

基于“肠结 - 痞积”理论畚药验方承气汤联合内镜治疗复杂肠梗阻的理论与实践

——附两种术式应用分析

王昌雄, 卢仙宝*, 吴建业, 范欣荣, 江飞庆, 雷后兴

丽水市中医院消化内科, 浙江 丽水

收稿日期: 2026年8月7日; 录用日期: 2026年9月1日; 发布日期: 2026年9月8日

摘要

目的: 基于中医“肠结”理论与畚医“痞积”理论的融合创新, 构建“肠结辨病位、痞积辨病因”的统一病机框架, 并系统阐释在该理论指导下畚药验方承气汤联合内镜治疗肠梗阻的理论基础与实践路径。方法: 通过理论分析法, 整合中医经典理论与畚医学术思想, 在广泛回顾国内外中西医结合治疗肠梗阻研究现状的基础上, 提出“破结攻积”协同治疗策略; 结合本团队前期已发表的临床研究证据(MBO 54例、AIO 50例), 分析两种内镜术式在该框架下的应用定位与操作要点。结果: “肠结 - 痞积”理论实现了对MBO与AIO病机的统一阐释——肠结为标(梗阻状态), 痞积为本(积滞成因); 据此构建的“破结攻积”策略以内镜技术直接解除机械梗阻, 以畚药验方承气汤序贯给药促进肠道功能恢复, 形成“器械攻积 + 药物化积”的协同治疗模式。前期临床验证表明, 该方案在MBO中总有效率为96.4%, AIO中总有效率为96.0%, 均显著优于单纯内镜治疗($P < 0.05$), 并能有效缩短住院时间、加速功能恢复。结论: 基于“肠结 - 痞积”理论的畚药验方承气汤联合内镜治疗肠梗阻, 理论框架清晰, 临床实践有效, 为不同病因肠梗阻的中西医结合治疗提供了统一的理论依据和实践方案, 值得进一步推广与研究。

关键词

肠结, 痞积, 畚药验方承气汤, 恶性肠梗阻, 粘连性肠梗阻, 内镜技术, 中西医结合

*通讯作者。

The Theory and Practice of She Ethnic Medicine Empirical Formula Chengqi Decoction Combined with Endoscopic Treatment for Complex Intestinal Obstruction Based on the “Intestinal Binding-Ganji” Theory

—An Analysis of the Application of Two Endoscopic Procedures

Changxiong Wang, Xianbao Lu*, Jianye Wu, Xinrong Fan, Feiqing Jiang, Houxing Lei

Department of Gastroenterology, Lishui Hospital of Traditional Chinese Medicine, Lishui Zhejiang

Received: August 7, 2026; accepted: September 1, 2026; published: September 8, 2026

Abstract

Objective: Based on the integrated innovation of the Traditional Chinese Medicine (TCM) “Intestinal Knot” theory and the She ethnic medicine “Ganji” theory, to establish a unified pathogenic framework of “Intestinal Knot for disease location and Ganji for disease etiology”, and to systematically elucidate the theoretical basis and practical pathways of She ethnic medicine Chengqi Decoction combined with endoscopic techniques in the treatment of intestinal obstruction under this theoretical guidance. **Methods:** Through theoretical analysis, integrating classic TCM theories with She ethnic medical thoughts and extensive literature review, the “Pojie Gongji” (breaking the obstruction and attacking the accumulation) synergistic treatment strategy was proposed. Combined with our team’s previously published clinical research evidence (54 cases of MBO, 50 cases of AIO), the application positioning and operational key points of two endoscopic procedures within this framework were analyzed. **Results:** The “Intestinal Knot-Ganji” theory achieved a unified interpretation of the pathogenesis of MBO and AIO—Intestinal Knot represents the manifestation (obstruction state), while Ganji represents the root cause (accumulation-stasis). Based on this, the “Pojie Gongji” strategy was constructed, in which endoscopic techniques directly relieve mechanical obstruction, and She ethnic medicine Chengqi Decoction is administered sequentially to promote the recovery of intestinal function, forming a synergistic treatment model of “instrument-based accumulation attacking + medication-based accumulation resolving”. Previous clinical validation demonstrated that this regimen achieved a total effective rate of 96.4% in MBO and 96.0% in AIO, both significantly superior to endoscopic treatment alone ($P < 0.05$), and effectively shortened hospitalization duration and accelerated functional recovery. **Conclusion:** The treatment of intestinal obstruction with She ethnic medicine Chengqi Decoction combined with endoscopic techniques based on the “Intestinal Knot-Ganji” theory has a clear theoretical framework and proven clinical efficacy, providing a unified theoretical basis and practical protocol for the integrated traditional Chinese and Western medicine treatment of intestinal obstruction of different etiologies, warranting further promotion and research.

