

诺哈拉呼疗法联合尼如哈疗法治疗不完全性肠梗阻的临床疗效观察

包巴根那 张双林 其力木格 姜清秀 刘斯日古冷 吴超群

内蒙古国际蒙医医院急诊与重症医学科, 内蒙古自治区呼和浩特 010065

通信作者: 包巴根那, Email: dongbaixiapi@163.com

【摘要】 目的 观察蒙医诺哈拉呼疗法(腹部按摩)联合尼如哈疗法(蒙药灌肠)治疗不完全性肠梗阻的临床疗效。方法 选择内蒙古国际蒙医医院急诊与重症医学科 2020 年 4 月至 2022 年 4 月收治的 80 例不完全性肠梗阻患者作为研究对象,将患者按单盲随机原则分为对照组和观察组,每组 40 例。对照组给予西医常规治疗;观察组在对照组常规治疗基础上进行蒙医诺哈拉呼联合尼如哈治疗。具体方法:患者仰卧位,双下肢屈曲,自然平静呼吸,医生站在患者右侧,手掌心涂抹少许黄油,搓热双手,用中指和无名指顺时针方向缓慢在回盲穴、小肠上穴、肠鸣穴、小肠下穴等穴位点、揉,用手掌按摩腹部约 20 min,每日 1 次、连续治疗 3 d。诺哈拉呼治疗结束后行尼如哈[给予蒙药六味安消散,由大黄 250 g,寒水石(煨)150 g,山奈 100 g,面碱(制)100 g,土木香 50 g,诃子 50 g 组成],治疗时患者最好以左侧卧位,臀部需抬高约 10 cm,灌肠器插入直肠深度 15~20 cm,取蒙药六味安消散 12 g 加温水 50~100 mL 灌肠,每日 1 次、连续治疗 3 d。比较两组腹痛和腹胀缓解时间、排气时间、禁食时间及住院时间的差异,并观察临床疗效。结果 观察组腹痛和腹胀缓解时间、排气时间、住院时间均较对照组明显缩短[腹痛缓解时间(h): 5.3 ± 1.8 比 8.1 ± 1.6 ,腹胀缓解时间(h): 3.2 ± 1.5 比 6.5 ± 1.9 ,排气时间(d): 2.6 ± 1.7 比 4.1 ± 2.1 ,住院时间(d): 8.3 ± 2.9 比 10.1 ± 2.1 ,均 $P < 0.05$],禁食时间较对照组缩短(d): 2.9 ± 0.5 比 3.1 ± 0.6],但差异无统计学意义(均 $P > 0.05$),观察组有效率较对照组明显提高[92.5% (37/40) 比 75.0% (30/40), $P < 0.05$]。结论 在西医常规治疗基础上采用蒙医诺哈拉呼联合尼如哈治疗不完全性肠梗阻,疗效优于单纯西医常规治疗,可有效恢复胃肠道功能,缓解腹部胀痛等症状,缩短排气的时间。

【关键词】 不完全性肠梗阻; 尼如哈; 诺哈拉呼; 临床疗效

基金项目: 中国民族医药学会科研项目(2023MY113-13)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2023.06.007

Clinical efficacy of combined use of No ha la hu and Ni ru ha in the treatment of incomplete intestinal obstruction

Bao Bagenna, Zhang Shuanglin, Qilimuge, Jiang Qingxiu, Liu Siriguleng, Wu Chaoqun

Department of Emergency and Critical Medicine, Inner Mongolia International Mongolian Hospital, Hohhot 010065, Inner Mongolia Autonomous Region, China

