

莱菔子烫熨联合内脏手法调理术用于胃肠功能紊乱患者的有效性评价及作用机制

洪波

(四川省自贡市第四人民医院 四川自贡 643000)

摘要:目的:探究莱菔子烫熨联合内脏手法调理术促进胃肠功能紊乱患者肠蠕动恢复疗效。方法:收集2021年12月至2022年11月我院收诊胃肠功能紊乱患者开展数据分析,共计筛查有效病例90例,采用随机数字表法分组,常规组30例,予以常规治疗,对照组30例,在常规治疗基础上联合内脏手法调理术,课题组30例,在常规治疗基础上联合莱菔子烫熨、合内脏手法调理术,观察疗效。结果:课题组患者术后肛门排气时间、术后初始胃肠蠕动时间、腹胀缓解时间、肠鸣音恢复时间短于对照组、常规组($P<0.05$);课题组术后中、重度腹胀病例少于常规组、对照组($P<0.05$);经整体疗效评估显示,课题组总有效率高于常规组、对照组($P<0.05$),对照组总有效率略高于对照组($P>0.05$)。结论:莱菔子烫熨联合内脏手法调理术有助于术后胃肠功能恢复,联合开展疗效显著。

关键词:莱菔子烫熨;内脏手法调理术;胃肠功能紊乱;有效性

胃肠功能紊乱常见于术后,受麻醉药物、术前禁食、手术机械性影响,术后胃肠道功能未及时恢复而表现的一系列症状及体征,主要表现为腹胀、反酸、排气及排便困难,后续可能出现消化不良,延长住院时间,增加医疗费用支出,为术后转归重要影响因素^[1]。胃肠功能紊乱潜在危害较大,若长期胃肠道紊乱,可导致气体、液体积聚,是导致营养不良、切口愈合不良、粘连性肠梗阻、多脏器功能衰竭等并发症风险因素,针对术后胃肠道功能紊乱开展有效治疗措施,促进术后胃肠道功能恢复尤为重要^[2]。现阶段,临床针对术后胃肠道功能紊乱治疗方案较多,包括术后护理、穴位贴服、穴位注射、针灸、中药调理等,但于临床应用显示,上述疗效临床单独应用均具有一定局限性,探寻高效、便捷治疗措施具有课题探讨价值^[3]。本研究现针对莱菔子烫熨联合内脏手法调理术在胃肠功能紊乱治疗有效性,所示如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集2021年12月至2022年11月我院收诊胃肠功能紊乱患者开展数据分析,共计筛查有效病例90例,采用随机数字表法分组,常规组30例,男16例,女14例,年龄区间40-76(55.06 ± 2.08)岁;对照组30例,男15例,女15例,年龄区间41-77(54.91 ± 2.05)岁;课题组30例,男15例,女15例,年龄区间41-76(55.04 ± 2.13)岁;计算比对上述三组胃肠功能紊乱患者病历资料,具有对比价值($P>0.05$)。

诊断标准:(1)西医诊断标准:参考2006年国际公认的罗马III标准,腹部术后无排气、排便,肠鸣音消失,可伴有腹胀、腹痛、恶心呕吐、发热,无阵发性绞痛、无腹膜刺激征^[4]。(2)中医诊断标准,参照《中医临床诊疗术语证候部分》^[5]。

纳入标准:(1)所选患者均 >40 岁,具有良好沟通能力、认知能力;(2)阑尾切除术后患者、肠梗阻术后患者、疝气术后患者、胆囊切除术后患者、腹腔镜术后患者;(3)获得知情同意,自愿受试。

排除标准:(1)合并严重心脑血管、肝、肾、血液、内分泌、免疫系统、凝血系统或影响其生存的严重原发性疾病患者;(2)肿瘤患者,精神、心理疾病患者;(3)妊娠,哺乳期患者,绞窄性肠梗阻患者;(4)术后合并其他并发症;(5)对本研究用药过敏;(6)依从性差、影响疗效观察患者

1.2 方法

常规组患者予以优质护理干预,加强病情监测,观察手术完成情况,切口愈合情况,有无渗液、渗血等情况,开展针对性护理措施;予以患者心理安慰,告知治疗原则及措施,缓解负面情绪;给予患者体位指导,基于快速康复外科护理理念,辅助患者早期下床运动;遵医嘱给予患者饮食管理,观察肠道蠕动情况,必要时可遵医嘱予以药物促肠道蠕动^[6]。

对照组在常规组治疗基础上联合内脏手法调理术,对患者胃、肠、肝、胆、脾内脏进行手法顺时针节律性转动松懈,再分别在升结肠、降结肠、盲肠、小肠部轻按揉达到松懈及调理的作用,调理时间为20min,一次/1日。观察和记录患者的肠鸣音、排气、排便情况。

