

- 2492-2495.
- [7] 郭清花,王淑平,杨婉瑜. 耳穴埋豆应用于骨折术前失眠患者的护理体会探究[J]. 世界睡眠医学杂志,2022,9(8):1424-1426.
- [8] 中华医学会精神科分会. CCMD-3 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 3 版. 济南: 山东科学技术出版社,2001: 83-84, 87-89.
- [9] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准:ZY/T001.1~001.9-94[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994:33.
- [10] 郑筱萸. 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, 2002:269.
- [11] 国家卫生健康委加速康复外科专家委员会骨科专家组, 中国研究型医院学会骨科加速康复专业委员会, 中国康复技术转化及促进会骨科加速康复专业委员会. 骨科加速康复围手术期精神卫生问题及精神障碍的评估与管理专家共识[J]. 中华骨与关节外科杂志,2022,15(10):768-775.
- [12] 魏晨慧,郭锦丽,程宏,等. 骨科患者围术期睡眠质量的调查及影响因素分析[J]. 世界睡眠医学杂志,2021,8(6):941-944.
- [13] 黄丽娇,欧阳艳菲,林爽. 耳穴埋豆对改善术前患者失眠的效果观察[J]. 按摩与康复医学,2017,8(4):54-55.
- [14] 廖涛,黄莉,梁佳佳,等. 五音疗法结合耳穴埋豆在老年腰椎间盘突出症伴焦虑睡眠障碍患者中的应用效果[J]. 四川中医,2019,37(9):210-212.
- [15] 邢雪梅,宁梅,李严严. 耳穴埋豆应用于术前失眠患者的护理体会[J]. 实用临床医药杂志,2013,17(6):87-88,99.

(编辑:谭雯 收稿日期:2023-07-04)

热敏灸联合山茶油治疗术后早期炎性肠梗阻临床观察*

陈子文 刘红权 曾莉娟 刘传渊 何仙平 钟武

摘要:目的 探讨热敏灸联合山茶油治疗术后早期炎性肠梗阻的疗效。方法 采用随机对照研究方法,将纳入研究的患者随机分为观察组和对照组,各 36 例。对照组采用常规西医治疗,观察组在常规西医治疗的基础上采用热敏灸联合山茶油口服或胃管内注入治疗,比较 2 组临床疗效和不良反应发生率。结果 观察组治疗总有效率高于对照组($P < 0.05$);观察组恢复排气排便时间、术后住院时间、胃肠减压时间、腹痛缓解时间、腹胀缓解时间均少于对照组($P < 0.05$);治疗 1 周后,观察组血清炎症因子 CRP、TNF- α 、IL-6 较对照组下降更明显($P < 0.05$)。结论 热敏灸联合山茶油治疗术后早期炎性肠梗阻的临床疗效显著,安全性好,值得推广。

关键词: 关格;炎性肠梗阻;热敏灸疗法;山茶油

doi:10.3969/j.issn.1003-8914.2024.15.036 文章编号:1003-8914(2024)-15-3075-04

Thermal Moxibustion Combined with Camellia Oil in the Treatment of Early Postoperative Inflammatory Small Bowel Obstruction

CHEN Ziwen LIU Hongquan ZENG Lijuan LIU Chuanyuan HE Xianping ZHONG Wu

(Department of Gastrointestinal Hernia Surgery, Ganzhou Hospital Affiliated to Nanchang University

/Ganzhou People's Hospital, Jiangxi Province, Ganzhou 341000, China)

Abstract: Objective To explore the efficacy of thermal moxibustion combined with camellia oil in the treatment of early postoperative inflammatory small bowel obstruction. **Methods** Using randomized controlled experiment, the patients included in this study were randomly divided into observation group and control group. The control group was treated with conventional Western medical treatment, and the observation group was treated with thermal moxibustion combined with camellia oil orally or injected into gastric tube on the basis of conventional Western medical treatment. The clinical efficacy and the incidence of adverse reactions of the two groups were compared. **Results** The total effective rate of observation group was higher than that of control group ($P < 0.05$). The recovery time of exhaust and defecation, postoperative hospitalization time, gastrointestinal decompression time, abdominal pain relief time and abdominal distension relief time in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). After 1 week of treatment, serum inflammatory factors CRP, TNF- α and IL-6 were significantly decreased in observation group compared with control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The thermal moxibustion combined with camellia oil in the treatment of early postoperative inflammatory small bowel obstruction has significantly clinical effect and good safety, and is worth promoting.

