

“肠通贴”穴位贴敷对便秘患者肠镜检查肠道准备的干预作用研究

——附 80 例临床资料

柳冬兵 刘加新 徐甦 费侃强 叶涵婷

(浙江中医药大学附属湖州中医院, 浙江湖州 313000)

摘要 目的:观察中药敷贴肠通贴穴位贴敷联合复方聚乙二醇电解质散(PGEP)对便秘患者肠镜检查前肠道准备的干预作用。方法:将160例拟接受结肠镜检查的便秘患者随机分为观察组和对照组,每组80例。2组均于肠镜检查前1日低渣/低纤维饮食并分次口服PGEP以清肠,观察组在此基础上于检查前1日20:00予肠通贴穴位贴敷中脘、神阙、关元及双侧天枢、大横穴,肠镜检查前取下。观察并比较2组受检者Boston肠道准备量表(BBPS)评分及肠道准备有效率、息肉检出率、肠镜回肠末端到达时间、肠道准备方案耐受程度及耐受率、肠道准备过程中不良反应发生情况。结果:BBPS评分结果显示,观察组受检者右侧结肠评分、左侧结肠评分及总积分均显著高于对照组($P<0.05$);观察组受检者肠道准备有效率为93.75%,显著高于对照组的83.75%($P<0.05$)。观察组受检者直径 <0.5 cm的小息肉检出率显著高于对照组($P<0.05$),镜检时肠镜回肠末端到达时间显著短于对照组($P<0.05$)。观察组受检者肠道准备耐受率为87.50%,显著高于对照组的73.75%($P<0.05$)。观察组受检者肠道准备过程中恶心、呕吐、腹痛腹胀等不良反应发生率显著低于对照组($P<0.05$)。结论:与单纯口服PGEP相比,便秘患者联合肠通贴穴位贴敷肠道准备更优,耐受性更好,值得进一步研究和推广。

关键词 肠通贴;穴位贴敷;复方聚乙二醇电解质散;便秘;结肠镜;肠道准备

基金项目 浙江省徐甦名老中医专家传承工作室建设项目(GZS2021035)

随着肿瘤筛查意识的增强及内镜技术的发展,结肠镜的筛查在我国得到越来越广泛的普及,良好的肠道准备不仅可以提高结肠息肉的检出率,增加肠镜下治疗的安全性,同时可缩短结肠进镜时间,提高患者的满意度。复方聚乙二醇电解质散(PGEP)是我国目前最常用的肠道清洁剂,可用于便秘患者的肠道准备,然因药物的不良反应,如腹胀、恶心、呕吐,甚至引起贲门撕裂等^[1],肠道准备满意度仍不理想。据报道,结肠镜检查肠道准备在20%~25%的病例中无效^[2]。慢性便秘更被列为结肠镜检查无效肠道准备的危险因素之一^[3]。近年来,针对慢性便秘人群,根据我院省级名老中医徐甦的临证经验,我院消化内镜中心在分次口服PGEP进行肠道准备的基础上加用中药敷贴肠通贴穴位贴敷中脘、神阙、关元和双侧天枢、大横穴,清肠效果较满意。本研究旨在通过单中心、小样本量的随机对照试验,观察肠通贴对便秘患者肠镜检查中肠道准备清洁度、进镜时间、息肉

检出率、肠道准备方案耐受程度的干预作用,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2020年6月至2021年12月在湖州市中医院消化内科准备行结肠镜检查的160例便秘患者为研究对象,按随机数字表法随机分为观察组和对照组,每组80例。观察组男41例,女39例;年龄23~70岁,平均年龄(51.33 ± 10.86)岁;便秘程度轻度18例,中度46例,重度16例。对照组男44例,女36例;年龄25~71岁,平均年龄(51.81 ± 10.98)岁;便秘程度轻度19例,中度43例,重度18例。2组患者一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经浙江中医药大学附属湖州中医院伦理委员会审核批准(2021-031-A)。

