

临床研究

益气解毒生肌方治疗胃肠术后肠痿临床研究^{*}

朱冉飞 程岚 付海石 谢元元 张雪丽 夏琳生 赵壮壮

(安徽省中西医结合医院,安徽 合肥 230031)

摘要:目的 观察益气解毒生肌方治疗胃肠术后肠痿的临床疗效。方法 将40例胃肠术后肠痿患者分为对照组和治疗组,每组20例。对照组给予营养支持、抗感染等对症处理,治疗组在对照组基础上给予益气解毒生肌方中西医结合治疗。比较两组患者肠痿愈合时间、再感染率、愈合率、死亡率。结果 治疗组愈合时间优于对照组($P < 0.05$),治疗组在再感染率低于对照组($P < 0.05$),治疗组愈合率高于对照组差异无统计学意义($P > 0.05$),两组转院率差异无统计学意义($P > 0.05$),两组死亡率差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 益气解毒生肌方治疗胃肠术后肠痿能缩短肠痿愈合时间、降低再感染率同时提高愈合率。

关键词:益气解毒生肌方;胃肠手术;肠痿;临床研究

中图分类号:R266

文献标识码:A

文章编号:2096-1340(2023)02-0105-04

DOI:10.13424/j.cnki.jsctcm.2023.02.017

肠痿是指肠道与周围组织之间形成的一种的隧道,可引起机体一系列病理生理改变,临床治疗较为棘手,为世界性难题,病死率较高,为5%~20%^[1]。其形成因素与术前机体营养状况、术中操作、术后感染及糖尿病、肿瘤、高龄等息息相关^[2]。随着对肠痿疾病不断的认识,诊治方法和手段逐渐发生改变,再手术治疗为择期或最后选择,主要为抗感染、营养支持、维持内环境稳定、抑制消化液分泌、引流等综合治疗^[3]。随着治疗理念的改变,方法的进步,治愈率也不断提升,但仍有部分病患西医治疗效果不佳,瘘口难以彻底愈合,治疗时间过长,从而寻求中医治疗^[4]。故临床上笔者通过使用益气解毒生肌方治疗术后肠痿患者,取得较为满意疗效,现报道如下,旨为本病的中西医结合治疗提供临床依据。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2019年10月—2021年5月于安徽省中西医结合医院消化内科诊疗的患者40例。将纳入病例按随机数字表法分为对照组和治疗组,每组20例。对照组:男12例,女8例;年龄

46~93岁,平均年龄(68.65 ± 11.03)岁;病程7~35 d,平均病程(19.05 ± 7.70)d。治疗组:男16例,女4例;年龄48~81岁,平均年龄(67.55 ± 8.39)岁;病程5~32 d,平均病程(15.7 ± 7.24)d。两组患者性别、年龄、病程、比较,差异均无统计学意义(年龄: $t = -0.346, P = 0.731$;病程: $t = -1.381, P = 0.175$;性别: $\chi^2 = 1.071, P = 0.301$),具有可比性。

1.2 诊断标准 患者具有胃肠手术病史,观察引流管或者切口处可见消化道内容物渗出,或者服用美蓝可见漏出物,消化道碘水造影剂腹部影像学检查提示肠痿发生可确诊。

1.3 纳入标准 ①符合上述诊断标准;②患者知情同意,且自愿参加该研究。

1.4 排除标准 ①合并严重心、肺、肝、肾功能不全或肿瘤终末期疾病者;②合并消化道出血;③不愿意参与本研究,中途失访者。

1.5 方法

1.5.1 治疗方法 ①对照组:给予患者禁食水、抑制消化液分泌、维持水电解质平衡、抗感染、营养支持、保持引流通畅,视情况对症治疗。②治疗

* 基金项目:安徽省自然科学基金项目(1608085MH186)

组:在对照组基础上鼻饲益气解毒生肌方(基本方药组成如下:生黄芪 30 g,党参 15 g,炒白术 15 g,金银花 10 g,连翘 10 g,茯苓 20 g,白芷 10 g,黄连 9 g,当归 15 g,白芍 10 g,木香 9 g,白及 10 g,薏苡仁 30 g,天花粉 20 g,生甘草 6 g,同时根据患者舌脉及基本情况加用蒲公英、冬瓜子、芦根、莱菔子、败酱草、大黄等)服用至肠痿愈合。

