中图分类号：R932；R285.6　　文献标志码：A　　文章编号：1006－4931(2025)09－0105－04
doi:10.3969/j.issn.1006－4931.2025.09.023

全息刮痧联合大承气汤加减保留灌肠治疗恶性肠梗阻临床研究*

于子晨[1]，张丽曼[1]，刘　翠[1△]，于瑞雪[2]

（1. 河北省衡水市中医医院，河北 衡水　053000；　2. 衡水开放大学，河北 衡水　053000）

摘要：目的　探讨全息刮痧联合大承气汤加减保留灌肠治疗恶性肠梗阻（MBO）的临床疗效，以及对患者胃肠道功能与血清肠三叶因子 3（ITF3）、高迁移率族蛋白 B1（HMGB1）水平的影响。**方法**　选取医院 2021 年 2 月至 2023 年 12 月收治的 MBO 患者 156 例，按随机数字表法分为联合组和对照组，各 78 例。对照组患者予大承气汤加减保留灌肠，联合组患者在对照组治疗基础上予全息刮痧。两组患者均以 7 d 为 1 个疗程，共连续治疗 2 个疗程。**结果**　联合组总有效率为 91.03%，显著高于对照组的 78.21%（$P<0.05$）；治疗后，联合组患者的胃肠道功能恢复时间、住院时间及血清 HMGB1 水平均显著低于对照组（$P<0.05$），各项肠梗阻症状评分、KPS 评分及血清 ITF3 水平均显著高于对照组（$P<0.05$）。两组患者治疗期间均未发生明显不良反应。**结论**　全息刮痧联合大承气汤加减保留灌肠治疗 MBO 的临床疗效良好，能改善患者的胃肠道功能和血清 ITF3 与 HMGB1 水平，提高患者的生活质量，且治疗安全性较好。

关键词：全息刮痧；大承气汤加减保留灌肠；恶性肠梗阻；胃肠道功能；肠三叶因子 3；高迁移率族蛋白 B1；临床疗效

Clinical Study of Holographic Scraping Combined with Modified Dachengqi Decoction Retention Enema in the Treatment of Malignant Intestinal Obstruction

YU Zichen[1], *ZHANG Liman*[1], *LIU Cui*[1], *YU Ruixue*[2]

(1. Hengshui Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hengshui, Hebei, China　053000;　2. Hengshui Open University, Hengshui, Hebei, China　053000)

Abstract: Objective　To investigate the clinical efficacy of holographic scraping combined with modified Dachengqi Decoction retention enema in the treatment of malignant intestinal obstruction (MBO), and its effect on gastrointestinal function and serum levels of intestinal trefoil factor 3 (ITF3) and high mobility group protein B1 (HMGB1). **Methods**　A total of 156 patients with MBO admitted to the hospital from February 2021 to December 2023 were randomly divided into the combination group and the control group by the random number table method, with 78 cases in each group. The patients in the control group were given

*基金项目：河北省中医药管理局中医药类科研计划项目[2021362]。

第一作者：于子晨，女，大学本科，主管护师，研究方向为肿瘤学，（电子信箱）15028790953@163.com。

△通信作者：刘翠，女，硕士研究生，副主任中医师，研究方向为肿瘤学，（电子信箱）liucuiyouran@163.com。

[16] 孙　逊，凌晓颖，徐秋月，等. 14 种口服中成药联合阿奇霉素治疗儿童支原体肺炎的网状 Meta 分析[J]. 中国中药杂志，2021，46(22)：5958－5976.

[17] 杨　运，胡玲芝，管莎莎. 通腑宣肺汤加味治疗儿童肺炎支原体肺炎痰热闭肺证临床研究[J]. 新中医，2024，56(3)：99－103.

[18] 王雨涵，朱绍云，汪受传. 从“风温痰热”论治儿童肺炎支原体肺炎[J]. 南京中医药大学学报，2023，39(12)：1237－1241.

[19] 苟旭蕾，魏丽娜，张志伟，等. 清肺饮联合阿奇霉素治疗小儿肺炎支原体肺炎（痰热闭肺证）疗效观察[J]. 吉林中医药，2022，42(8)：913－916.

