

中药外治法辅助治疗粘连性肠梗阻的临床研究进展

王婷 马晓莉

【摘要】 粘连性肠梗阻是常见的急腹症之一。中医认为本病是由气滞、血瘀、不通所致。外治之理即内治之法,故配合西医常规治疗,采用中药外治法从通里攻下、理气止痛、活血化瘀入手治疗粘连性肠梗阻,取得了一定疗效。临床运用中药外治主要包括中药敷脐、中药肛滴及中药灌肠三种常见外治方式,药物以理气药、攻下药、活血药多用。本文对中药外治法辅助治疗粘连性肠梗阻的临床资料进行了总结,为进一步研究提供借鉴。

【关键词】 中药外治; 粘连性肠梗阻; 综述

【中图分类号】 R574.2 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2013.02.021

Clinical research progress on the role TCM(Tradition Chinese Medicine) external treatment in adhesive intestinal obstruction therapy WANG Ting, MA Xiao-li. College of Traditional Chinese Medicine of Hebei University, baoding 071000, China

Corresponding author: MA Xiao-li, E-mail: ma_xiaoli@163.com

【Abstract】 Adhesive intestinal obstruction is one of the common acute abdomen surgeries, routine treatment of WM combined with TCM external treatment for adhesive intestinal obstruction has made certain effect, such as dredging intestines, regulating qi and relieve pain, promoting blood circulation for removing blood stasis. In the clinical study external treatment of chinese drugs includes Chinese herbal umbilicus, rectal instillation, enema with TCM drugs. Qi-regulating, offensive purgative, blood-activating were commonly used. The review summarizes the current clinical research on the role TCM external treatment in adhesive intestinal obstruction therapy and provides clues for further researches.

【Key words】 TCM external treatment; Adhesive intestinal obstruction; Review

粘连性肠梗阻是腹部外科常见的急腹症之一,是由于腹腔内粘连而导致肠内容物通过障碍的一种疾病,发生率占各类肠梗阻的 40% ~ 60%^[1]。临床上以术后所致的粘连性肠梗阻为最多^[2]。发病原因多有腹腔手术、创伤或感染史等,而腹部手术后并发粘连性肠梗阻是手术常见并发症。有资料报道,腹部外科手术约 90% 有粘连,40% 以上会引起粘连性肠梗阻^[3]。

1 中医对粘连性肠梗阻的认识

1.1 中医对肠梗阻的一般认识

肠梗阻是一种常见的急腹症,临床以腹痛、呕吐、腹胀、肛门停止排便排气为主要表现形式,严重者可发展为肠绞窄坏死甚至死亡。中医的“关格”“肠结”“腹痛”“积聚”等类似本病。《医学衷中参西录》曰“肠结最为紧要,恒于人性命有关”。《灵枢·四时气篇》曰“饮食不下,隔塞不通,邪在胃脘,腹中肠鸣,气上冲胸,喘不能久立,邪在大肠”,指出梗阻部位在胃肠。

1.2 中医对粘连性肠梗阻的病因病机与治疗的认识

中医学认为六腑以通为用,以降为顺。由于众多急腹症手术病人本身存在湿热、痰阻、瘀滞和饮

作者单位:071000 保定,河北大学中医学院 [王婷(硕士研究生)、马晓莉]

作者简介:王婷(1989-),女,2012 级在读硕士研究生。研究方向:中西医结合临床。E-mail: Lijm3000@sina.com

通讯作者:马晓莉(1967-),女,博士,教授,硕士生导师。研究方向:中西医结合临床。E-mail: ma_xiaoli@163.com

食积滞等病理机制,而腹部手术损伤脏腑气血经络,破坏脏腑气机的正常运行并耗伤气血津液,更有碍脾胃、大小肠的气机升降^[4]。胃肠气机阻滞,传导、通降失常,则胃脘、腹部胀满疼痛;若气机阻塞严重,上不得暖气,下不得矢气,气聚而不散,则脘腹胀痛加剧;胃气痞塞,升降失调,胃气上逆而至呕吐;胃气不通,大肠传导糟粕机能失常,则见便秘。即表现为“痛、吐、胀、闭”四大症状。由于手术损伤,气机不利,气滞血瘀,瘀久化热,所以“气滞”、“血瘀”、“不通”是本病的病理基础。