Corresponding author: Bao Bagenna, Email: dongbaixiapi@163.com

【Abstract】 Objective To investigate the clinical effect of No ha la hu (Mongolian medicine abdominal massage) combined with Ni ru ha (Mongolian medicine enema) in the treatment of incomplete intestinal obstruction. **Methods** A total of 80 patients with incomplete intestinal obstruction admitted to the department of emergency and critical care medicine of Inner Mongolia International Mongolian Hospital from April 2020 to April 2022 were selected as the study objects, they were randomly divided into control group and observation group, 40 cases in each group. The control group was treated with routine modern medicine, and the observation group was treated with mongolian medicine No ha la hu combined with Ni ru ha on the basis of routine treatment. Specific methods: the patient supine position, both lower limbs flexion, natural calm breathing, the doctor stands on the patient's right side, applies a little butter to the palm of his hand, rub hands, massages the abdomen with the middle finger and ring finger at acupoints such as ileocecal point, small intestine point, small intestine point, small intestine point and lower clockwise direction point. Massage the abdomen with the palm for about 20 minutes, once a day for 3 days. No ha la hu was given after the treatment of Ni ru ha (Rhubarb 250 g, Cold water stone 150 g, Sanai 100 g, Facial alkali 100 g, Hyacinth 50 g, Terminalia chebula 50 g), the patients should lie on the left side, raise the buttocks about 10 cm, insert the enema into the rectum 15-20 cm, take the Mongolian medicine Liuweian powder 12 g and warm water 50-100 mL for enema, once a day for 3 days. The difference of relieving time of abdominal pain and distension, time of exhaustion, time of fasting, and time of hospital stay between the two groups were compared, and the clinical effect was observed. **Results** Relieving time of abdominal pain, abdominal distension, time of exhaust and time of hospital stay in the observation group were significantly shorter than those in the control group [abdominal pain relief time (hours): 5.3 ± 1.8 vs. 8.1 ± 1.6 , abdominal distension relief time (hours): 3.2 ± 1.5 vs. 6.5 ± 1.9 , time of exhaust (days): 2.6 ± 1.7 vs. 4.1 ± 2.1 , hospital stay (days): 8.3 ± 2.9 vs. 10.1 ± 2.1 , all $P < 0.05$], time of fasting in the observation group were shorter than those in the control group (days: 2.9 ± 0.5 vs. 3.1 ± 0.6 , the difference was not statistically significant (all $P > 0.05$). The effective rate of the observation group was significantly higher than that of the control group [92.5% (37/40) vs. 75.0% (30/40), $P < 0.05$]. **Conclusion** On the

basis of routine treatment of western medicine, the treatment of incomplete intestinal obstruction by Mongolian medicine No ha la hu combined with Ni ru ha is more effective, which can effectively restore gastrointestinal function, relieve abdominal pain and other symptoms, and shorten the time of exhaust.

【Key words】 Incomplete intestinal obstruction; Ni ru ha; No ha la hu; Clinical efficacy

Fund program: Scientific Research Project of China Medical Association of Minorities (2023MY113-13)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2023.06.007

肠梗阻是急诊科常见急症之一,目前临床上将肠梗阻按梗阻程度分为不完全性肠梗阻和完全性肠梗阻两种类型。不完全性肠梗阻病因复杂多变,是由多种原因引起的肠道不完全性阻塞。患者以腹部胀痛、频繁恶心呕吐为主要表现,排气排便次数减少或停止,属于消化道常见疾病^[1]。肠梗阻可导致肠管及全身的病理生理改变、肠道黏膜屏障破坏、肠壁血液循环障碍、肠道环境改变导致细菌繁殖和移位、酸碱平衡失调和水电解质紊乱,甚至继发感染,引起脓毒症、脓毒性休克甚至死亡。肠梗阻属蒙医学中“肠阻症”的范畴^[2]。针对肠梗阻的治疗,现代医学一般以胃肠减压、禁食禁水、液体治疗、纠正酸碱平衡失调及电解质紊乱、抗炎等为主,但治疗效果欠佳^[3]。本院急诊与重症医学科 2020 年 4 月至 2022 年 4 月收治 80 例不完全性肠梗阻患者采用现代医学常规治疗与蒙医诺哈拉呼(腹部按摩)联合尼如哈(蒙药灌肠)治疗,疗效满意,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象及一般资料:选择 2020 年 4 月至 2022 年 4 月在本院急诊与重症医学科住院的 80 例患者作为研究对象。按单盲随机法将患者分为对照组和观察组,每组 40 例。对照组年龄 26~79 岁,平均(63±16)岁;病程 2~36 h,平均(10.5±4.0)h;观察组年龄 24~78 岁,平均(61.0±12.5)岁,病程 2.5~38 h,平均(11±2)h。两组患者均有不同程度的腹部胀痛,伴恶心、呕吐、排气不畅、排便次数减少甚至停止排气排便等临床表现。两组发病年龄、时间及病程比较差异均无统计学意义(均 $P>0.05$),说明两组资料均衡,具有可比性。

1.2 诊断标准:参考《实用内科学》^[4]中不完全性肠梗阻的诊断标准,患者有腹部胀痛、恶心呕吐、排气排便次数较少或停止,查体可见腹部膨隆,听诊肠鸣音亢进或消失,局部压痛等体征;立位腹部 X 线检查可见肠腔液气平表现或肠管扩张。

1.3 伦理学:本研究符合医学伦理学标准,并经本院伦理委员会批准(审批号: B2023-027)所有检测和治疗方法均获得患者或家属知情同意。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组:采用现代医学常规治疗,给予胃肠减压、禁食禁水、开塞露肛注、液体治疗、纠正酸碱平衡失调和电解质紊乱,以及抗感染和对症支持治疗。

