

引用:李壮苗,董旭,林立,李霞,吴燕华. 大黄神阙穴区铺灸对脑卒中恢复期便秘患者的效果观察[J]. 湖南中医杂志, 2021, 37(11): 106-109.

大黄神阙穴区铺灸对 脑卒中恢复期便秘患者的效果观察

李壮苗¹, 董旭², 林立³, 李霞¹, 吴燕华⁴

(1. 福建中医药大学, 福建 福州, 350122;

2. 山西医科大学晋祠学院, 山西 太原, 030025;

3. 福建中医药大学附属康复医院, 福建 福州, 350003;

4. 复旦大学附属中山医院厦门医院, 福建 厦门, 361015)

[摘要] 目的:探讨大黄神阙穴区铺灸对脑卒中恢复期便秘患者的干预效果。方法:将 80 例脑卒中便秘患者随机分为观察组和对照组,每组各 40 例。对照组采用常规治疗与护理干预,观察组在对照组基础上施予大黄神阙穴区铺灸。于干预前、干预后、干预后 2 周随访时观察便秘症状评分、Bristol 粪便性状(BSFS)评分,于干预前后对血清 P 物质(SP)、血管活性肠肽(VIP)进行测定。结果:最终观察组完成研究 36 例,对照组 37 例。总有效率观察组为 88.89%(32/36),对照组为 67.57%(25/37),差异有统计学意义($P < 0.01$)。2 组各项便秘症状积分、BSFS 评分干预前、干预后、干预后 2 周组内比较及干预后、干预后 2 周组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$)。2 组 SP、VIP 含量干预前后组内比较及干预后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。结论:大黄神阙穴区铺灸可改善脑卒中便秘患者的排便症状,并可提高 SP 含量、降低 VIP 含量,从而改善便秘。

[关键词] 脑卒中;恢复期;便秘;大黄;神阙穴区;铺灸

[中图分类号] R256.35, R255.2 **[文献标识码]** A DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.11.039

便秘的临床表现为排便困难、排便次数减少和(或)粪便干硬^[1]。Li J 等^[2]通过 Meta 分析发现,卒中后便秘的发生率为 48%。国内亦有研究报道其发生率为 34.60%~65.38%,且卒中病情越重,便秘的发生率越高^[3]。大便在肠道内干结,内毒素增加,排使用力过度可能诱发二次中风,或因排便费力引起肛门疼痛,食欲减退,使患者感到紧张、忧虑,从而影响患者的功能康复。铺灸疗法是一种无创的治疗方法,将治疗药物直接放置于体表穴区上,其热力与药力通过经络直达脏腑经气失调之处,从而起到治疗作用。该法施灸面积大、作用时间长,易被患者接受、依从性较好。故笔者采用大黄神阙穴区铺灸干预脑卒中后便秘 40 例,取得显著的临床效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2018 年 3~11 月福建中医药

大学附属康复医院脑病康复科脑卒中便秘患者 80 例,将其随机分为观察组和对照组,每组各 40 例。观察组剔除 1 例,中止 1 例,脱落 2 例,最终完成研究 36 例;对照组剔除 1 例,脱落 2 例,最终完成研究 37 例。观察组中,男 27 例,女 9 例;平均年龄(60.03±12.28)岁;平均病程(60.94±46.10)d。对照组中,男 24 例,女 13 例;平均年龄(63.95±11.10)岁;平均病程(66.95±42.03)d。2 组性别、年龄、病程等一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 1) 卒中诊断标准。符合《中国脑出血诊治指南(2014)》^[4]《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》^[5]中的有关标准。经临床诊断和 CT 或 MRI 确诊为卒中。2) 便秘诊断标准。符合《中国慢性便秘诊治指南(2013, 武汉)》^[6]中的有关标准。排便时间明显延长,每次排便间隔 2 d 以

基金项目:福建中医药大学护理学院重点学科专项课题(HL2018002)