1.2 诊断标准 慢性便秘诊断标准参照《慢性便秘基层诊疗指南(实践版·2019)》^[4]及罗马IV功

能性肠病诊断标准^[5]制定:排便困难费力,粪便干结、量少,排便次数每周<3次,排便有不尽感,时间≥6个月。便秘程度判断标准按照《慢性便秘基层诊疗指南(实践版·2019)》^[4]中“病情评估”标准。

1.3 纳入标准 计划接受结肠镜检查的慢性便秘患者;符合慢性便秘诊断标准;年龄18~75岁;自愿参加本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 有结直肠病变者;既往有胃肠道手术(阑尾切除术或痔切除术除外)史者;炎症性肠病患者;正在服用泻剂的患者;合并严重肾功能不全者;腹部皮肤破溃或感染者;妊娠及哺乳期女性;精神异常者;过敏体质或对受试任一药物过敏者;依从性差者。

2 清肠及干预方法

2.1 清肠方法 嘱受检者检查前1日20:00将PGE₁ 69.56 g溶于1000 mL温水中,1 h内服完;上午受检者检查当天3:00将PGE₁ 139.12 g溶于2000 mL温水中2 h内服完,下午受检者检查当天8:00将PGE₁ 139.12 g溶于2000 mL温水中2 h内服完。检查当日晨禁食,检查前4 h禁饮。

2.2 对照组 清肠同时嘱被受检者检查前1日进食低渣/低纤维饮食,禁食带籽水果。

2.3 观察组 在对照组基础上于检查前1日20:00予中脘、神阙、关元及双侧天枢、大横穴行中药敷贴肠通贴穴位贴敷(门诊患者由门诊医生提前标记定位)。中药敷贴制作方法:将威灵仙15 g、枳实15 g、木香10 g、青皮10 g、陈皮10 g、厚朴15 g、牵牛子6 g、郁李仁15 g、大黄15 g、肉桂6 g、生姜10 g研磨成粉,用少量蜂蜜调成糊状,放置于医用透气胶贴中,每贴含药面积约50 mm×50 mm。结肠镜检查前取下中药敷贴。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 肠道准备清洁度 本研究所有结肠镜检查操作均由同一名具有丰富内镜操作经验的高年资主治医师进行,检查中采用Boston肠道准备量表(BBPS)

对2组受检者进行肠道准备清洁度评分,将结肠分为右侧结肠(回盲部、升结肠)、横结肠(包括肝曲和脾曲)和左侧结肠(降结肠、乙状结肠、直肠)3段,每段肠腔清洁度分为4级,由差到好分别评为0~3分。评分标准:肠

腔有无法清除的固体粪便导致黏膜不可见计0分;肠腔有残留粪渣或糊状便导致部分黏膜显示不清计1分;肠腔有少量粪渣或粪水,但黏膜仍显示清楚计2分;所有肠腔均无粪渣或粪水,黏膜清晰可见计3分。BBPS总积分为3段结肠评分之和,总积分≥6分表示肠道准备充分,计为有效^[6],统计2组肠道准备有效率。

3.1.2 息肉检出率 记录并比较2组受检者肠镜检查过程中直径<0.5 cm、0.5~1 cm及>1 cm的息肉发现率。

3.1.3 肠镜回肠末端到达时间 记录并比较2组受检者肠镜检查时从开始进镜至肠镜到达回肠末端所需时间。

3.1.4 肠道准备方案耐受程度 记录并比较2组受检者肠道准备方案耐受程度及耐受率。耐受程度分级标准:I级为不耐受,服药过程中因产生剧烈恶心、呕吐等不适无法继续服药;II级为勉强耐受,服药过程中出现明显不适症状,但可因减慢服药速度缓解;III级为可以耐受,服药过程中出现轻微不适,但不影响服药速度;IV级为非常耐受(服药过程中几乎无任何不适)。耐受率(%)=(III级例数+IV级例数)/总例数×100%。

