

四维一体疗法治疗粘连性肠梗阻临床研究

崔晓茹¹, 侯勇², 于庆生^{2,3}, 沈毅^{2,3}, 刘举达^{2,3}, 王振^{2,3}

(1. 安徽中医药大学研究生部, 安徽合肥 230031; 2. 安徽中医药大学第一附属医院普外科, 安徽合肥 230031; 3. 安徽省中医药科学院中医外科研究所, 安徽合肥 230031)

[摘要]目的 观察四维一体疗法治疗粘连性肠梗阻的临床疗效。方法 将87例粘连性肠梗阻患者随机分为观察组(45例)和对照组(42例)。对照组给予外科基础治疗, 观察组除外科基础治疗外, 给予四维一体疗法治疗, 即中药辨证胃管注入、中医辨证敷脐、中医辨证灌肠、中医针刺。治疗结束后观察两组腹痛缓解时间、自主排气时间、自主排便时间、泛影葡胺到达升结肠和降结肠时间, 并观察临床疗效及中转手术率。结果 与对照组比较, 观察组腹痛缓解时间、自主排气时间、自主排便时间以及泛影葡胺到达升结肠和降结肠时间明显缩短, 差异均有统计意义($P < 0.05$)。两组临床疗效比较, 差异无统计意义($P > 0.05$)。观察组中转手术率较对照组明显降低, 差异有统计意义($P < 0.05$)。结论 在外科基础治疗的基础上, 联合中医四维一体疗法治疗粘连性肠梗阻疗效确切, 能够提高临床疗效, 缩短患者康复时间和降低中转手术率。

[关键词]粘连性肠梗阻; 四维一体疗法; 中药鼻饲; 中药敷脐; 中药灌肠; 针刺

[中图分类号]R574.2 **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2018.06.006

粘连性肠梗阻(adhesive intestinal obstruction, AIO)是由于腹腔及其部分肠管发生粘连而导致肠管内容物运行障碍, 引起腹胀、腹痛、呕吐、肛门停止排气排便等临床表现的疾病, 进一步可引起肠绞窄、坏疽、穿孔, 甚则引发弥漫性腹膜炎、中毒性休克, 乃至死亡。AIO的发生率占肠梗阻的40%~60%^[1], 手术是引起肠粘连的主要因素之一, 因此, 临床上AIO是否行手术治疗以及手术选择的时机, 是外科医生面临的重要难题。为了减少术后再次发生AIO的可能性, 非手术治疗越来越受到临床重视。研究表明, 非手术治疗是AIO患者首选的治疗方法^[2], 但经单纯的西医保守治疗, 约53%的患者最终需要手术治疗。笔者在本课题组前期三维一体疗法^[3]的基础上, 联合针刺形成四维一体疗法, 并观察其临床疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考文献^[1]并适当修订: ①有明确的腹腔粘连病因, 如腹腔手术、腹腔放射治疗、化学治疗病史; ②症状有腹痛、腹胀、恶心呕吐、肛门停止排气排便, 4个症状的全部或其中的1~3种; ③体征有腹部压痛, 肠鸣音次数增加和亢进, 伴

或不伴腹部触及扩张肠管、肌紧张、反跳痛, 闻及气过水音; ④腹部X线摄片或腹部CT检查提示腹部肠管扩张, 有或无气液平面。

1.2 纳入标准 ①符合肠梗阻诊断标准; ②符合中医证型诊断标准; ③无绞窄性肠梗阻征象; ④患者知情同意, 依从性好。

1.3 排除标准 ①不符合本病疾病诊断标准及中医证候诊断标准; ②合并严重的心、脑、肺、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病; ③精神病、重度抑郁; ④合并妊娠或哺乳; ⑤无法配合治疗。

