

足三里按摩联合生大黄管饲对 42 例中重度急性胰腺炎合并肠麻痹肠道功能恢复的影响

周梁云 江 华 刘 敏 姜 鑫

(无锡市人民医院, 江苏无锡 214023)

摘 要 目的:评价足三里按摩联合生大黄管饲对中重度急性胰腺炎合并肠麻痹患者肠道功能恢复的影响。方法:选择我科诊断为中重度急性胰腺炎合并肠麻痹患者 84 例,随机分为治疗组和对照组,2 组患者均采用胃肠减压、禁食禁水、抗炎、抑酸抑酶、营养支持等基础治疗,治疗组联合应用足三里按摩及生大黄管饲,对照组仅给予生大黄管饲。比较 2 组患者肠鸣音恢复时间、首次肛门排气时间、首次自主排便时间、肠内营养开始时间、住院天数等指标。结果:治疗组患者肠鸣音恢复时间、首次肛门排气时间、首次自发排便时间,均较对照组明显缩短,差异有统计学意义 ($P<0.05$),且治疗组住院天数较对照组明显缩短 ($P<0.05$)。结论:足三里穴位按摩联合生大黄治疗中重度急性胰腺炎合并肠麻痹患者,能明显缩短肠鸣音恢复时间和首次肛门排气排便时间,促进肠道功能的恢复,改善肠麻痹,有助于尽早开始肠内营养及开放饮食,并缩短住院天数、减轻患者经济负担、节约社会医疗资源。

关键词 急性中重度胰腺炎 肠麻痹 生大黄 穴位按摩 足三里 中西医结合疗法

中图分类号 R576

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2018)07-0054-03

急性胰腺炎 (acute pancreatitis, AP) 是临床最常见的急腹症之一,发病率位居急腹症第 3~5 位,且有逐年上升趋势^[1],按病情严重程度分为:轻症急性胰腺炎 (mild acute pancreatitis, MAP)、中重症急性胰腺炎 (moderately severe acute pancreatitis, MSAP) 及重症急性胰腺炎 (severe acute pancreatitis, SAP) 三种类型,其中 MSAP 患者常常并发肠麻痹,严重肠麻痹可导致腹腔间隔室综合征等严重并发症的发生^[2],导致病情进行性加剧发展为 SAP,进而发生多器官功能衰竭,死亡率高达 20%^[3]。因此,关注 MSAP 患者肠道功能的早期恢复显得尤为重要。本研究观察了足三里穴位按摩联合生大黄管饲对 42 例 MSAP 并发肠麻痹患者肠道功能恢复的影响,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月至 2017 年 6 月于我院住院符合入选标准的 84 例 MSAP 患者,其中男 47 例,女 37 例,采用随机数字表法分为治疗组和对照组,每组 42 例。治疗组 42 例:男 23 例,女 19 例;年龄 21~60 岁,平均年龄 (49.00 ± 14.48) 岁;入院 48h 内发热者 17 例 (40.5%)、肌酐 (73.41 ± 8.40) $\mu\text{mol/L}$ 、血钙 (2.01 ± 0.21) mmol/L 、白蛋白 (30.71 ± 3.77) g/L 。对照

组 42 例:男 24 例,女 18 例;年龄 23~60 岁,平均年龄 (49.43 ± 14.59) 岁;入院 48h 内发热者 16 例 (38.1%)、肌酐 (75.81 ± 9.62) $\mu\text{mol/L}$ 、血钙 (2.03 ± 0.24) mmol/L 、白蛋白 (29.44 ± 3.08) g/L 。2 组患者性别、年龄构成等一般资料比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 AP 的诊断参照《急性胰腺炎诊治指南》(2014 版)^[4] (3 项标准中具备任意 2 项),MSAP 是指 AP 伴有一过性 ($\leq 48\text{h}$) 的器官功能障碍。肠麻痹诊断符合《外科学》(第 8 版)^[5] 的诊断标准。

1.3 纳入标准 (1) 符合 MSAP 合并肠麻痹的诊断标准;(2) 年龄 18~60 周岁;(3) 自愿参加本研究者。

1.4 排除标准 (1) 有精神疾病者;(2) 穴位部位的皮肤有破损、炎症等不适于按摩者;(3) 对生大黄过敏者。

2 治疗方法

2.1 对照组 患者在接受禁食禁水、胃肠减压、抗炎、抑酸抑酶、补充血容量、纠正水电解质紊乱、改善微循环等基础治疗上加用单味生大黄 15g,每日 2 次管饲。

2.2 治疗组 在对照组基础上联合双侧足三里穴位按摩。双侧足三里穴位按摩方法:患者入院即可进

行,取仰卧位,双腿屈曲,暴露膝部,取足三里穴。以拇指指腹垂直着力在双侧足三里穴位上,以点、按、揉的方式按摩,由轻到重逐渐加重,每穴持续按摩10min,每日3次,以按摩部位皮肤微微发红,患者感觉局部酸胀为度。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察2组患者肠鸣音恢复时间、首次肛门排气时间、首次自主排便时间、有行肠内营养者肠内营养开始时间、住院天数。

