

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2016.11.17

中西医结合治疗腹部术后胃肠功能紊乱 62 例临床研究

柳 瑞

(首都医科大学附属北京安贞医院 全科医学科,北京 100101)

摘要:[目的]探讨针灸、艾灸等对腹部外科手术后胃肠功能紊乱患者的治疗效果和安全性。[方法]选择 2013 年 1 月~2013 年 12 月在我院接受腹部手术的 86 例患者,男 52 例,女 34 例,年龄 26~73 岁,采用随机排列表法将患者分成观察组以及对照组,每组 43 例。对照组患者给予禁食水、胃肠动力药、广谱抗生素、维持水电质酸碱平衡、补充热量、补液以及一般对症处理等常规治疗,尽早辅助下床活动,重症患者给予多功能心电监护仪监护,低流量吸氧;观察组患者在上述治疗的基础上给予针灸联合艾灸治疗,针灸选穴太冲、三阴交、阳陵泉、下巨虚、上巨虚、足三里、天枢、内关、中脘。艾灸腹部以神阙穴为中心,选择气海、下脘、天枢、下肢选下巨虚、上巨虚、足三里等穴。[结果]治疗后观察组患者在肠鸣音出现时间、肠鸣音恢复正常时间以及肛门排气时间均低于对照组,观察组患者整体住院时间少于对照组,2 组比较差异有统计学意义($P<0.05$);对照组痊愈 8 例,好转 24 例,未愈 11 例,总有效率 74.42%,观察组痊愈 13 例,好转 26 例,未愈 4 例,总有效率 90.70%,2 组比较差异有统计学意义($P<0.05$);2 组患者治疗前胃动素和胃电幅值比较差异无统计学意义,具有可比性($P>0.05$),治疗后与治疗前比较 2 组均高于治疗前,与治疗前比较具有统计学意义($P<0.05$),但是观察组患者改善情况明显好于对照组,2 组比较差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者有 32 例患者实施了硬膜外麻醉,其中有 2 例患者因个人原因未要求使用术后镇痛治疗,其余 11 例患者采用了全身麻醉,均给予静脉术后镇痛。经对比发现硬膜外镇痛组患者经治疗后排气、排便时间略长于非硬膜外镇痛组,2 组比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。[结论]腹部外科手术后胃肠功能紊乱的发生概率较高,中医治疗具有微创、治疗效果确切、不良反应少等特点,临床实用价值高,安全有效,可以常规应用。

关键词:腹部手术;胃肠道功能紊乱;针灸;穴位;艾灸;中西医结合;临床疗效

中图分类号:R57

文献标志码:B

文章编号:1671-038X(2016)11-0880-04

随着外科手术的不断发展和进步,越来越多的疾病可以通过手术治疗,腹部以及盆腔具有人体内许多重要器官和脏器,疾病种类繁多,导致腹部手术在临床所占比例较高。术后胃肠功能紊乱是腹部手术围手术期常见并发症之一,临床表现主要是以肛门停止排气、排便,轻症者表现为便秘、呕吐、恶心、纳差、腹胀、腹痛。目前腹部手术术后胃肠紊乱的具体发病机制仍不清楚,西医认为其与手术创伤和应激、麻醉和术后镇痛、精神因素、术前疾病状态等因素引起的神经体液调节失调有关,患者临床出现胃肠道蠕动受到限制、胃肠动力下降,导致其术后恢复时间延长,增加住院费用,更加重了围术期其它并发症的发生率和康复率,严重影响患者健康和生活质量^[1]。治疗上西医主要是对症处理,采用多潘立酮等胃肠动力药联合肛管排气、胃肠减压等治疗,但是临床治疗效果欠佳。传统中医并无“胃肠功能紊乱的”病名,本病属于“纳呆”、“呕吐”、“痞证”、“胃脘痛”等范畴^[2],主要是归于手术创伤导致的气血受损,治疗上在药物的基础上通常给予艾灸、针刺等治疗。2013 年 1 月~2013 年 12 月我科应用针药结合

