

# 穴位贴敷治疗混合痔术后气秘型便秘的临床疗效观察\*

余绪超 邓思洋 谢昌营 肖慧荣# 吴成成

(江西中医药大学附属医院 南昌 330006)

**摘要:**目的:观察穴位贴敷治疗混合痔术后气秘型便秘的临床疗效。方法:选取 2020 年 5 月~2021 年 3 月在江西中医药大学附属医院肛肠科就诊的 100 例混合痔术后气秘型便秘患者为研究对象,采用随机数字表法分为对照组和治疗组,各 50 例。其中治疗组予穴位贴敷于神阙穴治疗,对照组予四磨汤口服液治疗,均治疗 7 d。对比两组治疗前后临床症状积分、临床疗效和不良反应发生情况。结果:治疗组临床症状积分改善情况优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );治疗组总有效率为 95.50%,高于对照组的 80.00%,差异有统计学意义( $P<0.05$ );两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。结论:穴位贴敷可以显著改善混合痔术后气秘型便秘患者的临床症状,其治疗效果优于四磨汤口服液。

**关键词:**混合痔术后;便秘;气秘型;穴位贴敷

中图分类号:R657.18

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.17.014

混合痔术后便秘是由各种因素导致的大便秘结,患者排便周期延长,或粪质干结,排出困难,或虽有便意,但排便不畅。目前临床多采用口服缓泻剂的方法治疗,但效果并不明显,有时又会引起腹泻等不良反应,给患者带来更多痛苦<sup>[1]</sup>。我科使用中药大黄、木香、沉香按一定比例制成的穴位贴敷外敷于神阙穴治疗混合痔术后便秘多年,取得了较满意的疗效。本研究以 100 例混合痔术后气秘型便秘患者为研究对象,分别行中药穴位贴敷和四磨汤口服液口服治疗,对比两种治疗方法的临床疗效。现报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2020 年 5 月~2021 年 3 月在江西中医药大学附属医院肛肠科住院的混合痔术后气秘型便秘患者 100 例作为研究对象,采用随机数字表法分为治疗组和对照组,各 50 例。在研究观察过程中,对照组随访脱落 5 例,有 5 例因自行使用了其他治疗便秘药物而剔除,完成 40 例。其中男 25 例,女 15 例;年龄 21~60 岁,平均(42.93±10.25)岁;病程 3 个月~15 年,平均(3.71±2.17)年。治疗组随访脱落 4 例,有 2 例因药物过敏无法继续完成本研究而剔除,完成 44 例。其中男 26 例,女 18 例;年龄 22~68 岁,平均(43.83±11.25)岁;病程 4 个月~17 年,平均(3.84±2.86)年。两组一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 纳入标准** (1)术前未诊断为便秘,术后符合《罗马 IV:功能性胃肠病第 2 卷》(原书第 4 版)中<sup>[2]</sup>功能性便秘诊断标准;符合《中医内科病证诊断疗效标准》<sup>[3]</sup>和《中医临床诊疗术语国家标准(证候部分)》<sup>[4]</sup>中气秘型辨证诊断标准;(2)术前完全符合

《痔临床诊治指南(2006 版)》<sup>[5]</sup>中混合痔临床诊断标准,并接受混合痔外剥内扎手术;(3)年龄 18~70 岁(完全行为能力人),行动方便者,性别不限;(4)患者及家属对本研究内容知情,自愿参与并签署知情同意书。

**1.3 排除标准** (1)有严重的心脑血管疾病(如冠心病、室性心律失常、病窦综合征等)、严重的原发性疾病导致的肝肾功能异常、造血系统疾病及恶性肿瘤者;(2)艾滋病、梅毒等传染性疾病者;(3)有精神类疾病,不能正常沟通以及配合治疗者;(4)瘢痕体质者;(5)已实施其他便秘治疗等会影响本研究药物疗效指标者。

