

- 2004, 350(11): 1118-1129.
- [2] LU Feng-min, ZHUANG Hui. Management of hepatitis B in China[J]. Chin Med J(Engl), 2009, 122(1): 3-4.
- [3] 中华医学会肝病学分会, 中华医学会感染病学分会. 慢性乙型肝炎防治指南 2010 年更新版[J]. 中华实验和临床感染病杂志: 电子版, 2011(1): 79-100.
- [4] HU Gu-bing. Clinical efficacy of therapeutic soup in treatment of hepatitis B liver fibrosis[J]. Chin J Nosocomiol, 2012, 22(19): 4279-4281.
- [5] XIA Haishan, CHEN Shaoru, ZHONG Yuechun. Pathogenesis of liver fibrosis and its treatment status[J]. China Medical Herald, 2014(18): 162-165, 168.
- [6] 李银彩. 血府逐瘀汤联合干扰素治疗慢性乙型肝炎纤维化疗效研究[J]. 陕西中医, 2012, 33(8): 1043-1044.
- [7] 周春燕. 血府逐瘀胶囊联合恩替卡韦治疗慢性乙肝纤维化临床观察[J]. 中国医药导报, 2011, 8(14): 103-104.
- (责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

腹部普外科手术后中药药熨对肠道功能早期恢复的影响

齐长磊

宁波大学医学院附属医院, 浙江 宁波 315000

[摘要] 目的: 探讨腹部普外科手术后中药药熨对肠道功能早期恢复的影响。方法: 将行腹部普外科手术的 153 例患者采用简单抽样法随机分为 2 组, B 组予以常规干预疗法, A 组在 B 组基础上联合中药药熨方案治疗。观察 2 组临床疗效, 记录术后排气、排便及肠鸣音恢复时间等指标。结果: 治疗后, A 组总有效率为 96.3%, B 组为 78.1%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。A 组肠鸣音恢复时间、排气时间及排便恢复时间均短于 B 组 ($P < 0.05$)。结论: 对行腹部普外科手术的的患者予以常规干预联合中药药熨疗法, 临床效果显著, 可有效促进肠道功能术后恢复, 值得推广使用。

[关键词] 腹部普外科手术; 中药药熨; 肠道功能; 中西医结合疗法

[中图分类号] R656 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 06-0075-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.036

中医学认为, 人体肌肤具有呼吸、吐纳功能, 药熨法则利用其能力, 通过药物加热并将其在特定穴位来回慢移滚烫等方法, 促进毛细血管受热、扩张而加速血液流动, 以达到温经通脉、散寒止痛、祛瘀消肿之疗效^[1], 具有简、便、廉、验、捷等特点。腹部普外科手术后, 患者易出现肠功能紊乱表现, 若不对其予以及时有效的治疗干预, 麻痹性肠梗阻发生率将大幅提升, 以致患者出现水、电解质紊乱及酸碱失衡症状, 对其预后不利。笔者探讨腹部普外科手术后中药药熨对肠道功能早期恢复的影响及临床应用价值, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 符合《胃肠外科临床诊治》^[2]中拟定的相关腹部疾病临床诊断标准; 符合腹部普外科手术适应证者; 签署知情同意书者。

1.2 排除标准 全麻或硬膜外麻醉、相关手术禁忌证者; 合并严重脏器疾病者; 凝血功能障碍者; 耐受力及治疗依从性不足者; 中途退出治疗或临床资料不全者; 意识不清或精神障碍者; 非寒证、阴证, 属里热者。

1.3 一般资料 纳入 2012 年 4 月—2014 年 2 月本院行腹部普外科手术的 153 例患者为研究对象, 采用简单抽样法随机分为中药药熨组(A 组, $n=80$)和常规干预组(B 组, $n=73$)。A 组男 47 例, 女 33 例; 年龄 19~62 岁, 平均(47.9±4.3)岁; 疾病类型: 胃穿孔 25 例, 直肠癌 10 例, 急性阑尾炎 37 例, 结肠癌 8 例。B 组男 41 例, 女 32 例; 年龄 20~66 岁, 平均(49.2±4.0)岁; 疾病类型: 胃穿孔 19 例, 直肠癌 8 例, 急性阑尾炎 37 例, 结肠癌 9 例。2 组一般资料经统计学处理, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

