

合用,可化湿开郁。诸药合用具有调肝理脾、通腑效果。经本次研究发现,2 组患者经治疗后,临床肠道症状及生活质量均得到改善,但观察组改善更为显著,说明采用疏肝理气通便法治疗可有效调节患者情志,保持患者脏腑气机调畅,同时可促进患者脾胃气机升降,提高其胃肠对食物的消化、吸收功能,从而改善患者肠道功能。观察组疗效明显优于对照组,说明治疗后患者肠道等各项功能均得到改善,从而减轻患者痛苦,最终提高患者各项生活质量。

总之,临床采用疏肝理气通便法辅助治疗便秘型肠易激综合征患者,具有较好疗效,且较好地发挥中药治疗优势,因此值得进一步研究与推广,以更好地为患者服务。

#### [参考文献]

- [1] 姚欣,杨云生,赵卡.罗马标准研究肠易激综合征临床特点及亚型[J].世界华人消化杂志,2008,16(5):563-566.
- [2] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002.
- [3] 王红妹,李鲁,沈毅.中文版 SF-36 量表用于杭州市区居民生命质量研究[J].中华预防医学杂志,2001,35:428-430.
- [4] 刘阳,朱叶珊,陈彤君.中医治疗便秘型肠易激综合征临床疗效观察[J].中华中医药杂志,2010,25(11):1913-1915.
- [5] 赵红波,范娴娴,吴晓晶,等.健脾厚肠法联合针灸治疗脾胃湿阻证腹泻型肠易激综合征临床观察[J].新中医,2013,45(4):124-127.
- [6] 胡庆昌,张凤敏.柴胡桂枝干姜汤治疗腹泻型肠易激综合征疗效观察[J].新中医,2014,46(1):62-63.
- [7] 王瑞,鲁岚,李颖伟,等.赤芍与白芍的药理作用比较[J].中国实验方剂学杂志,2010,16(7):112-114.

(责任编辑:骆欢欢,李海霞)

## 中西医综合措施对胃肠术后胃肠功能恢复的影响

庄增红

彭州市人民医院,四川 彭州 611930

**[摘要]** 目的:观察中西医综合措施对胃肠术后胃肠功能恢复的影响。方法:将 100 例胃肠术后患者采用随机数字表法分为对照组和中西医结合组各 50 例。对照组术后采用常规西医综合措施,中西医结合组在对照组的基础上采用中药敷贴神阙穴联合针灸进行治疗。疗程 5 天。记录术后肠鸣音恢复时间、术后首次排气、排便时间、首次进食流质时间;于术后第 1、2、3、5 天评价主要症状、体征评分。结果:中西医结合组疗效优于对照组 ( $P < 0.05$ );中西医结合组术后肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间及进食流质时间均短于对照组 ( $P < 0.01$ );术后第 2 天开始,2 组主要症状、体征评分均逐渐下降 ( $P < 0.01$ ),中西医结合组在术后第 2、3、5 天,主要症状、体征评分均低于对照组 ( $P < 0.01$ )。结论:采用中药敷贴神阙穴联合针灸与常规西医干预的中西医综合措施能促进胃肠术后患者的胃肠功能恢复。

**[关键词]** 腹部手术;胃肠功能紊乱;中药敷贴;神阙;针灸

**[中图分类号]** R619;R574.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 04-0086-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.041

胃肠术后胃肠功能紊乱是常见的近期并发症,与麻醉、手术创伤、术中牵拉、腹腔开放、热量散发、腹腔内炎症、残留积血或引流管的机械刺激等综合因素有关,表现为肠蠕动减弱或消失,甚至出现术后肛门排气排便功能障碍,是影响术后疗

效的主要原因之一<sup>[1]</sup>。术后胃肠功能的恢复是围手术期康复的重要环节,加快胃肠功能恢复,以防止水、电解质、酸碱平衡紊乱,减少术后并发症,直接关系到患者的术后康复和预后,具有重要的临床意义<sup>[2]</sup>。笔者在西医常规治疗的基础上采用中

**[收稿日期]** 2014-12-11

**[作者简介]** 庄增红 (1978-),女,主管护师,研究方向:临床护理。

药敷贴神阙穴与针灸联合使用,对促进术后胃肠功能恢复起到较好的疗效,报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 共选择2012年10月—2014年3月在本院外科行胃肠手术的100例患者作为研究对象。采用随机数字表法分为对照组和中西医结合组各50例。对照组男27例,女23例;年龄22~65岁,平均(38.7±12.4)岁;手术部位:胃部18例,小肠7例,结肠17例,直肠8例;手术方式:开腹手术35例,腹腔镜手术15例;麻醉方式:全身麻醉39例,椎管内麻醉11例。中西医结合组男30例,女20例;年龄19~61岁,平均(40.1±13.8)岁;手术部位:胃部15例,小肠9例,结肠20例,直肠6例;手术方式:开腹手术41例,腹腔镜手术9例;麻醉方式:全身麻醉35例,椎管内麻醉15例。2组性别、年龄、手术部位、麻醉方式等一般资料比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