课题组在常规组治疗基础上联合莱菔子烫熨、内脏手法调理术,取中药莱菔子200g,分为100g/包,扎紧袋口后放入专用微波炉加热60秒,再置于患者胃脘部及腹部进行烫熨治疗,每次进行30分钟,2次/日。首次烫熨治疗结束30min后,再行内脏手法调理术,操作同对照组。

1.3 评价标准

(1)观察三组患者肛门排气时间、术后初始胃肠蠕动时间、腹胀缓解时间、肠鸣音恢复时间。

(2)观察三组患者术后腹胀程度,若患者主诉有腹胀感,可以忍受,但无明显阳性体征,1小时内减轻或消失,即为轻度;若腹胀较重并明显感觉不适,且腹围增大伴腹部隆起,1-3小时内减轻,即为中度;若腹胀持续不缓解且不能减轻,无法忍受,腹部明显隆起压之不易下陷,常伴呕吐及呼吸困难,即为重度。

(3)整体疗效评估,若术后24小时内排气或排便。肠鸣音3-5次/分,排气正常,排便一次,饮食、体温正常,即为治愈;若术后48小时内排气或排便。肠鸣音1-2次/分,排气正常,排便无规律,进食后轻度腹胀,体温低于 38.5°C ,即为显效;若术后72小时内排气或排便,肠鸣音 <2 次/分,排气时间推迟,不排便,流食或不进食,体温低于 38.5°C ,即为好转;若超过72小时仍未排气,无肠鸣音,需禁食禁水及胃肠减压,体温 $>38.5^{\circ}\text{C}$ 。腹胀明显,有恶心、呕吐,即为无效,计算有效率。

1.4 统计学分析

统计学软件SPSS24.0进行假设检验,计数资料分布用(%)表达,卡方假设检验,计量资料分布用($\bar{X} \pm s$)表达,t样本假设检验, $P<0.05$ 设为统计学差异基础表达。

2 结果

2.1 三组患者术后胃肠道功能恢复指标分析

课题组患者术后肛门排气时间、术后初始胃肠蠕动时间、腹胀缓解时间、肠鸣音恢复时间短于对照组、常规组，差异有统计学意义 (P<0.05)，见表 1。

表 1 三组患者术后胃肠道功能恢复指标分析[$\bar{X} \pm s$]

| 组别 | n | 肛门排气时间 (h) | 初始胃肠道蠕动时间 | 腹胀缓解时间 | 肠鸣音恢复时间 |
|-----|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 常规组 | 30 | 34.05 ± 3.19 | 44.51 ± 6.64 | 48.62 ± 7.16 | 18.95 ± 1.79 |
| 对照组 | 30 | 30.05 ± 2.39 | 41.06 ± 5.61 | 45.06 ± 6.37 | 16.15 ± 1.74 |
| 课题组 | 30 | 27.14 ± 2.08 | 28.51 ± 4.55 | 33.69 ± 5.09 | 12.34 ± 1.52 |
| F 值 | | 6.827 | 11.054 | 7.061 | 7.804 |
| P 值 | | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |

2.2 三组患者术后腹胀程度对比

课题组术后中、重度腹胀病例少于常规组、对照组，差异有统计学意义 (P<0.05)，见表 2。

表 2 三组患者术后腹胀程度对比[n/%]

| 组别 | n | 轻度 | 中度 | 重度 |
|----------------|----|----|-------|----|
| 常规组 | 30 | 12 | 11 | 7 |
| 对照组 | 30 | 15 | 9 | 6 |
| 课题组 | 30 | 22 | 7 | 1 |
| X ² | | | 7.410 | |
| P 值 | | | 0.000 | |

2.3 三组有效率对比

经整体疗效评估显示，课题组总有效率高于常规组、对照组，差异有统计学意义 (P<0.05)，对照组总有效率略高于对照组，差异无统计学意义 (P>0.05)，见表 3。

表 3 三组有效率对比[n/%]

| 组别 | n | 治愈 | 显效 | 好转 | 无效 | 有效率 |
|----------------|----|----|----|----|----|--------|
| 常规组 | 30 | 9 | 8 | 5 | 8 | 80.0% |
| 对照组 | 30 | 14 | 7 | 4 | 5 | 83.33% |
| 课题组 | 30 | 22 | 5 | 2 | 1 | 96.67% |
| X ² | | | | | | 4.106 |
| P 值 | | | | | | 0.023 |

