

# 中药丁香散穴位贴敷神阙穴对术后 早期炎性肠梗阻的护理干预

刘巧凤

(江苏省泰州市中医院 外科, 江苏 泰州, 225300)

**关键词:** 中药; 穴位贴敷; 神阙穴; 术后早期炎性肠梗阻; 护理干预**中图分类号:** R 473.5 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-2353(2012)22-0173-02

术后早期炎性肠梗阻系指发生在腹部手术后早期(一般指术后2周),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,形成的一种机械性与动力性同时存在障碍的粘连性肠梗阻<sup>[1-2]</sup>。现代研究<sup>[3-4]</sup>发现腹部手术后早期肠梗阻并不少见,其发生率可达10%,若治疗不及时,会使肠管反复损伤,导致炎性肠梗阻症状加重,造成肠功能恢复期延长,甚至形成肠痿<sup>[5-6]</sup>。为探讨腹部术后早期炎性肠梗阻的情况,便于有效地进行干预,作者对2010年4月—2012年4月收治的46例胃肠道手术术后有早期炎性肠梗阻患者进行临床观察,并采用中药穴位贴敷治疗进行干预,取得了较好的效果,现将护理体会报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本组46例,为本院外科2010年4月—2012年4月住院的行胃肠道手术术后的患者,其中1次腹部手术史28例,2次或以上腹部手术史18例。结肠、直肠手术18例,小肠手术7例,经腹胃癌根治术5例,胃穿孔修补术3例,化脓性阑尾切除术7例,胆总管切开取石加T管引流术2例,经腹胆囊切除术3例,脾破裂脾切除术1例。合并高血压病11例,冠心病3例,糖尿病3例,慢性阻塞性肺病11例。随机将这46例患者分为对照组(20例)和实验组(26例)。

### 1.2 入组标准

发生术后早期炎性肠梗阻的患者,多数出现在术后1~2周的时间内,发病前曾有术后肠蠕动恢复,并有肛门排气或排便;轻度或重度腹胀、腹痛轻,肛门停止排气排便,仅有少数患者出现恶

心、呕吐等症状;腹部可有轻压痛、腹肌紧张以及反跳痛不明显;肠鸣音减弱、稀少或消失,少部分病例腹部可闻及高调肠鸣音或出现气过水声;腹部平片可见肠腔扩张,小肠有多处不同程度液气平面;CT检查显示病变区有肠壁水肿、增厚,肠腔积气积液、腹腔渗出。

### 1.3 排除病例

有严重心、脑、肾并发症;过敏体质及胶布过敏者,孕妇及神阙穴皮肤有破损或炎症;精神异常者;同时排除由于绞窄性肠梗阻、机械性肠梗阻和继发于腹腔内或腹膜后感染、电解质紊乱等原因造成的麻痹性肠梗阻<sup>[7-8]</sup>。

### 1.4 方法

1.4.1 治疗方法:对照组采用禁食、胃肠减压、补液消炎、营养支持及专科健康指导实验组采用在对照组治疗的基础上,加用丁香散穴位贴敷神阙穴进行干预。中药丁香、肉桂各约50g,研成细末混匀后调醋配成药糊备用,予75%酒精棉球清洁脐部(神阙穴),取2g厚薄约0.5cm的药饼平摊于脐部,略高出皮肤水平,上面敷麝香壮骨膏约3cm×3cm并封贴固定。每次贴敷时间为4~6h。

1.4.2 观察指标:腹痛缓解程度及时间,评估治疗前后病人的疼痛情况,采用疼痛视觉模拟评分(VAS)。VAS评分法:参照中华医学会疼痛学会监制的视觉模拟尺进行疼痛视觉模拟评分(即刻度尺法):以长度为10cm的标尺两端(0~10,每1cm代表1分,0分为无痛,10为剧痛),分别代表最好和最差。患者面对无刻度一面,让患者取在当时最能代表疼痛程度的部位,护士面对有刻度的一面观察疼痛程度,得出分数并记录数据。肛门排气排便情况,评估治疗前后2组病人肛门

排气排便时间。观察局部皮肤情况,评估观察组治疗前后局部皮肤红、肿、热、痛、瘙痒及皮疹情况。

### 1.5 疗效评定标准

包括腹胀、腹痛、呕吐、发热等明显好转或消失,肛门恢复排气、排便,患者进食后梗阻症状不再出现;体征(腹部压痛、膨隆等)消失,腹壁转软,肠鸣音恢复正常;腹部 X 线立位平片示液气平面消失,血常规白细胞计数正常。依据传统的疗效评定标准,分治愈、有效、无效 3 级。治愈:治疗 5~7 d 且达到上述 3 项标准者;有效:7~10 d 内同时达到上述 3 项标准者;无效:治疗超过 10 d 症状无改善或在治疗中出现体温持续升高,伴腹膜刺激症状者<sup>[9]</sup>。