第一作者:李壮苗,女,医学硕士,教授,研究方向:中西医结合康复护理

上,大便干燥且坚硬,症状严重者排便艰难,大便为块状硬便,可伴有少腹胀急、神倦乏力及胃纳减退等症状。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准;2)年龄 40~80 岁;3)恢复期 2 周至 5 个月;4)意识清楚,生命体征平稳;5)自愿参加本研究,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)肠道器质性病变,如炎症性肠病、肿瘤、肠结核、结肠息肉等;2)有严重并发症或合并症、严重精神障碍,伴有认知障碍;3)伴有脐部病变如脐疝,或严重皮肤病如脐周湿疹、破损;4)对艾绒过敏,或有哮喘史;5)卒中前患有便秘;6)带有鼻胃管,观察期间需禁食。

1.5 剔除、中止、脱落标准 1)病例纳入后,发现被误诊、不符合纳入标准;2)未能配合完成本研究;3)研究过程中合并严重疾病或发生不良反应而被终止治疗;4)过程中病情恶化,必须采取紧急处理。

2 干预方法

2.1 对照组 采用基础治疗和护理干预。包括生命体征监测、神经系统评估、营养支持、防治脑水肿、改善脑循环、防治并发症等脑卒中常规护理与治疗方法。同时采取针对便秘的护理常规:讲解治疗便秘的重要性,指导排便训练、合理饮食、活动训练、心理护理。

2.2 观察组 在对照组的基础上加用大黄神阙穴区铺灸治疗。1)定位:以神阙穴为中心到双侧天枢穴的 14 cm×5 cm 长方形区域。2)铺灸药物:大黄(江西樟树天齐堂中药饮片有限公司,生产批号:161008)、姜饼(14 cm×5 cm×2 cm)、艾炷(黄冈金贵中药产业发展有限公司,生产批号:D6110401,规格:12 cm×4 cm×3 cm)。3)操作方法:患者取仰卧位,充分暴露铺灸部位,常规消毒后,蘸姜汁擦拭神阙穴区,并均匀撒上铺灸药粉(厚度为 0.1 cm),再平铺姜饼,最后将艾炷置于姜饼上。艾炷需分多点点燃,待患者有灼烧感或不能忍受时,则去掉燃烧中的艾炷,并更换新艾炷。根据患者情况,依次更换艾炷 3~5 壮。之后清理艾炷,保留仍有温热感的药粉和姜饼,并用纱布及胶布固定该部位,留灸 15 min,待无温热感时,退去所有铺灸材料,铺灸完成。铺灸过程中观察患者皮肤状况,有无皮肤潮红、灼伤或烧伤,若发现皮肤破损或起泡,应给予相

应处理;听取患者主观感受,是否觉得温热、舒适,是否出现头昏、眼花、恶心、颜面苍白、心慌出汗等不适现象,如有应立即停止铺灸;告知患者铺灸后饮食宜清淡,禁食生冷、荤腥等刺激性食物。每次施灸 45 min,隔天 1 次。

2 组均干预 2 周,随访 2 周。

3 效果观察

3.1 观察指标 1)便秘症状。观察干预前后及干预后 2 周主症(首次排便时间、排便间隔时间、排便速度、排便性状、排便难度、便意)和兼症(腹痛、腹胀、头晕、乏力、心烦易怒、精神淡漠、记忆力减退、注意力分散、思维迟钝、口苦、食欲不振、骶骨部疼痛等)。参照《中医病证诊断疗效标准》^[7]评定各项症状评分。主症根据程度分别计 0、2、4 分,每出现 1 个兼症计 0.5 分。2)大便性状。于干预前后及干预后 2 周采用 Bristol 粪便性状(BSFS)评分^[8]评定粪便形、质分型。I 型,坚果状硬球,计 3 分;II 型,硬结状腊肠样,计 2 分;III 型,表面有裂缝,腊肠样,计 1 分;IV 型,柔软且表面光滑,计 0 分;V 型,软团状,计 0 分;VI 型,糊状便,计 0 分;VII 型,水样便,计 0 分。3)血清 P 物质(SP)、血管活性肠肽(VIP)的含量。采用 ELISA 法测定 SP 和 VIP(由福州沃森生物技术有限公司检测,产品厂家:江苏酶免有限公司,SP 生产批号:18102203H, VIP 生产批号:18102216H)的含量。4)不良反应。