1.4.2 观察组:在对照组现代医学常规治疗基础上按蒙医“肠阻症”的治疗原则顺下清赫依(蒙医 5 种赫依分型之一,主要管理人体膀胱、附件、直肠等下腹部脏器的神经血管生理活动)、润燥结、通肠道。给予诺哈拉呼联合尼如哈治疗,具体方法如下:嘱患者尽量排空尿液,仰卧位,双下肢保持屈曲,自然平静呼吸,医生站在患者右侧(不方便的患者可站在左侧),手掌心涂抹少许黄油,搓热双手,用中指和无名指顺时针方向缓慢在回盲穴、小肠上穴、肠鸣穴、小肠下穴等穴位点、揉,用手掌按摩腹部约 20 min。诺哈拉呼治疗结束后行尼如哈治疗,治疗时患者最好取左侧卧位,臀部需抬高约 10 cm,灌肠器插入直肠深度 15~20 cm,取蒙药六味安消散[由大黄 250 g、寒水石(煨)150 g、山奈 100 g、面碱(制)100 g、土木香 50 g、诃子 50 g 等组成]12 g 加温水 50~100 mL 溶化后灌肠,每日 1 次,治疗期间密切观察病情变化,如出现剧烈呕吐、腹部胀痛加重等情况,立即给予胃肠减压。

1.5 观察指标:比较两组患者临床症状缓减时间及临床疗效的差异。

1.6 疗效判定标准:参考《中医病证诊断疗效标准》制定^[5]。治愈为治疗 3 d 内腹部胀痛、恶心呕吐症状缓解,排便排气通畅,7 d 内上述不适症状消失,立位腹部 X 线检查正常;好转为 7 d 内腹部胀痛、恶心呕吐症状明显缓解,立位腹平片 X 线检查好转;无效为 7 d 内腹部胀痛,恶心呕吐症状无明显改善甚至进行性加重。如出现以下症状:①绞窄性肠梗阻、机械性肠梗阻;②腹部胀痛等症状加重,且频繁出现恶心呕吐,腹部有肌紧张、压痛、反跳痛等临床表现;③立位腹部 X 线检查可见孤立胀大的肠袢;④腹腔穿刺穿出血性液体,或合并发热、休克时考虑行外科手术治疗。

1.7 统计学方法:使用 SPSS 22.0 统计软件分析数据。计量资料均符合正态分布以均数 ± 标准差

($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 t 检验;计数资料以例(率)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床症状缓减时间比较(表 1): 观察组排气时间、禁食时间以及住院时间均较对照组明显缩短(均 $P < 0.01$)。两组腹痛、腹胀缓减时间比较差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$)。

表 1 不同治疗方法两组肠梗阻患者临床症状缓减时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(例)	腹痛缓减时间(h)	腹胀缓减时间(h)	排气时间(d)	禁食时间(d)	住院时间(d)
观察组	40	5.3±1.8	3.2±1.5	2.6±1.7	2.9±0.5	8.3±2.9
对照组	40	8.1±1.6 ^a	6.5±1.9 ^a	4.1±2.1 ^a	3.1±0.6	10.1±2.1 ^a

注:与观察组比较,^a $P < 0.05$

2.2 临床疗效(表 2): 观察组有效率、治愈率均明显高于对照组(均 $P < 0.05$)。

表 2 不同治疗方法两组肠梗阻患者临床疗效比较

组别	例数(例)	治愈率[% (例)]	好转率[% (例)]	无效率[% (例)]	有效率[% (例)]
观察组	40	65.0(26)	27.5(11)	7.5(3)	92.5(37)
对照组	40	40.0(16) ^a	35.0(14)	25.0(10)	75.0(30) ^a

注:与观察组比较,^a $P < 0.05$

3 讨论

不完全性肠梗阻属于蒙医学“肠阻症”范围,主因瘀血阻滞、赫依琪素(气血)不畅、恶血增多,恶血与希拉热阻于脉道,至下清赫依功能紊乱,进而导致下清赫依衰败,临床症状以痛、胀、吐、闭为主^[6]。基于赫依琪素平衡为要的理论,给予清赫依导滞,以使赫依琪素调畅^[7]。治疗上以调下清赫依窜行之道、清琪素希拉热、润肠通便为原则^[8]。本研究在常规内科治疗基础上给予诺哈拉呼疗法联合尼如哈疗法。诺哈拉呼疗法是以蒙医学基础理论为指导的具有民族特色的蒙医传统疗法,结合现代医学理论,有止痛消肿、改善赫依琪素运行、疏通百脉、增强脏腑器官功能、强身健体的作用。在腹部回盲穴、盲肠穴、小肠穴、小肠下穴等穴位行诺哈拉呼用于不完全性肠梗阻的治疗有温中散寒,改善下清赫依运行之通道、促进肠蠕动^[9]。尼如哈疗法是将具有泻下作用的蒙药进行稀释,用灌肠器注入直肠内进行治疗,使肠道毒素及粪便排出体外的一种传统泻下法,具有排毒、保护肠黏膜、促进肠蠕动,使炎症渗出物吸收、转移和排泄的作用^[10]。本研究观察的尼如哈治疗是用蒙药六味安消散,由大黄 250 g、寒水石

