

地鳖虫、赤芍、当归、紫荆藤有活血化瘀的功效，合以苏木、陈皮、没药、乳香，有理气止痛之功效。诸药合用，消肿止痛、活血化瘀、通络行气^[1]。本研究结果提示经中西医结合治疗，患者疼痛缓解、肿胀改善、消肿止痛速度快。

综上所述，活血止痛汤联合西医疗法治疗骨折后肿胀疼痛，疗效确切，消肿止痛速度加快，无明显不良药物反应，值得临床进一步推广应用。

[参考文献]

- [1] 王三忠, 施晓峰. 中西医结合治疗骨创伤后疼痛的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(12): 2964- 2965.
- [2] 许敏佳, 钟安军. 骨创伤后疼痛的中西医结合治疗疗效观察[J]. 吉林医学, 2014, 35(24): 5411- 5412.
- [3] 刘国祥. 活血止痛薰洗剂治疗四肢骨折后肢体肿胀、疼痛 98 例[J]. 中医正骨, 2014, 26(7): 62- 64.
- [4] 肖群飞. 益气活血利水法治疗下肢骨折术后早期肿胀的临床观察[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2014, 22(6): 56- 57.
- [5] 潘永雄, 杨仲, 洪劲松, 等. 中药内服外敷治疗跟骨骨折早期肿胀疗效观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2011, 18(5): 66- 67.
- [6] 赵学文, 黄超文. 特制药带治疗闭合性骨折早期肢体肿胀的临床运用[J]. 中医药导报, 2010, 16(12): 60- 61.
- [7] 王华颖, 王文政. 中药涂擦在四肢骨折术后肢体肿胀治疗中的疗效观察[J]. 中国中医急诊, 2012, 21(8): 1339- 1340.
- [8] 裴代平. 中药汤剂治疗肢体骨折肿胀的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 20(1): 33- 34.
- [9] 朱伟. 中医治疗 32 例骨创伤后期肢体肿胀临床疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(1): 42- 43.
- [10] 高中伟. 活血止痛汤治疗骨折术后肢体肿胀疼痛的临床效果观察[J]. 医药与保健, 2014, 22(6): 70- 71.
- [11] 刘凡铭. 分期辨证施教在骨折治疗中的应用[J]. 国际医药卫生导报, 2011, 17(8): 907- 910.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)

加味六磨汤治疗胸腰椎骨折后麻痹性肠梗阻疗效观察

罗亚丽, 李辉映, 钱军, 王耀华, 俞平

河西学院附属张掖人民医院, 甘肃 张掖 734000

[摘要] 目的: 观察加味六磨汤治疗胸腰椎骨折后麻痹性肠梗阻的临床疗效。方法: 将 94 例胸腰椎骨折后出现麻痹性肠梗阻的患者随机分为 2 组, 每组 47 例, 对照组采取禁食、胃肠减压等基础治疗, 治疗组在对照组基础上予加味六磨汤治疗。结果: 近期疗效总有效率治疗组为 95.8%, 对照组为 61.7%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后治疗组胃肠减压、肠鸣音恢复、肛门排气时间均短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。治疗后治疗组腹胀、腹痛 VAS 评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。结论: 加味六磨汤治疗胸腰椎骨折后麻痹性肠梗阻疗效显著, 可明显缩短疗程。

[关键词] 胸腰椎骨折; 麻痹性肠梗阻; 加味六磨汤

[中图分类号] R683.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256- 7415 (2016) 04- 0101- 03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.04.037

胸腰椎骨折是常见的脊柱骨折, 除脊柱失去稳定、脊髓损伤外, 常伴有胃肠功能紊乱, 严重的可发展为麻痹性肠梗阻, 影响患者的呼吸、睡眠及康复,

严重腹胀可影响下腔静脉回流, 诱发下肢深静脉血栓, 产生严重的不良后果。中西医结合治疗术后胃肠功能恢复有一定的疗效^[1], 但对脊柱骨折伴肠梗阻这

[收稿日期] 2015-11-08

[基金项目] 卫生部科技发展中心课题 (W2014ZT122)