Key words: obstruction and rejection; inflammatory small bowel obstruction; therapy of thermal moxibustion; camellia oil

术后早期炎性肠梗阻 (Early postoperative

inflammatory small bowel obstruction, EPISBO) 是腹部外科手术术后最常见的并发症之一,是指腹部外科手术术后早期(一般指术后 2 周内),由于腹部手术创伤或腹腔内炎症等原因导致肠壁水肿和渗出,形成的一种机械性和动力性因素同时存在的粘连性肠梗阻^[1]。常表

* 基金项目:江西省中医药管理局科技计划项目(No. 2022B668)

作者单位:南昌大学附属赣州医院/赣州市人民医院胃肠疝外科(江西赣州 341000)

通信方式:E-mail:441288374@qq.com

现为患者术后有排气排便,首次进食后出现腹痛、腹胀、停止排气排便等肠梗阻症状。因 EPISBO 特殊的术后病理生理表现,其治疗相较于一般的肠梗阻也有特殊的一面。EPISBO 的治疗,以非手术治疗为主,传统的西医保守治疗方法包括胃肠减压、灌肠、抑制消化液分泌、抗炎、维持水电解质酸碱平衡、肠外营养等治疗措施,普遍需要 3~10 d 才可缓解^[2,3]。近年来,也常有报道使用经鼻肠梗阻导管置入小肠进行深度减压处理治疗 EPISBO^[4,5],该治疗方法虽然效果显著,却存在创伤和操作风险,部分患者也难以长时间耐受鼻导管的刺激^[6]。如何缩短治疗时间、减少患者创伤、减轻患者住院负担成为临床医生的研究热点。随着中医的逐渐发展,中西医结合治疗 EPISBO 越发受到医

学同仁的青睐。本研究采用随机对照研究方法,在西医治疗的同时,将热敏灸联合山茶油口服或胃管内注入治疗方法与单纯西医治疗方法对比,探讨热敏灸联合山茶油治疗 EPISBO 的疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2022 年 1 月—2023 年 12 月赣州市人民医院符合 EPISBO 诊断的患者 74 例,按随机对照表法将纳入研究对象随机分为观察组和对照组,截至随访日期,观察组 1 例因治疗方案改变而出组,对照组 1 例因转院而出组,最终纳入研究观察组和对照组各 36 例。2 组患者的性别、年龄、EPISBO 持续时间及手术方式等一般资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者基础资料比较 (例,%, $\bar{x} \pm s$)

资料	观察组(36 例)	对照组(36 例)	χ^2 值/ t 值	P 值
男	21	23	0.234	0.629
女	15	13		
年龄	60~69	14	0.257	0.880
	70~80	15		
	>80	5		
EPISBO 持续时间/d	4.81 ± 1.47	4.78 ± 1.46	0.081	0.936
手术方式	胃癌根治术	2	2.736	0.841
	结肠癌根治术	11		
	直肠癌根治术	10		
	小肠切除术	1		
	阑尾切除术	6		
	胃十二指肠穿孔修补术	5		
	胆囊切除术	1		

1.2 纳入标准 ①近 1~2 周有腹部手术史的患者,男女不限;②术后曾恢复排气排便,进食后出现腹痛、腹胀、呕吐等肠梗阻表现;③生命体征平稳,签署知情同意书;④热敏感知正常,自主意识,能配合研究。

1.3 排除标准 ①完全性肠梗阻、绞窄性肠梗阻或合并肠扭转、肠套叠等有急诊手术探查指征者;②存在腹腔感染、肠漏、大出血等术中术后并发症者;③合并严重心脑血管疾病者;④有明显过敏史,潜在山茶油及艾条过敏者。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 单纯西医治疗方法,包括胃肠减压、抗炎、抑制消化液分泌、维持水电解质平衡及肠外营养支持治疗等措施。

