

中西医结合治疗腹部术后胃肠功能紊乱临床观察

葛晓军, 李道五, 潘炳权, 王伟

上海金山中西医结合医院, 上海 金山 201501

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗外科腹部术后胃肠功能紊乱的临床疗效。方法: 将 160 例患者随机分为 2 组各 80 例, 其中对照组以西术后常规治疗, 治疗组在西医常规治疗的基础上, 加用温中理气、活血化瘀为主的中药治疗, 观察 2 组临床疗效及患者排气、排便及肠鸣音恢复时间。结果: 总有效率治疗组为 93.75%, 对照组为 78.75%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组肠鸣音恢复时间、排气时间及排便恢复时间均短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合治疗外科腹部术后胃肠功能紊乱临床疗效显著, 可有效促进术后胃肠道功能恢复, 值得推广应用。

[关键词] 腹部外科手术; 胃肠道功能; 中西医结合疗法; 温中理气; 活血化瘀

[中图分类号] R574.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 07-0066-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.07.029

胃肠道功能紊乱是外科腹部手术后常见的并发症, 表现为恶心呕吐、肠鸣音消失、无自主排气等症状, 以致患者出现水、电解质紊乱及酸碱失衡症状, 严重阻碍脏器功能的恢复, 增加了患者营养不良的发生率^[1]。笔者在西医常规治疗的基础上, 联合中药温中理气、活血化瘀治疗腹部普外科术后胃肠功能紊乱, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 纳入病例均为 2014 年 1 月—2015 年 10 月在本院行腹部普外科手术的患者, 共 160 例, 采用简单抽样法随机分为治疗组 80 例和对照组 80 例。治疗组男 47 例, 女 33 例; 年龄 19~62 岁, 平均(47.9±4.3)岁; 疾病类型: 胆囊切除及胆道切开取石术 35 例, 胃癌或胃穿孔 6 例, 直肠癌 10 例, 急性阑尾炎 21 例, 结肠癌 8 例。对照组男 43 例, 女 37 例; 年龄 20~66 岁, 平均(49.2±4.0)岁; 疾病类型: 胆囊切除及胆道切开取石术 39 例, 胃癌及胃穿孔 5 例, 直肠癌 8 例, 急性阑尾炎 16 例, 结肠癌 12 例。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准 ①符合《胃肠外科临床诊治》^[2]中相关腹部疾病临床诊断标准; ②符合腹部普外科手术适应症者; ③中医辨证属寒证、阴证; ④签署知情同意书者。

1.3 排除标准 ①全麻或硬膜外麻醉及相关手术禁忌证者; ②合并严重脏器疾病者; ③凝血功能障碍者; ④耐受性及治疗依从性不足者; ⑤中途退出治疗或临床资料不全者; ⑥意识不清或精神障碍者; ⑦腹腔镜或腹腔镜辅助手术者; ⑧中医辨证

非寒证、阴证者。

2 治疗方法

2.1 对照组 按腹部手术后常规西医处理: 禁食, 静脉补液及营养支持, 纠正酸碱平衡、电解质紊乱、贫血及营养不良, 应用抗生素抗感染治疗等, 按时换药、体位变换指导、排泄指导等常规术后干预, 持续治疗直至肠功能恢复为止。

2.2 治疗组 在对照组基础上加用温中理气、活血化瘀中药治疗。处方: 红参(炖)、附子(先煎)、肉桂、乌药、枳壳、桃仁、干姜各 10 g, 焦白术 15 g, 黄芪 30 g, 当归 12 g, 炙甘草 6 g。每天 1 剂, 第 1 次水煎约取 200 mL 药液, 术后 8 h 服用; 第 2 次水煎取汁 200 mL, 术后 12 h 后服用; 以后每天分 2 次服。阑尾切除术后患者口服, 胆囊切除或胆总管切开术患者、胃癌及结直肠癌术后患者均采用胃管注入, 注入后夹管 1 h 再开放, 持续治疗至肠功能恢复为止。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①观察 2 组临床疗效; ②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]拟定。显效: 12 h 内有肛门排气, 患者主诉无腹胀, 感觉舒适; 有效: 24 h 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: 24 h 内无肛门排气, 患者腹部膨隆, 烦躁不安,

