

皮内针联合穴位贴敷治疗脊柱骨折后便秘患者的效果观察

周加平,黎清交,范星华,张观辉*

(兴国县中医院,江西 赣州 342400)

【摘要】目的 探讨皮内针联合穴位贴敷治疗脊柱骨折后便秘患者的效果。**方法** 将兴国县中医院2017年7月—2021年9月收治的90例脊柱骨折后便秘患者按照随机数字表法分为对照组和观察组,各45例。对照组给予穴位贴敷治疗,观察组在穴位贴敷基础上采用皮内针治疗,比较2组排便状况、肛肠动力学、中医证候积分、生活质量。**结果** 治疗10d后,观察组首次排便时间、每次排便时间、2次排便间隔时间均短于对照组,1周排便次数多于对照组($P<0.05$);观察组直肠最大耐受量小于对照组,肛管收缩压大于对照组,直肠静息压高于对照组,括约肌长度短于对照组($P<0.05$);观察组肠鸣音次数、大便性状、排便困难和兼症积分均低于对照组($P<0.05$);观察组心理状态、生理状态、满意度及担忧度评分均低于对照组($P<0.05$)。**结论** 脊柱骨折后便秘患者采用皮内针联合穴位贴敷治疗可显著改善排便状况,减轻便秘症状,提高肛肠动力学水平及生活质量。

【关键词】 皮内针;穴位贴敷;脊柱骨折;便秘

文章编号:1672-1721(2024)13-0154-03

文献标志码:A

中国图书分类号:R274.13;R256.35

便秘为脊柱骨折后患者常见的并发症之一,主要因长期卧床、胃肠动力学减慢等引起,发生率达90.40%,是影响患者术后恢复的常见因素,需及时治疗^[1]。于常规治疗的基础上给予穴位贴敷是现阶段临床常见的治疗方案,将多种中药制成药膏进行穴位贴敷,以促使药物经皮肤渗入体内病灶,达到治疗的效果。便秘的发生与长期卧床导致肠道蠕动减慢有关,而穴位贴敷难以刺激肠道蠕动,对减轻便秘症状的效果不显著^[2]。皮内针属于针刺疗法,通过对肠道相关穴位予以针灸直接刺激,刺激肠道蠕动^[3]。目前,皮内针与穴位贴敷联合用于脊柱骨折后便秘患者的治疗对减轻便秘症状的效果并未明确。基于此,本研究探讨皮内针联合穴位贴敷治疗脊柱骨折后便秘患者的效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将兴国县中医院2017年7月—2021年9月收治的90例脊柱骨折后便秘患者按照随机数字表法分为对照组和观察组,各45例。对照组中男性30例,女性15例;年龄31~59岁,平均年龄(45.99±10.25)岁;骨折部位,颈椎10例,腰椎15例,胸椎20例。观察组中男性24例,女性21例;年龄31~59岁,平均年龄(46.30±9.96)岁;骨折部位,颈椎7例,腰椎13例,胸椎25例。2组一般资料对比,差异无统计学意义($P>0.05$),具可比性。本

次研究经患者、家属同意及医院医学伦理委员会批准。

纳入标准:经影像学检查符合骨折诊断标准^[4];排便间隔时间超过3d,便质坚硬干燥;骨折前排便功能正常。

排除标准:心肺功能严重障碍;对本研究治疗存在过敏症状;存在内分泌性疾病。

1.2 方法

2组均行止痛、纠正水电解质失衡、预防感染等常规治疗,予以果导片缓解便秘。

对照组给予穴位贴敷治疗。取10g生地黄、15g当归、20g枳实、20g肉苁蓉、30g黄芪,加水煎煮,取汁200mL,随后复煎至剂量100mL,混合后浓缩药液至50mL,随后用5g冰片和10g大黄打粉,混合于浓缩液内,搅拌均匀,加入少量淀粉制成药膏,将药膏敷于双侧天枢、中极、大肠俞、足三里、神阙等穴位,每日更换1次。

观察组在穴位贴敷基础上采用皮内针治疗。患者取仰卧位,常规消毒双侧选取天枢、大肠俞、腹结、上巨虚、足三里、支沟等穴,采用(0.20×1.20)mm皮内针对准穴位缓慢刺入,随后用胶布固定,按压3~5次以加强刺激,整个按压过程以不痛或微痛为宜,间隔2d用1次,5~10min/次,治疗后用镊子将胶布向外拉出。

2组均治疗10d。

1.3 观察指标

(1)排便状况。治疗10d后,记录患者首次排便时间、每次排便时间、2次排便间隔时间、1周排便次数。

基金项目:江西省卫生计生委中医药科研课题(2018B117)