治疗腹部手术后胃肠功能紊乱,收到较好临床疗效,现分析总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择上述时期在我院接受腹部手术的 86 例患者,男 52 例,女 34 例,年龄 26~73 岁,平均(56.1±10.1)岁,患者所患疾病为不全性肠梗阻、腹股沟疝、脐疝、胆囊结石肝囊肿、子宫和乱插病变、直肠癌病变以及阑尾炎。

1.2 入选标准及排除标准

入选标准:①患者均为腹部外科手术;②手术时间小于 4 h;③符合最新版修订的《中医外科学》中关于术后胃肠功能紊乱的诊断标准;④充分了解本研究治疗的目的、过程以及临床意义,签署知情同意书者;⑤围治疗期临床资料完整(各项理化检查及手术记录)者;⑥未发生肠道术后机械性肠梗阻、吻合口漏等手术并发症者。排除标准:①其它非手术所致胃肠功能障碍的患者;②已广泛转移者及恶性肿瘤晚期出现恶病质者;③合并有心血管、脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病者;④局部有感染性疾病、皮肤缺损等无法行针者;⑤在治疗中出现严重并发症或者主动要求退出实验者;⑥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

收稿日期:2016-07-04

作者简介:柳 瑞,男,本科,主治医师,中医全科发展方向

通讯作者:柳 瑞,E-mail:Liurui7709@126.com

结构异常等器质性变;⑦正在哺乳或处于妊娠期的患者;⑧近期应用过大量激素、非类固醇抗炎制剂以及胃肠道动力药物者;⑨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。按照患者就诊的病历号,采用随机排列表法将患者分成观察组以及对照组,每组 43 例,2 组患者一般情况比较见表 1。

1.3 治疗方法

对照组患者给予禁食水、胃肠动力药、广谱抗生素、维持水电质酸碱平衡、补充热量、补液以及一般对症处理等常规治疗,尽早辅助下床活动,重症患者给予多功能心电监护仪监护,低流量吸氧;观察组患者在上述治疗的基础上给予针灸联合艾灸治疗,针灸选穴(除中脘外均为双穴):太冲、三阴交、阳陵泉、下巨虚、上巨虚、足三里、天枢、内关、中脘,患者取仰卧位,定位所选的穴位,对患者皮肤进行消毒,应用 2 寸毫针指切进针法进针,然后提插捻转,采用平补平泻手法予以强刺激,临床患者感觉胀、麻、酸感视为得气,阳陵泉用泻法,足三里用补法。艾灸腹部以神阙穴为中心,选择气海、下脘、天枢、下肢选下巨虚、上巨虚、足三里分别应用三孔、四孔或六孔艾灸盒,20 min/次,以患者透热为度,灸至局部皮肤潮红,以上治疗 1 次/d。针灸前一定要向患者做好充分的针刺前解释工作,以消除疑虑,治疗过程中患者如果出现晕针则立即采用头地位,去除全部行针,晕针缓解后,要适当保持休息,必要时可应用急救复苏措施处理。如果行针过程中发生因捻针方向问题或行针不当导致滞针,可采用刮柄、弹柄法,使缠绕的肌纤维回释或者向相反方向将针捻回。如果因为局部肌肉过度紧张、收缩所导致滞针,可稍延长留针时间,可在滞针腧穴附近,进行循按加弹针柄,效果欠佳时在滞针附近再刺一针,以宣散气血,而缓解肌肉的紧张。如果针发生弯曲时要顺着弯曲方向将针退出,如果是由于患者体位改变导致,嘱患者恢复体位,使局部肌肉放松后,可慢慢将针退出,切记强拔针、猛退针。同时穿刺时要手法轻柔,避开血管进