寒凝、湿热、血瘀、食积等均可导致肠梗阻,故要以“通”为主,活血通络,通腑降浊。李东垣《医学发明·泄可去闭葶苈大黄之属》强调“通则不痛”的病理学说,并在治疗原则上提出“痛随利减,当通其经络,则疼痛去矣”。《医学入门》曰:“关格死在旦夕,但治下焦可愈,大承气汤下之。”指出大承气汤是治疗本病的有效方剂。《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。”总结了本病的治疗原则。

2 中药外治法

对于非绞窄性的单纯性粘连性肠梗阻,一般以非手术治疗为主。肠梗阻的非手术治疗多种多样,综合来说可概括为减少梗阻上段肠管压力,保持梗阻下段肠管通畅,疏通梗阻,排空肠内容物,维持机体内环境,预防肠道菌群感染等^[5]。

中医临床多用中药汤剂内服治疗粘连性肠梗阻,由于内服汤剂增加患者胃肠负担,部分病人不能耐受,所以临床上也采用不同的中药外治法并取得了较好效果。

2.1 中药敷脐

冼健元等^[6]在西医常规治疗基础上采用中药敷脐治疗粘连性肠梗阻 150 例。中药组成:大黄 50 g、枳实 30 g、厚朴 10 g、芒硝 75 g、莱菔子 60 g、木香 10 g、槟榔 10 g、黄芩 25 g 等。把上药研细末,加少许蜂蜜,陈醋调成膏状,平敷于脐腹部。用后若药物干燥,再用陈醋注入调湿,每次药物使用 24 小时后弃去,1 次/日,5 天为一疗程。结果:痊愈 85 例,显效 46 例,继续治疗 1~2 个疗程均达痊愈;无效 19 例,总有效率为 87.3%。宋易华等^[7]予苦

寒泻下中药外敷神阙穴。药物组成:大黄 20 g、厚朴 20 g、枳实 20 g、莱菔子 15 g、木香 15 g、赤芍药 15 g、冰片 6 g。上药研成细末,用香油调成稠糊状,外敷神阙穴,以塑料薄膜封包外固定,每日更换 1 次,1 周为一个疗程。共 36 例,治愈 26 例(72.2%),好转 8 例(22.2%),无效 2 例(5.6%),总有效率 94.4%。宋景戈^[8]将粘连性肠梗阻分为肠腑热结证和肠腑寒凝证两型。肠腑热结证用纯净芒硝 300 g,肠腑寒凝证用吴茱萸 300 g,略炒黄,加热至 43~44℃,两者均装入棉布袋内,封闭后平铺于脐部,每 8 小时更换 1 次,整个疗程至肠梗阻完全缓解或不缓解中转手术。总有效率 93.75%。汤晓东等^[9]用桃红松解散外敷神阙穴治疗手术后粘连性肠梗阻 30 例,治愈 25 例,好转 4 例,无效 1 例,总有效率是 96.67%。具体方法:当归、丹参、红花、桃仁、厚朴、元胡、白术、生白芍、陈皮、甘草、赤芍各等分,粉碎后装入一个 10 cm×10 cm 的粉红色纯棉布包中,敷于神阙穴,温水袋热敷或红外线理疗,每次 20~30 分钟,3 次/天。药包平时戴在身上,4 天为一疗程。郭宏珺等^[10]在基础方药口服的前提下以神阙穴外贴治疗粘连性肠梗阻。组方:白芷、小茴香、檀香、大黄、赤芍、厚朴、木香、枳实、大腹皮各 30 g,芒硝 10 g,共研末,鸡蛋清调糊状,6 g/次,敷于脐部,2 次/天。总有效率 95.4%。

