引用:杨靖华. 穴位贴敷干预脾胃虚寒型慢性胃肠炎42例效果观察[J]. 湖南中医杂志,2022,38(1):89-91.

穴位贴敷干预脾胃虚寒型慢性胃肠炎42例效果观察

杨靖华

(河南省中医院/河南中医药大学第二附属医院,河南 郑州,450002)

[摘要] 目的:分析穴位贴敷干预脾胃虚寒型慢性胃肠炎的效果。方法:将脾胃虚寒型慢性胃肠炎患者84例随机分为观察组和对照组,每组各42例。对照组予以常规西医治疗及针对性护理,观察组在对照组基础上采用穴位贴敷干预。观察2组干预前后中医证候积分、胃脘部或腹部疼痛程度[采用视觉模拟评分量表(VAS)评定]、生活质量[采用中文版炎症性肠病问卷(IBDQ)量表评定]、炎症因子水平[肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)]的变化及不良反应发生情况,评定综合疗效。结果:观察组总有效率为92.86%(39/42),明显高于对照组的76.19%(32/42),2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。2组干预后VAS评分及血清TNF- α 、IL-6水平均低于干预前,IBDQ评分均高于干预前,且观察组改善程度优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。不良反应发生率观察组为9.52%(4/42),对照组为4.76%(2/42),2组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:穴位贴敷干预慢性胃肠炎脾胃虚寒证疗效较好,可有效改善患者临床症状,减轻疼痛及炎症反应,且安全可靠,值得在临床上推广应用。

[关键词] 慢性胃肠炎;脾胃虚寒证;穴位贴敷;中医护理

[中图分类号] R248.1, R245.9 **[文献标识码]** A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2022.01.027

慢性胃肠炎为发生于胃黏膜和肠黏膜的炎症性疾病,患者以食欲减退、上腹部不适或隐痛、暖气、泛酸、恶心、呕吐等为主要表现,本病除常规药物治疗、食疗、针对性护理外,可采用中医养生保健法进行干预^[1]。慢性胃肠炎属于中医学“胃脘痛”“痞满”“嘈杂”等范畴,穴位贴敷以“内属于脏腑,外络于支节”为理论基础,其作用机制为穴位的刺激作用及中药的吸收作用,现代医学称为“经皮给药”,可有效避免口服给药的首过效应对肝脏的损害,减轻胃肠灭活,提高机体的有效血药浓度^[2]。本文主要分析穴位贴敷对慢性胃肠炎的干预效果与安全性,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2015年6月至2018年12月由我院收治的慢性胃肠炎患者84例,采用随机数字表法将其分为观察组和对照组,每组各42例。观察组中,男24例,女18例;年龄30~41岁,平均(35.61±3.59)岁;平均病程(1.75±0.19)年。对照组中,男23例,女19例;年龄31~40岁,平均(35.50±3.55)岁;平均病程(1.76±0.17)年。2组

一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《中国慢性胃炎共识意见》^[3]及文献^[4]制定。慢性胃肠炎的诊断主要依赖内镜检查。内镜下发现黏膜红斑或出血点、斑块,黏膜粗糙伴水肿、充血渗出,胃肠黏膜以慢性炎症细胞浸润为主。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中国慢性胃炎共识意见》^[3]拟定脾胃虚寒证辨证标准。主症:胃脘隐痛、喜按喜暖;次症:食后胀满,纳呆少食,大便稀溏,神疲乏力,舌质淡有齿痕、苔薄白,脉沉细。主症2项加次症1项,或主症第1项加次症2项即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1)符合西医诊断标准,且中医辨证为脾胃虚寒证;2)年龄18~50岁;3)能配合治疗;4)签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)存在严重心脑血管疾病或精神疾病;2)影像学检查确诊为消化道肿瘤与溃疡穿孔;3)妊娠及哺乳期妇女。

2 干预方法

2 组均予常规治疗。包括质子泵抑制剂(PPI)、铋剂及助消化、促胃动力药等;有幽门螺杆菌感染者采用克拉霉素胶囊(珠海润都民形制药有限公司,批准文号:国药准字 H20020489,规格:0.25 g/粒)、甲硝唑片(福建延年药业有限公司,批准文号:国药准字 H35020634,规格:0.2 g/片)、阿莫西林胶囊(厦门星鲨制药有限公司,批准文号:国药准字 H35020240,规格:0.125 g/粒)进行治疗;有自身免疫因素者加糖皮质激素;若缺乏胃黏膜营养因子,则经食物补充或视情况补充复合维生素。