3.1.5 不良反应发生情况 记录并比较2组患者肠道准备过程中恶心、呕吐、腹痛腹胀、头晕、乏力等不良反应发生情况。

3.2 统计学方法 采用SPSS 23.0统计学软件对数据进行统计学分析。本研究计量资料均符合正态分布,用($\bar{x} \pm s$)表示,进行独立样本 t 检验;计数资料用例(%)表示,采用 χ^2 检验;等级资料采用各等级出现例数及占比表示,采用Wilcoxon秩和检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 研究结果

3.3.1 2组受检者BBPS评分比较 观察组受检者右侧结肠评分、左侧结肠评分及BBPS总积分均显著高于对照组($P<0.05$),详见表1。观察组75例肠道准备充分,有效率93.75%;对照组67例肠道准备充分,有效率83.75%。组间比较,差异有统计学意义($P=0.045$)。

表1 观察组与对照组受检者BBPS评分比较($\bar{x} \pm s$) 单位:分

组别	例数	右侧结肠评分	横结肠评分	左侧结肠评分	BBPS总积分
观察组	80	2.53±0.60	2.61±0.49	2.26±0.52	7.39±0.92
对照组	80	2.29±0.68	2.53±0.55	2.01±0.44	6.83±1.10
t 值		-2.266	-0.919	-3.233	-3.436
P 值		0.023	0.358	0.001	0.001

3.3.2 2组受检者息肉检出率比较 观察组受检者直径<0.5 cm的息肉检出率显著高于对照组($P=0.036$),详见表2。

3.3.3 2组受检者检查时肠镜回肠末端到达时间比较 观察组受检者检查时从开始进镜至肠镜到达回肠末端平均时间为 (7.25 ± 2.87) min,对照组平均时间为 (8.08 ± 3.16) min,组间比较差异有统计学意义($Z=-1.976, P=0.048$)。

3.3.4 2组受检者肠道准备方案耐受程度比较 观察组受检者肠道准备方案耐受率为87.50%,显著高于对照组的73.75% ($P=0.028$)。详见表3。

3.3.5 2组受检者肠道准备过程中不良反应发生率比较 观察组受检者肠道准备过程中恶心、呕吐、腹痛腹胀等不良反应发生率显著低于对照组($P<0.05$),详见表4。

表2 观察组和对照组受检者息肉检出率比较 单位:例(%)

组别	例数	息肉直径<0.5 cm	息肉直径0.5~1 cm	息肉直径>1 cm
观察组	80	29 (36.25)	11 (13.75)	6 (7.50)
对照组	80	17 (21.25)	10 (12.50)	5 (6.25)
χ^2 值		4.394	0.055	0.098
P 值		0.036	0.815	0.755

表3 观察组和对照组受检者肠道准备方案耐受程度比较

组别	例数	I级/例(%)	II级/例(%)	III级/例(%)	IV级/例(%)	耐受率/%
观察组	80	2 (2.50)	8 (10.00)	31 (38.75)	39 (48.75)	87.50
对照组	80	5 (6.25)	16 (20.00)	34 (42.50)	25 (31.25)	73.75
χ^2 值						4.841
P 值						0.028

表4 观察组和对照组受检者肠道准备过程中不良反应发生率比较 单位:例(%)

组别	例数	恶心	呕吐	腹痛腹胀	头晕	乏力
观察组	80	15 (18.75)	5 (6.25)	28 (35.00)	5 (6.25)	13 (16.25)
对照组	80	33 (41.25)	13 (16.25)	41 (51.25)	6 (7.50)	15 (18.75)
χ^2 值		9.643	4.006	4.306	0.098	0.173
P 值		0.002	0.045	0.038	0.755	0.677

4 讨论

结直肠癌(colorectal cancer, CRC)是全球癌症相关死亡的第二大常见原因^[7]。近年来,我国CRC死亡率逐年上升,CRC在我国东部地区位列死亡原因第四位^[8]。美国癌症协会(ACS)推荐对45岁以上人群开始进行CRC筛查,并强烈建议对50岁及以上的成年人进行定期筛查^[9]。结肠镜检查被认为是CRC筛查的金标准,内镜下腺瘤切除已被证明可有效预防CRC的发生发展^[10-11]。腺瘤检出率(adenoma detection rate, ADR)是判断结肠镜检查

