

丁香开胃贴热敷神阙穴辅助治疗胰腺炎的疗效观察

刘洋 张金萍 于晓江

(中国医科大学附属盛京医院, 辽宁 沈阳 110004)

中图分类号: R576 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2016)02-0340-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2016.02.054

【摘要】目的 观察复方丁香开胃贴热敷神阙穴辅助治疗非手术型重症胰腺炎的临床效果。方法 将我院重症医学科收治的40例胰腺炎患者按随机数字表法分为对照组17例和治疗组23例,对照组在应用包括抑酸、抑酶、抗生素抗炎及纠正电解质、酸碱平衡和利用高通量滤器行连续性血液净化治疗,和胃肠减压,禁食禁水及大黄芒硝等内服等方法为其减少胰腺的负担,同时提供必要的肠内营养及肠外营养为其提供能量等治疗。治疗组在对照组基础上给予复方丁香开胃贴热敷神阙穴。两组疗程均为4d。结果 治疗组总有效率为95.65%,对照组为70.59% ($P < 0.05$)。治疗组患者肠鸣音恢复时间,排气、排便时间,腹胀腹痛消失时间均短于对照组 ($P < 0.05$)。与治疗前比较,治疗组与对照组血治疗4d后淀粉酶和尿淀粉酶均明显下降 ($P < 0.05$);两组比较,治疗组下降更明显 ($P < 0.05$)。结论 复方丁香开胃贴热敷神阙穴对于胰腺炎的治疗有显著效果。

【关键词】 胰腺炎 复方丁香开胃贴 神阙穴

胰腺炎是由于胆道结石、暴饮暴食、酗酒等原因引起胰酶被激活导致的胰腺自身组织发生自身消化的一种化学炎症的疾病。由于胰腺炎症性病变导致胰液外漏,消化周围脏器而引起各种临床表现,如:腹痛、恶心、呕吐、腹膜炎、消化道出血等,有的患者还可在腹壁形成紫斑,其病情凶险、并发症较多、预后较差^[1-2]。如果治疗时机不当极易引发坏死性胰腺炎。甚至对机体脏器造成损伤,病死率可达50%^[3-4]。笔者采用复方丁香开胃贴热敷神阙穴治疗,促进了胃肠功能的恢复,减轻胆囊和胰腺的负担。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例临床诊断符合中华医学会消化病分会胰腺炎病学组2003年的《中国急性胰腺炎诊治指南(草案)》^[5]。排除标准:1)合并心脑血管或其他代谢疾病者;2)对本研究不知情者。

1.2 临床资料 选取2013年2月至2014年12月我院重症医学科收治的诊断胰腺炎的患者40例,按随机数字表法将其分为治疗组23例与对照组17例。所有患者发病时间为10~72h,住院时间超过7d以上。治疗组男性13例,女性10例;年龄25~60岁,平均(31.54±3.55)岁;其中轻型7例,重型16例。对照组男性10例,女性7例;年龄27~59岁,平均(32.35±1.45)岁;轻型7例,重型10例。两组患者临床资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 两组患者均应用思他宁、抑酸、抑酶、应用抗生素及纠正电解质、酸碱平衡和利用高通量滤器行床旁连续性血液净化治疗,和胃肠减压,禁食禁水大黄芒硝等内服等方法为其减少胰腺的负担,同时提

供必要的肠内营养及肠外营养为其提供能量等治疗。治疗组患者在常规治疗基础上另行复方丁香开胃贴(组方:丁香、苍术、白术、草豆蔻、砂仁、木香、冰片,广东省湛江市寸草制药有限公司)热敷神阙穴。使用前将药丸压扁并置于胶布护圈中,使药丸的直径小于胶布护圈,并使药丸少许加热后对准脐部贴敷12h以上,每日1次,每次1贴;直至患者症状消失或CT复查显示坏死或渗出明显局限或消失。两组疗程均为4d。

1.4 观察指标 观察两组治疗后临床症状与体征改变情况,记录两组患者第1次排气排便的时间,每天定时测量腹围变化。用药2d后,两组患者分别于固定时间留取静脉血液和尿液标本送检,记录血清淀粉酶和尿淀粉酶的数值变化。

1.5 疗效标准 根据文献^[5]制定疗效标准。显效:患者症状、阳性体征消失,血清淀粉酶和尿淀粉酶恢复正常。有效:患者症状、阳性体征基本消失,血清淀粉酶和尿淀粉酶基本恢复正常。无效:患者症状、阳性体征未消失,血清淀粉酶和尿淀粉酶无变化甚至恶化。