3.2 统计学方法 采用SPSS20.0统计软件进行分析。计量资料采用均数 $\pm$ 标准差描述,2组比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2组患者胃肠功能恢复时间比较 见表1。

组别	例数	肠鸣音恢复时间	首次肛门排气时间	首次自主排便时间
治疗组	42	33.10 $\pm$ 17.64 [*]	42.98 $\pm$ 15.45 [*]	56.55 $\pm$ 20.12 [*]
对照组	42	41.52 $\pm$ 15.7	53.12 $\pm$ 19.65	66.38 $\pm$ 19.44

注: *与对照组比较, $P<0.05$ 。

3.3.2 2组患者肠内营养开始时间比较 见表2。

组别	例数	肠内营养开始时间
治疗组	19	68.79 $\pm$ 14.77 [*]
对照组	18	86.39 $\pm$ 17.47

注: *与对照组比较, $P<0.05$ 。

3.3.3 2组患者住院天数比较 治疗组患者住院天数(13.07 $\pm$ 4.79)d,对照组住院天数(15.31 $\pm$ 4.14)d,治疗组住院天数较对照组患者明显缩短($P<0.05$),差异有统计学意义。

4 讨论

AP患者肠道是最易受损的器官之一。肠麻痹后,肠道动力变弱,使得肠道内压力不断增高,产生细菌毒素增加,肠道内细菌和毒素的移位,从而加重AP患者病情,甚至可致多器官功能衰竭、腹腔间隔室综合征等严重并发症的发生^[6]。因此尽早改善肠麻痹对于MSAP的治疗尤为重要,是目前研究的热点。

近代研究结果提示,生大黄对AP合并肠麻痹有治疗作用,生大黄可防止肠道功能衰竭及细菌移位,减少临床并发症。AP是一种急性全身消耗性疾病,早期给予AP患者肠内营养不仅能满足机体代谢所需的全部营养物质,而且能改善肠道屏障功能,减少肠道细菌移位的发生,增强肠道功能,提高机体免疫功能,改善营养状况,改善AP的转归和预后,缩短住院

时间^[7]。因此早期肠内营养对改善AP患者的预后非常重要。《急性胰腺炎诊治指南》指出一旦肠功能恢复,需要尽早进行肠内营养^[4]。所以尽早恢复肠道功能是AP治疗的关键一步。

《针灸甲乙经》云:“五脏六腑之胀皆取足三里。”中医学中足三里为胃经合穴,是治疗腹胀的首选,有行气止痛的作用,足三里在治疗麻痹性肠梗阻有其独特的优势和临床应用价值。已有研究表明足三里穴位按摩在治疗便秘^[8]、麻痹性肠梗阻^[9]、胃肠道术后肠麻痹患者肠功能恢复的疗效确切,安全可行^[10]。而且穴位按摩方法简单,易于操作,不需要特殊的仪器设备,简便易行,无任何痛苦,能降低医疗成本,减轻病人的经济负担。

本研究首次探讨通过足三里按摩联合生大黄管饲治疗MSAP患者肠麻痹,结果发现治疗组患者肠鸣音恢复时间、首次肛门排气及自发排便时间、开始肠内营养的时间、住院天数均优于对照组。可能与足三里穴位按摩对肠管的双向调节作用有关,抑制了高张力运动亢进的肠管,兴奋了低张力肠管,进而促进了肠道功能的恢复。因此,足三里穴位按摩可以促进MSAP合并肠麻痹患者肠道功能的恢复,改善肠麻痹,有助于尽早开始肠内营养或开放饮食,并缩短住院天数、减轻患者经济负担、节约社会医疗资源。

由于本研究没有特别关注不良反应的发生,未对每天按摩时间次数方面做进一步研究,未将MSAP患者按照Marshall等评分表行分类研究,且样本量较少,是否会导致治疗效果的差异,有待于大样本的进一步研究。另外,本研究的对象也仅仅是MSAP患者,未对SAP患者做研究,在今后的研究中,我们将继续收集病例资料,完善这部分内容。

参考文献

- [1] 许守平,孙备,姜洪池.急性胰腺炎若干研究进展[J].中国实用外科杂志,2009,29(7):604.
- [2] 卢玉宝,史忠,陈国柱,等.鼻饲清胰汤联合芒硝外敷治疗急性重症胰腺炎并发肠麻痹临床研究[J].西部医学,2013,25(7):999.
- [3] MAHESHWARI R, SUBRAMANIAN R M. Severe acute pancreatitis and necrotizing Pancreatitis[J]. Crit Care Clin, 2016, 32(2): 279.
- [4] 中华医学会外科学分会胰腺外科学组.急性胰腺炎诊治指南(2014)[J].中华普通外科杂志,2015,30(1):69.
- [5] 陈孝平,汪建平.外科学[M].8版.北京:人民卫生出版,2013:373.
- [6] 方喜,李颖,蔡楚东,等.肠内营养支持在急性重症胰腺炎治疗中的应用[J].广东医学,2011,32(17):2257.