1.5.2 观察指标 记录两组患者肠痿愈合时间、再感染率、愈合率、转院率、死亡率。

1.6 统计学方法 应用 SPSS 21.0 软件进行统计学分析,连续型变量采用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)进行统计学描述,两组数据比较采用两个独立样本 *t* 检验(数据全呈正态分布)或 Mann-Whitney *U* 检验(数据不全呈正态分布),两组临床疗效比较采用 Mann-Whitney *U* 检验。采用双侧检验,显著性水

准为 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组基于愈合时间的比较 两组愈合时间相比差异有统计学意义($P < 0.05$)。可以认为治疗组基于愈合时间明显优于对照组。见表 1。

表 1 两组愈合时间比较($\bar{x} \pm s, d$)

| 组别 | <i>n</i> | 愈合时间 | <i>Z</i> | <i>P</i> |
|-----|----------|---------------|----------|----------|
| 治疗组 | 17 | 42.12 ± 20.04 | 3.301 | 0.001 |
| 对照组 | 14 | 70.58 ± 21.45 | | |

2.2 两组患者再感染、愈合、转院、死亡比较 两组再感染率相比差异有统计学意义($P < 0.05$),两组愈合率、死亡率和转院率相比,差异无统计学意义($P > 0.05$)见表 2。

表 2 两组再感染、愈合、转院、死亡[*n*(%)]

| 组别 | <i>n</i> | 愈合 | 死亡 | 转院 | 再感染 |
|----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|
| 治疗组 | 20 | 17(85.00) | 1(5.00) | 2(10.00) | 4(20.00) |
| 对照组 | 20 | 12(60.00) | 3(15.00) | 5(25.00) | 12(60.00) |
| χ^2 | | 2.006 | 0.278 | 0.693 | 5.104 |
| <i>P</i> | | 0.157 | 0.598 | 0.405 | 0.024 |

3 讨论

肠痿多发生于腹部胃肠术后,为临床常见并发病,临床表明患者在行肠胃手术治疗后容易发生肠痿,导致其治疗效果受到影响,甚至会导致患者生命安全受到威胁,若处理不彻底和及时,严重可危及患者生命^[5]。感染是肠痿患者死亡在主要原因,占死亡患者数的 80% ~ 90%^[6]。导致肠痿发生的原因众多,主要为术后感染、出血及机体营养不良等因素,导致吻合口周围黏膜充血、水肿,张力过大,供血不足,难于愈合,形成痿,肠痿一旦形成,则会进一步加重感染、诱发出血、造成营养物质流失,内环境失衡,病情较为复杂,故治疗较为棘手,为难治性疾病^[7]。临床研究表明肠痿治疗的关键是早期引流通畅,有效的抗感染及营养支持及体征监测^[8]。也有研究表明在保守治疗的基础上,对于早期确定性手术可以提高治愈率^[9]。同时一些研究表明手术治疗胃肠术后肠痿,安全性高,效果显著^[10]。手术治疗术后肠痿效果确切,

利于病情康复,但需要把握手术时机和适应症^[11]。对于不同部位的肠痿采取不同的方案,研究发现小肠痿的患者可以实施早期手术切除,并发结直肠痿的患者实施常规非手术治疗,治疗无效的患者再实施手术治疗,能够获得良好效果^[12]。目前肠痿的治疗原则为“引流、等待、再手术”,临床上再次手术时机难以确定,术中风险较大,且术后存在复发痿的情况,故西医目前主要先保守治疗,给予抗感染、维持内环境平衡、营养支持,预防并发症发生等对症处理为主^[13]。但治疗时间过长,医疗负担过大,对患者心理及生理上造成不良影响,故寻求中医药治疗。中医学治疗该疾病具有优势,个体化治疗,为中西医结合治疗提供新的途径。