[作者简介] 罗亚丽 (1977-), 女, 主管药师, 主要从事中草药鉴别工作。

种特殊病例研究不多。近年来,笔者采用加味六磨汤治疗胸腰椎骨折后并发麻痹性肠梗阻,疗效显著,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2010年8月—2014年8月本院骨科收治的胸腰椎骨折后并发麻痹性肠梗阻94例,男54例,女40例;年龄20~64岁;平均(45.3±3.2)岁。患者均在知情同意的基础上采用随机数字表法分为2组各47例。对照组男26例,女21例;年龄(44.2±4.6)岁;其中胸椎骨折17例,腰椎骨折30例。治疗组男28例,女19例;年龄(45.6±2.8)岁;其中胸椎骨折19例,腰椎骨折28例。2组患者在性别、年龄、疾病部位等方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 西医诊断标准 麻痹性肠梗阻的诊断参考《外科学》^[1]拟定。①近期有胸腰椎骨折的病史,CT或MR明确诊断为新鲜骨折。②肠梗阻的一般症状:腹痛、腹胀,肛门停止排气排便;查体:腹部膨隆,腹部压痛,无反跳痛,无肌紧张,叩诊呈鼓音,肠鸣音 < 1 次/min。③腹部立位X线摄片有气液平面或腹部CT检查有肠壁广泛水肿、增厚、粘连,肠腔内积液及腹腔内渗出等表现。

1.3 中医诊断标准 胸腰椎骨折后麻痹性肠梗阻多有胀、闭、痛、呕四大症,苔黄厚而干,脉沉实有力,多数属血瘀气滞型或瘀热内结型。

1.4 纳入标准 ①符合麻痹性肠梗阻的诊断标准^[1];②年龄20~64岁;③所有患者均知情同意,签订知情同意书。

1.5 排除标准 ①合并有心脑血管、肝肾功能不全等未危及生命的原发性疾病及精神疾病患者;②排除因外伤所致腹腔脏器破裂等急腹症;③排除脊髓损伤致截瘫者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用禁食、胃肠减压、补液及营养支持等基础治疗。

2.2 治疗组 在对照组基础上采用加味六磨汤治疗。处方:木香、乌药、枳实、槟榔、延胡索、大黄(后下)各10g,赤芍9g。每天1剂,上药加水600mL,煎至200mL,每次100mL,每天2次口服,至肠蠕动恢复、肛门排气停药。

2组连续治疗3天后进行疗效评价。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①观察患者肠鸣音的恢复及肛门排气情况:每4h腹部听诊1次,每次听诊连续3min以上。平均每min出现2次肠鸣音为肠蠕动恢复,出现1次排气为肛门出现排气,证明胃肠功能恢复。

②腹胀、腹痛程度使用视觉模拟评分法(VSA)评分:制定图标将腹胀、腹痛共划分为0~10分,以患者的自觉症状让患者划出分值;胃管拔出时间:腹胀、腹痛缓解,VSA评分3分以下。

3.2 统计学方法 所有资料均采用SPSS13.0统计学软件包进行数据处理,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验;等级资料采用Ridit分析。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 近期疗效标准 参考文献[2]拟定。完全缓解:一般状况良好,腹胀、腹痛消失,肠鸣音 ≥ 2 次/分;肛门恢复排气排便,复查立位腹部平片气液平面较前减少 $> 50\%$,进食后梗阻症状不再出现;好转:肠梗阻症状及体征基本消失或明显好转,或症状缓解后复发,X线检查示肠梗阻征部分缓解;无效:肠梗阻症状、体征及X线检查示肠梗阻征均无减轻,甚或加重。

4.2 2组近期疗效比较 见表1。对照组有18例、治疗组2例因腹痛加剧,治疗无效,加用其他治疗方法后缓解,对照组有3例症状短期复发。近期疗效总有效率治疗组为95.8%,对照组为61.7%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	完全缓解	有效	无效	总有效率(%)
对照组	47	9(19.1)	20(42.6)	18(38.3)	61.7
治疗组	47	32(68.1)	13(27.7)	2(4.3)	95.8 ^①

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组临床症状改善时间比较 见表2。治疗后治疗组胃肠减压、肠鸣音恢复、肛门排气时间均短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

组别	n	胃肠减压时间	肠鸣音恢复时间	肛门排气时间
对照组	47	34.3±3.2	33.2±1.8	42.6±3.4
治疗组	47	18.4±3.1 ^①	19.6±2.2 ^①	23.8±3.1 ^①