**1.4 治疗方法** (1)两组术前 10 h 予以肥皂水 1 000 ml 清洁灌肠,排净直肠内粪便,然后在局部浸润麻醉(1%利多卡因 20 ml)下行标准混合痔外剥内扎手术,并根据病情需要加消痔灵注射术。术后进食软食及新鲜蔬菜、水果,静脉点滴抗生素 3 d 预防感染,每日排便后行坐浴、换药治疗。(2)治疗组术后第 1 天开始予穴位贴敷。穴位贴敷药物由大黄、木香、沉香组成,按 3:2:1 比例研磨成粉末,再加上凡士林调成膏状,大小约 2 cm×2 cm,厚度约 0.2 cm,敷于神阙穴上。(3)对照组术后第 1 天开始给予四磨汤口服液(国药准字 Z20025044)口服,20 ml/次,3 次/d。(4)两组治疗期间停用其他通便药物。治疗 7 d 后观察两组临床疗效。

**1.5 观察指标** 对比两组治疗前后临床症状积分、临床疗效和不良反应发生情况。

**1.5.1 临床症状积分** 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[6]</sup>及《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[7]</sup>中治疗便秘的临床研究指导原则,并结合排便情况,对患

\* 基金项目:江西省卫生计生委中医药科研课题(编号:2019B119)

# 通信作者:肖慧荣,E-mail:583946311@qq.com

者主要症状进行评分(0~3分),其中包括:排便顺畅情况、排便耗时(T)、排便不尽感、粪便性状(参考

Bristol 粪便性状量表<sup>[8]</sup>)、疼痛情况、出血情况。各项评分之和为症状总积分。见表 1。

表 1 临床症状积分评分表

症状	0 分	1 分	2 分	3 分
排便顺畅情况	排出顺畅	稍有不顺畅,轻微坠胀感	不畅通,坠胀明显	困难,坠胀感强烈,很难缓解
排便耗时(T)	≤5 min	>5 min 或 ≤10 min	>10 分钟或 ≤20 min	>20 min
粪便性状	腊肠条状、边界明确的平滑软便	有裂缝腊肠条状便	成块腊肠条状便	坚果状硬便
排便不尽感	无	偶有、轻微	时有、较明显	一直有、明显
疼痛情况(VAS)	0~2 分	3~5 分	6~8 分	9~10 分
出血情况	无	仅便纸染血	时少量便血,便后即止(未行特殊止血治疗)	时有中等量便血,但便后即止(未行特殊止血治疗)

1.5.2 临床疗效评价标准 参照《中医内科病证诊断疗效标准》<sup>[9]</sup>及《痔临床诊治指南(2006 版)》<sup>[9]</sup>,根据积分判定临床疗效。临床痊愈,主要症状消失或基本消失,积分减少 ≥95%;显效,主要症状明显改善,积分减少 ≥70%;有效,主要症状有一定改善,积分减少 ≥30%;无效,主要症状无改善或加重,积分减少 <30%。症状积分减少率=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 × 100%。

1.5.3 不良反应发生情况 观察两组患者治疗前后生命体征(呼吸、脉搏、体温、血压)、三大常规(血常规、大小便常规)、肝肾功能以及心电图情况,记录出现的不良反应及其他相关不适症状。

1.6 统计学方法 采用 SPSS25.0 统计学软件分析数据。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  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后症状积分比较 治疗前两组症状积分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗 7 d 后,治疗组症状积分低于对照组( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组治疗前后症状积分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
对照组	40	12.21 ± 2.08	8.34 ± 3.95	5.54	0.00
治疗组	44	12.35 ± 1.98	6.52 ± 3.85	8.60	0.00
t		0.308	2.087		
P		0.759	0.039		

2.2 两组临床疗效比较 治疗组总有效率为 95.50%,明显高于对照组的 80.00%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组临床疗效比较

组别	n	临床痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)	P
对照组	40	0	14	18	8	80.00	
治疗组	44	2	24	16	2	95.50	0.003