2.1 对照组 予以针对性护理措施干预。包括健康教育(疾病相关知识与自我护理知识);心理护理(加强与患者沟通,对其进行心理疏导,同时对家属进行指导,让其予以患者支持和关怀,缓和其心理负担);生活护理(告知家属饮食宜忌,由家属督促患者忌辛辣与油腻食物)等。连续干预2周。

2.2 观察组 在对照组基础上予穴位贴敷干预。贴敷药物制备:肉桂、干姜、附子、香附、木香、茯苓、花椒各20 g,研磨成粉,以蜂蜜调成糊状,制成1 cm×1 cm×0.3 cm大小药块。取穴:脾俞、胃俞、足三里、中脘。操作:采用胶布将药块贴于穴位,每次敷贴时间为2 h,每天1次,以5 d为1个疗程,治疗2个疗程,疗程间间隔2 d。

3 效果观察

3.1 观察指标 1)中医证候积分。参照《中药新药临床研究指导原则》^[5],对2组干预前后中医证候(胃脘隐痛、食后胀满、纳呆少食、大便稀溏、神疲乏力、舌淡、苔白)根据无、轻、中、重分别计为0、1、2、3分。2)胃脘部疼痛情况。采用视觉模拟评分量表(VAS)评估2组干预前后胃脘部或腹部疼痛情况,满分0~10分,得分越高表示疼痛越严重^[6]。3)生活质量。采用中文版炎症性肠病问卷(IBDQ)进行评价。IBDQ量表包含4个维度,得分越高表示生活质量越好^[7]。4)血清炎症因子水平。采用酶联免疫吸附法测定2组干预前后血清肿瘤坏死因子-α(TNF-α)、白细胞介素-6(IL-6)水平。5)记录2组干预过程中出现的不良反应。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5],以疗效指数进行评定。疗效指数=(治疗前中医证候积分-治疗后中医证候积分)/治疗前中医证候积分×100%。治愈:疗效指数≥95%;显效:疗

效指数≥75%、但<95%;有效:疗效指数≥30%、但<75%;无效:疗效指数<30%。

3.3 统计学方法 采用SPSS 19.0软件处理数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;等级资料比较采用Wilcoxon秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 干预结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率观察组为92.86%,对照组为76.19%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	42	16(38.10)	10(23.81)	13(30.95)	3(7.14)	39(92.86)
对照组	42	6(14.29)	11(26.19)	15(35.71)	10(23.81)	32(76.19)
χ^2 值						4.459
P值						0.026

3.4.2 2组干预前后VAS评分、IBDQ评分比较 干预后2组VAS评分低于干预前,IBDQ评分高于干预前,且观察组改善程度优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。(见表2)

表2 2组干预前后VAS评分、IBDQ评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	VAS评分	IBDQ评分
观察组	42	干预前	4.10±0.42	59.42±6.17
		干预后	2.03±0.25 ^{ab}	75.41±7.69 ^{ab}
对照组	42	干预前	4.06±0.45	60.21±6.35
		干预后	2.71±0.29 ^a	65.87±6.63 ^a

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$;与对照组干预后比较,^b $P < 0.05$ 。

3.4.3 2组干预前后血清TNF-α、IL-6水平比较 干预后2组血清TNF-α、IL-6水平均较干预前降低,观察组干预后血清TNF-α、IL-6水平低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。(见表3)

表3 2组干预前后血清TNF-α、IL-6水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	TNF-α(pg/ml)	IL-6(μg/L)
观察组	42	干预前	13.71±1.39	15.43±1.65
		干预后	7.23±0.75 ^{ab}	6.33±0.75 ^{ab}
对照组	42	干预前	13.80±1.35	14.98±1.52
		干预后	8.10±0.86 ^a	8.24±0.89 ^a

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$;与对照组干预后比较,^b $P < 0.05$ 。

3.4.4 2组不良反应发生情况比较 不良反应发生率观察组为9.52%(4/42),其中头痛2例,恶心、呕吐各1例;对照组为4.76%(2/42),其中头痛、恶

心各 1 例,2 组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.718, P>0.05$)。

4 讨 论

中医学认为慢性胃肠炎病位在胃,与肝、脾有着密切关系。患者多外感寒邪,或宿食内滞,或情志失调,脏腑功能失调,引起胃受纳失常,使病邪阻于胃,从而出现胃胀、胃痛等症状^[8]。改善患者疼痛、减轻炎症因子水平、提高生活质量为慢性胃肠炎的主要治疗目标。

