

◆ 针灸研究论著 ◆

针刺治疗开腹术后胃肠功能紊乱介入时点临床研究

张旸, 焦娟娟, 吕福全

天津市中西医结合医院, 南开医院针灸科, 天津 300100

[摘要] 目的: 观察针刺治疗开腹术后胃肠功能紊乱的疗效及介入时点。方法: 将 150 例开腹手术患者按照不同术式及麻醉方式分层随机分为 5 组各 30 例, 均应用西术后常规治疗, 针刺治疗的 4 组在此前提下按照不同介入时点进行针刺干预。观察 5 组患者针刺干预后首次肠鸣音出现时间、首次肛门自主排气时间、首次肛门排便时间, 评价针刺干预疗效及适宜的介入时点。结果: 针刺各组患者均未发生明显不良反应, 与空白对照组比较, 针刺干预的 4 组, 首次肠鸣音出现时间、首次肛门自主排气时间、首次肛门排便时间均短于空白对照组, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。不同时间点针刺各组患者指标经统计分析, 部分有统计学意义, 且均以术后 6h 干预组时间最短。结论: 针刺可以有效改善开腹术后患者胃肠功能紊乱症状, 在术后 6h 进行针刺较为适宜。

[关键词] 胃肠功能紊乱; 开腹术后; 针灸疗法; 针刺; 介入时点

[中图分类号] R574.4 [文献标识码] A [文章编号] 0256-7415 (2014) 04-0167-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.04.068

手术是治疗外科疾病的重要手段, 随着现代医学的快速发展, 腹部手术量也在递增^[1]。术后胃肠功能紊乱是开腹术后常见的并发症, 主要因术前禁食、手术打击、术中出血、麻醉药物的使用及术后卧床等因素造成^[2]。表现为腹痛、腹胀、恶心呕吐以及排气、排便延迟, 甚者可继发其它系统的并发症^[3]。引起的直接后果是延长住院时间、增加治疗费用, 增加患者负担^[4]。所以, 促进患者术后胃肠功能早期恢复, 是减少术后并发症、促进患者康复的重要环节^[5]。

胃肠功能紊乱在中医学中属肠痹、肠结、关格范畴。六腑功能实而不满, 泻而不藏, 以通为用, 以降为顺, 通降失常, 则腹胀。中医学认为, 腹部手术系金刃所伤, 破气破血, 腹部手术损伤经脉血络, 术后经络血脉紊乱, 精气亏损, 气机郁结, 气滞血瘀, 腑气不通则痛, 传化之物停滞, 气机不畅则胀, 故治以通为则, 即要祛瘀通络。广大医务工作者围绕腹部术后胃肠功能恢复开展了较多的临床观察及研究, 在促

进术后胃肠功能紊乱恢复方面积累了一定的经验。笔者通过对不同术式开腹手术的观察, 比较针刺不同介入时点对术后胃肠功能紊乱的干预效果。

1 临床资料

1.1 纳入标准 ①外科阑尾炎、胆结石、腹股沟斜疝及不完全性肠梗阻患者, 拟行择期腹部开放手术; ②年龄 18~75 岁; ③签署知情同意书。

1.2 排除标准 ①孕妇、残疾及精神疾病患者等; ②术前消化道钡餐或胃肠镜检查有消化道炎症、感染、肿瘤及其它结构异常等器质性变; ③既往和术后有明确消化道出血或胃十二指肠溃疡病史; ④近 2 周内应用大量激素或非类固醇抗炎制剂; ⑤手术前后应用其他胃肠道药物; ⑥术前出现凝血时间及肝功能不正常; ⑦合并有心、脑、肝、肾、造血系统等严重疾病者; ⑧有习惯性便秘病史; ⑨选择微创术式; ⑩不能完成全部研究过程的患者。

1.3 剔除标准 ①纳入后发现不符合筛选条件的病

[收稿日期] 2013-08-28

[基金项目] 天津市卫生局资助项目 (编号: 11016)

[作者简介] 张旸 (1980-), 女, 医学博士, 主治医师, 研究方向: 针刺治疗脾胃病、老年病、椎体疾病及针刺手法研究。

例；②中途出现严重并发症者、不良事件或不良反应，未严格按研究方案执行者；③中途采用其他促胃肠动力恢复的治疗手段如灌肠等措施后即恢复排气者；④不能坚持完成疗程，自行退出研究。