Keywords

Intestinal Knot, Ganji, She Ethnic Medicine Chengqi Decoction, Malignant Bowel Obstruction, Adhesive Intestinal Obstruction, Endoscopic Techniques, Integrated Traditional Chinese and Western Medicine



1. 引言

肠梗阻是临床常见的急腹症，根据病因可分为恶性肠梗阻(malignant bowel obstruction, MBO)与粘连性肠梗阻(adhesive intestinal obstruction, AIO)等多种类型。MBO 是晚期腹腔或盆腔肿瘤患者的常见并发症，约 8%~40%的结直肠癌患者以 MBO 为临床首发表现，确诊时多为晚期，预后较差[1][2]；AIO 则是腹部术后最常见的并发症之一，严重影响患者生活质量及术后康复[3][4]。两类肠梗阻虽病因各异，但均以“痛、呕、胀、闭”为主要临床表现，其核心病机均为肠道气机壅滞、传化失司、腑气不通。

当前，中西医结合治疗肠梗阻已形成多种策略，但尚未建立统一的理论框架。在现代医学领域，除传统保守治疗(禁食、胃肠减压、纠正水电解质紊乱)外，内镜下介入治疗已成为重要手段：对于 MBO，肠道金属支架置入术可有效缓解梗阻症状，改善水电解质紊乱和低蛋白血症，为后续根治性手术或姑息治疗创造条件[5][6]；对于 AIO，经鼻肠梗阻减压导管(nasointestinal decompression tube, NGT)可实现小肠高效减压与引流，迅速改善梗阻相关症状[7][8]。然而，支架或导管置入虽能有效解除机械性梗阻，但梗阻解除后肠壁水肿、蠕动乏力、炎症反应等功能障碍仍需时间修复，如何在“器械解梗阻”的基础上实现“功能促恢复”，是临床亟待解决的现实问题。

在中西医结合领域，国内学者进行了诸多有益探索。中医药治疗肠梗阻多以“通里攻下”为基本大法，代表性方剂为大承气汤及其类方，通过鼻饲或灌肠途径给药，临床研究证实其能促进肠道蠕动、减轻炎症反应、保护肠黏膜屏障[9][10]。亦有学者采用针灸、穴位贴敷、中药灌肠等外治法辅助治疗，取得一定疗效[11]。然而，现有中西医结合方案多采用“内镜/手术 + 中药”的简单叠加模式，缺乏统一的理论框架指导，对不同病因肠梗阻的治疗策略缺乏区分度，更缺少将民族医药理论融入现代诊疗体系的系统性尝试。在民族医药领域，畚医“痞积”理论对积滞性疾病的病因病机有独特认识，但将其系统应用于肠梗阻这一急腹症的治疗，尚无先例。

基于上述研究现状，本团队认为，在中医学与民族医药理论中，对“器械解梗阻后如何促进功能恢复”这一问题的探索具有独特优势。中医“肠结”理论精准概括了肠梗阻的病位与核心病机，而畚医“痞积”理论则从病因病性层面提供了深刻阐释。将二者进行理论融合，有望形成“肠结辨病位、痞积辨病因”的统一阐释框架，为不同病因肠梗阻的“异病同治”提供理论依据，并指导“器械攻积 + 药物化积”协同治疗模式的构建与实践。本文就此进行系统阐述，并将其置于现有中西医结合治疗策略的学术背景中进行比较和评述。

2. “肠结 - 痞积”理论融合框架的构建

2.1. 中医“肠结”理论：病位与核心病机的概括

在中医学理论体系中，肠梗阻可归属于“肠结”“关格”等病证范畴。“肠结”首见于《黄帝内经》，指肠道气机痞结、传化失司、腑气不通，与西医学肠梗阻的“痛、呕、胀、闭”四大主症高度吻合[12]。《灵枢·四时气》曰：“腹中肠鸣，气上冲胸，喘不能久立，邪在大肠”[13]，已初步描述了肠道气机逆乱的临床表现。后世医家张仲景在《伤寒论》中进一步提出“阳明腑实证”，以痞、满、燥、实、坚为辨证要点，创大承气汤峻下热结，奠定了通里攻下法治疗肠梗阻的方药基础[14]。金元时期李东垣在《脾胃论》中强调“脾胃内伤，百病由生”，指出脾胃运化失司是积滞内生的根本原因[15]。清代医家尤在泾在

《金匱要略心典》中明确将“肠结”与腑气不通直接关联[16]。肠梗阻无论病因如何，其直接病理状态均为肠腔阻塞导致的内容物通过障碍，表现为腑气不通、传化停滞。“肠结”理论精准概括了这一共同病理状态，为不同病因肠梗阻的统一认识提供了病位与病机层面的理论支撑[17]。

2.2. 畜医“痞积”理论：病因与病性的深层阐释

畜医“痞积”理论有狭义与广义之分。狭义痞积指小儿痞疾，广义痞积则泛指因风、寒、痧、食等因素而引起的诸多杂病。畜医经典《畜族医药学》记载：“痞积者，邪气客于肌体，或因饮食不节，或因久病正虚，致脾胃虚弱，运化无权，邪气留滞而成”[18]。畜医认为，人体的许多疾病都是由于痞积而成，其病机核心为邪气侵犯肌体或因过食肥甘厚腻、久病不愈，导致脾胃虚弱、运化无力、气机壅滞，邪气积滞而成。根据病因及病变部位，痞积分为风积、寒积、食积、气积、血积、痰积等，临床中的肿瘤、术后粘连等疾病均可按此机理进行辨证施治[19]。

2.3. “痞积”理论应用于肠梗阻的合理性论证

将“痞积”理论应用于肠梗阻，需要从理论渊源、临床经验和现代病理生理机制三个层面进行合理性论证。

从畜医理论渊源看，“痞积”本指积滞留结为病，其病因涵盖食积、气积、血积等多种类型，病位不限于小儿，亦不限于慢性病。畜医理论将肠道积滞明确纳入“痞积”范畴。畜医古籍载：“痞积之成，非一日之因；积滞不去，则诸症蜂起。或结于肠胃，或聚于胁下，皆可成积。”雷后兴在《畜族医药学》中进一步阐释：“凡邪气、饮食、瘀血留而不去，皆可成积，积于肠胃则痛、胀、闭。”[18]当代畜医临床实践中，亦有用“化积法”治疗术后腹胀、肠粘连等症的记载。因此，将肠梗阻之“积滞”归属于广义“痞积”，符合畜医理论的内在逻辑。