[收稿日期] 2015-02-01

[作者简介] 齐长磊 (1979-), 男, 主治医师, 研究方向: 普外科。

2 治疗方法

2.1 B组 予以抗感染、按时换药、饮食干预、补液营养支持、体位变换指导、排泄指导等常规术后干预指导，持续治疗直至肠功能恢复为止。

2.2 A组 在B组基础上给予中药药熨疗法。处方：枳实、青皮、厚朴、木香、小茴香各30g，莱菔子50g，粗盐500g，充分混合后置入铁锅中大火翻炒至药味散发时装袋(特制布袋)，于患者腹部普外科手术2h内，待药物温度降低至60℃时置于神阙、中脘及天枢等处。每天药熨2次，每次20~30min，持续治疗直至肠功能恢复为止。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察2组临床疗效；记录其术后排气、排便及肠鸣音恢复时间等指标。

3.2 统计学方法 采用统计学软件SPSS17.0分析文中数据，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，行 t 检验；计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中西医结合胃肠病学》^[3]及文献^[4]中拟定的相关疗效评价标准。显效：12h内有肛门排气，患者主诉无腹胀，感觉舒适；有效：24h内有少量肛门排气，患者主诉有轻微腹胀，但切口无胀痛感；无效：24h内无肛门排气，患者腹部膨隆，烦躁不安，主诉腹胀腹痛未减轻或加重。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后，总有效率A组为96.3%，B组为78.1%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
A组	80	57(71.3)	20(25.0)	3(3.7)	77(96.3)
B组	73	37(50.7)	20(27.4)	16(21.9)	57(78.1)
χ^2 值		6.81	0.11	11.58	11.58
<i>P</i>		<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

4.3 2组肠功能指标比较 见表2。A组肠鸣音恢复时间、排气时间及排便恢复时间均短于B组($P < 0.05$)。

表2 2组肠功能指标比较 $(\bar{x} \pm s)$ h

组别	<i>n</i>	肠鸣音恢复时间	肛门排气时间	排便恢复时间
A组	80	10.4±5.3	17.4±6.9	40.2±17.3
B组	73	18.9±6.4	25.8±7.2	50.4±18.3
<i>t</i> 值		8.98	7.37	3.54
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05

5 讨论

腹部普外科手术患者常因术中麻醉、腹膜刺激、手术创

伤、水电解质失衡、胃肠激素调节紊乱等因素致使术后胃肠功能恢复缓慢或蠕动减弱、消失，对其预后影响较大。因此，腹部手术后的临床干预是促进胃肠功能恢复的关键。中医学认为，腹部术后胃肠功能紊乱主要同气滞、血瘀、热结、寒凝等有关^[5]，一旦胃肠气机不利则易导致腑气不通、气滞于中^[6]，阻碍术后正常排气及排便。因此，中医学多以理气通腑、通气消滞之法为其治则，以求促进术后胃肠蠕动、缩短其功能恢复时间。本研究中药熨方剂配伍使用枳实、青皮、厚朴、木香、小茴香、莱菔子等辛温行气药物，并在加热后来回推熨于神阙穴、中脘穴及天枢穴等穴位处，可使药力由毛孔渗透腹腔，在热力作用下加速药力渗透，以获得温经通脉、理气通气的效果，促进肠道积气尽快排出，促进胃肠蠕动恢复，改善腹胀症状。另外，脐部为腹部表面角质层最薄处，且周围毛细血管密布，药力可轻松通过热力及毛细血管传导至全身。本研究为探讨常规术后干预联合中药药熨疗法对腹部普外科手术术后胃肠功能影响及临床应用价值，结果提示予以中医联合干预方案的A组患者治疗后总有效率达到96.3%，优于B组，可见常规术后干预联合中药药熨疗法，可有效改善腹部手术患者术后肠功能恢复效果，对其预后质量的提升等意义重大。综上所述，对行腹部普外科手术的患者予以常规干预联合中药药熨疗法，临床疗效显著，可有效促进其肠道功能术后恢复，值得推广应用。

[参考文献]

- [1] 唐·王冰，宋·高保衡.《素问》中华传世医书(医经类)[M].林亿，校正.北京：中国古籍出版社，1999：167.
- [2] 邹小明.胃肠外科临床诊治[M].西安：第四军医大学出版社，2008.
- [3] 周振理，袁红霞.中西医结合胃肠病学[M].武汉：华中科技大学出版社，2009.
- [4] 林鸿国，陈志强，黄学阳，等.中医外治法对腹部术后胃肠功能恢复的临床观察[C]//第三届全国中西医结合围手术期医学专题研讨会论文集.2008：143-146.
- [5] 刘友章，李荣华.肠易激综合征中医临床研究进展[C]//第二十一届全国脾胃病学术交流会论文集.2009：409-411.
- [6] 王鹏，王垂杰.肠易激综合征病因病机的研究进展[C]//中华中医药学会脾胃病分会第十九次全国脾胃病学术交流会论文集.2007：357-360.

(责任编辑：骆欢欢，李海霞)