1.6 统计学处理 应用SPSS17.0统计软件分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,并对数据采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表1。结果示治疗组总有效率为95.65%,对照组为70.59%,因样本量所限,未进行统计学比较。

2.2 两组治疗后临床症状消失时间比较 见表2。结果示治疗组患者肠鸣音恢复时间,排气、排便时间,腹胀腹痛消失时间均短于对照组 ($P < 0.05$)。

表1 两组临床疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	23	15	7	1	22(95.65)
对照组	17	6	6	5	12(70.59)

表2 两组治疗后临床症状消失时间比较(d, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	肠鸣音恢复时间	排气时间	排便时间	腹胀腹痛消失时间
治疗组	23	6.64±1.34 [△]	4.24±1.08 [△]	7.67±1.81 [△]	6.35±3.26 [△]
对照组	17	3.74±2.22	2.84±0.32	3.29±0.55	4.77±2.24

与对照组比较, [△]P<0.05。

2.3 两组患者治疗前后血淀粉酶和尿淀粉酶比较见表3。结果示与治疗前比较, 治疗组与对照组血治疗4 d后淀粉酶和尿淀粉酶均明显下降(P<0.05); 两组比较, 治疗组下降更明显(P<0.05)。

表3 两组治疗前后血淀粉酶和尿淀粉酶比较(U/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	血淀粉酶	尿淀粉酶
治疗组 (n=23)	治疗前	852.14±278.25	5125.14±2015.35
	治疗4 d	361.23±120.01 ^{*△}	1320.24±783.26 ^{*△}
对照组 (n=17)	治疗前	844.17±223.18	5982.36±2135.25
	治疗4 d	589.11±129.13 [*]	2437.23±1013.14 [*]

与本组治疗前比较, ^{*}P<0.05; 与对照组治疗后比较, [△]P<0.05。

3 讨论

神阙穴位于腹中部, 肚脐中央, 出自《针灸甲乙经》“脐中, 神阙也”。又名“脐中”“气舍”“环谷”“维谷”“气合”。任脉的一个重要腧穴就是神阙穴, 有总任周身阴经脉气的作用, 既有回阳救逆、培元固本、益气固脱之功, 又有滋肾阴、调冲任、益精血之效。任督二脉互为表里, 共理人体诸经百脉, 脐为气血所聚, 阴经所养, 通经络, 对五脏六腑起到治疗作用, 具有健脾温肾、和胃理肠、行气利水、散结通滞等作用^[6-7]。清·吴师机云“外治之理, 即内治之理; 外治之药, 亦即内治之药, 所异者法耳”。清·吴谦《医宗金鉴》曰“神阙百病老虚泻, 产胀瘦难儿脱肛”^[8-9]。刺激神阙穴对全身可起调节作用, 且脐部具有皮肤菲薄、敏感度高、含有大量微血管、渗透力强、吸收力快等特点。脐在胚胎发育过程中为腹壁最后关闭处, 表皮角质层最薄, 药物最易穿透弥散, 且脐下无脂肪组织, 皮肤与筋膜、腹膜直接相连, 故药物分子较易过脐部皮肤的角质层, 进入细胞间质, 迅速弥散入血液而通达全身^[10-12]。药物敷贴于脐凹陷中, 可长时间存放, 利于药物渗透弥散而被吸收入血, 进入体循环, 发挥药物的直接作用, 故有中药外治之法。

中西医结合治疗重症胰腺炎疗效较好。重症急性胰腺炎发作时, 全身脏器中胃肠道最易受损, 以腹胀腹痛为突出表现, 随之发生应激性胃肠黏滞气不通而形成少阳阳明和病。中医常见方法为利用大黄、芒硝疏

肝理气清热利湿, 通里安蛔止痛之法。而复方丁香开胃贴是一种新型中药外敷贴剂, 主要成分为丁香、木香、苍术、白术、豆蔻、砂仁、冰片, 性温和, 功效为健脾开胃, 理气止痛。其中丁香具有健胃醒脾的功能, 温肾助阳, 可促进消化酶分泌及使药物穿透皮肤吸收^[13]; 木香有疏肝行气、理气和胃、加速胃排空作用^[14]; 苍术与白术能明显促进胃排空及改善小肠推进功能^[15]; 草豆蔻与砂仁温脾暖胃、消胀止呕; 冰片具有止痛、抗菌消炎的作用, 并能促进其他药物的吸收攻下膜病变伴大量出血及中毒性肠麻痹。所以利用中药结合穴位手段在胰腺炎的治疗上有很好的作用。