从现代名老中医经验看，国医大师颜德馨教授提出“久病必有瘀”“怪病必有痰”的学术观点，认为慢性疾病和疑难杂症多与“积”有关，治疗上主张“攻积勿忘扶正”[20]。全国名中医黄煌教授在诊治肠梗阻后功能恢复障碍时，常以“通腑化积、调畅气机”为法，取大承气汤合四君子汤加减[21]。这些学术思想均与“痞积”理论中“攻积化滞、顾护脾胃”的核心要义相通，为本理论的应用提供了现代中医学术支撑。

从现代病理生理学视角审视，“痞积”的诸多分型可与现代医学机制建立对应关系，使该理论获得现代科学语境下的可理解性和可验证性：

(1) “食积”——对应肠腔内容物停滞。肠梗阻时，气体、消化液及未消化的食物碎屑在梗阻近端大量积聚，导致肠腔扩张、腔内压力升高，此为“食积”的直观体现。现代研究证实，肠梗阻时肠腔内细菌过度增殖，菌群结构紊乱，进一步加重内容物异常发酵和积滞[22]。

(2) “血积”——对应肠壁微循环障碍与局部瘀血。肠梗阻时，肠壁静脉回流受阻，毛细血管床淤血，组织水肿，进一步可发展为动脉供血不足、肠壁缺血甚至坏死。此即“血积”的病理实质。此外，肿瘤所致 MBO 中，肿瘤新生血管的形成和肿瘤细胞对血管的浸润、挤压，亦可视作“血积”的微观表现。

(3) “气积”——对应肠道气机壅滞与蠕动功能紊乱。从现代医学角度，“气积”可理解为肠腔内气体潴留及肠道平滑肌蠕动节律的失调。AIO 中粘连对肠管的牵拉、成角，导致肠腔部分闭塞，气体易进难出，形成“气积”；MBO 中肿瘤占位同样导致气体积聚。这与“气滞则胀”的中医认识完全吻合。

(4) “痰积”——对应炎症渗出与组织纤维化。肠梗阻时，肠壁炎症反应激活，炎性渗出物增多，粘连组织中胶原纤维沉积，可视为“痰积”的微观病理基础。慢性炎症向纤维化的转化过程，与“痰瘀互结”的病机演变规律相似[23]。

上述对应关系的建立，使得“痞积”理论不再是抽象的传统概念，而是一个可以与现代病理生理学

展开对话的、具有解释力和预测力的理论模型，为“破结攻积”策略提供了坚实的学理支撑。

2.4. 理论融合：“肠结辨病位，痞积辨病因”

将“肠结”与“痞积”理论进行融合，可形成完整的病机阐释框架：

(1) 肠结辨病位：明确梗阻部位在肠道，核心病机为腑气不通、传化失司；

(2) 痞积辨病因：区分致病因素的性质——MBO 中肿瘤堵塞肠道相当于“食积”与“血积”互结，AIO 中粘连压迫相当于“气积”与“血积”并存。

这一“肠结 - 痞积”理论框架实现了对复杂肠梗阻(包括 MBO 和 AIO)病机的统一阐释：肠结是标(梗阻状态)，痞积是本(积滞成因)。无论病因如何，最终均以“积滞”留结肠道、壅塞气机为根本病机，从而为“异病同治”提供了理论依据。

3. “破结攻积”治疗策略的理论构建

基于“肠结 - 痞积”理论，本研究团队构建了“破结攻积”的协同治疗策略，其核心思路为：以现代内镜介入技术攻其“结”(有形之梗阻)，以传统畚药验方承气汤化其“积”(无形之滞涩)，二者协同，标本兼治。

3.1. “破结”——内镜介入技术的应用

畚医认为“积滞”需“攻之、消之、导之”。内镜介入治疗直接解除肠道的“有形之积”，契合“积滞当攻”的治疗原则。

(1) 肠道金属支架置入术——适用于 MBO (食积与血积互结)

对于 MBO，肿瘤堵塞肠腔形成“有形之积”，内镜下肠道金属支架置入术通过物理性撑开狭窄段，直接解除梗阻。该技术已在 MBO 的治疗中广泛应用，可有效缓解梗阻症状，改善水电解质紊乱和低蛋白血症，为后续根治性手术或姑息治疗创造条件[5][6]。其“破结”作用体现在：支架释放后即刻恢复肠道通畅性，阻断“关格”危象的发生基础。

本团队在操作技术上采用二氧化碳注气辅助联合透明帽水交换技术，于狭窄段肛侧约 3 cm 肠腔注入生理盐水充盈肠腔，清晰显露狭窄裂隙后置入斑马导丝，经造影确认狭窄范围后沿导丝释放合适规格支架[24]。二氧化碳注气可扩张肠腔并减轻术后腹胀，配合温水灌注缓解肠痉挛，持续水交换清洁视野，显著提高了操作成功率。

(2) 经鼻肠梗阻减压导管置入术——适用于 AIO (气积与血积并存)