1.2 纳入标准 各种常见的胃肠手术后; 年龄18~65岁; 手术时间 $< 4$ h,麻醉时间 $< 6$ h; 既往无其他腹部手术史者; 取得患者知情同意。

1.3 排除标准 恶性肿瘤,极度虚弱的患者; 合并严重心、肝、肾、肺等系统性疾病者; 精神病患者; 妊娠、哺乳期妇女; 严重过敏体质者; 晕针及不愿意采用中药治疗者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用快速康复措施:术前8h禁食,2h禁饮;术前常规胃肠准备;术后常规留置胃管、尿管、腹腔引流管,胃管在自主肛门排气后再拔除,腹腔引流管留置3~5天,引流管拔除完毕后再下床活动;排气后给予流质饮食;肠鸣音恢复后经肠内营养支持;常规给予补液,维持水、电解质、酸碱平衡,予广谱抗生素及一般对症处理等综合措施。

2.2 中西医结合组 在对照组治疗的基础上采用: 中药敷贴神阙穴,药物组成:乌药、吴茱萸、木香、厚朴、丹参各30g,大黄15g。按上述比例打细粉备用,于术后3h开始,每次取40g,用水调成糊状,敷于神阙穴(肚脐),每次持续4~6h,每天2次。 针灸:针刺取穴:三阴交、太冲、阴陵泉、天枢、上巨虚、下巨虚。方法:常规消毒皮肤,用2寸毫针刺进针,提插捻转,予以强刺激,以出现酸、麻、胀感为得气。得气后留针30min,每10min提插捻转1次,每天1次。灸法取穴:足三里、中脘,每穴施灸约15min,以局部皮肤红晕为度。每天1次。

2组疗程均为5天(或至排便后)。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 肠鸣音,术后6h开始,每2h听诊1次,直到闻及首次肠鸣音;记录术后首次排气、排便时间,首次进食流质时间; 主要症状、体征评分:分别于术后1、2、3、5天进行评价,评分标准见表1。

表1 主要症状、体征评分标准

项目	0分	1分	2分	3分
腹痛	无腹痛	轻微疼痛,不影响睡眠	中度疼痛,影响睡眠,一般止痛药可缓解	重度疼痛,一般止痛药不能缓解,需中枢性镇痛药
腹胀	术后患者无腹胀感	轻微腹胀	患者腹部膨隆,主诉切口胀痛,但能忍受	腹部膨隆,切口胀痛,烦躁不安
恶心呕吐	无恶心呕吐	轻微恶心,腹部不适但无呕吐	恶心呕吐明显,但无胃内容物呕出	重度呕吐,有胃内容物呕出,需要药物控制
压痛	无	轻度,局限性	中度,局限性	重度,全腹,痛不可触
反跳痛	无	轻度,局限性	中度,局限性	重度,全腹,痛不可触
发热	体温 $< 37.4^{\circ}\text{C}$	低热,37.4~38 $^{\circ}\text{C}$	中热,38.1~39 $^{\circ}\text{C}$	高热,39.1~41 $^{\circ}\text{C}$ ,可伴寒战

3.2 统计学方法 采用SPSS 17.0统计软件分析数据。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用t检验,等级资料采用Ridit分析。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照文献[3]并结合临床制定。优:术后48h内排气或排便,肠鸣音3~5次/m in,排气正常,排便每天1次,体温正常,无腹胀感觉,可进流质饮食。良:术后48h内排气或排便,肠鸣音较弱,1~2次/m in,排气正常,排便2天1次或不规律,进食后轻度腹胀,体温37~38 $^{\circ}\text{C}$ ,腹部微胀。中:术后72h内排气或排便,肠鸣音0~2次/m in,排气时间推迟,不排便、饮流食或不进食,体温 $> 38^{\circ}\text{C}$ 、腹部

膨隆。差:超过72h仍未排气,肠鸣音消失,禁食禁水,体温 $> 38^{\circ}\text{C}$ ,腹胀明显,有恶心、呕吐,需胃肠减压治疗。

4.2 2组胃肠功能恢复情况比较 见表2。经Ridit分析,中西医结合组疗效优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组胃肠功能恢复情况比较

组别	n	优	良	中	差
对照组	50	14	16	11	9
中西医结合组	50	22	20	8	0

4.3 2组术后肠鸣音恢复时间与首次排气、排便时间和进食

流质时间比较 见表3。术后中西医结合组肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间及进食流质时间均短于对照组 ( $P < 0.01$ )。

