

# 茴香枳术汤直肠滴入治疗外科手术后胃肠运动功能紊乱疗效观察

朱晓铭, 唐小勇, 王自立, 李亮

甘肃省中医院, 甘肃 兰州 730050

**[摘要]** 目的: 探讨茴香枳术汤直肠滴入治疗外科手术后胃肠功能紊乱的临床疗效。方法: 将 104 例患者随机分为 2 组各 52 例。治疗组术后给予茴香枳术汤直肠滴入, 对照组术后给予 0.9% 氯化钠注射液直肠滴入; 观察比较 2 组临床总有效率、胃肠道症状积、肛门通气时间、首次排便时间。结果: 总有效率治疗组为 96.2%, 对照组为 57.7%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗组术后胃肠道症状积明显低于对照组, 通气时间、首次排便时间明显早于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 茴香枳术汤直肠滴入是治疗手术后胃肠功能紊乱的有效手段。

**[关键词]** 胃肠功能紊乱; 外科手术; 茴香枳术汤; 直肠滴入;

**[中图分类号]** R574.4; R619 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 06-0123-02

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.053

外科手术后胃肠运动功能紊乱(FGID)是指外科术后发生的一组以消化道症状为主的临床综合征。患者表现为腹胀, 胃部不适, 腹痛, 恶心, 呕吐, 甚至肠粘连, 常梗阻。为外科术后常见的并发症, 尤以胃肠及胆道系统疾病术后常见<sup>[1]</sup>。目前, 本病治疗多以支持对症为主。临床中, 笔者应用茴香枳术汤直肠滴入治疗 FGID, 取得较好疗效, 结果报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 全部病例均为 2012 年 1 月—2015 年 3 月在甘肃省中医院外科住院开腹手术患者共 104 例, 所有患者按随机数字表法分为 2 组。治疗组 52 例, 男 30 例, 女 22 例; 年龄 18~89 岁, 平均 49.1 岁; 胆囊切除 11 例, 胃大部切除 9 例, 肠管切除吻合 14 例, 脾切除 7 例, 阑尾切除 11 例。对照组 52 例, 男 27 例, 女 25 例; 年龄 20~86.5 岁, 平均 47.8 岁; 胆囊切除 13 例, 胃大部切除 9 例, 肠管切除吻合 12 例, 脾切除 8 例, 阑尾切除 10 例。2 组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.2 纳入标准 ①均为择期开腹手术患者, 手术包括胆囊切除、胃大部切除、肠管切除吻合、阑尾切除, 脾切除术。②患者年龄在 18 岁以上。③签署知情同意书。

1.3 排除标准 ①急诊手术, 腹腔镜手术; ②严重心肺功能患者; ③伴肝肾功能患者; ④严重贫血或血液系统疾病患者。

## 2 治疗方法

2 组均行开腹胆囊切除、胃大部切除、肠管切除吻合、阑

尾切除, 脾切除手术, 术后按常规给予禁食, 抗炎, 纠正水, 电解质紊乱等对症治疗。

2.1 治疗组 术后 6 h 开始给予本院王自立老中医经验方茴香枳术汤直肠滴入。药物组成: 白术、枳壳、小茴香各 30 g, 苍术、香附、桂枝各 15 g。第 1 次加水 300 mL, 煎至 100 mL; 第 2 次加水 200 mL, 煎至 100 mL, 2 次煎剂混匀, 注入一次性灌肠袋中。药液温度 38~40℃, 插入肛管 30 cm, 以 30 滴/min 直肠滴入, 每天 1 次, 共治疗 3 天。

2.2 对照组 术后 6 h 开始给予 0.9% 氯化钠 200 mL 直肠滴入, 滴入温度、速度、疗程与治疗组相同。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[2]</sup>中相关标准评估胃肠功能紊乱程度; 在患者术后第 1~3 天根据症状进行评分, 术后第 1 天为术后 6 h 灌肠前症状积分, 第 2~3 天为灌肠后 2 h 症状积分, 统计患者 3 天的平均症状积分。②观察肛门通气时间、首次排便时间。

3.2 统计学方法 采用 SPSS12.0 软件分析, 计量资料采用方差分析的  $t$  检验, 计数资料采用  $\chi^2$  检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《常见疾病的诊断与疗效判定(标准)》<sup>[3]</sup>拟定。疗效指数 ( $N$ ) = (疗前积分 - 疗后积分) / 疗前积分 × 100%。疗前积分为术后 6 h 灌肠前症状积分; 疗后积分第 3 天灌肠后 2 h 症状积分。显效:  $N \geq 76\%$ ; 有效:  $N 51\%$

[收稿日期] 2015-12-09

[作者简介] 朱晓铭 (1965-), 男, 副主任医师, 研究方向: 肠道外科术后常见并发症的中西医结合治疗。

~75%；好转： $N$  26%~50%；无效： $N$ ≤ 25%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后总有效率治疗组为96.2%，对照组为57.7%，2组比较，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