对于 AIO，肠粘连造成的扭曲、成角形成“气积”与“血积”并存的病理状态。经鼻肠梗阻减压导管(NGT)可通过幽门延伸至十二指肠升部远端，实现小肠高效减压与引流[7][8]。其“破结”作用体现在：导管到达梗阻近端后，通过负压引流清除肠腔内积存的液体和气体，迅速降低肠腔内压力，解除肠壁因过度扩张导致的微循环障碍。

本团队采用胃镜引导下 NGT 置入技术，使用活检钳推送导管前端至梗阻近端肠段，向球囊内注入生理盐水后依靠重力及肠蠕动使导管自然下行[25]。该操作路径短、成功率高，避免了 X 线辐射暴露。

两种术式虽操作对象不同，但在“肠结 - 痞积”理论框架中定位一致：均为“破结”——通过物理手段解除肠道的“有形之结”，为后续“攻积”创造条件。

3.2. “攻积”——畚药验方承气汤的应用

3.2.1. 方剂基本信息

畚药验方承气汤源于中医经典承气汤类方，融入畚族医药特色，由畚药斑竹根、大黄、厚朴、枳实、

炙甘草五味药组成。本方具有泻下攻积、行气活血、清热化湿之功效,契合畜医“化积”理论[26] [27]。

方剂组成及标准剂量范围(成人一日剂量):斑竹根(畜药) 15~30 g,活血通络、散瘀止痛;生大黄(后下): 6~12 g,泻下攻积、荡涤肠胃;姜厚朴 9~15 g,行气消胀、燥湿除满;炒枳实 9~15 g,破气消积、化痰散痞;炙甘草 6~9 g,调和诸药、补益中气。

炮制方法:斑竹根采挖后洗净,切厚片,晒干备用,临床用其干燥饮片;大黄生用,不宜久煎,待他药水煎 5~10 分钟后下;厚朴以姜汁炙后入药,以增强行气和胃之功;枳实以麸炒后入药,以缓其峻烈之性,免伤胃气。

煎煮规范:

- (1) 将斑竹根、厚朴、枳实、炙甘草四味药置于煎药容器中,加冷水约 800~1000 mL,浸泡 30 分钟;
- (2) 武火煮沸后转文火煎煮 25~30 分钟;
- (3) 加入生大黄,继续文火煎煮 5~10 分钟(后下);
- (4) 煎至药液约 300~400 mL,过滤去渣,分 2 次温服(早晚各一次),或遵医嘱。

给药途径:术后 24 小时经鼻饲管注入或口服(若患者可耐受),每次 150~200 mL,每日 2 次。对于 NGT 置入患者,可通过导管注入后夹管 1~2 小时,使药液在肠道内充分作用。

疗程:一般连续给药 7~10 天,或直至患者肠鸣音恢复、自主排便、腹胀完全缓解后停用。具体疗程视患者恢复情况而定,最长不超过 14 天。

3.2.2. 药理学内涵

其“攻积”作用的药理学内涵体现在以下三个层面:

- (1) 针对“食积”——通腑泻下、行气导滞

大黄为君,含蒽醌类衍生物(番泻苷 A、大黄酸、大黄素等),通过刺激肠壁神经丛促进肠道蠕动,增加肠内容物推进速度;厚朴、枳实相须为用,行气除满,增强肠管收缩节律。三药协同恢复肠道“传化”功能,针对“食积”(即肠内容物停滞)发挥直接推动作用。

- (2) 针对“血积”——活血化瘀、改善微循环

畜药斑竹根为方中特色药材,具有活血通络、散瘀止痛之功效。现代药理研究表明,斑竹根含黄酮类、酚酸类及三萜类化合物,可改善肠壁微循环,降低血液黏稠度,减轻组织水肿,促进局部炎症吸收[28]。针对 MBO 的局部血运障碍和 AIO 的粘连组织水肿,“血积”的化解有助于恢复肠壁营养供应和蠕动功能。

- (3) 顾护脾胃之本——防积滞复生

炙甘草调和诸药,补益中气。在“攻积”的同时兼顾脾胃运化功能的恢复,防止积滞复生,体现了畜医“攻补兼施”的治疗理念。

3.3. 协同机制:从“单纯解除梗阻”到“促进功能康复”

内镜介入“破结”后,肠道功能并不能立即恢复正常。研究表明,即使机械性梗阻解除后,肠道功能仍需 6~12 h 逐步恢复,完全功能恢复通常需 2~3 d [29]。在此过渡期内,存在一个“功能恢复窗口期”——梗阻虽已解除,但肠壁水肿、蠕动乏力、菌群紊乱等功能障碍仍需时间修复。

畜药方承气汤在此窗口期序贯给药(术后 24 h 开始),其价值在于:在“破结”创造的通畅条件下,“攻积”药物能够充分发挥作用——肠腔内压力已降低,药物可有效到达作用部位;肠壁血运已改善,药物吸收更为充分。这种“先破后攻、破攻相续”的时序配合,实现了治疗效应的最大化。

最终形成“器械攻积(破结)+药物化积(攻积)”的协同治疗模式:内镜技术解决“通”的问题(物理通畅),畜药解决“动”的问题(功能恢复)。二者在时间上序贯、在空间上协同、在效应上叠加,实现了从“单纯解除梗阻”到“促进功能康复”的跨越。

4. 安全性考量与临床方案规范

将本方案作为一项完整、安全、可重复的临床方案推广，必须明确其适应证、禁忌证、潜在不良反应及监测处理预案。

4.1. 适应证

(1) 经影像学(腹部 CT 或 X 线平片)确诊的机械性肠梗阻，病因诊断为 MBO (结直肠癌、胃癌、卵巢癌等腹腔肿瘤所致)或 AIO (腹部手术后粘连所致)；

