个化疗过程中,患者的肠胃代谢状态会由慢加快,逐渐恢复至正常状态,此时再加入中药的手段,可以为患者提供良好的保障。中医认为,MBO患者常被“气”和“血”所阻滞。如果“气”和“血”受到约束,则“邪热”被保留,因此湿气阻碍“气”的运动,阻断“水和食物”的运行^[14]。

宋媛媛等^[15]观察麻子仁汤加减口服加灌肠治疗恶性肠梗阻的临床疗效,结果表明恶性肠梗阻患者治疗上应在行气通腑、化痰解毒的同

时给予健脾补虚布津以润肠，麻子仁汤加减配合西医治疗能够明显解决由于肿瘤导致的肠胃功能部分丧失的问题，极大改善患者状态，减少病情加重的风险。现代中药内服法通常将大承气汤作为主要药材，主治阳明腑实证，有峻下热结之功效，然而对于MBO病人则效果不佳。绝大多数患者在诊疗时期已经处于癌细胞扩散后期，此时由于药物副作用导致脾虚胃寒使得胃中津液枯竭，脾虚胃寒状况持久导致运化作用减弱，从而使得代谢异常，结、直肠阻塞，大便无法被排出体外。将张仲景所作《伤寒杂病论》作为本次中药内服依据，与“脾约证”的发病机理基本相似，可以将主要药材加之麻子仁、杏仁、芍药、蜂蜜，便于肠道蠕动，避免脾虚胃寒，乃中药一味良剂。

许礼见等^[16]认为对于肿瘤细胞扩散的病人导致脾、肾虚的原因主要在于其阳气缺乏，体内阴寒毒素无法排除，残留体内，便可加之活血化痰药材，有正气调养之用，将气血补足，加强身体运化。整个过程中，阳气的充足可以冲散毒素的滞留，并在舒筋壮阳的作用下减少虚火导致的失衡。益火为体内带来化湿之用，在身体的有机运转之下，消除体内一切杂病，并能增强免疫机制，消散癌肿。

周兰等^[17]用辛开苦降法治疗MBO，并将MBO的发病机理解释为体内长期存在的痰浊、毒滞、正气不足等导致的机能不调，浊阴不降，主要发作器官与胃肠紧密关联。对于此类状况，可采用辛开苦降药方祛除体内湿气，并在苦药的调理下，达到正气的效果。此类辛味之法便能起到壮阳固肾之用，并祛除体内潮湿阴气，以达到化痰降逆效果，疏通肺腑之气。辛开苦降，脾胃虚寒顿无，清浊回归，机理协调。

4.2 中药灌肠

此类治疗之法历史悠久，效果极佳，主要见于张子和《儒门事亲》，书中指出，中药灌肠之法可为“下”法，使用主要灌肠药物配方加之辅药熬制而成，并取其净化，灌入患者直

肠之中，此之为“下”，现代灌肠则以其为基础，采用肠道吸收的原理对患者进行医治。胃肠梗阻是MBO发病机理，因此如果在发病过程中摄入难以消化的食物或水分，极易导致患者出现消化不良甚至剧烈绞痛。灌肠之理符合直肠结构存在的静脉组织，其表面存在的薄膜能够快速新陈代谢，与胃肠薄膜相通，以灌肠的技术自然融入胃肠血液中，达到中药最佳的效用。

李柏等^[18]选用通腑降气的经典方大承气汤即生大黄、芒硝、枳实、厚朴为基本方。腑属阳，以气为用。故方中加用补气行气的太子参、黄芪、木香、焦槟榔。恶性肠梗阻的形成可能与肿瘤侵犯和播散导致的粘连、压迫、肠道瘀血等，或因手术或放疗后肠粘连、低钾血症、体力虚弱、止痛药物所致的胃肠蠕动缓慢等多因素相关。对于疼痛比较明显的患者，分析其病理机转为气滞、血瘀、毒蕴等。因此，在前方的基础上，加用白芍、醋延胡索以养肝行气，加桃仁、全蝎、露蜂房以活血、解毒、通络而止痛，加甘草以和药、助缓急之力，并调养中气。通腑降气的中药内服可以缓和患者病情，并大幅度减少患者的死亡几率。刘济、韩媛媛等^[19]使用经典药方熬制中药，取其精华，选取40名MBO发病患者进行内服实验，结果表明存在26名患者症状完全改善，11名患者有效改善，作用效果达到了九成以上，而无效病人只存在3名，表明使用经典中药内服药方可以有效防止MBO病情的恶化，并起到了极为显著的作用。按照目前医疗经验来看，以大承气汤作为主要药方的经典中药可以满足现代医学中的绝大部分治疗目的，不仅增强了肠胃运化程度，还能使肠胃新陈代谢状态恢复明显，解决了胃肠水肿等问题，为患者提供了极高的免疫力。赵良辰等^[20]总结了以方灿途教授为基础的自创型复方积雪草灌肠方法，并在实验中证实了医疗作用。恶性肠梗阻病位在肠，胃肠存在多种异常情况，寒气、湿气等滞留体内，血液不通，消化不良致使肠胃梗阻现象出现，出