2.3 两组不良反应发生情况比较 治疗过程中,治疗组出现皮肤过敏反应 2 例,给予对症处理后症状缓解,患者拒绝继续穴位贴敷治疗,故剔除。两组不

良反应发生率比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

3 讨论

在临床上,便秘是混合痔患者术后最容易出现的并发症,且易引起其他并发症,如疼痛、出血、水肿等,致使预后不良<sup>[9]</sup>。西医认为便秘发生的原因主要有四点:(1)心理因素。患者由于担心排便时粪便摩擦、撕裂伤口,导致疼痛、出血等并发症,故想忍住排便<sup>[10]</sup>。(2)饮食因素。有的患者认为多食蔬菜水果会导致大便增多,就拒食蔬菜水果,导致肠蠕动减弱,粪便不能正常排出<sup>[11]</sup>。(3)环境因素。由于术后长时间卧床,运动量减少,导致肠蠕动功能下降,进而导致粪便中的水分被肠道重复多次吸收,粪便干燥坚硬,引起患者排便困难<sup>[12]</sup>。(4)医药因素。由于术中麻醉药物和术后止痛药物的使用,使胃肠运动能力出现减弱,进而导致便秘<sup>[13]</sup>。中医学认为手术属于金刃损伤,耗气伤津,而致气虚津亏,大肠传导无力,加之术后患者久卧少动则伤气、情志不舒则气滞,致大肠传导失职,糟粕内停,而成气秘型便秘<sup>[14]</sup>。

目前临床医治混合痔术后便秘多采用口服泻药以及开塞露塞肛等方法,但治疗效果欠佳。口服泻药有时还会引起腹泻等不良反应,给患者带来更多痛苦,甚至导致结肠黑变病<sup>[15]</sup>。本研究选择中医最常用的外治法之一的穴位贴敷法,其操作简便,易接受,且经济实用。在中医辨证论治基础上选用大黄、木香、沉香,按 3:2:1 比例研磨成粉末,再加凡士林调成膏状,大小约 2 cm × 2 cm,厚约 0.2 cm,敷于神阙穴上,可以使药物快速渗透、吸收,并且药物首过效应降低,药物清除分解少,故用药剂量小,而疗效显著<sup>[16-17]</sup>。其中大黄苦寒,泻热通便,为最常用的便秘外用药物<sup>[18]</sup>。木香药性为辛行苦降,具有行气健脾、消食止痛的功效,为脾胃气滞之常用药。现代药理表明,木香可以改善胃肠动力障碍,以促进胃排空及肠道运动<sup>[19]</sup>。沉香辛苦微温,行气止痛,能显著增强肠推进和胃排空速率<sup>[20]</sup>。诸药合用,共奏理气行滞通便之功。

综上所述,穴位贴敷可以显著改善混合痔术后

气秘型便秘患者的症状,治疗效果优于四磨汤口服液。但本研究也有不足之处,如疗效观察时间仅为 7 d,未进行长期疗效观察;大黄等药物直接外用刺激性较强,易产生皮肤过敏等不良反应;研究中患者的痛阈值不同,数据可能存在误差。因此,为更好地探究穴位贴敷对混合痔患者术后便秘的临床疗效,有必要进一步扩大样本量及延长治疗观察周期,并优化治疗方案。

#### 参考文献

- [1]刘四顺.加减归脾汤干预术后排便困难(气血亏虚型)的研究[D].成都:成都中医药大学,2017.12.
- [2]方秀才,侯晓华等译.罗马IV:功能性胃肠病第2卷(原书第4版)[M].北京:科学出版社,2016.642-653.
- [3]ZY/T 001.1-94,中医内科病证诊断疗效标准[S].1994.24
- [4]GB/T 167512-1997,中医临床诊疗术语国家标准(证候部分)[S].1997.10.
- [5]中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组,中华中医药学会肛肠病专业委员会,中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会.痔临床诊治指南(2006版)[J].中华胃肠外科杂志,2006,9(5):461-463.
- [6]国家中医药管理局医政司.中医病证诊断疗效标准[M].北京:中国中医药出版社,2017.18.
- [7]国家食品药品监督管理局.中药新药临床研究指导原则(试行)[S].北京:中国医药科技出版社,2002.200-205.
- [8]占煜,贺小婉,徐红,等.阿片类药物相关便秘的研究及药物治疗进展[J].中国新药与临床杂志,2016,35(10):683-689.
- [9]张子豪,王智浩,龙楚文,等.电针联合生血通便颗粒对混合痔术后

便秘临床研究[J].中医药临床杂志,2021,33(4):778-781.