(2) 梗阻部位位于结肠或小肠，内镜可及，且具有内镜介入治疗的操作条件；

(3) 患者生命体征稳定，无严重心、肺、肝、肾功能不全；

(4) 年龄 18~80 岁，KPS 评分 ≥ 40 分。

4.2. 禁忌证

(1) 弥漫性腹膜炎、肠穿孔或疑似肠坏死、腹腔广泛脓肿；

(2) 完全性梗阻且梗阻近端肠腔极度扩张(肠腔直径 > 10 cm)，有穿孔高风险；

(3) 凝血功能障碍($INR > 1.5$, $PLT < 50 \times 10^9/L$)或正在使用双联抗血小板/抗凝药物且无法停药；

(4) 妊娠期或哺乳期女性；

(5) 对大黄、厚朴等方中药物成分过敏者；

(6) 合并严重电解质紊乱(如低钾血症 < 3.0 mmol/L)尚未纠正者，需先予纠正。

4.3. 潜在毒副作用与不良反应

(1) 中药相关不良反应：

胃肠道反应：恶心、呕吐、腹痛、腹泻(发生率约 5%~10%)。大黄含蒽醌类成分，剂量过大或个体敏感者可致剧烈腹泻，严重者可致脱水、电解质紊乱。

过敏反应：斑竹根、厚朴等药材偶可引起皮疹、瘙痒等过敏表现(发生率 $< 2\%$)。

肝肾功能影响：长期大剂量使用大黄可致肝损伤及肾小管损害，但常规疗程(≤ 21 天)内安全性良好。

(2) 内镜操作相关不良反应：

支架置入术后：穿孔(发生率约 3%~5%)、支架移位/脱落(约 5%~10%)、再梗阻(约 10%~15%)、出血；

NGT 置入后：鼻咽部不适/损伤、导管堵塞、导管移位、胰腺炎等(发生率均 $< 5\%$)。

4.4. 监测指标与处理预案

(1) 每日监测：生命体征(体温、心率、呼吸、血压)；腹部体征(腹胀程度、肠鸣音、腹痛 VAS 评分)；24 小时出入量及胃肠减压引流量(性质、颜色、气味)；排便情况(首次排气/排便时间、次数、性状)。

(2) 实验室监测(每 2~3 天)：血常规(WBC、NEUT%、Hb、PLT)；电解质(K^+ 、 Na^+ 、 Cl^- 、 Ca^{2+})；肾功能(Cr、BUN)；肝功能(ALT、AST、TBIL)；炎症指标(CRP、PCT，必要时)。

(3) 影像学复查：

术后第 3 天、第 7 天复查腹部立位平片，观察肠管扩张程度及气液平面变化；

术后 1 个月复查腹部 CT，评估梗阻解除情况及支架位置/通畅性。

(4) 不良事件处理预案：

剧烈腹泻(每日 > 5 次水样便)：停用中药或减量 50%，予口服补液盐或静脉补液纠正水电解质紊乱；

腹痛加剧或新发腹膜炎体征：立即行腹部 CT 检查，排查穿孔，若确诊穿孔则急诊手术；

支架移位/脱落：若支架脱落至远端肠腔且无梗阻加重，可予观察或内镜下取出/重新置入；若导致再

梗阻, 则评估再次内镜干预或手术;

过敏反应: 轻者予抗组胺药(氯苯那敏或西替利嗪), 重者予糖皮质激素(地塞米松 5~10 mg iv)并停用可疑药物;

肝功能异常(ALT/AST 升高超过正常上限 3 倍): 停用中药, 予保肝治疗, 监测肝功能直至恢复正常。

上述安全性方案已在本团队前期临床研究中得到初步验证, 研究组未发生与中药相关的严重不良事件, 两组间不良反应发生率差异无统计学意义[25] [26]。

5. 理论指导下的临床实践验证

本团队基于上述“肠结 - 痞积”理论框架与“破结攻积”治疗策略, 已开展了系统的临床研究, 分别验证了该方案在 MBO 和 AIO 两类肠梗阻中的应用价值。

5.1. 恶性肠梗阻的应用实践

在 MBO 的治疗中, 以中医“关格”理论提示危重病机(“关”指二便不通, “格”指呕吐不止), 以畜医“痞积”理论辨识病因(食积与血积互结), 构建“关格辨危候、痞积辨病因”的理论框架, 指导“破格攻积”治疗。

临床研究纳入 MBO 患者 54 例, 随机分为研究组(支架 + 畜药验方承气汤, $n=28$)和对照组(单纯支架, $n=26$) [30]。结果显示: 研究组临床总有效率达 96.4%, 显著高于对照组的 80.8% ($P<0.05$); 研究组“关格”危象发生率为 3.6%, 显著低于对照组的 15.4% ($P<0.05$); 研究组平均住院时间为(12.54 ± 4.27) d, 显著短于对照组的(14.96 ± 4.63) d ($P<0.05$)。研究组在症状缓解时间、卡氏功能状态评分及生活质量评分方面均优于对照组。