质量的重要指标^[12],研究发现,ADR提高1%可减少3%的CRC发病率和5%的CRC死亡率^[13]。在医院内镜检查部门进行的一项回顾性研究中发现,肠道准备欠佳(差或一般)的患者中,腺瘤的漏诊率可高达41.9%^[14]。结肠镜检查前有效的肠道准备对于优化结直肠肿瘤筛查至关重要。

PEGP因其安全有效,不会导致结肠的生理或组织学变化,是现阶段国内内镜检查前最常用的肠道清洁剂,目前多采用3 L分次口服方案^[15, 1],然因其口感较差及服药容量较多仍导致部分患者不耐受,恶心和呕吐是其最常见的不良反应,使患者耐受性差从而影响肠道清洁度。为此,有学者采用联合其他药物,如多潘立酮等止吐药来减少PEGP相关的不适,提高肠道准备质量^[16]。

穴位贴敷是在中医经络学说和整体观念的指导下,通过特定穴位药物吸收及激发经气的双重作用来治疗疾病,行气泻下药物刺激穴位并经穴位吸收可引起胃肠激素水平变化,促进胃肠蠕动^[17-19]。中脘为胃之募穴,可健脾理气和胃;神阙为任脉之要穴,有培元固本、调理肠胃之功;关元为小肠募穴,能理肠益气;天枢为大肠募穴,善通腑理肠、消积化滞;大横为足太阴脾经要穴,主治腹痛、便秘等脾胃病证。所选穴位均位于腹部,以募穴为主,体现了募穴善治腑病。王福民等^[20]运用数据挖掘技术分析便秘患者取穴规律发现,任脉及足阳明胃经腧穴使用频次最高,神阙、天枢、关元为最常用腧穴。

肠通贴方是徐魁主任医师经验方,化裁自《圣济总录》威灵仙丸及《伤寒论》小承气汤。方中大黄性寒,善泻下攻积、清热泻火、逐瘀通经;牵牛子性寒,善泄水通便;肉桂药性大热,温通经脉,制牵牛子、大黄之寒凉;枳实破气除痞,合青皮增强破气消积之功,合厚朴增强下气除满之效;陈皮理气健脾;木香行气止痛;郁李仁润肠通便;生姜温中止呕;威灵仙气雄性温,性好走窜,善通经络,激发经气。诸药合用,共奏行气消胀、止呕通便之功。

良好的肠道准备有助于提高结肠腺瘤的检出

率,尤其是小息肉的发现率,这对于降低结直肠癌的发病率有重要意义;患者对肠道准备方案的耐受性直接影响肠道准备方案的实施及肠镜复查的意愿;进镜时间的长短影响患者检查过程的舒适度,缩短进镜时间也有助于提高结肠镜检查效率。鉴于此,本研究重点观察了2组受检者BBPS评分、息肉检出率、肠镜回肠末端到达时间、肠道准备方案耐受程度和肠道准备过程中不良反应发生情况。本研究结果表明,常规口服PEGP清肠的同时加用肠通贴穴位贴敷,可有效提高便秘患者的肠道准备清洁度、肠道准备过程中耐受程度、直径 <0.5 cm的息肉检出率,缩短结肠镜进镜时间,并能有效降低服药过程中恶心、呕吐、腹痛腹胀等不良反应的发生率,这对于提高受检者对于结肠镜检的耐受性、结肠镜检时结肠腺瘤发现率,预防结直肠癌的发生发展有重要的临床意义。但本研究纳入的样本量仍偏少,其结论尚存在一定的局限性,下一步拟进行多中心、大样本量研究,并进一步探讨肠通贴辅助肠道准备的确切作用机制。