1.4.2 观察组 在传统西医治疗的基础上,采用热敏灸联合山茶油口服或胃管内注入治疗方法。热敏灸:患者采取平卧或侧卧位,使用艾条(规格:约 1.8 cm ×

20 cm)探查热敏化腧穴,在热敏化腧穴处首先进行回旋灸 2 min,再施以雀啄灸 1 min 加强敏化,再以往返灸 2 min,最后施以温和灸 30 min 激发经气,每日治疗 1 次。山茶油:每次 30 ml 口服或者胃管内注入,每日 2 次。

1.5 观察指标

1.5.1 临床疗效 1 周后疗效判定标准如下:治愈:患者症状和体征消失,排便恢复正常,进食后无不适,腹部 X 线片、CT 等检查显示无异常;好转:腹胀、腹痛等腹部症状减轻,患者自主排气排便恢复,影像显示梗阻征象减轻;无效:临床症状无改善或者加重,患者肛门无排气、排便,影像显示梗阻征象无减轻甚至加重。总有效 = 治愈 + 好转。

1.5.2 胃肠功能恢复时间 包括恢复排气排便时间、术后住院时间、胃肠减压时间、腹痛缓解时间、腹胀缓解时间。

1.5.3 血清炎症因子 比较治疗前、治疗 1 周后患者的血清炎症因子 C 反应蛋白 (CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6 (IL-6) 水平。

1.5.4 不良反应发生率 比较分析 2 组发生呕吐、纳差等不良反应的发生率。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 26.0 进行统计学分析, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验; 计数资料以率 (%) 表示, 采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 观察组治疗总有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者临床疗效比较 (例, %)

组别	例数	治愈	好转	无效	总有效
观察组	36	31	4	1	35 (97.22)
对照组	36	24	4	8	28 (77.78)
χ^2 值					4.571
P 值					0.033

2.2 胃肠功能恢复时间 观察组恢复排气排便时间、

表 4 2 组患者炎症因子比较 (例, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CRP/(mg/L)		TNF- α /(ng/L)		IL-6 (ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	36	49.50 \pm 12.03	14.97 \pm 5.00	10.89 \pm 2.278	2.42 \pm 1.079	33.58 \pm 2.601	15.92 \pm 3.175
对照组	36	48.42 \pm 11.56	20.58 \pm 9.36	11.08 \pm 2.285	3.17 \pm 1.577	33.86 \pm 2.789	17.67 \pm 3.481
t 值		0.390	-3.172	-0.362	-2.355	-0.437	-2.229
P 值		0.698	0.002	0.719	0.021	0.663	0.029

3 讨论

EPISBO 最早于 1995 年由我国黎介寿院士提出, 经过多年的总结, 目前认为 EPISBO 的病理生理变化主要为手术中各种刺激因素引发肠壁无菌性炎症反应, 诱导中性粒细胞和巨噬细胞等炎性细胞聚集, 并释放相应的炎性介质, 形成无菌性炎症, 这些炎性介质可抑制胃肠道迷走神经, 继而引起胃肠道蠕动功能障碍导致梗阻的发生^[8-10], 同时, 释放的炎症介质可引起肠壁高度充血、水肿, 肠间的炎性反应可导致广泛炎性粘连, 形成粘连性肠梗阻^[11,12]。EPISBO 主要表现为术后患者早期有少量排气排便, 进食后很快出现明显的肠梗阻表现, 腹胀为主, 腹痛较轻微, 听诊肠鸣音减弱或消失, CT 下普遍有肠管的水肿以及肠管走行紊乱等肠粘连表现, 伴有肠管扩张及积液。目前, 业内学者普遍认为 EPISBO 不需要手术干预, 绝大部分患者可通过保守治疗痊愈^[13]。

中医学认为 EPISBO 属于“关格、肠结”等范畴, 腹

术后住院时间、胃肠减压时间、腹痛缓解时间、腹胀缓解时间均少于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组患者胃肠功能指标比较 ($d, \bar{x} \pm s$)