[20] 封继宏，毕明达，孙增涛，等. 射麻口服液治疗慢性阻塞性肺疾病临床应用专家共识[J]. 中华中医药学刊，2023，41(8)：254－258.

[21] 杨　倩，余　瑶，刘树青. 布地奈德和沙丁胺醇雾化吸入对小儿支气管肺炎的治疗效果[J]. 基因组学与应用生物学，2019，38(5)：2388－2392.

[22] YE Q, MAO JH, SHU Q, et al. *Mycoplasma pneumoniae* induces allergy by producing P1－specific immunoglobulin E[J]. Ann Allergy Asthma Immunol, 2018, 121(1)：90－97.

[23] NARITA M, TANAKA H. Cytokines involved in the severe manifestations of pulmonary diseases caused by *Mycoplasma pneumoniae*[J]. Pediatr Pulmonol, 2007, 42(4)：397.

[24] 张　丽，尹　莉，商树芹. 布地奈德联合阿奇霉素治疗小儿难治性支原体肺炎的疗效及其对患儿免疫功能的影响[J]. 川北医学院学报，2023，38(4)：496－499.

[25] 宗　阳，姚卫峰，居文政. 以白介素 6 为受体挖掘中药单体治疗新型冠状病毒肺炎引发的细胞因子风暴的干预作用[J]. 中国医院药学杂志，2020，40(11)：1182－1188.

[26] 魏　琳，刘志红，张洪芝，等. 儿童难治性支原体肺炎外周血 TLR2 信号通路表达及其对疗效的诊断价值[J]. 中华医院感染学杂志，2023，33(4)：613－617.

[27] 张　俊，柴　琳，刘荣均，等. 鱼腥草提取物对支原体肺炎小鼠 TLR－2/MyD88/NF－κB 信号通路的影响[J]. 中药材，2021，44(9)：2189－2193.

[28] MA C, HAO X, GAO L, et al. Extracellular Vesicles Released from Macrophages Infected with *Mycoplasma pneumoniae* Stimulate Proinflammatory Response via the TLR2－NF－κB/JNK Signaling Pathway[J]. Int J Mol Sci, 2023, 24(10)：8588.

（收稿日期：2024－08－01；修回日期：2024－12－14）

modified Dachengqi Decoction retention enema, on this basis, the patients in the combination group patients were given holographic scraping therapy. Both groups were treated for two consecutive courses of treatment with 7 d as one course of treatment. **Results** The total effective rate in the combination group was 91.03%, which was significantly higher than 78.21% in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the recovery time of various gastrointestinal functions, length of hospital stay, and serum HMGB1 level in the combination group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$), the scores of various intestinal obstruction symptoms, KPS score, and serum ITF3 level in the combination group were significantly higher than those in the control group ($P < 0.05$). No significant adverse reactions observed in the two groups during the treatment period. **Conclusion** Holographic scraping combined with modified Dachengqi Decoction retention enema has good clinical efficacy and safety in the treatment of MBO, which can improve the patients' gastrointestinal function, serum ITF3 and HMGB1 levels, and quality of life.

Key words: holographic scraping; modified Dachengqi Decoction retention enema; malignant intestinal obstruction; gastrointestinal function; intestine trefoil factor 3; high mobility group protein B1; clinical efficacy

恶性肠梗阻(MBO)是消化道恶性肿瘤或盆腔原发性肿瘤患者的常见并发症,临床表现为腹痛、腹胀、恶心、呕吐等[1]。肿瘤患者并发MBO会严重影响肠道对营养物质的吸收,引发营养不良,进而导致肿瘤疾病进一步恶化[2]。西医对MBO的常规治疗包括胃肠道减压、禁食、肠外营养支持、手术等,但疗效不佳,易反复发作[3]。根据MBO的临床症状,中医学认为其病机为肠腑气机阻滞,气血不畅,肠道不通,故以疏通为主[4]。大承气汤加减保留灌肠为常见中药灌肠疗法,能有效改善MBO患者的临床症状,疗效较好[5]。刮痧为经典中医疗法,能有效调节机体的阴阳平衡,发挥疏通作用[6]。本研究中探讨了全息刮痧联合大承气汤加减保留灌肠治疗MBO的临床疗效,以及对患者胃肠功能与血清肠三叶因子3(ITF3)、高迁移率族蛋白B1(HMGB1)水平的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入标准:符合西医学和中医学关于MBO的诊断标准[7-8];伴腹痛、腹胀、恶心、呕吐等临床症状,肠鸣音消失、腹部压痛;年龄>18岁;治疗依从性较好。本研究方案经医院医学伦理委员会审批(批件编号:2020-KY-03),患者签署知情同意书。