针,治疗期间应严密观察患者的症状及体征,防止发生严重并发症并及时处理^[3]。

1.4 观察内容

①患者临床症状积分比较。根据患者主要临床症状:排气和排便困难、恶心和呕吐、嗝气和厌食、腹胀和腹痛症状自评量表进行评分。患者感觉上述症状强度、频率较为严重时评为 4 分;自觉症状明显,症状强度、频率位于 4 分和 2 分之间则评为 3 分;自觉有明显的该项症状,但对机体没达到严重影响程度评为 2 分,自觉有该项症状,但不频发、不严重评为 1 分;无该项症状评为 0 分;②患者临床症状缓解时间(肠鸣音开始时间、恢复时间、排气时间、住院时间);③2 组患者临床治疗效果判定。痊愈:患者临床症状消失,治疗前后症状积分指数 $\geq 75\%$;显效:患者临床症状大部分缓解,胃排空仍慢,治疗前后症状积分指数 $\geq 50\%$;无效:症状无改善,积分指数 $< 25\%$,胃排空无变化;④患者治疗前后胃动素和胃电幅值比较。治疗前后抽取 2 ml 静脉血,应用放射免疫法测定患者的胃动素含量;⑤观察组中患者不同类型术后镇痛第一次排气、排便情况比较。

1.5 统计学处理

数据采用 SPSS 15.0 统计学软件进行系统性分析,结果以 $\bar{x} \pm s$ 表示,同一组干预前后比较采用配对 t 检验,不同组之间采用重复测量方差分析,数据均用 $\bar{x} \pm s$ 表示。计数资料的比较采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 2 组患者手术一般情况比较

由表 1 可以看出 2 组患者平均年龄、麻醉时间、术中出血、椎管内麻醉例数等一般情况比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2.2 2 组患者临床症状缓解时间比较

由表 2 可以看出治疗后观察组患者在肠鸣音出现时间、肠鸣音恢复正常时间以及肛门排气时间均低于对照组,观察组患者整体住院时间少于对照组,2 组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 2 组患者一般情况比较

组别	例数	平均年龄/岁	麻醉时间/min	术中出血/ml	椎管内麻醉例数
对照组	43	57.31±11.71	192.26±30.77	379.67±67.68	33
观察组	43	58.24±12.03	195.02±33.26	365.92±73.82	32

表 2 2 组患者临床症状缓解时间比较

组别	例数	肠鸣音开始时间/h	肠鸣音正常时间/h	肛门排气时间/h	住院时间/d
对照组	43	36.27±8.36	55.71±13.57	63.91±13.23	9.37±1.68
观察组	43	29.13±7.87 ¹⁾	46.82±11.26 ¹⁾	56.75±12.25 ¹⁾	7.10±1.03 ¹⁾

与对照组比较,¹⁾ $P<0.05$ 。

2.3 2组患者临床治疗效果判定

对照组痊愈8例,好转24例,未愈11例,总有效率74.42%,观察组痊愈13例,好转26例,未愈4例,总有效率90.70%,2组比较差异有统计学意义($P<0.05$),结果见表3。

2.4 患者治疗前后胃动素和胃电幅值比较

由表4可以看出2组患者治疗前胃动素和胃电幅值比较差异无统计学意义,具有可比性($P>0.05$),治疗后与治疗前比较2组均高于治疗前,与

治疗前比较具有统计学意义($P<0.05$),但是观察组患者改善情况明显好于对照组,2组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

表3 2组临床治疗效果比较

组别	例数	痊愈	好转	未愈	总有效率/%
对照组	43	8	24	11	74.42
观察组	43	13	26	4	90.70 ¹⁾

与对照组比较,¹⁾ $P<0.05$ 。

表4 患者治疗前后胃动素和胃电幅值比较

组别	例数	胃动素/(mmol·L ⁻¹)		胃电幅值/(mv·s ⁻¹)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	43	410.53±133.55	479.11±141.97 ²⁾	150.57±60.46	186.32±80.66 ²⁾
观察组	43	415.88±139.91	554.73±157.63 ¹⁾²⁾	151.46±66.39	221.57±89.73 ¹⁾²⁾