中药敷脐属贴敷疗法,在现代药剂学中称经皮给药系统。根据中医经络理论提出的经络穴位贴敷疗法是常用的中医外治贴敷方法之一,具有药物的经皮吸收和经络穴位效应的双重疗效特性,并可通过其独特的疗法扶正祛邪、调整气血、疏通气机,达到治疗目的^[11-12]。吴尚先《理渝骈文》原名《外治医说》,是我国第一部外治疗法的专著,认为“外治之理,即内治之理,外治之药,亦即内治之药,所异者法耳”。目前药代动力学证明,脐部比其它透皮给药部位更利于药物吸收,可做透皮给药和缓释长效的理想给药部位。而脐疗避免了禁针穴的禁忌,可良性刺激穴位,药物亦可被直接吸收^[10]。中医学认为脐为任脉要穴,神阙穴所在,又为冲脉循行之处,为经络之总枢,脐可以通过经络沟通上下内外诸经百脉、五脏六腑。药物敷脐既能使药物分子易透过脐部皮肤进入血液参与血液循环,达到病处,又可通过局部穴位的刺激,疏通经络,调理气血,调整肠胃功能,以达到祛邪愈病的功效^[13]。各位医家大多选用神阙穴,但在用药上有所不同,符合中医

辨证施治、辨证用药的思路。

2.2 中药肛滴

王忠平^[14]采用中药肛滴治疗粘连性肠梗阻取得显著效果。将复方大承气汤(厚朴、大黄、芒硝后下、枳实、炒莱菔子各 10 g)水煎浓缩至 200 ml 过滤后装瓶,用细管直接插入肛门内 20~30 cm,将瓶装的中药煎液滴入,60 滴/分钟。滴完为止,1~2 次/日,直至胃肠功能恢复,出现排气或排便。尤龙^[15]在西药常规处理的基础上自拟理气化痰汤(大黄 15 g、枳实 15 g、厚朴 15 g、芒硝 10 g、丹参 15 g、赤芍 30 g、桃仁 15 g、柴胡 15 g、黄芩 15 g、蒲公英 30 g、木香 15 g、莱菔子 30 g、太子参 15 g)以上药物浓煎 300 ml。术后 8~12 小时进行直肠滴入,滴速 80 滴/分钟,中药温度 37~45℃。12 小时后重复 1 次,一般 1~3 次。2 天内总有效率 79.17%。许振国^[4]以理气活血中药方清肠合剂药液肛滴治疗术后粘连性肠梗阻。方药组成:厚朴 30 g、炒莱菔子 30 g、生大黄 15 g、桃仁 12 g、芒硝 30 g、赤芍 15 g、枳实 15 g、木香 15 g。水煎服两次,浓缩至 250 ml。中号导尿管顺肛门指诊手指插入 30 cm,中药温度 40℃,滴速 30 滴/分钟。1 次/天,3 天为一疗程。总有效率 87.5%,明显高于肥皂水滴注组 76.67%。李康^[16]为防治术后粘连性肠梗阻设置观察组和对照组,观察组在对照组(西医基础治疗)的基础上于术后第 1 天开始给予大承气汤直肠滴入(大黄 20 g、厚朴 15 g、枳实 15 g、芒硝 10 g)取药汁 300 ml,每次 150 ml,15 分钟左右滴完,而后安静平卧,2 次/天。随访 6 个月~7 年,无一例发生粘连性肠梗阻,与对照组先后发生 20 例粘连性肠梗阻相比有显著差异($P<0.05$)。各位医家多选用大承气汤做为基础方,肛滴用药显示了较好的效果。

2.3 中药灌肠

颜小香^[17]用中药灌肠治疗粘连性肠梗阻 100 例,其中 89 例灌肠 2~3 次,入院后 24 小时内排气排便,且腹痛、腹胀消失,临床治愈率为 89%。11 例转为手术治疗。中药灌肠汤剂药方为:赤芍、桃仁、木香各 15 g,厚朴 10 g,大黄^{后下} 10 g。以上方剂每日用 500 ml 清水煎煮至 150~200 ml 以灌肠。灌注完毕后患者卧床 0.5~1 小时左右。杨升^[18]在西医常规治疗的基础上用大黄牡丹皮汤保留灌肠。其组成为:冬瓜仁 30 g、芒硝 9 g、赤芍 10 g、丹皮 10 g、金银花 20 g、桃仁 10 g、木香 10 g、元胡 10 g、蒲公英 30 g、薏米 20 g、大黄^{后下} 12 g。水煎 200 ml,2~4 次/