1.4 一般资料 选择安徽中医药大学第一附属医院普外一科2014年1月至2015年12月期间收治的87例AIO患者, 采用随机数字表法将患者分为对照组(42例)和观察组(45例)。对照组予常规西医治疗, 观察组在西医常规治疗的基础上联合中医四维一体疗法辅助治疗。对照组男23例, 女19例; 年龄22~78岁, 平均年龄(50.64±12.78)岁; 既往手术史: 腹部手术史20例, 盆腔手术史22例。观察组男24例, 女21例; 年龄25~74岁, 平均年龄(54.04±12.32)岁; 既往手术史: 腹部手术史31例, 盆腔手术史14例。两组患者性别、年龄比较, 差异均无统计学意义(性别: $\chi^2 = 0.018, P = 0.894$; 年龄: $t = -1.264, P = 0.210$); 两组盆腔手术史比较, 差异有统计学意义($\chi^2 = 4.052, P = 0.044$)。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 对照组 给予外科基础治疗: 禁食、胃肠减压; 补充水、电解质, 维持酸碱平衡, 营养支持; 应用

基金项目:“十二五”国家临床重点专科建设项目(财社[2013]239号); 国家自然科学基金项目(81573987, 30973855); “十二五”国家中医药管理局重点专科建设项目(国中医药医政发[2012]2号)

作者简介:崔晓茹(1993-), 女, 硕士研究生

通信作者:侯勇, [houyong992002@aliyun.com](mailto:hoyong992002@aliyun.com)

敏感抗生素抗杆菌和厌氧菌感染。

2.1.2 研究组 采用外科基础治疗方法联合四维一体疗法。

(1)中药辨证胃管注入疗法 按照腑实气滞、肠腑血瘀证,肠腑燥实、血瘀热结证,脾气虚弱、肠腑失润证3种证型分别给予中药鼻饲^[7]。

(2)中医辨证敷脐治疗 按肠腑燥实、血瘀热结证,脾阳虚弱、肠腑寒凝证2种证型分别给予中药敷脐治疗^[8]。

(3)中医辨证灌肠治疗 按照腑实气滞、肠腑血瘀证,肠腑燥实、血瘀热结证2种证型分别给予中药煎液保留灌肠^[9]。

(4)中医针刺治疗 ①取穴:足三里、上巨虚、下巨虚、天枢、内关、三阴交。②操作:患者取仰卧体位,穴位皮肤以75%乙醇常规无菌操作后,取一次性使用毫针(直径0.30 mm、长50 mm),针尖稍向上刺,直刺25~40 mm,每10分钟施以提插捻转平补平泻手法,每次行针30 s,以针感沿经络走行上下传导并有酸麻胀等感觉为度,留针30 min,每日1次。

整个疗程截至肠梗阻完全缓解或不缓解中转手术。

2.2 指标观察方法

2.2.1 腹痛缓解时间、自主排气时间、自主排便时间 有专人询问和记录。

2.2.2 造影剂泛影葡胺到达升结肠和降结肠时间 取76%泛影葡胺100 mL,通过胃管注入后,动态观察造影剂到达升结肠、降结肠的时间,专人检查和记录。

2.2.3 临床疗效 参照文献^[4]疗效判定标准并结合本次研究加以修订。①治愈:临床症状和体征消失,进食半流饮食后无复发,腹部X线摄片或CT检查均显示肠梗阻征象消失。②好转:肠梗阻症状和体征明显缓解,胃肠功能部分恢复,腹部X线摄片或CT检查显示肠管仍有充气扩张,但气液平面消失。③无效:临床症状、体征无改善甚至加重,腹部X线摄片或CT检查提示肠管充气扩张无明显减轻,腹部仍可见气液平面。

2.3.4 中转手术率 中转手术指征参考孙茂等^[5]制定的标准并适当修改。①腹痛发作剧烈,并呕吐频繁;②有休克表现,腹膜刺激征,腹部压痛固定,有肠型,腹部扪及包块,腹部X线摄片显示有孤立扩张肠袢;③AIO保守治疗在5 d内,病情无缓解,超声探查腹水明显增加,并且腹腔穿刺有浑浊或血性液体;④肠扭转、不能复位的肠套叠、血运性肠梗阻;⑤老年患者腹痛频繁,压痛固定,出现腹水。

2.3 统计学方法 采用SPSS 23.0进行统计学分析。连续型变量采用“均数±标准差($\bar{x}\pm s$)”进行统计学描述。两组数据比较采用两个独立样本 t 检验(两组数据全呈正态分布)或Mann-Whitney U 检验(两组数据不全呈正态分布)。采用双侧检验,显著性水准为 $\alpha=0.05$ 。