与对照组比较,¹⁾ $P<0.05$;与治疗前比较,²⁾ $P<0.05$ 。

2.5 观察组患者采用硬膜外镇痛者排气、排便时间比较

本研究中观察组患者有32例患者实施了硬膜外麻醉,其中有2例患者因个人原因未要求使用术后镇痛治疗,其余11例患者采用了全身麻醉,均给予静脉术后镇痛。经对比发现硬膜外镇痛组患者经治疗后排气、排便时间略长于非硬膜外镇痛组,2组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表5。

表5 观察组硬膜外镇痛和非硬膜外镇痛患者排气、排便时间比较

组别	例数	肛门排气时间/h	排便时间/d
硬膜外镇痛	30	57.38±10.11	66.21±12.37
非硬膜外镇痛	13	51.63±10.00 ¹⁾	57.39±11.01 ¹⁾

与硬膜外镇痛组比较,¹⁾ $P<0.05$ 。

3 讨论

腹部术后胃肠功能紊乱的流行病学研究表明:普通腹部手术后肠梗阻发生率高达20%,术后腹腔粘连发生率可达到80%左右,发生肠梗阻者占腹腔粘连患者的50%以上。胃大部切除术后胃功能性排空障碍的发生率国内报道10%以上^[4],而国外研究则为5%~25%,造成这种差异发生的原因可能是可能存在国家、地域以及手术方式等的区别^[5]。

由于腹部手术可以直接接触、损伤肠胃、甚至部分手术直接是肠胃的切除和治疗,同时加上患者应用麻醉剂、术中出血、创伤应激、禁食水等因素的干扰,术后容易出现腹部手术患者因术前禁食、手术打

击、麻醉药物的使用等围手术期因素腹胀、呕吐、呃逆、恶心、排便和排气功能障碍、肠麻痹、胃肠蠕动减慢等胃肠功能紊乱的情况^[6]。这些不适会导致患者出现睡眠、饮食障碍,继而影响患者的伤口愈合和术后整体康复,严重时可导致吻合口破裂、肠梗阻、肠粘连等严重并发症,加重家庭和社会经济负担,导致患者住院时间延长。如何快速恢复患者腹部术后患者的胃肠功能是围手术期的重大难题之一^[7]。

在治疗方面,现代医学缺乏治疗腹部术后患者胃肠功能紊乱的有效手段^[8],多给与调节肠道菌群、抗炎、镇吐、促胃肠动力药、胃肠减压等综合治疗,胃电起搏、内镜治疗等新疗法也逐渐运用于临床,如果疾病严重时还需要进一步手术治疗,进而又发生胃肠等组织、器官损伤,反过来又会加重胃肠功能紊乱,形成恶性循环^[9]。目前通过优化麻醉方案减少术后单纯恶心呕吐发生率的做法正逐渐引起学者们的重视。祖国医学虽无“胃肠功能紊乱”之病名,但据其病机则属于“关格”、“肠结”、“肠痹”范畴,中医学研究理论注重“六腑以通为用”^[10],术后患者脾失健运、中气虚弱,影响胃肠道整体消化机能下降,中医治疗可以达到标本并治,总结出辩病与辨证想结合的诊疗原则,辩证实施治疗^[11]。中脘穴属奇经八脉之任脉,此穴的主治疾病为:消化系统疾病,如腹胀、腹泻、腹痛、腹鸣等^[12];三阴交属于中医腧穴,足太阴脾经,主治包括腹胀、消化不良、食欲不振、肠绞痛、腹泻等病症^[13];阳陵泉历代针灸医家将之列为要穴,主治口苦、呕吐,黄疸,小儿惊风等;足三里是“足阳明胃经”的主要穴位之一,胃痛、呕吐、腹胀、肠

