

穴位贴敷联合耳穴贴压治疗气滞型慢传输型便秘的疗效观察及其对胃肠激素的影响

潘文琪¹, 唐 昆², 李 明², 卢 渔¹, 吴健芳¹

(¹ 安徽中医药大学·安徽合肥 230031; ² 安徽中医药大学第一附属医院·安徽合肥 230031)

摘要 目的:观察穴位贴敷联合耳穴贴压治疗气滞型慢传输型便秘(STC)的临床疗效及对胃肠激素的影响。方法:60 例气滞型 STC 患者,采用随机数表法分为 2 组。两组均常规予以西药琥珀酸普卢卡必利片 2 mg/次,临睡前口服治疗,对照组(30 例)予以穴位贴敷治疗,观察组(30 例)在对照组的基础上加用耳穴贴压治疗,10 d 为 1 个疗程,两组共治疗 20 d,评价临床疗效;比较治疗前后便秘症状评分、中医证候评分、结肠传输试验标记物 48 h 和 72 h 排出量及血清生长抑素(SS)、P 物质(SP)及胃动素(MLT)变化情况。结果:观察组总有效率(83.3%)明显高于对照组总有效率(56.6%)($P < 0.05$)。治疗后观察组便秘症状评分、中医证候评分及血清 SS 水平均低于对照组($P < 0.05$),结肠传输试验 48 h、72 h 标记物排出量和血清 SP、MLT 水平均高于对照组($P < 0.05$)。结论:穴位贴敷联合耳穴贴压可以提高气滞型慢传输型便秘的临床疗效,并调节胃肠激素水平,为便秘的综合治疗提供新的有效方案。

关键词 穴位贴敷;耳穴贴压;慢传输型便秘;气滞型;胃肠激素

慢传输型便秘(slow transit constipation, STC)作为功能性便秘的一种,区别于器质性病变,是结肠运动传输功能减弱,肠内容物缓慢通过而滞留于肠道中形成的便秘。目前发病机制尚不明,研究显示或与神经递质、肠神经系统、肠道菌群、平滑肌功能有关^[1]。STC 多见于老年人,但受饮食结构、社会环境、精神压力等多重因素影响,患病率逐年增高,且趋于年轻化。长期便秘对于肛肠疾病、结肠癌、心脑血管疾病的发生有重要影响,亦会导致患者焦虑、抑郁等精神心理障碍,严重者甚至威胁生命^[2]。现代医学治疗主要以泻药、促肠动力药、微生态制剂为主,但往往患者之间存在个体差异,在治疗过程中可能会出现腹胀、腹泻、腹痛等胃肠道不良反应。中医治疗便秘历史悠久,其中穴位贴敷和耳穴贴压作为中医外治法的代表,不经过肝肾脏的代谢,具有安全、无害、方便、价廉、易接受等多种特点^[3],通过刺激特定穴位可达到健脾益气、泻下通气、调节胃肠功能、增加肠蠕动的效果^[4]。笔者采取穴位贴敷联合耳穴贴压治疗气滞型慢传输型便秘,观察治疗效果和对胃肠激素的调节作用,现将报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取安徽中医药大学第一附属医院盆底诊疗中心于 2023 年 2 月—2024 年 2 月收治的 60 例气滞型 STC 患者,随机数表法将其分为对照组和观察组,各 30 例;其中对照组男 15 例,女 15 例;平均年龄(49.93 ± 13.03)岁;平均病程(3.67 ± 2.07)年;平均排便间期(3.30 ± 1.18) d。观察组男 13 例,女 17 例;平均年龄(53.3 ± 12.40)岁;平均病程(3.33 ± 1.56)年;平均排便间期(3.93 ± 1.31) d。两组比较,一般资料差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 符合慢传输型便秘西医临床诊断标准^[5],且中医辨证为气滞证^[6];性别不限,年龄 18 ~ 75 岁;患者及家属对本研究知情同意。

1.3 排除标准 1) 孕妇、过敏体质、高龄患者; 2) 基础疾病较多,依从性不佳者或伴精神疾病者; 3) 代谢性、神经性、药物性便秘者; 4) 近期已参与其他临床试验; 5) 取穴处有皮肤破损或感染、重度瘢痕者。

2 方法

2.1 治疗方法 两组患者均常规予以西药普卢卡必利(江苏豪森药业有限公司,国药准字 H20183482),每日 2 mg,临睡前口服;另嘱患者保持心情愉悦、作息规律、忌油腻食物、多喝水等。①对照组予以患者穴位贴敷。穴位选择:神阙、天枢穴;

基金项目:安徽省青年领军后备人才支持项目(2020qnqhxz20220011);安徽省“十四五”省级中医优势特色专科项目(zyyfw20210087)