3 结果

3.1 两组症状缓解时间比较 观察组腹痛缓解时间、自主排气时间、自主排便时间均较对照组明显缩短($P<0.05$)。见表1。

表1 两组症状缓解时间比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	腹痛缓解时间/h	自主排气时间/h	自主排便时间/h
对照	42	20.79±3.26	42.39±3.25	47.39±2.93
观察	45	14.10±3.41*	31.88±3.67*	33.67±3.05*

注:与对照组比较,* $P<0.05$

3.2 两组泛影葡胺到达升结肠和降结肠时间比较 与对照组比较,观察组泛影葡胺到达升结肠和降结肠的时间明显缩短($P<0.05$)。见表2。

表2 两组泛影葡胺到达升结肠和降结肠时间比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	到达升结肠时间/h	到达降结肠时间/h
对照	42	12.76±6.22	18.31±4.19
观察	45	7.22±5.88*	14.96±5.03*

注:与对照组比较,* $P<0.05$

3.3 两组临床疗效比较 两组临床疗效分布比较,差异无统计学意义($P>0.05$),尚不能认为观察组临床疗效明显优于对照组。见表3。

表3 两组临床疗效比较

组别	n	治愈/例	好转/例	无效/例	平均秩次	Z值	P值
对照	42	20	8	14	48.14	-1.627	0.104
观察	45	26	14	5	40.13		

3.4 两组中转手术率比较 对照组中转手术12例,中转手术率为28.6%;观察组中转手术5例,中转手术率为11.1%。两组中转手术率比较,差异有统计意义($\chi^2=4.212, P=0.040$)。

4 讨论

AIO属于中医学“肠痹”“肠结”“关格”等病范畴,乃临床急症。“肠痹”之名最早被记载于《素问·痹论》,其所指之“肠痹”多由风、寒、湿等外感邪气循经而入或饮食不节等因素错杂相合而成^[6]。《医学衷中参西录·论肠结治法》曰:“肠结最为紧要,恒于人性命有关。”中医认为,六腑的共同特点是传化物而不藏,实而不满,以通为用。病有虚实两端,虚则气血化生不足,推动无力;实则热毒、寒凝、湿阻、血瘀、燥结等病因阻碍气血运行。肠腑气机闭塞,经络

阻滞不通是肠梗阻的主要病机。腹部外伤、手术后,各种因素致使肠腑气机升降失常,气机阻滞,运行不畅,气结于肠腑,则气滞血瘀,导致肠腑传导失司,腑气不通,不通则痛,出现腹痛、腹胀、呕吐、肛门停止排气排便等症。根据“六腑以通为用”的生理特点,故治以通里攻下、散结止痛。清代医家高士宗认为不同原因导致的肠梗阻均可利用“通法”的治疗原则辨证论治,其《医学真传》曰:“夫通则不痛,理也,但通之法,各有不同。调气以和血,调血以和气,通也;下逆者使之上行,中结者使之旁达,亦通也;虚者助之使通,寒者温之使通,无非通之法也。若必以下泄为通,则妄矣。”基于此理论,本课题组采用中药辨证胃管注入治疗^[7]、中医辨证敷脐治疗^[8]、中医辨证灌肠治疗^[9]的三维一体疗法辅助治疗 AIO,前期研究已经表明三维一体疗法辅助治疗 AIO 能有效提高临床总有效率,降低手术中转率。本研究进一步证实三维一体疗法联合针刺治疗 AIO 的良好疗效。