3.2 疗效标准 参照《便秘中医诊疗专家共识意见(2017)》^[9]中有关标准拟定。痊愈:主要症状、体征消失或基本消失,疗效指数 $\geq 95\%$;显效:主要症状、体征明显改善,70% \leq 疗效指数 $< 95\%$;有效:主要症状、体征明显好转,30% \leq 疗效指数 $< 70\%$;无效:主要症状、体征无明显改善,甚或加重,疗效指数 $< 30\%$ 。疗效指数=(治疗前便秘症状积分-治疗后便秘症状积分)/治疗前便秘症状积分 $\times 100\%$ 。

3.3 统计学方法 所有数据采用 SPSS 20.0 统计学软件进行分析。计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,计数资料以率(%)表示。采用 t 检验、秩和检验、U 检验、 χ^2 检验进行统计。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 干预结果

3.4.1 2 组干预效果比较 总有效率观察组为 88.89%,高于对照组的 67.57%,2 组比较,差异有

统计学意义($P < 0.01$)。(见表 1)

表 1 2 组干预效果比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效	Z 值	P 值
观察组	36	1(2.78)	9(25.00)	22(61.11)	4(11.11)	32(88.89)	-3.233	0.001
对照组	37	0	1(2.71)	24(64.86)	12(32.43)	25(67.57)		

表 2 2 组便秘症状积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	时间节点	首次排便时间	排便间隔时间	排便速度	排便性状	排便难度	便意	兼症	总分
观察组	36	干预前	2.78±0.99	2.78±0.99	3.44±0.91	2.67±0.96	2.83±1.00	2.61±1.25	3.07±0.86	20.18±4.12
		干预后	1.61±0.80 ^a	1.22±1.20 ^a	1.39±0.93 ^a	1.28±0.97 ^a	1.33±1.07 ^a	1.06±1.22 ^a	1.32±0.62 ^a	9.21±4.42 ^a
		干预后 2 周	1.72±0.85 ^a	1.44±1.33 ^a	1.78±0.93 ^a	1.56±0.84 ^a	1.61±1.05 ^a	1.33±1.17 ^a	1.58±0.60 ^a	11.03±4.09 ^a
对照组	37	干预前	2.81±1.00	2.86±1.00	3.46±0.90	2.76±0.98	2.92±1.01	2.65±1.25	3.10±0.85	20.55±4.52
		干预后	2.05±1.00 ^a	1.78±1.03 ^a	2.32±1.20 ^a	1.84±1.19 ^a	1.95±1.10 ^a	1.73±1.17 ^a	1.73±0.74 ^a	13.41±4.08 ^a
		干预后 2 周	2.22±1.03 ^a	1.95±0.88 ^a	2.54±1.30 ^a	1.95±0.58 ^a	2.16±1.19 ^a	1.89±1.05 ^a	1.99±0.71 ^a	14.61±3.62 ^a
Z_1/t_1 值			-1.989	-2.189	-3.372	-2.018	-2.305	-2.426	-2.369	-4.217 ^b
Z_2 值			-2.166	-2.131	-2.808	-2.241	-2.028	-2.144	-2.371	-3.717
P_1 值			0.047	0.029	0.001	0.044	0.021	0.015	0.018	$P < 0.01$
P_2 值			0.030	0.033	0.005	0.025	0.043	0.032	0.018	$P < 0.01$

注: Z_1/t_1 、 P_1 表示 2 组干预后的组间比较; Z_2 、 P_2 表示 2 组干预后 2 周的组间比较;与本组治疗前比较,^a $P < 0.01$ 或 < 0.05 ;

^b表示 t 值。

3.4.3 2 组 BSFS 评分比较 2 组 BSFS 评分干预后、干预后 2 周与干预前组内比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$);同时期组间比较,差异亦有统计学意义($P < 0.05$)。(见表 3)

表 3 2 组 BSFS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	干预前	干预后	干预后 2 周
观察组	36	2.22±0.64	0.69±0.47 ^a	0.89±0.58 ^a
对照组	37	2.24±0.68	1.03±0.73 ^a	1.19±0.62 ^a
t 值		-0.196	-2.058	-2.046
P 值		0.845	0.040	0.041