组别	$n$	显效	有效	好转	无效	总有效率(%)
实验组	52	37	9	4	2	96.2 <sup>①</sup>
对照组	52	11	16	3	22	57.7

与对照组比较，<sup>①</sup> $P < 0.05$

4.3 2组术后胃肠道症状积分及通气、首次排便时间比较 见表2。治疗组术后胃肠道症状积分、通气时间、首次排便时间均小于对照组，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

组别	$n$	胃肠道症状积分(分)	通气时间(h)	首次排便时间(h)
实验组	52	33.89± 1.53 <sup>①</sup>	10.26± 1.76 <sup>①</sup>	26.26± 2.33 <sup>①</sup>
对照组	52	78.23± 0.98	17.35± 2.36	40.43± 4.26

与对照组比较，<sup>①</sup> $P < 0.05$

## 5 讨论

本病属于中医学关格、肠结等范畴。其病机在于瘀血留滞肠道，通降失调而病。肠道气血瘀结，不通则痛；肠腑闭阻，胃气上逆则呕；清气不升，浊气不降，气体液体积于肠内则胀；腑气不通则闭，故临床上本病具有痛、呕、胀、闭四大症状<sup>④</sup>。手术改变人体正常气机运行，使肠腑气机郁阻。肠腑以通为用，凡气血瘀滞、寒邪凝滞、邪热郁闭、湿浊中阻、饮食不节、情志不遂、劳累过度、燥屎内结或虫团积聚等，皆可导致肠胃通降功能失调，滞塞上逆而发本病<sup>⑤</sup>。且人体气机运行与脾胃功能升降相因，气机失调则胃肠道功能紊乱。手术后患者虚实夹杂，本虚标实，故治疗以固本扶正祛邪为要。茴香枳术汤由白术、枳壳、小茴香、苍术、香附、桂枝等药组成，方中白术、苍术健脾固本，除湿去浊；桂枝通阳化气，活血通络；小茴香、香附和胃理气，止痛；枳壳除胀消痞。全方共奏健脾理气、活血通闭之效，可促使气机血脉通畅，胃肠功能恢复正常。中药直肠滴入是中医内病外治的方法之一，是根据传统医学与现代医学理论相结合而发展起来的一项给药途径。中医学认为，肺与大肠相表里，直肠吸收药物后，通过经脉

上输至肺，再通过肺的宣发作用输布至全身，达到治病的目的<sup>⑥</sup>。上药通过直肠滴入，使药力直达病所，吸收更佳，疗效更好。

现代医学认为，手术后发生胃肠运动功能紊乱与术中胃肠道的损伤、麻醉对肠道功能的影响、手术器械的刺激、腹腔的炎症、渗出、电解质紊乱、术后肺炎、腹膜后血肿等原因有关<sup>⑦</sup>。有研究表明，茴香枳术汤可使大鼠肠系膜上动脉收缩期峰值流速增加，改善肠道血运，有利于胃肠道损伤的修复<sup>⑧</sup>；可使大鼠粘连性肠梗阻组织 SOD 活性增高，MDA 含量下降，改善肠组织过氧化损伤<sup>⑨</sup>。故可认为，茴香枳术汤可能通过改善胃肠道血运，修复胃肠道损伤，而促使胃肠道功能早期恢复，达到治疗手术后胃肠功能紊乱的目的。

## [参考文献]

- [1] 古力·沙尔阿，刘智艳. 外科术后胃肠功能紊乱针灸治疗研究进展[J]. 新疆中医药, 2011, 29(6): 63- 64.
- [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: 140- 143.
- [3] 吴少祯. 常见疾病的诊断与疗效判定(标准). 北京: 中国中医药出版社, 1999: 305.
- [4] 吴军, 王波. 中西医临床外科学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 351- 352.
- [5] 刘锋, 杨明胜. 肠梗阻的中医辨证治疗[J]. 光明中医, 2004, 19(6): 21- 23.
- [6] 祁佩云. 中药直肠滴入治疗及护理方法进展[J]. 中医外治杂志, 2012, 21(2): 50- 51.
- [7] 周春宇, 余文, 刘会良, 等. 中药早期干预在腹部术后胃肠功能紊乱中的应用[J]. 中国中医药信息杂志, 2009, 16(3): 90- 91.
- [8] 盛丽, 张宝洲, 强群, 等. 彩超监测肠系膜上动脉流速对大鼠粘连性肠梗阻的诊断及茴香枳术汤疗效的判定[J]. 西部中医药, 2012, 25(10): 115- 117.
- [9] 柳渊洁, 李亮, 王东红, 等. 茴香枳术汤对大鼠粘连性肠梗阻组织 SOD, MDA 及病理变化的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(1): 165- 168.

(责任编辑: 冯天保)