排除标准:对本研究中的治疗方式不耐受;对本研究中所用药物过敏;合并其他胃肠道疾病;合并精神疾病;中途因各种原因终止治疗。

病例选择与分组:选取我院2021年2月至2023年12月收治的MBO患者156例,按随机数字表法分为联合组和对照组,各78例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P<0.05$),具有可比性。详见表1。

表1 两组患者一般资料比较($n=78$)

Tab. 1 Comparison of the patients' general data between the two groups ($n=78$)

组别	性别(男/女,例)	年龄($\overline{X}\pm s$,岁)	体质量指数($\overline{X}\pm s$,kg/m^2)	病程($\overline{X}\pm s$,d)
联合组	34/44	55.73±8.63	21.35±3.36	5.31±1.28
对照组	38/40	53.68±8.82	22.26±3.24	5.12±1.32
χ^2/t值	0.413	1.467	1.722	0.913
P值	0.521	0.144	0.087	0.363

1.2 方法

两组患者均行禁食、胃肠减压、抑制消化液分泌等常规治疗。对照组患者在常规治疗基础上予大承气汤加减保留灌肠治疗,组方:生大黄20 g,炒枳实20 g,厚朴30 g,炒桃仁20 g,炒芍药30 g,芒硝20 g,莱菔子20 g。随证加减,腹痛剧烈者加桂枝10 g、延胡索(醋制)10 g,呕吐甚者加半夏10 g、生姜10 g,腹胀明显者加木香10 g、大腹皮15 g。用水煎煮,得水煎剂250 mL。将水煎剂注入一次性灌肠袋,每日上午以37~39 ℃的温度保留灌肠,插管深度约20~30 cm,灌肠速度为30~40滴/分,使药液缓慢流入肠腔。为使药液均匀分布于肠道,灌肠后患者先取左右侧卧位各15 min,后平卧30 min,每日1次,7 d为1个疗程,共连续治疗2个疗程。联合组患者在对照组治疗基础上予全息刮痧治疗,每次刮痧约30 min,每周2次,7 d为1个疗程,共连续治疗2个疗程。工具:全息刮痧板。刮痧部位:1)手三阴(试心经、肺经、心包经);2)四穴(大椎、膏肓、大杼、神堂);3)右尺泽、左心包;4)督脉及双侧膀胱经,重点刮拭脾区、肝区;5)大肠俞、胃俞、脾俞、小肠俞等穴位周围可触及小结节时亦应重点刮拭;6)胆经、肝经、胃经、脾经、大小肠经;7)四井。

1.3 观察指标与疗效判定标准

观察指标:1)肠梗阻症状评分[9]。对患者的腹痛、恶心呕吐、腹胀、便秘症状进行评分,采用5级评分法(计1~5分)。1分为临床症状未缓解或加重;2分为临床症状缓解,但梗阻症状仍较强烈;3分为临床症状缓解,但梗阻症状仍较明显;4分为临床症状明显缓解,梗阻症状较轻微;5分为临床症状完全缓解。2)胃肠道功能恢复时间。观察并记录两组患者治疗后首次排便、腹胀缓解、排气、肠鸣音恢复及X线片梗阻消失的时间。3)住院

时间。记录两组患者的住院时间。4）生活自理能力。采用卡氏评分法（KPS）评估，总分为100分，得分越高表明生活自理能力越强[10]。5）血清ITF3和HMGB1水平。采用酶联免疫吸附试验（ELISA）法检测患者治疗前后的血清ITF3和HMGB1水平。6）记录两组患者治疗期间的不良反应。