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.01$ 。

3.4.4 2 组血清 SP、VIP 含量比较 2 组 SP、VIP 干预前后组内比较及干预后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。(见表 4)

表 4 2 组血清 SP、VIP 含量比较($\bar{x} \pm s$, ng/L)

组别	例数	SP		VIP	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	36	30.49±3.14	66.48±8.64 ^a	176.88±8.98	126.38±8.41 ^a
对照组	37	30.49±2.86	46.43±8.78 ^a	175.57±9.34	151.34±8.63 ^a
t 值		0.002	9.833	0.612	-12.510
P 值		0.999	<0.01	0.542	<0.01

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.01$ 。

3.4.5 2 组不良反应发生情况比较 干预过程中,所有患者均未出现烫伤、破损、水泡、心悸、心慌、呼吸困难等情况,且未因排便用力过度导致恶性高血压病、二次卒中的发生。

3.4.2 2 组便秘症状积分比较 干预后、干预后 2 周与干预前组内比较,各便秘症状积分差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);干预后、干预后 2 周组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。(见表 2)

4 讨 论

清代张锡纯在《医学衷中参西录》中指出,中风病的治疗首先需要通畅大便。金代刘完素《素问病机气宜保命集》论述中风的证治:“风中腑者,先以加减续命汤随证发其表;如忽中脏,则大便多秘涩,宜以三化汤通其滞。”可见中风后便秘的主要原因在于腑气不通、传导失司,治疗以通导腑气为主。

铺灸又称“督灸”或“长蛇灸”。药物铺灸是将药物制成散剂,铺敷于施灸部位,并将姜、蒜、葱等加工成泥状,适度挤压,制作成隔灸饼,铺置于药末之上,再在其上铺设不同规格的艾炷进行施灸,是铺灸与中药外用相结合的疗法^[10]。本研究通过大黄神阙穴区铺灸发挥平衡阴阳、调整虚实、行气导滞、通腑消胀之功效,增强胃肠蠕动,从而达到改善卒中恢复期便秘的目的。

目前关于采用铺灸治疗便秘的临床研究仅有 2 项^[11-12],研究对象为非卒中后便秘患者且未采用铺灸药物,但在改善患者便秘症状方面均有显著。本研究对卒中后便秘患者采用铺灸,并加用大黄干预,疗效颇佳。究其原因可能为:1)神阙穴区的刺激与调节作用。神阙穴通过任、督、冲、带脉 4 条经络与五脏六腑密切联系,同时天枢穴为大肠之募穴,经大肠传导的经气最终聚集于此穴再布散于全身经脉,借助大黄泻下作用和铺灸热力,能起到疏

通经络、通腑导滞之功效。2) 大黄的药力作用。大黄为脐疗便秘的最佳用药,将大黄直接放置于体表神阙穴和天枢穴上,药效通过经络贯通直达脏腑经气失调之处,能发挥大黄最大药理效应。3) 综合协同作用。铺灸施灸面积大、作用时间长,故而热力深透,并结合大黄的泻下作用及神阙穴、天枢穴的刺激作用,即为将脏腑经络、铺灸温热、大黄药效融为一体综合协同治疗方法。

脑肠肽具有激素和递质双重作用,是分布于中枢神经系统(CNS)、肠神经系统及胃肠道内分泌细胞之间的小分子多肽类物质,可调节胃肠道分泌、运动和感觉功能^[13]。其中 P、VIP 是重要的脑肠肽。P 物质为兴奋性递质,VIP 为抑制性递质,可减慢小肠运动及抑制胃肠运动,大量表达于胃肠道及 CNS^[14]。血清 SP 含量降低,抑制肠道运动,导致慢性便秘;血清 VIP 含量增高,结肠下行性抑制,导致结肠迁移性收缩障碍,引起便秘。临床研究发现,便秘的改善与 SP 表达增高、VIP 表达降低有关^[15-17]。

本研究大黄神阙穴区铺灸治疗卒中恢复期便秘可能是通过提高血清 SP 含量和降低 VIP 含量,促进消化道平滑肌的收缩,加快肠蠕动,从而改善了便秘状态,这可能也是大黄神阙穴区铺灸治疗卒中后便秘的作用机制之一。