该研究表明, “破格攻积”策略不仅能有效缓解 MBO 症状, 更重要的是能够阻断“关格”危象的发生, 体现了“早期干预、阻断传变”的理论优势。

5.2. 粘连性肠梗阻的应用实践

在 AIO 的治疗中, 以中医“肠结”理论概括病位病机, 以畜医“痞积”理论辨识气积与血积并存的病因特征, 指导“破结攻积”治疗。

临床研究纳入 AIO 患者 50 例, 随机分为观察组(NGT + 畜药验方承气汤, $n=25$)和对照组(单纯 NGT, $n=25$) [25]。结果显示: 观察组临床总有效率达 96.0%, 显著高于对照组的 76.0% ($P<0.05$); 观察组胃肠减压量、症状缓解时间、影像学改善时间、肠鸣音恢复时间及住院时间均显著优于对照组($P<0.05$); 观察组并发症总发生率为 8.0%, 显著低于对照组的 32.0% ($P<0.05$)。

该研究表明, “破结攻积”策略在 AIO 中同样有效, NGT “破结”与中药“攻积”协同作用, 加速了肠道功能恢复并减少了并发症。

5.3. 基于“肠结 - 痞积”理论, 两种内镜术式的定位与适用场景

二者在“肠结 - 痞积”理论框架中形成互补: 支架置入适用于占位性“实结”, NGT 适用于粘连性“气结”, 畜药验方承气汤则作为“化积”的共同基础, 体现了“异病同治”的中医理念(表 1)。

6. 讨论

6.1. 与现有中西医结合治疗方案的比较分析

为清晰定位本方案的独创性与优势, 有必要将其与当前主流的肠梗阻中西医结合治疗方案进行系统比较。

Table 1. Comparison table of theoretical positioning of two endoscopic surgical modalities
表 1. 两种内镜术式的理论定位比较表

维度	肠道金属支架(MBO)	经鼻减压导管(AIO)
痞积类型	食积 + 血积互结	气积 + 血积并存
“破结”方式	物理性撑开狭窄	负压引流减压
起效特点	即刻恢复通道	渐进缓解压力
“攻积”重点	攻食积为主，兼化血积	行气积为主，兼化瘀滞
危象阻断	阻断“关格”发生	预防绞窄进展

- 当前国内中西医结合治疗肠梗阻的主流模式可归纳为以下几类：
- (1) 中药联合常规保守治疗模式：以《恶性肠梗阻治疗中国专家共识(2023 年)》为代表，推荐在西医常规处理(禁食、减压、补液)基础上，辨证使用中药通里攻下，以大承气汤灌肠或鼻饲为主，亦有用复方大承气汤者[31]。该模式的优点在于操作简单、普适性强，但不足在于缺乏内镜介入的“破结”环节，对完全性机械梗阻的解除能力有限，更多适用于不完全性梗阻或术后早期炎性肠梗阻。
- (2) 内镜介入联合中药模式：部分学者尝试在支架置入术后辅以中药治疗，如牛玉英等[6]报道支架联合肠内 - 肠外营养，但未纳入中药；亦有学者报道支架术后使用大承气汤灌肠，但多为经验性应用，缺乏统一的理论框架指导[32]。
- (3) 中医外治法辅助模式：包括针灸足三里、上巨虚、天枢等穴，中药贴敷神阙穴，以及中药灌肠等，旨在促进术后胃肠功能恢复[11][33]。此类方法安全无创，但作用相对温和，对急重症梗阻的单独应用价值有限。

本方案的创新性与优势体现在以下方面：

(1) 理论层面的首创性：首次将中医“肠结”理论与畜医“痞积”理论进行系统性融合，构建了“肠结辨病位、痞积辨病因”的统一病机框架，为 MBO 和 AIO 的“异病同治”提供了理论依据。现有方案均缺乏此类统一的理论指导，多为经验性用药。

(2) 策略层面的系统性：本方案强调“破结”与“攻积”的时序协同，而非简单叠加。“先破后攻、破攻相续”的治疗时序充分考虑了两类治疗手段的起效规律和病理生理演变过程，较之“支架 + 中药同时使用”或“不分先后”的模式更具科学性和临床可操作性。

(3) 药物层面的特色性：畜药斑竹根的引入使本方有别于经典承气汤类方。斑竹根在畜医中长于活血通络、散瘀止痛，针对“血积”这一 MBO 和 AIO 共有的病理环节具有独特优势，是对经典承气汤“攻下有余、化瘀不足”的一种有益补充。

(4) 术式选择的精准性：本方案根据“痞积”类型的不同(食积 + 血积 vs 气积 + 血积)，分别推荐两种不同内镜术式，体现了“同中辨异”的精细辨证思想，较之“一刀切”的治疗模式更具个体化优势。

然而，本方案亦存在尚待解决的问题：其一，“痞积”辨证分型的客观化标准尚未建立，目前主要依赖临床经验和宏观辨证；其二，斑竹根的量效关系和毒理学数据尚不充分，其最佳剂量范围有待进一步探索；其三，本方案在 MBO 和 AIO 之外的病因类型(如放射性肠炎所致梗阻、克罗恩病狭窄等)中的适用性有待验证。

6.2. “肠结 - 痞积”理论的创新性与学术价值

本研究在理论层面的核心创新在于：首次构建了中医“肠结”理论与畜医“痞积”理论的融合框架，形成了“肠结辨病位、痞积辨病因”的统一病机阐释体系。这一框架的价值体现在三个方面：

其一, 实现了不同病因肠梗阻的统一认识。MBO (肿瘤)与 AIO (粘连)在现代医学中分属不同病因类别, 治疗策略各异。但在“肠结 - 痞积”框架下, 二者统一于“结”与“积”的病机核心, 为“异病同治”提供了理论依据。