3 讨论

胃肠功能紊乱作为术后常见并发症，发病原因较多，严重影响患者术后转归，会导致住院时间延长，增加医疗费用，增加家庭经济负担，为近年临床探讨热点课题。现代西医针对胃肠功能紊乱尚无特效治疗手段，多以对症治疗为主，初始给予患者术后护理，观察胃肠道蠕动情况，缩短术后排气、排便时间，避免继发消化不良等事件。但于临床应用显示，因胃肠功能紊乱，病机较为复杂，若没有给予有效的医疗干预，术后肠道功能未及时修复，会增加术后并发症发生几率。

内脏手法调理术起源于十九世纪欧洲，由西方学者提出，基于整复医学筋膜体系，经由长达百余年间历史沉淀，为临床康复重要医学手段；针对术后胃肠道功能紊乱患者，依据机体解剖学特异性，恢复受损的内脏结缔组织，改善生理功能为目的，通过对胃、肠、

肝、胆、脾内脏进行手法，以促进胃肠道蠕动，可促进术后肠鸣音恢复，帮助早期排气、排便，缩短术后康复时间；因内脏手法调理术为理疗干预，对机体无创，患者接受程度高，为近年术后胃肠功能紊乱治疗首选方案。经临床大量样本分析显示，因内脏手法调理术起效较缓，临床疗效呈现个体差异性，单独应用具有一定局限性。故本研究笔者在内脏手法调理术的基础上，结合中医特色治疗理念，采用莱菔子烫熨。

我国传统中医认为机体作为有机整体，脾为后天之本，主气运化，为机体气机升降之枢纽，若因外科手术操作，导致机体气机运行受阻，气滞血瘀；手术机械性损伤、麻醉药物等多重影响，损伤机体六腑，导致脉络瘀阻、气血滞缓，表现为耐差、全身乏力，为术后胃肠道功能紊乱发生主要病机。为促进患者术后脾胃功能修复，有效改善胃肠道功能紊乱，特采用中医特色疗法“烫熨”进行针对性治疗。莱菔子性味辛、甘、平，属脾胃肺经，经《药典》记录莱菔子具有降气化痰、消食除胀之效。经网络药理分析显示，莱菔子可增强回肠节缩性收缩，抑制胃排空，有效降低胃底纵横及紧张性，提高胃幽门部环形肌紧张性；采用莱菔子烫熨治疗，将其置于患者胃脘部及腹部，借助药物温热效果，促使药效渗透至下，有效调节胃肠道功能；加之温热效果，可促进局部血液循环，有效改善气血灌注，调节脏腑经络功能，促使术后生理功能恢复正常。研究结果显示，本研究表明，课题组患者术后肛门排气时间、术后初始胃肠蠕动时间、腹胀缓解时间、肠鸣音恢复时间短于对照组、常规组，差异有统计学意义 (P<0.05)；课题组术后中、重度腹胀病例少于常规组、对照组，差异有统计学意义 (P<0.05)；经整体疗效评估显示，课题组总有效率高于常规组、对照组，差异有统计学意义 (P<0.05)，对照组总有效率略高于对照组，差异无统计学意义 (P>0.05)。研究结果表明，采用内脏手法调理术与莱菔子烫熨联合治疗，患者术后肠道功能恢复快速，且术后腹胀情况得以显著控制，可证实，将两者药物联合应用，可有效改善受损内脏、结缔组织及生理功能，有效调节器官系统，缩短患者住院时间，具有可行性。

综上，莱菔子烫熨联合内脏手法调理术有助于术后胃肠功能恢复，联合开展疗效显著。

参考文献：

- [1]陈中华,龚浩,郑进福.热敏灸配合莱菔子烫熨法促进肛肠外科手术后患者排尿的临床效果观察[J].中医临床研究,2019,11(20):3.
- [2]庄秀铭,缪海燕,吴佳如,等.莱菔子穴位烫熨疗法对产后尿潴留疗效分析[J].中外医疗,2018,37(9):3.
- [3]洪颖.莱菔子中药热熨腹部对单侧全髋关节置换患者胃肠功能恢复的影响[J].医学食疗与健康,2021,19(20):3.
- [4]田飒,张兴展,王和银,等.莱菔子神阙穴外敷联合常规护理干预胸腰椎骨折术后胃肠道功能障碍随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2018,32(3):3.
- [5]惠宁军,闫红霞,辛彩虹.吴茱萸烫熨结合艾灸脐部对下肢骨折患者术后胃肠功能恢复的影响[J].中医外治杂志,2019,28(5):2.
- [6]熊明慧,童平平,邹秋萍,等.吴茱萸烫熨法配合咀嚼口香糖对促进剖宫产术后胃肠功能恢复的临床护理观察[J].医学理论与实践,2019,32(15):2.

项目名称：莱菔子烫熨联合内脏手法调理术用于胃肠功能紊乱患者的有效性评价及作用机制研究 项目编号：21yb057 注：本文为：自贡市卫生健康系统科研课题