基于当前西医对肠痿治疗的不足,我们查阅资料后发现中医学对此疾病具有众多论述,祖国医学认为:凡孔窍内生痿,脓水淋漓不止,久不收口,成为痿。经年成漏者,在颈则曰瘰痿,在痔则

曰痔瘻——明·楼英《医学纲目》。郭璞注：“瘻，痈属也。”为疮痈之类，结合其病位在肠，可以归属于“肠痈”范畴^[14]。笔者认为及发病机理其因为久病正气大虚，余毒未尽，加之术中气血损伤，瘀血凝聚，术后疮口难愈，津液亡失，气血暗耗，机体失荣，损伤脏腑。脾胃为后天之本，首当其冲，脾虚易积，积久生热，热盛肉腐，化毒成脓，日久不愈遂成瘻。病始于虚，伤于脾，兼杂血瘀、余毒等病理因素。依据辨证论治的原则，结合疾病本身特点，该疾病以“虚、毒、瘀”为主，气血不足，阴阳失调，导致经络阻滞，气血凝滞，又兼邪去未尽，局部失养，造成脓毒不能外托，腐肉难以速祛而致。故辨证为气血亏虚，邪毒未尽，瘀瘀互结。以益气补血、解毒化瘀、生肌敛疮为主要治则，元代朱丹溪的《丹溪心法》云：“漏疮，先须服补药去气血，用参、术、芪、芍、归为主，大剂服之。”陈实功《外科正宗痈疽治法》中曰：“托里则气壮而脾胃盛，使脓秽自排，毒气自解，死肉自溃，新肉自生，饮食自进，疮口自敛。”清代医家吴谦在医宗金鉴中曰：“脓少清稀口不敛，大补气血调卫荣，佐以祛毒行滞品，寒加温热御寒风，肿消脓出腐肉脱，新生口敛内托功。”结合众多医家论述，自拟益气解毒生肌方，方中生黄芪、党参、炒白术、当归、白芍，益气健脾补血以扶正，即脾胃健运，气血生化有源，尚需注意虚不可过补，壅滞不通，其中黄芪味甘微温，具有补气固表、托毒排脓、敛疮生肌的功效，被喻为“疮痈圣药”，近代医家张锡纯治疗疮疡喜用黄芪，其认为能温养脾胃而生肌，补气分以生肌肉，补益元气而托毒^[15]。现代药理研究黄芪具有改善炎症反应和微循环障碍^[16]。佐以木香以调和气血。连翘、金银花、黄连、茯苓、薏苡仁、白芷，解毒化湿以祛邪，即余邪未清，气血不通，故需解毒、化痰、燥湿以祛余邪。研究表明黄连具有降低促炎因子的表达降低机体炎症反应，同时对肠屏障具有保护作用^[17]，连翘被誉为“疮家圣药”，药理研究表明具有抗炎镇痛、抗菌抗病毒等作用^[18]。薏苡仁为药食两用之品，被广泛应用各种癌症治疗，药理研究其具有调节肠道菌群、提高免疫、镇痛抗炎等作用^[19-20]。张明发等研究发现薏苡仁油可以诱导消

化系肿瘤细胞凋亡，抑制肿瘤细胞增殖，抑制肿瘤组织内血管形成，减少营养物质供应从而抑制肿瘤生长^[21]。当归、白芍、白及，活血消肿以生肌即活血以生肌，中医认为“腐肉不去，（则）不可以言生肌。”其中当归具有升高红细胞、抗血小板、抗氧化及减轻结肠黏膜损伤和炎症反应等作用^[22]。白及具有生肌敛疮的作用，药理表明其具有促进黏膜修复、抑制促炎因子减轻炎症反应等作用^[23]。白芍始载于《神农本草经》，列为上品，现代研究表明，白芍具有抗炎、镇痛、保肝、抗氧化等作用^[24]。熊菊芽临床上采用中西医结合治疗上消化道瘻，能够缩短病程、提高治愈率，降低病死率^[25]。综上本方能健脾胃、益气血、利湿气、解热毒，全方扶正祛邪，标本兼顾，则肠瘻可痊愈。