敷脐操作中要注意观察患者体温、脉搏、呼吸、血压变化。注意保暖, 尽量少暴露患者, 以防受凉感冒, 同时严密观察脐部皮肤情况。为避免发生感染, 在贴敷前用蘸有75%的酒精的棉棒将脐部清洁干净, 待干后再操作, 药丸置于胶布护圈中并加热后平展贴于患者脐部, 分布要均匀; 有利于药物的吸收。并把脐周固定平整牢固, 防止体位改变时给护圈胶布卷边脱落。贴敷部位要保持干燥, 对于皮肤严重过敏或肚脐有炎症者不宜使用贴敷疗法, 如有红肿、皮疹、灼痛、水泡等过敏现象应暂停敷脐, 并给予对症处理^[16]。密切观察皮肤在贴敷过程中应用等情况, 若皮肤发疮, 可将贴敷取下, 对于水泡较大者用一次性的注射器抽出疱液, 然后用碘伏消毒, 并覆盖消毒敷料, 对小水泡者, 以消毒液涂在表面使自行吸收, 并保持干燥防止污染。为防药物脱落, 贴敷时要固定牢固, 药物在揭去时清洁皮肤, 对局部皮肤有无皮疹、水泡、过敏等现象进行观察。

胰腺炎在常规治疗的基础上辅以复方丁香开胃贴热敷神阙穴对改善非手术型胰腺炎患者腹痛腹胀时间及腹围减少的程度有显著效果, 血、尿淀粉酶下降时间缩短, 提示胃肠道蠕动功能恢复加快, 减少了全身多器官功能衰竭发生的可能。同时, 此法操作简便, 吸收效果好, 易被患者及家属接受, 可在临床广泛应用推广。

参 考 文 献

- [1] 唐斌, 陈玉玲, 陈康. 中西医结合治疗急性重症胰腺炎并发肠功能障碍临床观察[J]. 中国中医急症, 2013, 22(3): 475-476.
- [2] 关博林, 张玉升. 中西医结合治疗 ICU 重症急性胰腺炎临床疗效观察[J]. 中国临床医生, 2013, 41(1): 50-51.
- [3] 纪秀景. 心理干预对重症胰腺炎患者的影响[J]. 中外医疗, 2010, 30(16): 150-152.
- [4] 沈清, 甘华, 杜晓刚. 连续性静脉-静脉滤过在重症胰腺炎中的治疗价值[J]. 中华内科杂志, 2003, 42(7): 483-485.
- [5] 陈丽芬. 急性胰腺炎临床评价标准的新进展[J]. 医学综述, 2011, 17(7): 1014-1016.
- [6] 马梁. 敷脐法治百病[M]. 北京: 人民军医出版社, 1992: 1-9.
- [7] 史华. 脐疗的临床应用与研究进展[J]. 云南中医中药杂志,

- 2009,3(5):74-76.
- [8] 张淑敏. 四逆散治疗肠易激综合征 60 例分析[J]. 陕西中医, 2006,27(8):996.
- [9] 张运红, 黄文彪. 腹泻型肠易激综合征中医治疗临床分析[J]. 中国医学创新, 2012,9(26):124.
- [10] 田建荣, 李小江, 韩宏伟, 等. 神阙穴位贴敷治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎临床观察[J]. 河北中医, 2012,34(6):884-885.
- [11] 郑秋枫. 大艾炷隔姜重灸神阙穴治疗非特异性溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 中医临床研究, 2012,4(12):31-31,33.
- [12] 张宁, 黄颖娴, 温杏良, 等. 吴茱萸经神阙穴给药加毫米波治疗促进大肠癌术后胃肠功能恢复的探讨[J]. 中国医药指南, 2012,1(13):255-257.
- [13] 卢丹, 李平亚. 丁香属植物的化学成分和药理作用研究进展[J]. 长春中医药大学学报, 2001,17(4):58.
- [14] 朱金照, 冷恩仁, 陈东风. 木香对大鼠胃肠运动的影响及其机制探讨[J]. 中国中西医结合脾胃杂志, 2000,8(4):236.
- [15] 李岩, 孙思予, 周卓. 白术小鼠胃排空及小肠推进功能的实验研究[J]. 辽宁医学杂志, 1996,10(4):186.
- [16] 胡仙芳, 徐晓艳. 中药敷脐治疗妇产科术后腹胀 54 例临床护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2010,16(2):74-75.