## 2 结果

对照组与实验组疗效见表 1。实验组患者采用中药丁香散穴位贴敷神阙穴对术后早期炎性肠梗阻的疗效大于对照组,但差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

表 1 对照组与实验组护理干预前后疗效(例)

组别	例数	治愈	有效	无效	总有效率/%
实验组	26	14	10	2	92.31
对照组	20	8	8	4	80.00

## 3 讨论

中医学认为,腹部手术创伤可损伤人体中气,气虚则血行乏力,导致血脉瘀滞,气机不畅,腑气壅滞,致胃肠功能障碍。肠道为传化之腑,“以通为用,以降为顺”,术后肠道气机痞结,通降功能失调,导致肠内容物不能顺利通过而引起梗阻,以痞、满、燥、实为主证,临床治疗以通里攻下为主。中医中药可明显减轻肠壁水肿促进梗阻缓解<sup>[10-11]</sup>。中医认为,脐中是一个具有治病作用的重要穴位,穴名神阙,即神气升降出入,变化消长的地方,属任脉中的一个重要穴位。任脉与督脉、冲脉、带脉等相连,总任全身气血,内通十二经脉、五脏六腑,外联皮肉筋骨、四肢百骸,故脐和诸经百脉相通,阴阳相济,起着调节各脏腑生理活动的作用。脐部皮肤除微循环外,脐下腹膜还布有丰富的静脉网,同时脐部凹陷形成隐窝,药物敷贴

后形成自然的闭合状态,药物得以较长时间存放。这些均利于药物穿透皮肤而被吸收入血,进入血液循环及淋巴免疫系统,发挥药物的全身治疗作用。再者,在皮肤中脐部神经敏感度最高,药物通过刺激神阙穴周围的神经,通过神经体液的作用而调节神经内分泌、免疫、消化等各个系统,从而改善各组织器官功能,达到防治疾病的作用。贴敷疗法依据“急则治标,缓则治本”的原则<sup>[12]</sup>选择穴位,穴位贴敷所用的药物丁香、肉桂性辛温,两者合用有温经通络、散寒止痛、活血化瘀、激发经气,调整脏腑阴阳之功效<sup>[13]</sup>。

综上所述,通过本组临床观察表明,在常规西医治疗基础上加用中药丁香散穴位贴敷神阙穴治疗术后早期炎性肠梗阻有着非常重要的临床意义,既弘扬了传统中医护理技术,又具有显著的临床疗效,值得推广应用。

### 参考文献

- [1] 黎介寿. 认识术后早期炎性肠梗阻的特征[J]. 中国实用外科杂志, 1998, 18(7): 387.
- [2] 倪元红, 彭南海. 中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻的临床观察[J]. 实用临床医药杂志, 2011, 15(22): 188.
- [3] 王峰. 术后早期炎性肠梗阻 14 例诊治体会[J]. 中国临床医药杂志, 2008, 187: 71.
- [4] 李赞. 中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻的临床观察[J]. 实用临床医药杂志, 2011, 15(24): 145.
- [5] 李江力. 中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻 26 例分析[J]. 医学理论与实践, 2009, 22(7): 807.
- [6] 张德志, 穆凌杰, 张汝一. 中西医结合治疗结直肠癌术后早期炎性肠梗阻[J]. 贵阳医学院学报, 2010, 35(4): 414.
- [7] 肖金坛. 术后早期肠梗阻的诊断与治疗[J]. 医学临床研究, 2007, (2): 125.
- [8] 童仕伦, 罗建飞. 术后早期炎性肠梗阻的诊断与治疗[J]. 腹部外科, 2006, 19(6): 332.
- [9] 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, (1): 38.
- [10] 吴伟兵. 中西医结合治疗肠梗阻[J]. 中国临床医生, 2003, 31(10): 40.
- [11] 王拥军. 中西医结合治疗腹部手术后早期炎性肠梗阻疗效观察[J]. 新乡医学院学报, 2010, 27(6): 588.
- [12] 贾春华. 中医护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 182.
- [13] 郑守曾. 中医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 156.