1.4 一般资料 观察病例为 2012 年 3~12 月天津市南开医院普通外科及肝胆外科择期行腹部开放手术的患者(病种包括阑尾炎、胆结石、腹股沟斜疝及不完全性肠梗阻)，共 150 例，男 65 例，女 85 例；年龄 18~73 岁，平均 52.08 岁。对满足纳入条件的患者采用分层随机法进行分组，根据不同术式，以及不同麻醉方式分层，每层中采用随机数字表法随机分为 5 组，即空白对照组、术中干预组、术后即刻干预组、术后 6 h 干预组、术后 24 h 干预组，每组 30 例，采集患者一般情况。5 组性别采用 R×C 表资料的 χ^2 检验，年龄采用方差分析，5 组患者性别、年龄等经统计学处理，差异均无显著性意义($P > 0.05$)，具有可比性。见表 1。

表 1 一般资料比较

组别	n	例(%)		年龄($\bar{x} \pm s$)(岁)
		男	女	
空白对照组	30	11(36.7)	19(63.3)	50.13±12.75
术中干预组	30	14(46.7)	16(53.3)	52.12±13.83
术后即刻干预组	30	10(33.3)	20(66.7)	50.37±15.17
术后 6 h 干预组	30	12(40.0)	18(60.0)	52.77±12.02
术后 24 h 干预组	30	18(60.0)	12(40.0)	52.00±11.74

2 研究方法

2.1 一般处理 患者术后均给予常规护理，禁食水、常规补液、胃肠减压、抗炎治疗等措施，重症患者可同时给予吸氧，全胃肠营养支持等治疗方法。

2.2 针刺操作 针刺各组应用针刺通调肠胃、益气活血。参照《针灸学》^[6]取胃、大肠、小肠经的下合穴足三里、上巨虚、下巨虚。根据随机分组，按照不同介入时点，采用 0.30 mm×40 mm 毫针，患者取仰卧位，双侧选穴，用拇、食指挟持针体，中指指尖抵触穴位，拇、食指所挟持针沿中指指尖迅速刺入，进针得气后均匀提插、捻转施以平补平泻手法 30 s；留针 30 min，留针期间隔 10 min 行针 1 次，以加强针感。空白组仅予常规处理，不予针刺。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 针刺干预后记录患者术后首次肠鸣音出现时间、首次肛门自主排气时间、首次肛门排便时间。

3.2 统计学方法 应用 SPSS11.5 统计软件包进行数据处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用方差分析；计数资料的比较采用 χ^2 检验。

4 治疗结果

4.1 5 组首次肠鸣音出现时间比较 见表 2。术中干预组、术后 24 h 干预组、术后 6 h 干预组、术后即刻干预组 4 组首次肠鸣音出现时间分别与空白对照组比较，差异均有显著性意义($P < 0.05$)，且均短于空白对照组。提示针刺对术后肠鸣音恢复有促进作用。不同干预时点之间比较，与术后 6 h 干预组比较，术中干预组、术后 24 h 干预组，差异均有显著性意义($P < 0.05$)，且术后 6 h 干预组肠鸣音恢复时间较短。

表 2 5 组首次肠鸣音出现时间比较($\bar{x} \pm s$) h

组别	n	首次肠鸣音出现时间
空白对照组	30	26.04±7.09
术中干预组	30	20.75±8.44 ^{①②}
术后即刻干预组	30	19.04±5.39 ^①
术后 6 h 干预组	30	16.17±5.74 ^①
术后 24 h 干预组	30	20.83±8.41 ^{①②}

与空白对照组比较，^① $P < 0.05$ ；与术后 6 h 干预组比较，^② $P < 0.05$

4.2 5 组首次肛门自主排气时间比较 见表 3。术中干预组、术后 6 h 干预组、术后即刻干预组 3 组首次肛门自主排气时间分别与空白对照组比较，差异均有显著性意义($P < 0.05$)；且均短于空白对照组。提示针刺对术后自主排气有很好的促进作用。不同干预时点之间比较，与术后 6 h 干预组比较，术中干预组、术后 24 h 干预组差异均有显著性意义($P < 0.05$)，且术后 6 h 干预组自主排气恢复时间较短。