鸣、消化不良能调节改善机体免疫功能^[14]。

在本研究中观察应用中西医结合治疗腹部胃肠功能紊乱时可以明显改善患者肠鸣音出现时间、肠鸣音恢复正常时间以及肛门排气时间,对照组治疗总有效率 74.42%,观察组总有效率达到 90.70%,2 组比较差异有统计学意义($P<0.05$);2 组患者治疗前胃动素和胃电幅值比较差异无统计学意义,具有可比性($P>0.05$),治疗后与治疗前比较 2 组均高于治疗前,与治疗前比较有统计学意义($P<0.05$),但是观察组患者改善情况明显好于对照组,2 组比较差异有统计学意义($P<0.05$),说明经过电针穴位治疗可以明显改善与胃肠道功能有关的神经、体液分泌和代谢,观察组患者有 32 例患者实施了硬膜外麻醉,其中有 2 例患者因个人原因未要求使用术后镇痛治疗,其余 11 例患者采用了全身麻醉,均给予静脉术后镇痛。经对比发现硬膜外镇痛组患者经治疗后排气、排便时间略长于非硬膜外镇痛组,两组比较差异具有统计学意义,可以初步得出结论硬膜外镇痛由于阻滞了脊神经,导致患者肠蠕动减慢,延缓了患者的排气、排便时间,但是由于本研究中病例数较少,而且缺乏相关性分析等统计学证据证实,本研究将在今后的实验设计和临床研究中进一步完善和分析。

综上所述,腹部外科手术后胃肠功能紊乱的发生概率较高,中医治疗具有微创、治疗效果确切、不良反应少等特点,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 王 波,刘 敏.心胸外科术后并发胃肠功能紊乱 106 例分析[J].中外医疗,2014,33(7):56—57.
- [2] 徐金兰.枸橼酸莫沙比利胶囊联合四磨汤治疗老年糖尿病胃肠功能紊乱疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2012,21(15):1649—1650.
- [3] 任梅江,王兰平.凝结芽孢杆菌活菌片预防剖腹产术后胃肠功能紊乱的临床观察[J].中国微生态学杂志,2013,25(2):202—203.
- [4] 崔延超,吴 琼,周 灿,等.针刺治疗腹部术后胃肠功能紊乱的疗效[J].中国老年学杂志,2013,33(8):1792—1793.
- [5] 解然勇,侯 超,王 璇.电针足三里联合甲氧氯普胺注射治疗上消化道术后胃肠功能紊乱 50 例[J].陕西中医,2013,34(6):744—745.
- [6] 汪 泳,张方信,刘 鑫.脑卒中急性期胃肠功能紊乱的相关危险因素分析[J].世界中西医结合杂志,2013,8(6):594—596.
- [7] 邱 蜀.心脏病术后胃肠功能紊乱的中医辨证治疗的临床疗效[J].内蒙古中医药,2013,32(5):85—86.
- [8] 苏玉杰,叶勇,李云华如意散贴敷神阙穴治疗脓毒症胃肠功能障碍疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2013,22(16):1736—1737,1762.
- [9] 陈利娟.中西医结合护理对腹部手术后胃肠功能紊乱的预防和疗效观察[J].中医药导报 2013,8(11):130—131.
- [10] 易新平.电针配合艾灸防治腹部术后胃肠功能紊乱[J].长春中医药大学学报,2013,29(5):889—890.
- [11] 刘 颖,邵宏君,李少彦.消痞方配合吴茱萸敷脐治疗术后胃肠功能紊乱临床观察[J].中国中医急诊,2012,21(5):814—815.
- [12] 张蓉华.中西医结合护理对腹部手术后胃肠功能紊乱的预防和临床疗效观察[J].护士进修杂志,2012,27(20):1897—1898.
- [13] 赵 武,付 宇,石 鹏.针灸疗法对腹部手术后胃肠功能紊乱的临床研究[J].陕西中医,2012,33(7):878—880.
- [14] 王晓燕,王世军,吴富东.电针足三里穴对胃肠功能紊乱大鼠 5-HT 的影响[J].针灸临床杂志,2012,28(9):51—53,75.