其二, 为中西医结合提供了理论接口。“肠结”对应于机械性梗阻状态(西医的“梗阻”诊断), “痞积”对应于病因病性(西医的“肿瘤/粘连”病因)。这一框架使内镜介入技术(解除“结”)与中药治疗(化解“积”)的协同应用获得了理论自洽性。

其三, 拓展了畜医“痞积”理论的应用边界。畜医传统“痞积”理论多应用于慢性杂病, 本研究将其创新性应用于急腹症治疗领域, 为民族医药在急危重症中的应用提供了理论范例。

6.3. “破结攻积”协同模式的优势分析

“破结攻积”协同模式相较于单一治疗手段的优势可从以下角度理解:

(1) 时序互补: 内镜介入“破结”起效快(数小时内), 解决急性梗阻问题; 畜药“攻积”起效相对缓慢但持续(数天), 覆盖功能恢复的“时间窗口”。二者在时间维度上形成接力。

(2) 靶点互补: 内镜作用于“管道”(肠腔), 解决物理通畅问题; 中药作用于“环境”(肠壁微循环、炎症反应、蠕动节律), 解决功能恢复问题。二者在空间维度上形成协同。

(3) 标本兼顾: “破结”治标——解除梗阻这一急症; “攻积”治本——化解积滞成因, 恢复脾胃运化功能。二者在治疗策略上形成配合。

6.4. 实践中的关键问题

(1) 用药时机的把握: 本研究采用术后 24 h 作为给药起始时间。过早给药(<12 h)可能因肠腔压力尚未缓解而加重症状, 或掩盖内镜操作后早期穿孔、出血等并发症的表现, 延误处置; 过晚给药(>48 h)则可能错失功能恢复的最佳窗口期。24 h 的节点选择基于前期临床经验的优化平衡, 但个体化调整仍有探讨空间。

(2) 不同病因的用药侧重: MBO 以“食积 + 血积”为主, 用药中可侧重活血化瘀(斑竹根用量可酌情增加至 20~30 g); AIO 以“气积 + 血积”为主, 用药中可侧重行气导滞(枳实、厚朴的配比可适当提高至 12~15 g)。虽为“异病同治”, 但“同中之异”仍需辨证施治。

(3) 操作的规范化: 两种内镜术式的操作标准已在本团队前期技术报告中详述[24][25], 临床推广中需注意操作者的培训和技术同质化。

6.5. 局限性与展望

本文为理论探讨性文章, 所引临床证据来自本团队前期已发表的研究, 样本量有限, 且均为单中心研究。未来可从以下方向深化:

(1) 多中心验证: 开展更大样本的多中心随机对照试验, 提高证据级别;

(2) 机制研究: 从肠道菌群、炎症调控、肠屏障功能等角度阐释“畜药验方承气汤”的作用机制, 特别是斑竹根活性成分对肠壁微循环的影响;

(3) 理论推广: 探索将“肠结 - 痞积”理论框架推广至其他急腹症(如急性胰腺炎、术后肠麻痹等)的治疗;

(4) 精准用药: 基于不同病因的“痞积”类型差异, 探索畜药验方承气汤的个体化调整方案, 建立“分积论治”的用药规范。

7. 小结

本文基于中医“肠结”理论与畜医“痞积”理论的融合创新, 在系统回顾和比较现有中西医结合治

疗方案的基础上,提出“肠结辨病位、痞积辨病因”的统一病机框架,构建了“破结攻积”的协同治疗策略。该策略以现代内镜介入技术(肠道金属支架置入术/经鼻肠梗阻减压导管置入术)直接解除机械梗阻以“破结”,以畚药验方承气汤序贯给药促进肠道功能恢复以“攻积”,形成“器械攻积+药物化积”的协同治疗模式。本文进一步明确了该方案的适应证、禁忌证、药物剂量与规范、不良反应监测及处理预案,使之成为一个完整、安全、可重复的临床方案。已发表的临床研究证据表明,该方案在MBO和AIO两类肠梗阻中均能显著提高临床疗效、加速症状缓解和功能恢复,且具有良好的安全性。

这一理论与实践体系为不同病因肠梗阻的中西医结合治疗提供了统一的理论框架和实践方案,体现了民族医药与现代技术相结合的创新价值,值得进一步深入研究和推广应用。

声 明

本研究获得丽水市中医院伦理委员会批准(审批号:LW-2020014、LW-2020015),患者均签署知情同意书。

基金项目

浙江省自然科学基金联合基金资助项目(LKLY26H030003);浙江省卫生健康行业科技计划项目(2025HY1579);浙江中医药大学附属医院科研专项项目(2024FSYYZZ12)。