疗效判定[11]：排便功能正常，恶心呕吐、腹胀、便秘、腹痛等症状消失，为显效；排便好转，上述症状缓解，为有效；排便功能未改善，上述症状未缓解，为无效。总有效 = 显效 + 有效。

1.4 统计学处理

采用SPSS 21.0统计学软件分析。计数资料以率（%）表示，行χ^2检验。符合正态分布的计量资料用$\overline{X} \pm s$表示，组间比较行独立样本t检验，组内比较行配对样本t检验。$P < 0.05$为差异有统计学意义。

2 结果

两组患者治疗期间均未出现明显不良反应，其余结果见表2至表6。

表2 两组患者临床疗效比较[例（%），$n = 78$]

Tab. 2 Comparison of clinical efficacy between the two groups [case (%), $n = 78$]

组别	显效	有效	无效	总有效
联合组	48(61.54)	23(29.49)	7(8.97)	71(91.03)
对照组	41(52.56)	20(25.64)	17(21.79)	61(78.21)
χ^2值				4.924
P值				0.027

表3 两组患者肠梗阻症状评分比较（$\overline{X} \pm s$，分，$n = 78$）

Tab. 3 Comparison of intestinal obstruction symptom scores between the two groups ($\overline{X} \pm s$, point, $n = 78$)

组别	腹痛		腹胀		恶心呕吐		便秘	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	1.64±0.53	3.85±0.86*	1.75±0.62	3.98±0.91*	1.57±0.43	3.83±0.63*	1.78±0.44	3.76±0.72*
对照组	1.61±0.56	2.46±0.73*	1.79±0.67	2.87±0.64*	1.51±0.48	2.57±0.61*	1.82±0.42	2.59±0.62*
t值	0.344	10.883	0.387	8.812	0.822	12.690	0.581	10.875
P值	0.732	<0.001	0.699	<0.001	0.412	<0.001	0.562	<0.001

注：与本组治疗前比较，*$P < 0.05$。表5和表6同。

Note: Compared with those before treatment, *$P < 0.05$ (for Tab. 3, 5 - 6).

表4 两组患者胃肠道功能恢复时间比较（$\overline{X} \pm s$，h，$n = 78$）

Tab. 4 Comparison of the recovery time of gastrointestinal function between the two groups ($\overline{X} \pm s$, h, $n = 78$)

组别	首次排便时间	排气时间	腹胀缓解时间	X线片梗阻消失时间	肠鸣音恢复时间
联合组	56.36±7.53	54.38±6.52	51.76±5.86	66.75±8.45	27.72±4.68
对照组	64.58±8.63	61.84±7.59	59.85±6.35	73.79±9.64	36.67±5.58
t值	6.339	6.585	8.269	4.850	10.854
P值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表5 两组患者住院时间与KPS评分比较（$\overline{X} \pm s$，$n = 78$）

Tab. 5 Comparison of the length of hospital stay and KPS scores between the two groups ($\overline{X} \pm s$, $n = 78$)

组别	住院时间（d）	KPS评分（分）	
		治疗前	治疗后
联合组	6.74±2.15	62.75±7.36	81.39±9.35*
对照组	9.67±3.74	63.64±7.43	75.38±8.67*
t值	5.999	0.752	4.163
P值	<0.001	0.453	<0.001

表6 两组患者血清ITF3与HMGB1水平比较（$\overline{X} \pm s$，ng/mL，$n = 78$）

Tab. 6 Comparison of serum ITF3 and HMGB1 levels between the two groups ($\overline{X} \pm s$, ng/mL, $n = 78$)

组别	ITF3		HMGB1	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	9.34±2.65	15.46±3.58*	6.38±1.67	2.78±0.86*
对照组	9.46±2.59	12.28±3.16*	6.26±1.63	4.52±1.12*
t值	0.286	0.588	0.454	10.883
P值	0.775	<0.001	0.650	<0.001