针刺治疗具有疏通经络、行气导滞、调理肠腑、缓急止痛的功效。研究表明,针刺在降低肠张力、抑制肠蠕动的同时又可兴奋低张力、迟缓的肠管,对胃肠运动有双向调节作用^[10]。依据“合治内腑”的原则选取足三里穴,该穴为胃经合穴,是治疗胃肠病之要穴,足三里有理气调中、和胃消滞、扶正培元的功效,是 AIO 针灸治疗的主穴^[11]。《针灸甲乙经·卷八》有“五脏六腑之胀,皆取三里。三里者,胀之要穴也”。配穴上巨虚、下巨虚分别为大、小肠腑的下合穴,均为足阳明胃经之穴,能通调肠腑、行气导滞,是调理肠腑的重要腧穴,在《灵枢·邪气脏腑病形》中亦有“合治内腑”之说。再配大肠之募穴天枢、八脉交会穴之内关、足太阴脾经之穴三阴交,可通导肠之腑气,祛其积滞,降其逆呕,消其胀痛。四维一体疗

法将中药胃管注入、灌肠、敷脐和针刺治疗作为一个整体,发挥 4 种中医疗法的综合作用,达到治疗 AIO 的目的。然而,AIO 可以从单纯肠梗阻发展成为绞窄性肠梗阻,如果非手术治疗无效,患者有中转手术指征时,应及时手术治疗,避免延误手术时机。

参考文献:

- [1] 赵玉沛,陈孝平. 外科学[M]. 3 版. 北京:人民出版社, 2015:494.
- [2] NASIR A A, ABDUR RAHMAN L O, BAMIGBOLA K T, et al. Is non-operative management still justified in the treatment of adhesive small bowel obstruction in children? [J]. Afr J Paediatr Surg, 2013, 10(3): 259-264.
- [3] 于庆生,吴宗芳,潘晋方,等. 三维一体疗法治疗粘连性肠梗阻的临床研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2014, 22(11):635-637.
- [4] 张鹏飞. 西医联合中医治疗肠梗阻的效果分析[J]. 中医临床研究, 2013, 5(16):100-102.
- [5] 孙茂,周辉,牟洪超,等. 肠梗阻的临床诊治:附 268 例分析[J]. 中国普通外科杂志, 2011, 20(10):1143-1145.
- [6] 冯文林,伍海涛.《黄帝内经》肠痹和大肠胀浅论[J]. 中医杂志, 2016, 57(7):620-621.
- [7] 刘名扬,于庆生,张琦,等. 中药胃管注入治疗肠梗阻临床观察[J]. 安徽中医药大学学报, 2015, 34(2):19-22.
- [8] 贾琦,于庆生,梁久银,等. 中医辨证敷脐治疗肠梗阻疗效分析[J]. 实用中医药杂志, 2015, 31(10):890-892.
- [9] 经文善,于庆生,潘晋方,等. 中药灌肠治疗粘连性肠梗阻的临床观察[J]. 河北中医, 2016, 38(2):201-203.
- [10] 李忠仁. 实验针灸学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2003:114-120.
- [11] 董永红,崔志敏. 针灸对粘连性肠梗阻的研究进展[J]. 中医临床研究, 2011, 3(24):86-88.

(收稿日期:2018-08-07;编辑:姚实林)

Clinical Effect of Four-Dimensional Integration Therapy in Treatment of Adhesive Ileus

CUI Xiao-ru¹, HOU Yong², YU Qing-sheng^{2,3}, SHEN Yi^{2,3}, LIU Ju-da^{2,3}, WANG Zhen^{2,3}

(1. Graduate Division, Anhui University of Chinese Medicine, Anhui Hefei 230031, China; 2. Department of General Surgery, The First Affiliated Hospital of Anhui University of Chinese Medicine, Anhui Hefei 230031, China; 3. Institute of Chinese Traditional Surgery, Anhui Academy of Chinese Medicine, Anhui Hefei 230031, China)

[Abstract] **Objective** To investigate the clinical effect of four-dimensional integration therapy in the treatment of adhesive ileus. **Methods** A total of 87 patients with adhesive ileus were randomly divided into observation group with 45 patients and control group with 42 patients. The patients in the control group were given basic surgical treatment, and those in the observation group were given basic surgical treatment combined with four-dimensional integration therapy, i. e., gastric tube administration, umbilical compress, and enema based on traditional

芍倍注射液治疗内痔的多中心临床分析

王茜¹,冯大勇¹,白志勇¹,丁喜坤²,梁忠杰³,安阿玥¹

(1. 中国中医科学院望京医院肛肠科,北京 100102;2. 深圳市盐田区第二人民医院肛肠科,广东 深圳 518083;3. 冠县人民医院肛肠科,山东 冠县 252500)