日,保留灌肠。总有效率 94.7%。张桂芳^[19]等用加味麻仁汤灌肠治疗术后粘连性肠梗阻。药物组成:枳实、厚朴、藿香、紫苏梗、白芍、败酱草、蒲公英各 12 g,大黄^{后下}、黄连、杏仁、木香、甘草各 9 g,麻油 60 ml(备用)。加水 600 ml,浓煎至 200 ml,肛管插入直肠 20~30 cm,100 滴/分钟,8 小时/次。于肛门排气或排便后停止治疗。结果:73 例患者中 4 例无效,其中 1 例转至外科手术,随访三个月有 1 例复发。张秋阳^[20]在西医基础疗法上配合中药保留灌肠。中药组方:大黄 10 g、芒硝 10 g、枳实 15 g、厚朴 15 g、黄芪 15 g、红花 15 g、乳香 5 g、没药 5 g、败酱草 20 g、蒲公英 20 g。浓煎过滤取 150 ml。灌肠管插入 20~25 cm,药液温度 39~40℃,15~20 ml/分钟,给予保留灌肠。总有效率 97%。唐锐^[21]采用自拟灌肠方治疗,方药组成:大黄 20 g、芒硝 10~20 g、桃仁 15 g、厚朴 15 g、冬瓜仁 30 g、枳实 15 g、败酱草 30 g、炒白芍 15 g。水煎 2 次混合取汁 300 ml,分 2 次保留灌肠,每次 150 ml。2 次/天,5 天为一个疗程。体实腹胀痛者加元胡 15 g;消瘦阴虚者加生地 15 g,玄参 15 g。总有效率 95.59%。

通过中药保留灌肠使药物由直肠粘膜直接吸收,直达病所;促进胃肠道平滑肌的蠕动,改善微循环,降低毛细血管通透性。中药保留灌肠具有畅通肠腑、排除积滞、增强肠蠕动、迅速恢复胃肠道的正常生理功能的作用^[22]。

3 总结与展望

粘连性肠梗阻是常见的急腹症之一,由于手术易产生新的粘连,容易增加再次发生梗阻的可能性,所以对单纯性肠梗阻、不完全性梗阻,特别是广泛性粘连者,一般选用非手术治疗。中医学认为本病以“痛、胀、吐、闭”为主证。肠为六腑之一,其生理机能是“传化物”,生理特点是“泻而不藏,实而不满”。腑以通为用,肠为传化之腑,以通降下行为顺,通则不痛。本病病因主要是气机不利,气滞血瘀,瘀久化热所致,故常采取通里攻下,理气止痛,活血化瘀的治疗原则解除梗阻。文献显示多数医家采用中药外治取得了良好效果,外用给药具有以下优点:(1)避免了手术给患者带来的痛苦以及再次手术有可能带来的再次梗阻。(2)保持肠道粘膜完整性,预防肠源性感染,解除梗阻。(3)可以产生持久、恒定和可控的血药浓度。(4)避免肝脏对药物的首过代谢作用。(5)在发生问题时能简单、迅

速的停止给药。(6)可减少给药次数与剂量,同时减轻副作用。多数医家在外用中药上注重辨证用药,提高了疗效。但中药外治还存在辨证用药针对性不强,适应症选择无规范性标准,疗效评价客观指标少,远期疗效评价病历少等方面的不足,并且中药外治不能适用于各种类型的梗阻或梗阻的各个阶段,具有一定的局限性,在整个治疗过程中需要密切观察患者的病情变化,必要时需多法多途径及时综合治疗或立即采取手术治疗,以避免发生危重病情。综上所述,中药外治法治疗粘连性肠梗阻还有待更深一步的探索、研究。

参 考 文 献

- [1] 吴阶平,裘法祖. 黄家驹外科学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社,2003:1074.
- [2] 吴在德,吴肇汉. 外科学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社,2004:480.
- [3] Ellis H. The clinical significance of adhesions, focus on intestinal obstruction. Eur J Surg, 1997, 557(suppl):5-9.
- [4] 许振国. 理气活血法防治术后粘连性肠梗阻的临床与实验研究[D]. 山东: 硕士学位论文, 山东中医药大学, 2005.
- [5] 姜洪池,汪大伟. 肠梗阻治疗策略选择的今日观[J/CD]. 中华普外科手术学杂志(电子版), 2011, 5(3):246-250. [2013-1-14] http://so.med.wanfangdata.com.cn/ViewHTML/PeriodicalPaper_zhptwksszz201103001.aspx
- [6] 洗健元,莫宗铭,裴开宗,等. 中药敷脐治疗粘连性肠梗阻 150 例的临床观察[J]. 按摩与康复医学, 2012, 3(3):186-187.
- [7] 宋易华,陈霄,马云龙,等. 神阙穴中药敷贴治疗粘连性肠梗阻 36 例[J]. 河北中医, 2011, 33(11):1690-1691.
- [8] 宋景戈. 中药敷脐治疗粘连性肠梗阻临床观察[J]. 中医药临