[收稿日期] 2016-01-10

[基金项目] 上海市中西医结合学会社区医学与健康研究项目 (2013-0215)

[作者简介] 葛晓军 (1969-), 男, 副主任医师, 主要从事普外临床及研究工作。

[通讯作者] 李道五, E-mail: chinatcm2003@163.com。

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。治疗后总有效率治疗组为93.75%，对照组为78.75%，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	n	显效	有效	无效	总有效
治疗组	80	56(70.00)	19(23.75)	5(6.25)	75(93.75) ^①
对照组	80	38(47.50)	25(31.25)	17(21.25)	63(78.75)

与对照组比较，^① $P < 0.05$

4.3 2组治疗后肠功能指标比较 见表2。治疗组肠鸣音恢复时间、排气时间及排便恢复时间均短于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组治疗后肠功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	肠鸣音恢复时间	肛门排气时间	排便恢复时间
治疗组	80	10.6 ± 5.3	17.4 ± 6.9	40.2 ± 17.3
对照组	80	18.2 ± 6.5	25.8 ± 7.2	50.4 ± 18.2
t值		8.96	7.35	3.56
P		<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；严重时，会引起腹胀腹痛、肠道粘连，甚或发生肠梗阻。因此，腹部手术后的临床干预是促进胃肠功能恢复的关键。一直以来，西医在治疗术后胃肠功能紊乱方面以胃肠动力药为主，但效果不甚理想，而中西医结合干预在该病的治疗中显现出一定优势。

中医学认为，腹部手术创伤、麻醉、灌肠、禁食等均会使患者元气受损，气机升降受阻，气血运行不畅，瘀浊滞留于肠间，导致脏腑功能失调^[4]。手术及术后使用抗生素、禁食等更容易损伤人体元气，元气虚则脏腑气机不利，脾胃温运无力，气血化源不足，气虚则血瘀，脾胃运化功能减退，导致腑气不通，阻碍术后正常排气及排便，故临床可表现为恶心、呕吐、腹胀、腹痛等症状^[5]。属于中医学腹痛、痞满、呕吐、便秘等

范畴，其病机多为外邪侵袭，或内有所伤，以致气血运行受阻，气机郁滞，脉络痹阻；或素体阳虚，气血不足以温养所致。正如《诸病源候论·腹痛病诸候》指出：“腹痛者，因由腑藏虚，寒冷之气，客于肠胃募原之间，结聚不散，正气与邪气交争相击，故痛。”本研究所选病例，均为原有腹部疾患，经手术切除治疗后，患者由于手术的创伤、术中失血及术后禁食等因素，使气血更加虚弱；气虚则温煦推动之力不足，血虚则濡养脏腑乏力，最终形成气虚血瘀、阳虚阴寒之本虚标实证。因此，临床治疗多以温中理气、活血化瘀为主，以促进术后胃肠蠕动、缩短其功能恢复时间。本研究治疗方以红参大补元气为君药；附子、肉桂、干姜温中散寒；黄芪、焦白术益气健脾；乌药、枳壳理气止痛，共为臣药；当归、桃仁活血为佐药；炙甘草和中止痛、调和诸药为使。诸药合用，共奏温中理气、活血化瘀之效，促进肠道积气尽快排出，促进胃肠蠕动恢复，改善腹胀症状。本观察发现，早期应用中西医结合治疗腹部手术后，能够促进患者胃肠功能恢复，疗效优于单纯西药治疗，且患者术后肠鸣音恢复时间、排气排便时间明显缩短，疗效确切，值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 李涛, 黄新红, 林荣繁, 等. 腹部手术后胃肠功能紊乱机制与营养支持研究进展[J]. 当代医学, 2013, 13(26): 17-18.
- [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: 148, 199, 258-278.
- [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: 68-90.
- [4] 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.
- [5] 李道五. 温中理气健脾和胃法治疗腹部术后胃肠功能紊乱30例观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2001, 8(4): 60.

(责任编辑: 冯天保)