[摘要]目的 观察芍倍注射液注射治疗内痔的临床疗效。方法 将180例Ⅰ、Ⅱ期内痔患者随机分为试验组(98例)和对照组(82例),两组患者分别给予芍倍注射液、消痔灵注射液注射治疗,观察并比较两组临床疗效及不良反应。结果 两组临床疗效比较,差异有统计学意义($P<0.05$),试验组临床疗效明显优于对照组。术后3 d,试验组肛门疼痛、便血、肛门坠胀、排尿困难、痔黏膜、痔核大小积分均明显低于对照组($P<0.05$)。术后7 d,除肛门疼痛、排尿困难积分外,试验组其他症状、体征积分均明显低于对照组($P<0.05$)。试验组局部硬结和排便困难发生率显著低于对照组($P<0.05$)。结论 芍倍注射液注射治疗内痔,安全有效,尤其能减轻患者术后疼痛、便血、肛门坠胀及排尿困难等症状。

[关键词]内痔;芍倍注射液;消痔灵注射液

[中图分类号]R657.1⁺8 **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2018.06.007

痔是临床常见病、多发病,关于痔的治疗,国内外一直在探究最优方法。手术方法包括经典的外剥内扎术以及目前的吻合器痔上黏膜环切术、混合痔胶圈套扎术、选择性痔上黏膜吻合术等。注射方法是手术方法的一种,具有损伤小、恢复快、费用低的优势,但在注射药物方面,传统的硬化剂和坏死剂均存在一定的弊病。芍倍注射液是软化萎缩剂,不同于传统的坏死剂和硬化剂。本研究通过观察180例Ⅰ、Ⅱ期内痔患者术后疗效,并对相关指标进行系统评价,以进一步明确芍倍注射液治疗内痔的安全性

和有效性。

1 临床资料

1.1 诊断标准 ①症状:便时肛门出血、滴血或射血。便时或劳累后痔脱出肛外,能自行复位或需手法复位。便时肛门不适,伴坠痛。②视诊:肛门缘肿胀,增加腹压时痔核变大,部分患者内痔脱出肛外。③肛门镜:直肠下段有隆起的痔核,痔黏膜充血或糜烂。

1.2 纳入标准 ①符合内痔诊断标准,分期为Ⅰ、Ⅱ期内痔患者;②年龄为18~60岁;③愿意且能配合治疗观察者,签署知情同意书。

1.3 排除标准 ①有严重心、脑、肝、肾等原发疾病,或有恶性肿瘤、糖尿病等影响临床疗效判定结果的疾病;②有肛瘘、肛周脓肿、直肠息肉或其他肠道

基金项目:中国中医科学院望京医院重点课题项目(WJYY-20160827J)

作者简介:王茜(1990-),女,硕士,医师

通信作者:安阿玥, wangxistar@126.com

Chinese medicine syndrome differentiation and acupuncture. Time to abdominal pain remission, time to first flatus, time to spontaneous bowel movement, and time for meglumine diatrizoate to reach the ascending colon and the descending colon were observed for both groups after the treatment ended, and clinical outcome and rate of conversion to surgery were also observed. **Results** Compared with the control group, the observation group had significantly shorter time to abdominal pain remission, time to first flatus, time to spontaneous bowel movement, and time for meglumine diatrizoate to reach the ascending colon and the descending colon ($P<0.05$). There was no significant difference in clinical outcome between the two groups ($P>0.05$). The observation group had a significantly lower rate of conversion to surgery than the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Basic surgical treatment combined with traditional Chinese medicine four-dimensional integration therapy has a good clinical effect in the treatment of adhesive ileus and can improve clinical outcome, shorten recovery time, and reduce the rate of conversion to surgery.

[Key words] Adhesive ileus; Four-dimensional integration therapy; Nasogastric feeding of traditional Chinese medicine; Traditional Chinese medicine umbilical compress therapy; Traditional Chinese medicine enema; Acupuncture