- 床杂志, 2012, 24(9):858-859.
- [9] 汤晓东,倪桂林,王伟,等. 桃红松解散外敷神阙穴治疗手术后粘连性肠梗阻[J]. 中医外治杂志, 2003, 12(2):9.
- [10] 郭宏琚,孟祥东,范文慧,等. 神阙穴外贴中药内服治疗粘连性肠梗阻 66 例[J]. 陕西中医, 2007, 28(9):1222-1223.
- [11] 曹韧楠,朱春燕. 中药透皮吸收促渗方法的研究进展[J]. 中国中药杂志, 2007, 32(1):18-20.
- [12] 张晓明,庞巧玲. 穴位贴敷疗法的作用机理[J]. 中国民间疗法, 2005, 13(8):18-19.
- [13] 吴小燕,戴世银. 中药敷贴神阙穴配合辨证推拿及护理治疗小儿腹泻 67 例[J]. 四川中医, 2007, 25(12):124-125.
- [14] 王忠平. 中药肛滴治疗粘连性肠梗阻[J]. 中外健康文摘, 2011, 8(20):411-412.
- [15] 尤龙. 理气化痰汤直肠滴入配合电针对粘连性肠梗阻术后胃肠功能恢复 48 例疗效观察[J]. 中医外治杂志, 2004, 13(2):40-41.
- [16] 李康. 大承气汤直肠滴入防治粘连性肠梗阻的疗效观察[J]. 临床医学, 2009, 29(10):122-123.
- [17] 颜小香. 中药灌肠治疗肠梗阻的护理观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 10(11):126.
- [18] 杨升. 大黄牡丹皮汤保留灌肠治疗粘连性肠梗阻 38 例[J]. 按摩与康复医学(下旬刊), 2011, 2(11):175.
- [19] 张桂芳,刘明芳. 加味麻仁汤灌肠治疗术后粘连性肠梗阻疗效观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2011, 18(2):81.
- [20] 张秋阳. 中药保留灌肠治疗粘连性肠梗阻观察与护理[J]. 实用中医药杂志, 2012, 28(6):456-457.
- [21] 唐锐. 中药灌肠治疗粘连性肠梗阻 68 例[J]. 云南中医中药志, 2009, 30(5):40.
- [22] 刘德莲,李书君. 中药缓释汤保留灌肠防治粘连性肠梗阻[J]. 中国民间疗法, 2008, 16(1):20.

(收稿日期:2013-01-06)

(本文编辑:秦楠)

· 信息之窗 ·

本刊对标注作者单位和作者简介的有关要求

作者姓名全部列出,置于题名下方。所有作者单位须写全称(包括具体科室、部门)并注明省份、城市和邮政编码。投稿时要确定一名对文稿负责的通讯作者。如来稿没有特别注明,则视第一作者为通讯作者。来稿请注明第一作者和通讯作者姓名、性别、出生年、最高学位、职称、主要研究方向、联系电话、E-mail 地址。论著、综述类文稿均须附英文题名、前三名作者姓名汉语拼音,以及第一作者单位名称的英译。如作者中有在读研究生,请注明入学年份。

本刊对来稿中缩略语的有关要求

在摘要及正文中首次出现缩略语时应注明全称。缩略语应尽量少用,以免影响阅读的流畅性,不超过 4 个汉字的名词不使用缩略语。已被公知公认的缩略语可以直接使用,如 DNA、RNA、HBsAg、PCR 等。尚未被公知公认的缩略语以及原词过长、在文中多次出现者,若为中文可于文中第一次出现时写出全称,在圆括号内写出缩略语;若为外文可于文中第一次出现时写出中文全称,在圆括号内写出外文全称及其缩略语。例如:流行性脑脊髓膜炎(流脑),阻塞性睡眠呼吸暂停综合征(obstructive sleep apnea syndrome, OSAS)。全文缩略语以 5 个以下为宜。