毫火针联合激光治疗囊肿型痤疮 30 例临床研究

刘燕婷 惠 坤 赵雅静 赵一丁 祝露露 闫小宁

(陕西省中医医院, 陕西西安 710003)

摘 要 目的:观察毫火针联合 1540nm 非剥脱点阵激光治疗囊肿型痤疮的临床疗效。方法:将 58 例囊肿型痤疮患者随机分为治疗组 30 例和对照组 28 例,对照组采用 1540nm 非剥脱点阵激光治疗,治疗组在对照组基础上加用毫火针针刺治疗。比较 2 组患者治疗前及治疗 28d、56d 后皮肤病生活质量指数 (DLQI) 评分、痤疮皮损积分、皮肤油脂含量的变化情况,并评估临床疗效。结果:治疗组总有效率为 86.67%, 优于对照组的 17.86% ($P < 0.01$); 2 组治疗后 DLQI 及皮损积分、油脂含量均较治疗前好转 ($P < 0.01$), 且治疗组治疗 56d 后改善情况均优于对照组 ($P < 0.05$, $P < 0.01$); 囊肿型痤疮皮肤油脂含量值与痤疮皮损积分、DLQI 评分具有相关性 ($P < 0.01$)。结论:毫火针联合 1540nm 非剥脱点阵激光能有效治疗囊肿型痤疮,减少囊肿结节数量,改善患者生活质量,这可能与毫火针降低皮肤油脂含量有关。

关键词 毫火针疗法 激光疗法 囊肿型痤疮

中图分类号 R758.733.05

文献标志码 A

文章编号 1672-397X (2018) 07-0056-03

基金项目 陕西省创新能力支撑计划 (2017KCT-27); 陕西省中医皮肤病临床医学研究中心项目 (2016CZX-12)

痤疮是一种临床常见的好发于中青年人群的皮肤病,囊肿型痤疮皮损以结节和囊肿为主并容易遗留萎缩性疤痕,具有明显损美性,严重影响患者生活质量。局部和系统使用抗生素和维 A 酸类药物配合光动力和激光疗法是目前治疗囊肿型痤疮的主要方案。近年来研究发现毫火针具有良好的抗炎和促进损伤修复作用,适用于面部囊肿型痤疮,能加快囊肿内炎性物质外排并加速真皮和皮下组织修复。我们临床采用毫火针联合 1540nm 非剥脱点阵激光治疗囊肿型痤疮取得较好疗效,现将相关研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取我院皮肤科 2016 年 5 月至 2017 年 5 月门诊囊肿型痤疮患者 58 例,采用随机数

字表法分为治疗组和对照组。治疗组 30 例,男 12 例,女 18 例;年龄 18~37 岁,平均年龄 (27.10 ± 5.16) 岁;病程 3~32 个月,平均病程 (15.21 ± 7.66) 个月。对照组 28 例,男 8 例,女 20 例;年龄 19~41 岁,平均年龄 (25.57 ± 4.93) 岁;病程 2~36 个月,平均病程 (13.71 ± 5.43) 个月。2 组患者性别、年龄、病程等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 参照《中国临床皮肤病学》^[1],疼痛性炎症性结节或囊肿,病灶数多于 100 个,且结节或囊肿数量 > 3 个。

1.3 纳入标准 (1) 符合上述疾病诊断标准者;(2) 年龄 18 岁以上者;(3) 自愿作为受试对象并签署知情同意书者。

[7] 许春芳,黄晓曦,沈云志,等.肠内营养与肠外营养对重症急性胰腺炎患者肠屏障功能影响的比较[J].中华内科杂志,2011,50 (5): 370.

[8] 朱晓珍.穴位按摩联合耳穴压豆对糖尿病病人便秘的影响[J].护理研究,2013,27 (4): 346.

[9] 朱志云,赖立英,邹新花,等.老年麻痹性肠梗阻的治疗与护理[J].中国中医急症,2013,22 (3): 430.

[10] 陈丽.穴位药物注射联合穴位按摩疗法用于剖宫产术后减少胃肠不良反应的效果分析[J].实用临床医药杂志,

2015,19 (14): 167.

第一作者:周梁云 (1980—),女,本科学历,副主任护师,从事消化内科临床护理工作。

通讯作者:江华,本科学历,主任护师。
15543533 85@qq.com

收稿日期: 2018-03-30

编辑: 吕慰秋 岐 轩