(煨)150 g、山奈 100 g、面碱(制)100 g、土木香 50 g、诃子 50 g 等组成。其主要功效为化积消食、和胃润肠、下清赫依病等^[11]。方中大黄具有润肠泻下的作用,适用于大便干燥或通便不畅。现代药理学研究表明,大黄能提高胃肠黏膜内血流灌注,抑制肠道内细菌或毒素移位,保护肠道黏膜的屏障,促进胃肠道蠕动,改善肠壁循环,缓解肠黏膜缺氧,清除肠内细菌和毒素,阻止肠道内细菌及其毒素进入血液循环^[12-14],清除血浆炎症介质^[15];寒水石除巴达干热,大黄及面碱均有润肠下泄作用,山奈治积食不化,胃火衰退。六味安消散作为蒙药传统良方有治未消及缓解泛酸等的功效^[8];同时,尼如哈治疗可直接刺激到直肠壁,使下顺赫依作用于肠道,促进肠蠕动,激发排便反射,使肠内积便排出体外,从而达到通畅肠道,治疗肠梗阻的目的。

综上所述,在常规治疗基础上,行诺哈拉呼联合尼如哈治疗,对不完全性肠梗阻疗效显著,可明显缩短住院时间,减轻患者痛苦,值得临床推广使用。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 徐柯,常青,钟雨洁,等.中药灌肠联合腹部按摩治疗老年不完全性肠梗阻的临床研究[J].中国处方药,2020,18(5):135-136. DOI: 10.3969/j.issn.1671-945X.2020.05.078.
- [2] 苏荣扎布.蒙医临床学[M].呼和浩特:内蒙古人民出版社,1999.
- [3] 胡燕燕.奥曲肽治疗肠梗阻的疗效观察及临床护理[J].医学信息,2009,22(11):2497-2498. DOI: 10.3969/j.issn.1006-1959.2009.11.126.
- [4] 陈灏珠,林果为,王吉耀.实用内科学[M].15版.北京:人民卫生出版社,2021.
- [5] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京中医药大学出版社,1994.
- [6] 杨冬梅.蒙西医结合治疗不完全性肠梗的护理[J].中国民族医药杂志,2015,21(11):80,封3页. DOI: 10.3969/j.issn.1006-6810.2015.11.045.
- [7] 包包根那,吴哈达,吴超群.蒙西医结合治疗不完全性肠梗阻疗效观察[J].中国民族医药杂志,2018,24(5):29-30. DOI: 10.3969/j.issn.1006-6810.2018.05.020.
- [8] 中国医学百科全书编辑委员会.中国医学百科全书·蒙医学[M].上海:上海科学技术出版社,1992.
- [9] 明根巴雅尔.蒙医传统疗法学[M].呼和浩特:内蒙古人民出版社,2014.
- [10] 梁仲惠,彭丽琼,梅永红,等.慢性功能性便秘结肠水疗临床观察[J].华南国防医学杂志,2006,20(5):59-60. DOI: 10.3969/j.issn.1009-2595.2006.05.025.
- [11] 中华人民共和国药典委员会.中华人民共和国药典[M].北京:中国医药科技出版社,2000.
- [12] 徐杰,张斌,于娜,等.大黄联合山莨菪碱对严重尿毒症患者免疫功能的影响[J].中国中西医结合急救杂志,2012,19(2):65-67. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2012.02.001.
- [13] 陈德昌,杨兴易,李红江,等.大黄对危重病患者胃肠道并发症的治疗研究[J].中华急诊医学杂志,2001,10(3):164-167. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-5760.2001.03.008.
- [14] 齐文杰,张淑文,王红,等.大黄素对重症急性胰腺炎大鼠小肠水通道蛋白 3 表达的调节作用[J].中国中西医结合急救杂志,2010,17(4):214-217,封3页. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2010.04.008.
- [15] 陈德昌,李红江.大黄在危重病急救领域的药理作用机制[J].中国危重病急救医学,2000,12(7):439-440. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1008-1372.2000.07.002.

(收稿日期:2023-02-27)

(责任编辑:邸美仙)