表3 2组术后肠鸣音恢复时间与首次排气、排便时间和进食流质时间比较( $\bar{x} \pm s$ ,  $n=50$ )<sup>h</sup>

组别	肠鸣音恢复时间	排气时间	排便时间	进食流质时间
对照组	42.5±10.4	49.5±11.3	65.9±13.4	56.2±12.8
中西医结合组	30.3±7.6	37.4±8.2	46.7±10.6	40.5±10.4

与对照组比较, ① $P < 0.01$

4.4 2组术后不同时间点主要症状、体征评分比较 见表4。术后第2天开始, 2组主要症状、体征评分均逐渐下降 ( $P < 0.01$ ), 中西医结合组在术后第2、3、5天, 主要症状、体征评分均低于对照组 ( $P < 0.01$ )。

表4 2组术后不同时间点主要症状、体征评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,  $n=50$ ) 分

组别	术后1天	术后2天	术后3天	术后5天
对照组	11.5±2.6	9.4±2.2	7.1±1.6	4.2±1.2
中西医结合组	11.7±2.8	7.5±1.8	4.7±1.6	2.0±1.2

与本组前一时点比较, ① $P < 0.01$ ; 与对照组同期比较,

② $P < 0.01$

## 5 讨论

胃肠术后因解剖关系的改变、创伤、麻醉等, 导致术后出现肠麻痹, 使肠功能受到一定的抑制, 术后胃肠功能自然恢复往往需要2~4天, 甚至更久。若肠功能抑制时间过久, 可能会导致应激性胃肠黏膜病变和黏膜屏障受损, 出现肠麻痹, 肠压力增加, 可导致菌群易位, 使系统性炎症反应综合征和多器官功能障碍综合征的发生率增加<sup>[4]</sup>。现代医学认识到术后胃肠动力的重要性, 但缺乏主动干预促进术后胃肠动力快速恢复的方法<sup>[5]</sup>。

中医学者将术后胃肠功能障碍归于肠痹范畴, 认为主要因术后元气损伤, 脾胃功能失司, 气虚血行不利, 致血脉瘀阻, 湿浊不化, 湿阻中焦, 中焦气机不畅, 腑气壅滞, 乃虚中有实。气滞则胀, 不通则痛, “六腑以通为用”, 因此治疗上应着重调畅气机<sup>[5-6]</sup>。

神阙穴, 即肚脐, 是任脉的一个重要腧穴, 能收降浊气。所敷贴的药物中, 乌药行气止痛、温肾散寒, 吴茱萸散寒止痛、降逆止呕, 木香、厚朴行气消滞, 丹参活血散瘀, 大黄泻热通腑, 通过神阙穴的透皮吸收, 发挥中药和穴位的共同作用, 起到行气消滞、散瘀止痛、通腑化浊之功。

针刺能有效促进术后胃肠功能的恢复, 具有方法简便、使用范围广泛的特点<sup>[7]</sup>。三阴交为足太阴脾经腧穴, 能健脾疏肝、行气化湿、消胀; 太冲为足厥阴肝经腧穴, 可疏导全身气机; 阴陵泉为足太阴脾经合穴, 可健脾渗湿; 天枢是手阳明大肠经之募穴, 主疏调肠腑、理气行滞; 上巨虚、下巨虚属足阳明胃经, 可理气止痛, 主治腹痛胀满。足三里为足阳明胃经合穴, 有健运脾胃之功; 中脘属任脉, 能和胃理气。艾灸足三里和中脘能健脾和胃, 理气止痛。

本组资料显示, 在术后西医常规干预的基础上, 采用中药敷贴神阙穴和针灸联合治疗后, 中西医结合组患者的肠鸣音恢复时间、首次排气、排便时间和进食流质时间均短于对照组, 术后第2、3、5天, 主要症状、体征评分均低于对照组, 提示了中药敷贴神阙穴和针灸对胃肠术后胃肠功能紊乱有显著改善作用, 能促进胃肠功能恢复, 值得临床使用。

## [参考文献]

- [1] 王清江, 柴文晓, 史旺德, 等. 中药内服外敷对腹部术后胃肠功能恢复的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(17): 181-185.
- [2] 周晴晴, 曹立幸, 陈志强. 中医药对围手术期术后胃肠功能恢复作用的研究进展[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(6): 858-860.
- [3] Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders [J]. Gastroenterology, 2006, 130: 1480-1482.
- [4] 刘敏, 查保国, 王智勇, 等. 五磨脐贴促进腹部手术患者胃肠功能的恢复及对血清血管活性肠肽和降钙素基因相关肽的影响[J]. 中国中医药现代远程教育, 2008, 6(9): 995-998.
- [5] 陈志强. 围手术期术后胃肠功能障碍的辨证论治策略[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(2): 149-154.
- [6] 许文捷, 黄建平, 刘岗. 复元方对胃肠道肿瘤术后恢复的促进作用[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2011, 17(5): 492-494.
- [7] 崔延超, 吴琼, 周灿, 等. 针刺治疗腹部术后胃肠功能紊乱的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(8): 1792-1793.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)