现水肿以及潴留的现象，直肠无法排出毒物，引发更严重的病情。复方积雪草灌肠剂方中，积雪草清热利湿，解毒消肿；有活血化瘀之用，疏通肠胃，祛除体内浊气，清气回归。药材中含有的凉性药物能够中和脾胃出现的虚火，并化解毒素积淀；软活胃肠结石，益火消除滞留寒气与湿气，苦参逐水除痈。辛苦合用，调节身体阴阳之气，使气机通调、升降平衡。

4.3 穴位贴敷

穴位贴敷法依然是现代医学中解决恶性胃肠梗塞时常采用的疗法，脐中为神阙穴，神阙属任脉，任脉为阴脉之海，与督脉互为表里，主诸经百脉，冲、任二脉循环均过脐，且任、督、冲三脉同源三歧，脐与诸经脉相连，因此能够利用神阙穴位贴敷法通络血液，以调理肺腑之气。按照目前医学原理，能够推出患者肚脐部位属弱性，并含有与肠胃紧密相连的重要组织，因此在脐部进行药物的贴敷能够有效将药物流入胃肠部位，故中药敷脐治疗应用广泛。

董晓利等^[21]将贴敷所用药材进行一定程度的研磨，并加入混合粘性药物将粉末熬制糊状，制成以大黄、厚朴、枳实各10g，木香15g、半夏12g、冰片6g的敷贴，24小时重新贴敷一次，一周为一个诊疗过程。使用此种混合药物进行敷贴，有效减轻了患者的不适感，并加快了肠胃的蠕动速率，使得患者胃肠更易于吸收，整个疗程内患者症状得到了明显的改善。研究表明穴位贴敷能较快缓解患者症状，且安全，为恶性肠梗阻的治疗提供了新思路。

张康梅^[22]则选取木香、乌药、生白术、莱菔子等十味药方进行粉末研磨处理，并加入半升水分将粉末搅拌至糊状，大火烹煮冷却，加入适量香油。在对患者进行贴敷前，需要排除影响药效的因素，对脐部周围杀菌处理，从表面开始均匀涂抹，药物待干后实施包扎，每天两次重复涂抹包扎，每次5~6 h，7 d为1个疗程。治疗后两组腹痛、腹胀、便秘评分均低于治疗前，两组KPS评分高于治疗前。加味六磨

汤敷脐治疗恶性肠梗阻可增进疗效，减轻胃肠道症状。

4.4 针灸

随着针灸技术的不断传承与发扬，越来越多的人相信针灸对于MBO的疗效，恶性胃肠梗塞涉及到脾、胃、肾等多个器官，因此选取特定穴位进行针灸处理可以缓解胃肠压力。针灸的发展历史悠久，从最初的热熨发展到了如今的电疗，可以有效改善患者的肠胃蠕动情况，加强平滑肌的弹性，刺激肠胃运动神经，以达到促进新陈代谢以及血液流通的效果。^[23]对于恶性胃肠梗塞的针灸治疗，需要找到足三里穴位以及上、下巨虚穴位，必要时还应对大小肠有关穴位进行治疗。辨证为实者的手段主要将泻作为针灸方式，长针滞留时间长久，并产生极大的刺激效果，辨证为虚者的手段多半以温热长针作为主要工具，给予适中刺激。王慧明等^[24]在统计学原理的基础上选取了64名患有恶性胃肠梗塞典型患者，分为数量相同的两组进行实验探究，实验组在以西医为治疗理念的基础上加入针灸中医理念，取穴合谷、天枢、气海、足三里、上巨墟等穴；对患者实施针灸治疗时，会结合患者具体病情进行穴位筛选，诸如加入内关穴、中脘穴、太冲穴等。通过针灸发现在西方医学的基础上加入针灸中医治疗理念，能够将治疗有效率提高二十多个百分点，符合统计学原理。吕鹏等在统计学原理的基础上选取了60名患有恶性胃肠梗塞典型患者，分为数量相同的两组进行实验探究，与对照组不同的是，实验组用针灸疗法分别对患者的三里穴、内关穴、阳陵泉穴和上巨虚穴，实验数据表明实验组效果明显强于对照组，具体呈现在胃肠活络通气上。

MBO为晚期恶性肿瘤患者的常见并发症，是临床治疗的难点，该病直接威胁患者生命。随着MBO患者的不断增多，医疗人员也不断对此类病情进行了更为深入广泛的研究，目前尚未找到根除症状的方法。上述医疗手段仅



仅用于对于患者症状的改善,无法彻底解决患者胃肠阻塞的问题。在对患者进行治疗前,应结合患者所处实际情况采取一定的评估手段,并选取相应的医疗手段对患者实施化疗。一些治疗手段尚存在欠缺,因此对于MBO的治疗无法形成一套有效完整的体系,需要今后加大力度对其探究。

参考文献

[1] Peng-Ju, Chen Lin, Wang Yi-Fan, et al. Surgical intervention for malignant bowel obstruction caused by gastrointestinal malignancies[J]. 世界胃肠肿瘤学杂志:英文版(电子版), 2020,12(3): 9.