表 3 5 组首次肛门自主排气时间比较($\bar{x} \pm s$) h

组别	n	首次肛门自主排气时间
空白对照组	30	47.19±13.65
术中干预组	30	36.93±13.66 ^{①②}
术后即刻干预组	30	34.51±12.36 ^①
术后 6 h 干预组	30	30.11±11.49 ^①
术后 24 h 干预组	30	39.11±13.36 ^{①②}

与空白对照组比较，^① $P < 0.05$ ；与术后 6 h 干预组比较，^② $P < 0.05$

4.3 5 组首次肛门排便时间比较 见表 4。术中干预组、术后即刻干预组、术后 6 h 干预组首次肛门自主

排便时间分别与空白对照组比较, 差异均有显著性意义($P < 0.05$), 且均短于空白对照组, 提示针刺对术后自主排便有促进作用。不同干预时点之间比较, 与术后 6 h 干预组比较, 术后即刻干预组、术后 24 h 干预组, 差异均有显著性意义($P < 0.05$), 且术后 6 h 干预组自主排便恢复时间较短。

表4 5组首次肛门排便时间比较($\bar{x} \pm s$)^h

组别	n	首次肛门排便时间
空白对照组	30	80.89± 21.52
术中干预组	30	61.89± 16.58 ^①
术后即刻干预组	30	63.68± 14.18 ^{①②}
术后 6h 干预组	30	54.17± 15.51 ^①
术后 24h 干预组	30	65.15± 18.26 ^{①②}

与空白对照组比较, ① $P < 0.05$; 与术后 6 h 干预组比较, ② $P < 0.05$

综上所述, 针刺对术后胃肠功能恢复是具有积极作用的, 但介入时点并非越早越好, 过早的介入并没有取得更好的针刺效果(详见表 2、表 3、表 4)。

5 讨论

术后胃肠功能紊乱属中医学肠结、关格范畴。胃肠均属六腑, 《内经》曰: “六腑者, 传化物而不藏”, 以通为用, 故泻而不藏, 实而不能满。腹部手术后, 由于气虚血瘀, 肠壁肌肉因神经反射障碍而失去蠕动能力, 导致肠腔内容物通过障碍, 造成六腑不通⁷。而“合治内府”, 通过针刺下合穴, 可调动胃肠之经气, 又疏泄肝胆, 促进气血运行; 气血通行, 肠道蠕动, 肛门排气, 腹胀好转⁸。足三里为足阳明胃经之合穴, 具有调理脾胃、补中益气、通经活络、扶正祛邪之功; 上巨虚、下巨虚均属足阳明胃经, 同时又是手阳明大肠经及手太阳小肠经的下合穴, 可调整经气, 通达肠腑。以往取穴, 大都可直接在腹部取穴; 使针感直接作用于肠, 但由于术后创口所在, 不便取穴, 下合穴均位于双腿膝关节以下, 不论术中术

后均可取用。

在胃肠功能紊乱未出现前, 给予针刺干预, 体现了中医学“未病先防”的“治未病”思想。但介入过早, 可能受到麻醉药物作用干扰, 未能达到预期的更早恢复胃肠功能的作用, 且针刺操作人员要进入手术室和复苏室操作, 增加了操作风险。而术后 6 h, 患者已苏醒并返回病房, 操作更安全, 且治疗更有效, 是更为合理的针刺介入时点。

综上所述, 本临床研究显示, 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、患者无痛苦、无明显毒副作用、经济高效的优点。避免了口服、灌肠、静脉等给药途径给患者带来的痛苦和潜在的危险, 同时腹部手术后胃肠功能的及早恢复, 可明显降低各种术后胃肠道并发症的发生, 值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 陈孝平. 外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 606-613.
- [2] 黎介寿. 围手术期处理学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1993: 152.
- [3] 黄筵庭. 腹部外科手术并发症[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 349-350.
- [4] 李学增. 外科护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1986: 82.
- [5] 李乃卿. 中西医结合外科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2005: 531-538.
- [6] 王启才. 针灸医学宝典[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2004: 297-298.
- [7] 周吕. 胃肠生理学——基础与临床[M]. 北京: 科学出版社, 1998: 437.
- [8] 于乃则. 针刺对消化道功能的作用[J]. 北京中医, 1991, 2(4): 42.

(责任编辑: 刘淑婷)

欢迎邮购 2012 年《新中医》合订本

每套 3 册, 共 230 元