综上所述,大黄神阙穴区铺灸可改善脑卒中便秘患者的排便症状,并通过提高血清 SP 含量和降低 VIP 含量,促进消化道平滑肌的收缩,加快肠蠕动,可为其临床应用提供参考。

参考文献

- [1] 中国便秘联谊会,中国医师协会肛肠分会,中国民族医药学会肛肠分会,等. 2017 版便秘的分度与临床策略专家共识[J]. 中华胃肠外科杂志,2018,21(3):345-346.
- [2] LI J, YUAN M, LIU Y, et al. Incidence of constipation in stroke patients: a systematic review and meta-analysis[J]. Medicine, 2017,96(25):7225.
- [3] 翁梓锋,陈捷. 针灸治疗卒中后便秘研究进展[J]. 亚太传统医药,2017,13(7):54-56.
- [4] 中华医学会神经病学分会. 中国脑出血诊治指南(2014)[J]. 中华神经科杂志,2015,48(6):435-444.
- [5] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J]. 中华神经科杂志,2018,51(9):666-682.
- [6] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组. 中国慢性便秘诊治

指南(2013,武汉)[J]. 胃肠病学,2013,33(10):605-612.

- [7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京:中国医药科技出版社,2012:57.
- [8] RIEGLER G, ESPOSITO I. Bristol scale stool form. A still valid help in medical practice and clinical research[J]. Techniques in Coloproctology, 2001,5(3):163-164.
- [9] 张声生,沈洪,张露,等. 便秘中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中医杂志,2017,58(15):1345-1350.
- [10] 何天有. 何氏铺灸治百病-灸法的重大突破[M]. 北京:中国中医药出版社,2013:105.
- [11] 丰培学. 铺灸治疗慢传输型便秘 35 例临床观察[J]. 针灸临床杂志,2008,24(4):34-35.
- [12] 孙鹏云. 铺灸治疗脾肾阳虚型功能性便秘的临床研究[D]. 兰州:甘肃中医药大学,2018:7-23.
- [13] HUANG W, JIANG SM, JIA L, et al. Effect of amitriptyline on gastrointestinal function and brain-gut peptides: a double-blind trial[J]. World Journal of Gastroenterology, 2013, 19(26):4214-4220.
- [14] IVANOVA M, BELCHEVA S, BELCHEVA I, et al. Modulatory effect of VIP injected into hippocampal CA1 area on anxiety in olfactory bulbectomized rats[J]. Acta Neurobiologiae Experimentalis, 2014,74(3):317-327.
- [15] 李艳秋,王丽芹,郭闯,等. 天枢穴结合头部足运感区埋线对卒中后便秘患者血清 SP、VIP 含量影响的研究[J]. 针灸临床杂志,2018,34(7):50-54.
- [16] 杨晓梅,薛辉,张立泽. 穴位埋线疗法对慢传输型便秘结肠传输功能及血浆 P 物质、血管活性肠肽的影响[J]. 国际中医中药杂志,2014,36(7):617-619.
- [17] 张宇翔. 加味五磨饮子治疗慢传输型便秘的疗效及对患者血清 P 物质、血管活性肠肽、一氧化氮、神经肽 Y 水平的影响[J]. 中国老年学杂志,2016,36(16):4008-4009.

(收稿日期:2020-11-25)

润肠补虚火麻仁(一)

性味归经

火麻仁,味淡微甘,性平,归肝、大肠经。火麻仁的性质既不热,也不寒,药性平和。但火麻仁的果仁质润属阴,又无辛麻之味,若火麻仁去壳使用则药性偏凉。火麻仁表面呈灰绿色,五行学说中青色属木,与肝相应,故历代以火麻仁为肝之谷(古人认为属谷类,现代植物学则归入桑类)。火麻仁味微辛而富油脂,中医学理论认为,辛能通能散,油能润能滑,辛润相合,辛能将油润的物质散开,从而促进油润物质作用的发挥。火麻仁呈白色,能入肺与大肠,又质油润,故尤能趋大肠,更借辛通之力,凸显出润燥滑肠的作用。(赵正孝,周晓玲,税典奎, <http://www.cntcm.com.cn/news.html?aid=185117>)