- [10]郭晶明.热奄包热敷联合穴位贴敷对混合痔术后便秘患者灌肠次数及心理状态的影响观察[J].医学理论与实践,2020,33(24):4217-4219.
- [11]刘娅.自制润肠膏联合穴位按摩护理混合痔术后便秘的疗效观察[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(32):113.
- [12]李芳澜,魏志军,李华娟,等.祛毒促愈汤联合痔疮膏治疗混合痔外剥内扎术后并发症的临床观察[J].广州中医药大学学报,2021,38(6):1149-1154.
- [13]陈俊,叶茂,贺立林.穴位热敏灸治疗肛肠病术后便秘临床观察[J].实用中西医结合临床,2012,12(2):15-16.
- [14]戈学凤,郭志玲,安静.穴位贴敷治疗气秘型功能性便秘临床观察[J].西部中医药,2018,31(1):109-111.
- [15]郁强.结肠黑变病的发病特点及与结肠癌相关性的临床和实验研究[D].北京:北京中医药大学,2018.18.
- [16]上官海琴,李二兰.穴位贴敷、按摩联合中药熏洗坐浴对湿热下注型混合痔术后排便情况及生活质量的临床研究[J].按摩与康复医学,2021,12(14):22-24.
- [17]宋娜,赖宗浪,程俊,等.中药贴敷神阙治疗阿片类药物相关性便秘疗效的系统评价[J].世界中医药,2019,14(7):1686-1691.
- [18]张霞,马玉侠,张中原.基于脐疗治疗便秘的药物功效的文献研究[J].西部中医药,2014,27(3):83-84.
- [19]美丽,王芳,伍振峰,等.木香在汉、蒙医药中的应用概况及现代研究进展[J].中成药,2019,41(3):635-639.
- [20]彭德乾,王灿红,刘洋洋,等.沉香的化学成分及其药理活性的研究进展[J].中国现代应用药学,2021,38(3):358-365.

(收稿日期: 2021-07-12)

(上接第 18 页)关,另一方面也与缺血缺氧所继发性引起的氧化应激反应过度激活有关<sup>[9]</sup>。氧自由基大量生成是氧化应激反应激活的特征,氧自由基能够直接攻击细胞膜及生物膜结构中的多种生成,造成膜结构损害的过程中也生成产物 ET-1、MDA。与此同时,体内本身存在一定抗氧化机制,包括抗氧化酶 SOD、GSH-Px 在内的多种抗氧化物参与抗氧化机制的形成,能够在一定范围内催化还原反应并清除氧自由基,但持续过度生成的氧自由基会使 SOD、GSH-Px 被消耗且抗氧化力减弱。

本研究结果显示,两组患者术后 1 周时血清中 MDA 含量明显降低,而 ET-1 含量降低、SOD 及 GSH-Px 含量升高,但差异无统计学意义( $P>0.05$ )。MDA 分析结果表明,随着 PPCI 术后心肌血流灌注的恢复、心肌氧化应激反应的程度得到控制,而 ET-1 及 SOD、GSH-Px 术前术后比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),但也能在一定程度上反映患者氧化应激程度的改善,表明联合使用 PPCI 及 IABP 能够在增加冠脉血流及心脏搏出量的基础上进一步减轻术后氧化应激反应程度。

综上所述,PPCI 联合 IABP 用于多支冠脉病变 STEMI 治疗能够改善术后心功能、减轻心肌损伤并抑制氧化应激反应程度。本研究不足之处是随访时间较短,在 1 个月内随访中未发现 IABP 对 PPCI 术后恶性并发症的改善价值,可进一步延长随访时间并对心脑血管时间进行观察,进而明确 IABP 的长期获益价值。

#### 参考文献

- [1]Kapadia S.Trends in cardiovascular risk profiles[J].Cleve Clin J Med, 2017,84(12 Suppl 4):6-9.
- [2]宁小方,姬富才.急性心肌梗死合并心源性休克病人行主动脉内球囊反搏术联合经皮冠状动脉介入术的临床疗效分析[J].安徽医药, 2017,21(8):1442-1445.
- [3]张沛,戴军,张朝阳,等.年龄 $\geq 80$ 岁和年龄 $<80$ 岁的急性 ST 段抬高型心肌梗死患者主动脉内球囊反搏支持下直接经皮冠状动脉介入治疗预后的对比研究[J].中国循环杂志,2018,33(3):217-221.
- [4]张能,张丹,张煜,等.高敏心肌肌钙蛋白 I 动态变化在急性冠状动脉综合征早期诊断中的应用价值[J].中国循环杂志,2016,31(1):25-30.
- [5]张文广,马立永,陈金岭,等.经皮冠状动脉介入治疗对急性心肌梗死后左心室重构和氧化应激反应及心功能的影响[J].中华老年心脑血管病杂志,2018,20(3):253-256.

(收稿日期: 2021-05-26)