参考文献

- [1] 中国医师协会内镜医师分会消化内镜专业委员会,中国抗癌协会肿瘤内镜学专业委员会.中国消化内镜诊疗相关肠道准备指南(2019,上海)[J].中华内科杂志,2019,58(7):485.
- [2] FROELICH F, WIETLISBACH V, GONVERS J J, et al. Impact of colonic cleansing on quality and diagnostic yield of colonoscopy: the European Panel of Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy European multicenter study[J]. Gastrointest Endosc, 2005, 61(3):378.
- [3] ELVAS L, BRITO D, AREIA M, et al. Impact of personalised patient education on bowel preparation for colonoscopy: prospective randomised controlled trial[J]. GE Port J Gastroenterol, 2017, 24(1):22.
- [4] 中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会消化病学分会,等.慢性便秘基层诊疗指南(实践版·2019)[J].中华全科医师杂志,2020,19(12):1108.
- [5] 方秀才.罗马IV功能性肠病诊断标准的修改对我国的影响[J].胃肠病学和肝病学杂志,2017,26(5):481.
- [6] KASTENBERG D, BERTIGER G, BROGADIR S. Bowel preparation quality scales for colonoscopy[J]. World J Gastroenterol, 2018, 24(26):2833.
- [7] 魏志敏,蒋铭栋,赵沛,等.2004—2018年中国大陆地区城乡居民结直肠癌死亡趋势分析[J].中国癌症防治杂志,2021,13(5):447.
- [8] 姜帆,付振涛,陈先献,等.2016年山东省恶性肿瘤发病与死亡水平分析[J].中华肿瘤防治杂志,2021,28(11):797.
- [9] SMITH R A, ANDREWS K S, BROOKS D, et al. Cancer screening in the United States, 2019: a review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening[J]. CA Cancer J Clin, 2019, 69(3):184.
- [10] ZAUBER A G, WINAWER S J, O'BRIEN M J, et al. Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths[J]. N Engl J Med, 2012, 366(8):687.
- [11] 中华医学会消化病学分会,中华医学会消化病学分会消化系统肿瘤协作组.中国结直肠癌综合预防共识意见(2021年,上海)[J].胃肠病学,2021,26(5):279.
- [12] SANO Y, CHIU H M, LI X B, et al. Standards of diagnostic colonoscopy for early-stage neoplasia: recommendations by an Asian private group[J]. Dig Endosc, 2019, 31(3):227.
- [13] CORLEY D A, JENSEN C D, MARKS A R, et al. Adenoma detection rate and risk of colorectal cancer and death[J]. N Engl J Med, 2014, 370(14):1298.
- [14] LEBWOHL B, KASTRINOS F, GLICK M, et al. The impact of suboptimal bowel preparation on adenoma miss rates and the factors associated with early repeat colonoscopy[J]. Gastrointest Endosc, 2011, 73(6):1207.
- [15] 陈礼鹏,杜丽云,郑培春.隔天分次口服复方聚乙二醇电解质散对老年便秘患者肠道准备效果的评价[J].中华全科医学,2021,19(2):209.
- [16] YAN X J, XU P, QIU H Y, et al. Antiemetics improve the tolerance of polyethylene glycol for colonoscopy preparation: a randomized clinical trial[J]. Medicine, 2021, 100(10):e24947.
- [17] 杨青,刘清毅,王磊.穴位贴敷联合点刺四缝穴对儿童功能性便秘胃肠激素的影响[J].上海针灸杂志,2021,40(12):1475.
- [18] 白克运,韩玮玮,王本军,等.附子丁香散加味穴位贴敷对阳虚型慢传输型便秘大鼠血清血管活性肠肽、P物质水平的影响[J].山东医药,2018,58(3):42.
- [19] 王小辉,葛来安,蓝阳,等.黄芪汤加减联合穴位贴敷对慢传输型便秘患者胃肠激素的影响[J].实用中西医结合临床,2021,21(9):5.
- [20] 王福民,孙思涵,银子涵,等.穴位贴敷治疗功能性便秘的选穴用药规律挖掘[J].中国针灸,2021,41(10):1166.

第一作者:柳冬兵(1987—),男,医学硕士,主治医师,从事消化内科及消化道早期癌症的内镜下诊治工作。2722618369@qq.com

修回日期:2022-06-07

编辑:吴宁