作者简介:周加平,男,本科,主治医师。

通信作者:张观辉

(2)肛肠动力学。治疗前及治疗 10 d 后,采用多导多囊肛管直肠功能测定仪(合肥凯利光电科技有限公司,型号 XDJ-S8G)检测患者直肠最大耐受量、肛管收缩压、直肠静息压、括约肌长度。(3)中医证候积分。治疗前及治疗 10 d 后,采用中医证候评分量表^[9]评价患者肠鸣音次数(0~2 分)、大便性状(0~3 分)、排便困难(0~3 分)及兼症(0~6 分)情况,各项分值越高表示症状越严重。(4)生活质量。治疗前及治疗 10 d 后,采用便秘生活质量量表(PAC-QOL)^[9]评价患者心理状态(8~40 分)、生理状态(3~15 分)、满意度(5~20 分)及担忧度(12~60 分),各维度分值越高表示生活质量越差。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件分析数据,计数资料用百分比表示,组间比较采用 χ^2 检验;符合正态分布的计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 排便状况

治疗 10 d 后,观察组首次排便时间、每次排便时间、2 次排便间隔时间均短于对照组,1 周排便次数多于对照组($P < 0.05$),见表 1。

2.2 肛肠动力学

治疗后,观察组直肠最大耐受量小于对照组,肛管收缩压大于对照组,直肠静息压高于对照组,括约肌长度短于对照组($P < 0.05$),见表 2。

2.3 中医证候积分

治疗后,观察组肠鸣音次数、大便性状、排便困难及兼症积分均低于对照组($P < 0.05$),见表 3。

2.4 生活质量

治疗后,观察组心理状态、生理状态、满意度及担忧度评分均低于对照组($P < 0.05$),见表 4。

表 1 2 组治疗 10 d 后排便状况对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	首次排便时间/h	每次排便时间/min	2 次排便间隔时间/d	1 周排便数/次
对照组	45	11.57 ± 1.86	7.10 ± 1.40	2.58 ± 0.63	3.95 ± 0.54
观察组	45	10.43 ± 1.70	3.88 ± 1.01	1.72 ± 0.40	4.22 ± 0.15
t 值		3.035	12.513	7.731	3.232
P 值		0.003	<0.001	<0.001	0.002

表 2 2 组治疗前后肛肠动力学对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	直肠最大耐受量/mL		肛管收缩压/mmHg		直肠静息压/mmHg		括约肌长度/cm	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	171.06 ± 10.27	145.22 ± 10.87	214.09 ± 11.07	219.38 ± 13.22	68.14 ± 9.39	72.01 ± 5.47	3.37 ± 1.05	3.27 ± 0.47
观察组	45	170.25 ± 13.22	135.58 ± 11.28	214.49 ± 10.29	227.30 ± 14.05	68.48 ± 10.20	75.25 ± 5.01	3.35 ± 1.01	3.02 ± 0.60
t 值		0.325	4.128	0.178	2.754	0.165	2.930	0.092	2.200
P 值		0.746	<0.001	0.859	0.007	0.870	0.004	0.927	0.031

注:1 mmHg=0.133 kPa。

表 3 2 组治疗前后中医证候积分对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	肠鸣音次数		大便性状		排便困难		兼症	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	1.82 ± 0.14	1.02 ± 0.30	2.48 ± 0.48	2.05 ± 0.63	2.47 ± 0.35	1.91 ± 0.45	4.89 ± 0.17	1.99 ± 0.40
观察组	45	1.79 ± 0.21	0.79 ± 0.20	2.51 ± 0.43	1.74 ± 0.40	2.43 ± 0.38	1.15 ± 0.43	4.94 ± 0.25	1.54 ± 0.14
t 值		0.797	4.279	0.312	2.787	0.519	8.191	1.109	7.123
P 值		0.428	<0.001	0.756	0.007	0.605	<0.001	0.271	<0.001

表 4 2 组治疗前后生活质量评分对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	心理状态		生理状态		满意度		担忧度	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	29.89 ± 5.81	18.66 ± 2.36	12.08 ± 1.36	7.28 ± 0.43	17.91 ± 1.90	9.63 ± 1.28	35.05 ± 6.03	17.98 ± 2.30
观察组	45	30.55 ± 5.63	16.69 ± 2.01	12.36 ± 1.25	6.99 ± 0.47	17.69 ± 2.01	8.71 ± 1.32	34.47 ± 5.69	16.85 ± 2.01
t 值		0.547	4.263	1.017	3.054	0.534	3.356	0.469	2.482
P 值		0.586	<0.001	0.312	0.003	0.595	0.001	0.640	0.015