(收稿日期 2015-04-09)

代温灸膏辅助治疗肾绞痛临床观察

赵 伟

(首都医科大学附属北京中医医院, 北京 100010)

中图分类号:R692 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2016)02-0342-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2016.02.055

【摘要】目的 观察代温灸膏外治缓解肾绞痛的疗效。方法 选择 69 例急诊及住院患肾绞痛患者,均确认为输尿管结石,结石大小均 ≥ 0.7 cm,按随机数字表法分为观察组 36 例与对照组 33 例,观察组给予山莨菪碱 10 mg 加盐酸曲马多 100 mg 肌注,代温灸膏双侧肾俞穴、三阴交穴、阿是穴贴敷。对照组给予山莨菪碱 10 mg 加盐酸曲马多 100 mg 肌注。记录治疗前及治疗后 1 h 疼痛评分,及治疗 1 周内重复注射止痛剂例数。比较两组治疗前后的积分差异、两组间治疗后的积分差异及 1 周内重复注射止痛剂差异。结果 治疗 1 h 后观察组及对照组均疼痛明显缓解,观察组较对照组缓解更明显。1 周内观察组止痛剂注射较对照组更少(均 $P < 0.05$)。结论 代温灸膏加解痉药加镇痛药的止痛方案较解痉药加镇痛药能更好的缓解肾绞痛。

【关键词】 代温灸膏 肾绞痛

肾绞痛的表现腰部或腹部的突发剧烈疼痛,可有腹股沟、会阴、尿道放射痛,严重者可伴恶心、呕吐、大汗淋漓、肉眼血尿或镜下血尿。缓解疼痛是肾绞痛患者就诊的主要诉求,也是泌尿外科急诊的重要课题。笔者在临床中对肾绞痛采用西药解痉、镇痛联合中药代温灸膏外用治疗,取得了较好的止痛效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所有病例均具有腰腹部绞痛症状,镜下或肉眼血尿,经超声证实输尿管结石,伴肾盂积水,部分病例超声仅见肾盂积水,再经 CT 证实为输尿管结石,排除 ≤ 0.6 cm 结石病例。

1.2 临床资料 选取我院 2012 年 5 月至 2015 年 6 月经治输尿管结石肾绞痛患者 69 例。按随机数字表法分为两组。观察组 36 例,男性 30 例,女性 6 例;年龄(42.25 \pm 13.83)岁;结石直径 0.7~1.4 cm;上段结石 16 例,中段结石 13 例,下段结石 7 例,左输尿管结石 17 例,右输尿管结石 19 例,输尿管多发结石 2 例(2 枚结石),其余均为输尿管单发结石,合并肾结石 12 例;肾绞痛发作时间 0.5~15 h。对照组 33 例,男性 25 例,女

性 8 例;年龄(44.61 \pm 13.49)岁;结石大小 0.7~1.5 cm;上段结石 13 例,中段结石 14 例,下段结石 6 例,左输尿管结石 16 例,右输尿管结石 17 例,输尿管结石均为单发,合并肾结石 9 例;肾绞痛发作时间 0.5~18 h。两组资料差异无统计学意义($P > 0.05$)

1.3 治疗方法 观察组采用山莨菪碱 10 mg 加盐酸曲马多 100 mg 肌注,代温灸膏双侧肾俞穴、三阴交穴、腰背部阿是穴贴敷,48 h 后原位更换代温灸膏继续贴敷。对照组采用山莨菪碱 10 mg 加盐酸曲马多 100 mg 肌注。

1.4 观察方法 在绞痛消失或减轻后应用 NRS 量表进行疼痛评分,无疼痛记为 0 分,极端疼痛记为 10 分,(提示患者以 4 分对应无法入睡,7 分对应痛醒为参考节点),记录治疗前及治疗后 1 h 疼痛评分,并统计 1 周内重复注射止痛剂例数(未注射记为 0,注射 1 次计为 1 人次,同一人注射 2 次计为 2 人次,依次类推)。

1.5 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计软件分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,两组间治疗前及治疗后积分采用独立样本 t 检验,两组内治疗前后积分比较差异采用配对样本 t 检验,1 周内重复注射止痛剂例数比较进