穴位贴敷可使药物透皮吸收并进入相应穴位,随经脉循行,有效地刺激经脉调理大肠经气,发挥调节机体功能、增强抗病能力的作用^[9]。本研究中观察组所用穴位贴敷方中肉桂、干姜、附子均味辛,有温经通脉、散寒止痛之效;木香芳香气烈而味厚,善通行脾胃之滞气,既可行气止痛也可健脾消食;香附性平,归脾、肝、三焦经,可疏肝解郁、理气和中;茯苓味甘,善入脾经,可健脾和中;花椒可止痛;全方共奏温经散寒、和胃止痛、疏肝理气之效。现代药理研究表明,温里药如肉桂、干姜、附子、丁香等可促进消化液分泌、调节胃肠运动、镇痛,其中肉桂对胃肠有缓和刺激作用,可增加消化功能,排出消化道积气,缓解胃肠痉挛性疼痛,同时肉桂水提物可抑制胃酸分泌,增加胃黏膜血流量,改善微循环^[10];丁香可促进胃酸与胃蛋白酶分泌,其镇痛消炎作用可缓解脘腹疼痛^[11]。本研究所选穴位为脾俞、胃俞、足三里、中脘。中脘为胃之募穴,腑之所会,脾俞与中脘交通脾胃之精气,可调畅气机、健脾和胃,配合下合穴足三里,可集足阳明胃经之经气,主治脘腹痞满、疼痛^[12]。

本研究结果显示,观察组采用穴位贴敷干预后,其总有效率为 92.86%,明显高于对照组的 76.19%,表明穴位贴敷对慢性胃肠炎的疗效较好;干预后 VAS 评分及血清 TNF- α 、IL-6 水平均低于对照组,而 IBDQ 评分高于对照组,表明穴位贴敷联合针对性护理可较好地减轻慢性胃肠炎患者疼痛及炎症反应,提高其生活质量。本研究结果也显示,2 组不良反应发生率比较,差异无统计学意义,表明穴位贴敷应用于慢性胃肠炎安全有效,值得在临床推广应用。

参考文献

[1] 罗明艳,邝宇香,李紫昕,等. 温通贴治疗脾胃气虚型慢性胃

炎的疗效观察[J]. 护理研究,2017,31(9):1100-1102.

- [2] 王立颖,陈超,徐俊林,等. 穴位贴敷联合黄芪建中汤在脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎中的应用[J]. 中国中西医结合消化杂志,2017,25(4):311-314.
- [3] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠病学,2013,18(1):24-29.
- [4] 周炜洵. 炎症性肠病病理诊断现状[J]. 中国实用内科杂志,2015,35(9):741-743.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:124.
- [6] 曹卉娟,邢建民,刘建平. 视觉模拟评分法在症状结局评价测量中的应用[J]. 中医杂志,2009,50(7):600-602.
- [7] 周薇,尤黎明,李瑜元,等. 中文版炎症性肠病问卷的倍度和敏感度研究[J]. 国际护理学杂志,2006,25(8):620-622.
- [8] 滕珏雯,刘晏. 穴位贴敷治疗慢性胃炎的诊治进展研究[J]. 中成药,2017,39(12):2564-2567.
- [9] 施江艳. 慢性胃炎中西医结合治疗及护理[J]. 现代诊断与治疗,2015,26(1):226-227.
- [10] 李艳,苗明三. 肉桂的化学、药理及应用特点[J]. 中医学报,2015,30(9):1335-1337.
- [11] 朱金段,袁德俊,林新颖,等. 丁香的药理研究现状及临床应用[J]. 中国药物经济学,2013,3(1):32-35.
- [12] 韦斯总. 黄芪建中汤联合中药穴位贴敷治疗脾胃虚寒型慢性胃炎疗效观察[J]. 广西中医药,2016,39(5):38-39.

(收稿日期:2021-01-12)

小儿便秘常用推拿手法(一)

中医学认为便秘的发生与脾、胃、大肠、肺、肾等均有关。在饮食水谷传化过程中,胃主受纳,相当于一个容器,把食物积聚起来使之“腐熟”;脾主运化,将胃里腐熟的水谷消化成可以被人体利用的精微物质;“受盛之官”小肠对经过脾胃作用后的水谷进行“泌别清浊”处理,进一步消化后把有用的精微物质和无用的糟粕分开,最后糟粕经过大肠传导排出体外。所以,胃的腐熟失常,脾的运化失司,小肠的泌别失职,大肠的传导异常,均可引起大便异常。

推脾经 200 次

位置:拇指末节罗纹面。

手法:推法,以拇指侧面或指肚,在穴位上做直线推动。

操作:旋推或将小儿拇指屈曲,沿着拇指的桡侧(外侧)从指尖向掌根方向推为补,称补脾经;由拇指指尖向指根方向直推为清,称清脾经,补脾经和清脾经,统称为推脾经。推 100~300 次。

要领:用力宜柔和均匀,推动时要有节律,频率大约每分钟 200~300 次。(程凯, <https://www.cntcm.com.cn/news.html?aid=181402>)