3 讨论

脊柱骨折后便秘是影响患者生活质量的常见因素。便秘的发生由多种因素造成,包括长期卧床、骨折后局部血肿刺激交感神经。交感神经是支配胃肠舒张运动的主要神经,受到刺激后会影 响胃肠收缩功能,从而引发便秘。中医认为^[7],脊柱骨折后便秘属于损伤便秘范畴,其病因为气血运行障碍、瘀血滞留等。采用皮内针刺刺激足三里、大肠俞等相关穴位,由点及面达到刺激穴位的目 的,针尖刺入皮下组织后能有效促使神经末梢兴奋,从而激活神经调控作用^[8]。将皮内针联合用于脊柱骨折后便秘患者的治疗中,或许可以提高患者的肛肠动力学水平。

本研究结果显示,治疗 10 d 后,观察组首次排便时间、每次排便时间、2 次排便间隔时间均短于对照组,1 周排便次数多于对照组($P<0.05$);观察组直肠最大耐受量小于对照组,肛管收缩压大于对照组,直肠静息压高于对照组,括约肌长度短于对照组($P<0.05$)。上述研究结果说明,皮内针联合穴位贴敷治疗脊柱骨折后便秘患者可显著提高患者肛肠动力学水平,改善排便状况。究其原因,皮内针是将大肠俞穴理论与皮部理论结合的整体应用,十二经脉在皮肤上的反应区为十二皮部,后者

与经络相通并与内脏相连,既能作为机体的外部屏障,又能作为针刺的具体场所^[9]。机体存在各项支配特征,联合针刺能直接作用于机体各个穴位,激发机体正气,调节肺脏功能,激发自主神经以改善肠道血液循环,从而增加胃肠平滑肌张力。天枢穴与支配肠道功能的神经紧密相连,当达到外界持续刺激时便能及时起到调节肠道的作用,继而提高肛肠动力学水平,改善排便状况^[10]。

本研究结果显示,治疗后观察组肠鸣音次数、大便性状、排便困难及兼症积分均低于对照组($P<0.05$),观察组心理状态、生理状态、满意度及担忧度评分均低于对照组($P<0.05$),说明皮内针联合穴位贴敷治疗脊柱骨折后便秘患者可显著减轻便秘症状,提高生活质量。腹结穴是脾经气血集结部位,主要位于下腹部结肠附近。皮内针刺刺激腹结穴时,可发挥清除肠燥热、健脾、气行津液的作用,有效增强肠道蠕动功能,改善平滑肌生理肌电活动,促进排便。上巨虚属于肠道下合穴,支沟在便秘的治疗中起经验效穴的作用,针刺这 2 个穴位能通腑气、调理三焦,刺激足三里能促使气节下行,补中益气,从而促进肠道蠕动,减轻便秘症状^[11]。

综上所述,皮内针联合穴位贴敷治疗脊柱骨折后便秘患者可显著改善患者排便状况,减轻便秘症状,提高肛肠动力学水平及生活质量。

参考文献

- [1] 杨茂益,熊小明,何琦,等.润肠通便方治疗老年脊柱骨折后腹胀、便秘疗效观察[J].四川中医,2020,38(5):118-120.
- [2] 郭玲,陈晓芳,田春燕,等.基于子午流注理论穴位贴敷联合中医定向透药治疗脊柱骨折术后便秘的疗效分析[J].实用临床医药杂志,2021,25(12):83-85,89.
- [3] 刘少灿,钟秀华,汤意芝.皮内针联合四妙散合四妙勇安汤加减内服治疗急性痛风性关节炎湿热型患者的疗效观察[J].世界中西医结合杂志,2021,16(8):1511-1514,1519.
- [4] 北京协和医院.骨科诊疗常规[M].北京:人民卫生出版社,2004:301-305.
- [5] 中华医学会外科学分会肛肠外科学组.便秘症状及疗效评估[J].中华胃肠外科杂志,2005,8(4):355.
- [6] 金洵,丁义江,丁曙晴,等.便秘患者生存质量自评量表 PAC-QOL 中文版的信度、效度及反应度[J].世界华人消化杂志,2011,19(2):209-213.
- [7] 郭巧燕.中医情志调护在胸腰椎压缩性骨折便秘患者经砭石脐灸治疗中的应用分析[J].沈阳药科大学学报,2021,38(增刊2):65,67.
- [8] 陈洪,卢卫忠,冉广文,等.皮内针缓解跟骨骨折术后疼痛的临床研究[J].中国中医急症,2021,30(2):261-264.
- [9] 高纺,周美启.针刺对便秘型肠易激综合征大鼠肠运动及胃肠激素含量的影响[J].安徽中医药大学学报,2021,40(4):55-59.
- [10] 魏小丽,王宇航,李成,等.针刺天枢穴联合莫沙必利治疗习惯性便秘及对血清 VIP、MTL、5-HT 的影响[J].中华中医药学刊,2021,39(7):95-98.
- [11] 梅求安,周仲瑜,王刚,等.皮内针联合穴位贴敷对脊柱骨折后便秘病人疗效、排便相关指标及 PAC-QOL 评分的影响[J].安徽医药,2021,25(7):1308-1311.

(编辑:徐亚丽)