3 讨论

MBO的发病机制主要为肠道内液体的分泌-吸收间的平衡被破坏，大量分泌的肠液无法被正常吸收，聚集于肠管中，导致肠管严重扩张，进一步刺激肠液分泌，形成恶性循环，若不及时治疗，易诱发肠内感染和肠坏死，严重威胁患者的生命安全[12]。目前，西医治疗MBO虽能缓解临床症状，但不能得到根本治疗，迫切需要研究出更好的治疗方案[13]。中医学将MBO归属为“肠结”“关格”等范畴，其主要病机为腑气不通，浊物不能下降，从而引发腹痛、便秘等，故中医治疗以行气活血、调畅气机、保持气机平衡为主[14]。

大承气汤加减灌肠为MBO常用中药灌肠方式，其方中以生大黄为君药，具有泻热通肠、抗炎、杀菌、止血功效；芒硝为臣药，具有清火消肿、泻下通便功效；厚朴、炒枳实为佐使药，具有加速热结排泄功效；炒桃仁、炒芍药、莱菔子为辅药，具有消食除胀功效。诸药合用，共奏行气活血、通泄六腑的作用，且随证加减药物，可

提升药物疗效[15]。刮痧能调节机体的阴阳平衡，促进机体的自愈功能恢复，是一个“疏通”的过程。本研究中刮手三阴具有稳上焦心肺功能，开四穴可振奋阳气，刮左心包与右尺泽可引血下行，刮双侧膀胱经、督脉可提升阳气，刮肝区、脾区可疏通瘀堵、协调脏腑，刮大肠俞、小肠俞等穴位可调理脏腑和调节气机，刮四井可排毒。全息刮痧疗法能顺应人体的生理规律，减缓常规刮痧带来的疼痛感，且不强求出痧，以皮肤发热、腠理张开为度。故全息刮痧联合大承气汤加减保留灌肠可从不同的作用机制治疗MBO，发挥协同增效作用，改善临床症状。

本研究结果显示，联合组的总有效率显著高于对照组（$P < 0.05$），治疗后的胃肠道功能恢复时间、住院时间均显著短于对照组（$P < 0.05$），肠梗阻症状评分和KPS评分均显著高于对照组（$P < 0.05$），表明全息刮痧联合大承气汤加减保留灌肠可显著提升MBO的临床疗效，改善临床症状和胃肠道功能，提升患者的生活自理能力。分析原因，灌肠汤剂通过灌肠方式，其药物有效成分不经肝首过效应，能充分发挥逐瘀通经功效，但疗效易受保留时间等因素影响[16]；联合刮痧疗法，可疏通气血，调节机体的气机，激发患者机体的自愈功能，同时可增加机体对药效成分的利用程度，进一步提高疗效[17]。

ITF3是由肠道杯状细胞分泌的一种小肽物质，具有保护胃肠道黏膜的作用[18]。HMGB1是巨噬细胞中释放出的核蛋白，可促进炎性反应[19]。有研究表明，炎性肠梗阻患者体内的血清ITF3水平会降低，HMGB1水平会升高，对诊断病情具有一定价值[20]。本研究结果显示，两组患者治疗后的血清ITF3和HMGB1水平均得到了显著改善（$P < 0.05$），且联合组均显著优于对照组（$P < 0.05$），表明全息刮痧联合大承气汤加减保留灌肠能显著改善MBO患者的血清学指标，抑制病情发展。同时，本研究中两组患者治疗期间均未出现明显不良反应，表明治疗安全性良好。

综上所述，全息刮痧联合大承气汤加减保留灌肠治疗MBO的临床疗效良好，能改善患者的胃肠道功能和血清ITF3与HMGB1水平，提高患者的生活质量，且治疗安全性较好。但本研究为单中心取样研究，样本量较少，且未从作用机制上分析刮痧联合中医灌肠对血清ITF3和HMGB1水平的影响，需后续扩大样本量进行多中心取样研究以验证。