[2] Javier C, David W Cescon, Hope S Rugo, et al. Pembrolizumab plus chemotherapy versus placebo plus chemotherapy for previously untreated locally recurrent inoperable or metastatic triple-negative breast cancer (KEYNOTE-355): a randomised, placebo-controlled, double-blind, phase 3 clinical trial - Scien[J]. The Lancet ,2020, 396(10265):1817-1828.

[3] 赵禹博, 王锡山. 恶性肠梗阻的诊断与治疗[J]. 中华结直肠疾病电子杂志, 2015(5):2.

[4] Yu K, Liu L, Zhang X, et al. Surgical and Conservative Management of Malignant Bowel Obstruction: Outcome and Prognostic Factors[J]. Cancer Management and Research ,2020,12:7797-7803.

[5] 杨士民, 恶性肠梗阻的外科治疗进展[J]. 山东医药, 2015. 55(34): 99-101.

[6] 陆震, 徐阿曼, 袁笑, 等. 消化道肿瘤术后恶性肠梗阻姑息性手术27例分析[J]. 安徽医药, 2016, 20(5):2.951-952.

[7] 徐晓妹, 张传涛. 芬太尼透皮贴剂治疗伴肠梗阻的中重度癌痛患者的疗效观察[J]. 中国疼痛医学杂志, 2013(3):185-186.

[8] 王飞, 张建伟, 亢玺刚, 等. 盐酸吗啡联合阿托品对终末期恶性肠梗阻病人的镇痛治疗[J]. 中国疼痛医学杂志, 2020,26(11): 877-878+880.

[9] 李博, 生长抑素在治疗恶性肠梗阻及术后早期炎

性肠梗阻中的应用分析[J]. 中国现代药物应用, 2020,14(19): 136-138.

[10] 郑洪伟. 奥曲肽持续静脉泵入治疗恶性肠梗阻血清学指标和胃肠功能指标变化的研究[J]. 中国医药指南, 2020, 18(07): 62-63.

[11] 李小珍. 奥曲肽在胃肠道肿瘤所致恶性肠梗阻治疗中的效果观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2019, 39(07): 10-11.

[12] 周蕊, 朱翠凤. 恶性肠梗阻的营养治疗策略[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2020, 7(3):5.375-379.

[13] 张勇胜, 刘砾砾, 陈俊强. 恶性肠梗阻营养通路的选择[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2020, 7(03): 272-275+250.

[14] Qi X, Shimin Y, Yu W. The effect of compound Da-Cheng-Qi Decoction on the treatment of malignant bowel obstruction with transnasal ileus tube - ScienceDirect[J]. Complementary Therapies in Clinical Practice ,2021,43:10316.

[15] 宋媛媛, 常靖, 许鹏. 麻子仁汤加减治疗恶性肠梗阻临床研究[J]. 中医学报, 2016,31(10): 1445-1448.

[16] 许礼见, 舒继承, 张庆乾. 益火补土法在恶性肠梗阻中的运用[J]. 新中医, 2017,49(12): 181-183.

[17] 周兰. 辛开苦降法辨治恶性肠梗阻[J]. 河南中医, 2020,40(01): 43-46.

[18] 李柏, 田同儒, 茹淑瑛, 等. 通腑理气方灌肠治疗恶性肠梗阻19例[J]. 河南中医, 2015,35(12): 3098-3099.

[19] 刘济, 韩媛媛. 大承气汤保留灌肠治疗恶性肠梗阻40例疗效观察[J]. 北方药学, 2017,14(10): 80-81.

[20] 赵良辰. “复方积雪草灌肠剂”治疗恶性肠梗阻[J]. 江苏中医药, 2020,52(12): 76-77.

[21] 董晓利, 王霞, 周淑文, 等. 穴位敷贴联合生长抑素治疗恶性肠梗阻疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2019,28(12):3.1313-1315.

[22] 张康梅. 加味六磨汤敷脐治疗恶性肠梗阻临床疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2016, 16(08): 34-35.

[23] 吕鹏, 张居元, 周振理. 电针促进腹部手术后胃肠功能恢复60例[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2012, 18(1):82-83.

[24] 王慧明, 谭晶, 周广申. 针刺治疗癌性不全肠梗阻[J]. 针灸临床杂志, 2010,26(09): 26.