指标	观察组(36 例)	对照组(36 例)	t 值	P 值
恢复排气排便时间	5.11 \pm 1.47	7.50 \pm 1.54	-6.734	0.000
术后住院时间	12.11 \pm 2.30	14.25 \pm 2.02	-4.190	0.000
胃肠减压时间	5.14 \pm 1.42	6.17 \pm 1.86	-2.638	0.010
腹痛缓解时间	4.17 \pm 1.08	4.83 \pm 0.70	-3.107	0.003
腹胀缓解时间	4.42 \pm 1.05	5.00 \pm 0.89	-2.534	0.014

2.3 血清炎症因子 治疗前, 2 组血清炎症因子 CRP、TNF- α 、IL-6 水平差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗 1 周后, 2 组皆明显下降, 且观察组较对照组下降更明显, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

2.4 不良反应发生率 观察组出现纳差 4 例, 呕吐 4 例, 艾灸引起局部皮疹 1 例, 总不良反应发生率 25.00% (9/36); 对照组出现纳差 3 例, 呕吐 4 例, 总不良反应发生率 19.44% (7/36); 2 组差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.08, P = 0.777$)。

部手术易伤及局部气血, 导致气血亏虚、运行不畅, 如损伤肠腑则会引起肠腑气机失调、气滞血瘀、瘀久化热、热邪郁闭、肠腑通降不利而出现腹胀等肠梗阻症状^[14]。热敏灸疗法是通过艾灸热敏化腧穴, 疏通周围部位的经络气血, 使经脉“内属脏腑、外络于肢节”的功能加强, 达到治愈疾病的目的。中医上通过艾灸内关、足三里、中脘, 可达到益气活血、通腑降逆的作用^[15]。

山茶油取自山茶科 Kamellia 油茶 Kamelliaoleifelaobel 树的种子, 山茶油传统的制作过程是用油茶种子以物理方法去壳、晒干、粉碎、榨油、过滤而成, 是纯天然绿色食用油, 对身体无毒无害。同时, 山茶油有很大的药用价值, 《本草纲目》记载:“茶油性寒凉, 味甘平, 润肠通便, 清热化湿, 润肺祛痰, 利头目”, 《纲目拾遗》谓其:“润肠清胃, 杀虫解毒”^[16]。民间百姓有口服茶油治疗便秘的传统经验, 证明其润肠通便的功效。同时, 山茶油色泽淡黄, 患者食用后可经肛门排出色泽

明显的“油性粪水”,非常容易鉴别胃肠道是否完全通畅,相较于传统石蜡油无色无味,山茶油的通便指示作用更加明显。

本研究应用热敏灸联合山茶油治疗 EPISBO 取得了较好的临床疗效,能有效缩短胃肠道功能恢复时间,加快炎症消退,不良反应少,安全性良好。同时,治疗所需的艾草、山茶油非常廉价便于获得,能有效降低医疗成本,减轻患者经济负担,值得推广和应用。

参考文献

[1] 李幼生,黎介寿. 再论术后早期炎性肠梗阻[J]. 中国实用外科杂志,2006,26(1):38-39.

[2] 李幼生,李民,李宁,等. 术后早期炎性肠梗阻疗效的长期随访分析(附 121 例报告)[J]. 中国实用外科杂志,2010,30(4):291-293.

[3] WU Z, WANG S, YUAN S, et al. Clinical efficacy and safety of somatostatin in the treatment of early postoperative inflammatory small bowel obstruction: A protocol for systematic review and meta analysis[J]. Medicine (Baltimore), 2020, 99(20):e20288.

[4] ZUO L, CAO L, DING C, et al. Strategy to small intestine obstruction caused by Crohn's disease on the basis of transnasal ileus tube insertion[J]. BMC Surg, 2022, 22(1):183.

[5] 孙家琛,陈俊榕,刘亚男,等. 肠梗阻导管联合生长抑素治疗老年胃肠道肿瘤术后早期炎性肠梗阻的临床疗效[J]. 中山大学学报(医学科学版), 2020, 41(5):741-746.