与对照组比较,① $P < 0.01$

4.4 2组VAS评分比较 见表3。治疗后治疗组腹胀、腹痛VAS评分均低于对照组，差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表3 2组VAS评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	腹胀VAS评分	腹痛VAS评分
对照组	47	7.4±1.5	7.2±1.3
治疗组	47	4.5±0.6 ^①	4.1±1.3 ^①

与对照组比较，^① $P < 0.01$

4.5 不良反应 2组治疗期间均未出现肝肾功能损害等不良反应，无病例因麻痹性肠梗阻而手术，无下肢静脉血栓形成。

5 讨论

脊柱骨折多为高能量损伤，损伤重，出血量大，血液易聚集在腹膜后间隙，形成腹膜后血肿，血肿渗入后腹膜及肠系膜间，引起周围交感神经兴奋，致其支配的胃肠壁肌肉收缩能力下降，肠道内容物积聚、肠壁肿胀、渗出，腹腔炎性物质继续刺激交感神经，形成恶性循环，出现肠道失动力性的麻痹性肠梗阻。中医学认为，脊柱骨折因跌扑闪挫，骨断筋伤，脉络受损，气滞血瘀，经络脏腑功能失调，导致肠道传导功能失调，食物积聚在肠道内引起^[3]。治疗上宜行气导滞、消胀止痛、通腑泄下为宜。西医一般采用禁食、胃肠道减压的方法，可取得一定的效果。治疗组采用加味六磨汤治疗，在鸣音恢复时间、肛门排气时间、腹胀VSA评分均明显优于对照组。证明该组方对脊柱骨折后失动力性肠梗阻有效，这与多数文献研究结果相似。

六磨汤出自《证治准绳》，主治“气滞腹急便秘”。方由大黄、槟榔、枳实、木香、乌药、沉香组成。方中大黄清热泻下，木香理气和中、止痛，枳实、乌药、槟榔行气温里、消积，沉香温里行气，全方行气之力显著。由于沉香价格昂贵，药材难寻，故去之沉香，加用了活血、理气、止痛的延胡索、赤芍。诸药合用，共奏通腑泄热、行气导滞、活血止痛的效果。现代药理研究表明：大黄具有致泻、广谱的抗菌、改善微循环作用；其主要成分是蒽醌甙，它可

直接刺激大肠部位致泻；蒽醌甙吸收后转化为多种苷元，刺激肠道黏膜下神经丛和更深部肌肉神经丛，使胃肠运动增强，引起泻下^[4]；槟榔碱具有兴奋M样胆碱受体的作用，提升胃肠平滑肌张力，使蠕动性增加；枳实具有较强的促进胃肠蠕动作用，三药合用，均促使胃肠收缩规律、有力，消除了麻痹性肠梗阻肠道失动力问题。木香碱对肠道有兴奋或抑制的双重作用，乌药有拮抗乙酰胆碱，降低小肠的紧张性^[5]，二药协调肠道动力，避免了肠道收缩过强而出现绞窄性肠梗阻。延胡索具有活血、止痛、镇静作用^[6]，从而有效减轻疼痛，提高了患者的依从性。麻痹性肠梗阻的原因因为血肿刺激迷走神经引起，而方中赤芍可促使血肿吸收，同时可增加血液中纤维蛋白原激活物的活性，改善了血液黏稠度，从而改善因肠梗阻而引起的肠管瘀血，减少炎性渗出，增进了渗液吸收，从而缩短了疗程^[7]。

综上，加味六磨汤治疗胸腰椎骨折后麻痹性肠梗阻可明显缩短疗程，有效阻止病情进展，并可减轻骨折后引起的疼痛，值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 陈孝平. 外科学[M]. 上册. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 586-595.
- [2] 翟瑞庆, 翟红运. 参联通结汤结肠滴注治疗恶性肠梗阻32例临床研究[J]. 新中医, 2012, 44(11): 62-65.
- [3] 张安祯, 沈敦道. 骨伤内伤学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 120-126.
- [4] 戴洁. 大黄药理研究与临床应用[J]. 天津药学, 2011, 23(4): 67-69.
- [5] 宋光熠. 中药药理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009.
- [6] 杨艳辉, 史传道. 六磨汤加桃仁延胡索治疗脊柱骨折后腹胀便秘30例[J]. 陕西中医学院学报, 2013, 36(5): 43-44.
- [7] 王天宇, 孙波, 李瓦里. 胸腰椎压缩性骨折后腹胀便秘中医治法探究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2011, 19(3): 62-64.

(责任编辑: 冯天保)