参考文献

[1] 张钟玥，杨婧妍，宋清雅，等. 从标本同治法论治恶性肠梗阻[J]. 中国中医急症，2022，31(8)：1194－1197.
[2] ITO Y，FUJITANI K，SAKAMAKI K，et al. QOL assessment after palliative surgery for malignant bowel obstruction caused by peritoneal dissemination of gastric cancer：a prospective multicenter observational study[J]. Gastric Cancer，2021，24(5)：1131－1139.
[3] 姚文亿，张　跃，吴孝雄. 扶正攻下法治疗晚期肝癌恶性肠梗阻经验体会[J]. 亚太传统医药，2023，19(5)：119－121.
[4] 杨士民，项　琦，常　艳，等. 复方大承气汤联合肠梗阻导管治疗恶性肠梗阻的临床研究[J]. 中国中西医结合外科杂志，2021，27(1)：14－19.
[5] 许可依. 大承气汤加减保留灌肠联合脐敷治疗癌性不完全性肠梗阻的临床观察[D]. 长沙：湖南中医药大学，2022.
[6] 陈　潇，贺　双，李岳辉. 全息刮痧联合中药烫熨对泌尿系结石性肾绞痛的护理效果[J]. 中国中医药现代远程教育，2024，22(15)：159－162.
[7] 于世英，王杰军，王金万，等. 晚期癌症患者合并肠梗阻治疗的专家共识[J]. 中华肿瘤杂志，2007，29(8)：637－640.
[8] 周仲瑛. 中医内科学(第2版)[M]. 北京：中国中医药出版社，2007：350－351.
[9] 张明霞，朱建平，王建霞，等. 小承气汤加减灌肠方联合电针治疗晚期恶性不全性肠梗阻患者的疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志，2024，19(4)：750－754.
[10] 王小龙，孙　波，周东亚，等.“白乳散”穴位贴敷辅助治疗寒凝血瘀型中重度癌性疼痛48例临床研究[J]. 江苏中医药，2024，56(2)：41－44.
[11] 周　颖，刘　翠，夏立君，等. 刮痧联合中药灌肠治疗恶性肠梗阻临床观察[J]. 中国药业，2022，31(21)：92－95.
[12] 付　艳，孙志佳，李东惠，等. 贝伐珠单抗联合化疗治疗晚期卵巢癌所致粘连性肠梗阻的疗效观察[J]. 现代肿瘤医学，2021，29(15)：2682－2686.
[13] 从　云，夏黎明，许泽亚. 夏黎明以“通”立法治疗恶性肠梗阻[J]. 中医药临床杂志，2020，32(10)：1832－1834.
[14] 王　骁，李兆星，范焕芳，等. 恶性肠梗阻的中西医治疗进展[J]. 中国老年学杂志，2020，40(5)：1101－1105.
[15] 吴玲利，杨利娜，裴嫣嫣. 大承气汤保留灌肠与热奄包烫熨联合常规疗法治疗胃大部切除术后肠梗阻临床研究[J]. 新中医，2021，53(22)：1－5.
[16] 冯文涛，韩耀国，孙芳园，等. 中药灌肠法的临床应用研究进展[J]. 世界中西医结合杂志，2020，15(8)：1565－1568.
[17] 刘　翠，王　龙，周　颖，等. 以通立法采用大承气汤加减保留灌肠联合通络刮痧治疗恶性肠梗阻的疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志，2022，17(7)：1384－1387.
[18] HOFFMANN W. Trefoil Factor Family (TFF) Peptides and Their Links to Inflammation：A Re－evaluation and New Medical Perspectives[J]. Int J Mol Sci，2021，22(9)：4909.
[19] 刘思妤，张宇琴，李　懿，等. 二氢杨梅素通过HMGB1/NF－κB信号通路改善高糖对内皮细胞的损伤作用[J]. 湘南学院学报(医学版)，2021，23(4)：13－18.
[20] 褚立岩，莫　毓，尹　林，等. 血清ITF3、HMGB1水平对结直肠癌患者根治术后早期炎性肠梗阻的诊断价值[J]. 标记免疫分析与临床，2023，30(12)：2117－2122.

（收稿日期：2024－04－23；修回日期：2024－12－04）