[6] 朱维铭,李宁. 术后早期炎性肠梗阻的诊治[J]. 中国实用外科杂志,2000,20(8):456-458.

[7] 田晋嗣,何建胜. 中西医结合治疗老年腹部术后早期炎性肠梗阻的疗效[J]. 中国老年学杂志,2013,33(9):2135-2136.

[8] NAKAMURA Y, MATSUDA K, YOKOYAMA S, et al. Intraoperative maneuvers may affect the development of early

postoperative small bowel obstruction after laparoscopic colorectal cancer surgery: Multicenter prospective cohort study[J]. Int J Surg, 2021, 86: 52-56

[9] FUKAMI Y, KOBAYASHI S, SEKOGUCHI E, et al. Randomized controlled trial of hyperbaric oxygen therapy in adhesive postoperative small bowel obstruction[J]. Langenbecks Arch Surg, 2018, 403: 555-559.

[10] GUO Y, ZHU Q, CHEN S, et al. Effect of sodium hyaluronate-arboxycellulose membrane (Septrafilm ©) on postoperative small bowel obstruction: A meta-analysis [J]. Surgery, 2021, 169: 1333-1339.

[11] MEGE D, COLOMBO F, STELLINGWERF ME, et al. Risk factors for small bowel obstruction after laparoscopic ileal pouch-anal anastomosis for inflammatory bowel disease: A multivariate analysis in four expert centres in europe[J]. J Crohns Colitis, 2019, 13: 294-301.

[12] STENBERG E, CHEN R, HILDÉN K, et al. Pregnancy as a risk factor for small bowel obstruction after laparoscopic gastric bypass surgery[J]. Ann Surg, 2020, 272(1): 125-129.

[13] HENG S, HARDY J, GOOD P. A retrospective audit on usage of Diatrizoate Meglumine (Gastrografin(©)) for intestinal obstruction or constipation in patients with advanced neoplasms [J]. Palliat Med, 2018, 32: 294-298.

[14] 胡仕祥,管俊芳,赵洪飞,等. 中医辨证诊治术后早期炎性肠梗阻方法研究[J]. 中国中西医结合急救杂志,2021,28(2):129-131.

[15] 武百强,潘琦,陈福春,等. 艾灸治疗术后早期炎性肠梗阻的临床观察[J]. 中国中西医结合杂志,2011,31(9):1283-1284.

[16] 冯秋瑜,宋宁,黄慧学,等. 山茶油的药用研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志,2016,22(10):215-220.

(编辑:李佳丽 收稿日期:2024-04-30)

《光明中医》杂志征订征稿启事

《光明中医》杂志是国家中医药管理局主管、中华中医药学会主办的国家级中医药科技综合期刊,刊号 CN11-1592/R,ISSN-8914。国内外公开发行,每月 15 日、28 日在北京出版。是中国学术期刊(光盘版)、科技部万方数据库、中文科技期刊数据库全文收录期刊。

《光明中医》杂志是国家级综合性中医药学术期刊,以“寓医理于临床”为办刊宗旨,以“面向临床”“面向科研”“面向基层”为办刊方针,实用性强,读者群广。主要栏目:临床论著、实验研究、薪火传承、硕博论坛、针灸探骊、中西医结合、临床研究、医案医话、经典温课、教管论坛、护理论坛、科研进展。

《光明中医》杂志为半月刊,大 16 开,每册定价 15.0 元,全年定价 360.0 元,邮发代号:82-525。各地邮局均可办理订购。若当地邮局订购有困难,亦可直接与本刊发行部联系订购。欢迎广大读者、作者、赐稿订阅。

本刊全国唯一专用投稿、汇款、通联信箱:北京 105 信箱(相当于通函地址)邮编:100036。电话:010-68581039/0939(传真)。

本刊唯一指定在线投稿官方网站:<http://www.gmzyzy.com>

本刊唯一指定邮箱:gmzyzy@sina.com

本刊社址:北京市西城区三里河南一巷 11 号院 1 号楼 111 室