综上所述，益气解毒生肌方对胃肠术后肠瘻患者的临床疗效显著，可以缩短肠瘻愈合时间，提高治愈率，降低再感染率，减轻患者负担，为临床诊治提供参考依据。

参考文献

- [1]黎介寿. 肠外瘻[M]. 北京:人民军医出版社,1996:1-3.
- [2]解好好,郑涛,周伟,等. 全国多中心肠内瘻诊治情况调查及预后风险因素分析[J]. 中国医师杂志,2020,22(6):805-809.
- [3]黄武,郑印. 胃肠手术后肠瘻治疗时机及方式的选择效果研究[J]. 中国社区医师,2019,35(15):26,28.
- [4]朱欢欢,吕国强. 四君子加承气汤治疗小肠瘻12例疗效观察[J]. 山东中医药大学学报,2013,37(2):134-135.
- [5]刘江睿,苏亦斌,黄文场,等. 对肠胃手术后并发肠瘻的治疗方法探究[J]. 中外医疗,2020,39(1):78-80.
- [6]余雪. 腹部手术并发肠瘻患者感染的回顾性分析[J]. 社区医学杂志,2017,15(1):24-26.
- [7]卢义展,杨闻晓,王定树. 42例腹部手术后肠瘻治疗体会[J]. 中外医学研究,2015,13(15):116-118.
- [8]汪龙,王晓通,麦威,等. 肠外瘻临床综合诊治的探讨[J]. 中国临床新学,2018,11(3):217-220.
- [9]郭广香,佟景许,韦超. 腹部术后肠外瘻22例诊治体会[J]. 临床医学研究与实践,2018,3(12):69-70.
- [10]谭海洋. 不同方法治疗胃肠手术后并发肠瘻的效果比较研究[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(23):197-198.

[11]肖声平.腹部手术后并发肠痿临床治疗观察[J].基层医学论坛,2017,21(32):4509-4510.

[12]陈浩.胃肠手术后肠痿治疗时机及方式的选择[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(75):189.

[13]何聪明.早期确定性手术在肠外痿治疗中的应用[J].中外医学研究,2013,11(3):138-139.

[14]樊俊华,刘军.中医对肠痿的认识和治疗[J].光明中医,2009,24(8):1544-1546.

[15]武宁,何珍,徐贺朋,等.《医学衷中参西录》对黄芪应用之探讨[J].中国药物经济学,2021,16(5):125-128.

[16]谢静,龔易昕悦.黄芪及其活性成分对脓毒症临床和药理作用的研究进展[J].中草药,2021,52(8):2502-2510.

[17]李国逊,钮凌颖,杨荣,等.小檗碱在大鼠腹腔感染早期对肠屏障的保护作用[J].中国临床药理学杂志,2011,27(2):137-141.

[18]夏丽,韩竹箴,田童,等.连翘的化学成分及抗炎活性研究[J].上海中医药杂志,2019,53(4):85-92.

[19]李晓凯,顾坤,梁慕文,等.薏苡仁化学成分及药理作用研究进展[J].中草药,2020,51(21):5645-5657.

[20]毕天琛,杨国宁,马海春.中药薏苡仁化学成分及药理活性研究进展[J].海峡药学,2019,31(11):52-56.

[21]张明发,沈雅琴.薏苡仁油抗消化系肿瘤的基础和临床研究[J].中国执业药师,2011,8(8):19-23.

[22]陈琳,朱靖,王嵩,等.当归主要活性成分提取方法及其活性研究进展[J].上海医药,2021,42(9):71-75.

[23]贾可,党亚锋,陈美红,等.白及多糖药理作用研究[J].山西中医,2021,37(5):55-56,60.

[24]徐佳新,许浚,曹勇,等.中药白芍现代研究进展及其质量标志物的预测分析[J].中国中药杂志,2021,46(21):5486-5495.

[25]熊菊芽,叶关毅.中西医结合治疗上消化道痿的辨证施护[J].现代中西医结合杂志,2007(12):1720-1721.

(修回日期:2021-09-20 编辑:蒲瑞生)