参考文献

- [1] Shariff, F., Bogach, J., Guidolin, K. and Nadler, A. (2021) Malignant Bowel Obstruction Management over Time: Are We Doing Anything New? A Current Narrative Review. *Annals of Surgical Oncology*, **29**, 1995-2005. <https://doi.org/10.1245/s10434-021-10922-1>
- [2] 中国抗癌协会. 恶性肠梗阻治疗中国专家共识(2023年)[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2023, 10(6): 730-737.
- [3] 施吉飞, 马涛. 中西医结合治疗继发性粘连性肠梗阻研究进展[J]. 中国实用外科杂志, 2019, 39(12): 1344-1346.
- [4] Ten Broek, R.P.G., Krielen, P., Di Saverio, S., et al. (2018) Bologna Guidelines for Diagnosis and Management of Adhesive Small Bowel Obstruction (ASBO): 2017 Update of the Evidence-Based Guidelines from the World Society of Emergency Surgery ASBO Working Group. *World Journal of Emergency Surgery*, **13**, Article 24.
- [5] Kwon, S.J., Yoon, J., Oh, E.H., Kim, J., Ham, N.S., Hwang, S.W., et al. (2021) Factors Associated with Clinical Outcomes of Palliative Stenting for Malignant Colonic Obstruction. *Gut and Liver*, **15**, 579-587. <https://doi.org/10.5009/gnl20145>
- [6] 牛玉英, 朱兴春, 唐鸥鹭. 肠道金属支架联合肠内-肠外营养对结肠癌伴肠梗阻的应用效果分析[J]. 肿瘤综合治疗电子杂志, 2023, 9(1): 58-62.
- [7] 樊庆勇, 季芳, 郑旭, 等. DSA 引导经鼻型肠梗阻导管置入治疗术后粘连性肠梗阻[J]. 医学影像学杂志, 2020, 30(10): 1860-1863.
- [8] 付俊豪, 赵宁, 刘博, 等. 肠梗阻导管防治肠梗阻的临床应用进展[J]. 中华胃肠外科杂志, 2021, 24(10): 931-935.
- [9] 丁占林. 大承气汤在腹部外科应用近况[J]. 黑龙江中医药, 2007(4): 64-65.
- [10] 沈曼娜, 廖红珠, 曹杰智. 以通为法运用承气汤类方经肛给药治疗恶性肠梗阻的 Meta 分析[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2024, 8(18): 136-141.
- [11] 李玉才, 王群, 张维亮, 等. 针刺改善术后胃肠功能紊乱研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2023, 25(5): 107-112.
- [12] 王冰. 重广补注黄帝内经素问[M]. 上海: 上海书店出版社, 1989.
- [13] 虞舜, 于莉英, 点校. 四库全书·黄帝内经[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2008.
- [14] 张仲景. 伤寒论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [15] 李杲. 脾胃论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [16] 尤在泾. 金匱要略心典[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2018.
- [17] 李智慧, 李钰慧, 蔡春江. 不完全肠梗阻(肠结病)的中医理论探源[J]. 中国中医药现代远程教育, 2019, 17(1): 103-105.

- [18] 雷后兴, 李永福. 中国畚族医药学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2018: 156-162.
- [19] 刘泽豪, 谢虹亭, 安宸, 等. 基于“温通三结法”探讨恶性肠梗阻中医病机及外治思路[J]. 中医肿瘤学杂志, 2025, 7(1): 72-77.
- [20] 颜德馨. 颜德馨医案医话集[M]. 上海: 上海中医药大学出版社, 2009: 89-93.
- [21] 黄煌. 黄煌经方医案[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 213-218.
- [22] 李兰娟. 肠道微生态与临床[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019: 267-275.
- [23] 杨丽, 郭栢子, 杨小倩, 等. 从“痰瘀互结”理论谈“炎-癌转化”[J]. 河北中医, 2020, 42(12): 1887-1889.
- [24] 卢仙宝, 王昌雄, 吴建业, 等. 透明帽辅助水交换单人肠镜技术在肠道金属支架置入术中的应用[J]. 浙江医学, 2024, 46(3): 297-300.
- [25] 王毅杰, 王昌雄, 卢仙宝, 等. 畚药验方承气汤联合经鼻肠梗阻减压导管治疗粘连性肠梗阻的临床应用[J]. 浙江中医杂志, 2025, 60(12): 1054-1056.
- [26] 王昌雄, 卢仙宝, 吴建业, 等. 肠道金属支架联合畚药验方承气汤治疗恶性肠梗阻的临床应用[J]. 中国现代医生, 2025, 63(35): 5-8.
- [27] Xiang, Q., Yang, S.M. and Wu, Y. (2021) The Effect of Compound Da-Cheng-Qi Decoction on the Treatment of Malignant Bowel Obstruction with Transnasal Ileus Tube. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, **43**, Article ID: 101316. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101316>
- [28] 杨再昌, 杨小生, 郝小江. 斑竹根化学成分及药理活性研究进展[J]. 中国民族民间医药, 2021, 30(15): 65-70.
- [29] Gao, X., Sun, J., He, Y., *et al.* (2022) Research Progress on the Concept of Rapid Postoperative Rehabilitation and Traditional Treatment of Intestinal Obstruction. *MEDS Clinical Medicine*, **3**, 23-29.
- [30] 王昌雄, 卢仙宝, 吴建业, 等. 基于“关格-痞积”理论畚药验方承气汤协同内镜介入治疗恶性肠梗阻的临床研究[J/OL]. 浙江中医杂志: 1-6. <https://doi.org/10.13633/j.cnki.zjtc.20260618.001>, 2026-06-25.
- [31] 李雯喆, 张云杰, 王猛, 等. 术后粘连性肠梗阻的中西医结合诊疗现状[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2025, 31(4): 618-621.
- [32] 张帅, 杨正多, 张巨东, 等. 大承气汤联合自膨式金属支架在左半结直肠恶性梗阻治疗中的应用[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2021, 27(5): 712-717.
- [33] 刘肄媛, 陈宏, 王玉涛, 卢英, 徐秀琴, 胡海荣, 王嘉麟, 刘仍海, 焦蕴岚. 中药穴位贴敷促进腹部手术患者术后胃肠功能恢复的效果[J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(13): 1685-1688.