通讯作者:唐昆, E-mail:1440149983@qq.com

操作:检查局部皮肤有无破损,使用 75% 酒精消毒皮肤,取研磨成粉末状(大黄、芒硝 = 1:1)中药加蜂蜜调匀制成小丸,将其均匀贴敷于神阙及两侧天枢穴中心直径约 2 cm × 2 cm 的区域内,每天在早上 9:00 贴敷,贴敷 6 h 后取下。观察组在对照组基础上加用耳穴贴压治疗,选穴和定位参照《耳穴贴压疗法》^[7]。选穴:大肠穴、直肠穴、三焦穴、便秘穴、肺穴、脾穴。操作:使用 75% 酒精对患者一侧耳廓皮肤常规消毒,将粘有王不留行籽标准胶布固定于上述耳穴;嘱咐患者以指腹均匀按压,按压时注意力度以出现明显胀痛发热感为准,每日按压 5 次,每次 3 min;3 ~ 5 d 更换 1 次,双耳交替进行。1 个疗程为 10 d,两组共计治疗 2 个疗程。

2.2 疗效标准 参照《中国慢性便秘专家共识意见(2019,广州)》^[8]判定。

2.3 观察指标

2.3.1 便秘症状评分 参照《便秘中医诊疗专家共识意见(2017)》^[9],分别从粪便性状、排便费力程度、排便时间、排便频率及下坠、不尽、胀感 5 个方面进行治疗前后评分,根据严重程度从无到重计 0 分、1 分、2 分、3 分,分数越高,症状越重。

2.3.2 中医气滞证症状评分 参照《便秘中医诊疗专家共识意见(2017)》^[9],分别对排便不爽、腹胀、肠鸣、胸胁满闷、呃逆或矢气 5 个方面进行治疗前后评分,根据严重程度从无到重计 0 分、1 分、

2 分、3 分,分数越高,症状越重。

2.3.3 结肠传输实验(CTT) 于治疗前后对 2 组患者进行 CTT,检查前 3 d 未口服任何泻剂及接受任何影响肠道传输功能的治疗,于第 1 天早晨 8:00 服用不透明 X 线标志物(20 颗显影钡条),检测服用后第 48 h、第 72 h X 线检查标记物的排出量。

2.3.4 血清胃肠激素水平测定 分别于治疗前后清晨 8:00 采取患者 3 ~ 5 mL 空腹静脉血,离心分离,应用酶联免疫吸附法(ELISA)测定血清生长抑素(SS)、P 物质(SP)及胃动素(MLT)水平,试剂盒均购于南京博研生物科技有限公司,按说明统一操作。

2.4 统计学方法 应用 SPSS 27.0 统计软件。计量资料先进行正态性检验和方差齐性检验,符合正态分布采用($\bar{x} \pm s$)表示,行 *t* 检验;计数资料行卡方检验。*P* < 0.05 表示差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者疗效比较 见表 1。

表 1 两组患者疗效比较(例)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	30	1	7	9	13	56.6
观察组	30	3	12	10	5	83.3 [△]

注:与对照组比较,△*P* < 0.05

3.2 两组患者治疗前后便秘症状评分比较 见表 2。

表 2 两组患者治疗前后便秘症状评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间	粪便性状	排便费力	排便时间	排便频率	下坠、不尽、胀感
对照组	30	治疗前	2.37 ± 0.85	2.30 ± 0.70	2.37 ± 0.67	2.37 ± 0.77	1.87 ± 1.07
		治疗后	1.00 ± 0.70 [*]	0.93 ± 0.79 [*]	0.87 ± 0.68 [*]	1.03 ± 0.81 [*]	0.83 ± 0.87 [*]
观察组	30	治疗前	2.50 ± 0.63	2.03 ± 0.96	2.23 ± 0.86	2.10 ± 0.92	2.17 ± 0.83
		治疗后	0.67 ± 0.66 [△]	0.53 ± 0.57 [△]	0.57 ± 0.63 [△]	0.63 ± 0.61 [△]	0.43 ± 0.68 [△]

注:与治疗前比较,**P* < 0.05;与对照组比较,△*P* < 0.05

3.3 两组患者治疗前后气滞证症状评分比较 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后气滞证症状评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间	排便不爽	腹胀	肠鸣	胸胁满闷	呃逆或矢气
对照组	30	治疗前	1.67 ± 0.55	1.50 ± 0.63	1.63 ± 0.56	1.57 ± 0.57	1.63 ± 0.49
		治疗后	1.43 ± 0.57 [*]	1.07 ± 0.74 [*]	1.13 ± 0.77 [*]	0.87 ± 0.78 [*]	1.37 ± 0.62 [*]
观察组	30	治疗前	1.57 ± 0.50	1.67 ± 0.55	1.60 ± 0.67	1.53 ± 0.63	1.70 ± 0.47
		治疗后	0.27 ± 0.52 [△]	0.33 ± 0.66 [△]	0.37 ± 0.72 [△]	0.30 ± 0.59 [△]	0.37 ± 0.67 [△]

注:与治疗前比较,**P* < 0.05;与对照组比较,△*P* < 0.05

3.4 两组患者治疗前后 CTT 结果比较 见表 4。

表 4 两组患者治疗前后标记物排出量比较($\bar{x} \pm s$,枚)

组别	例数	时间	48 h 排出量	72 h 排出量
对照组	30	治疗前	3.63 ± 1.47	8.20 ± 2.23
		治疗后	9.73 ± 2.00 [*]	13.37 ± 3.50 [*]
观察组	30	治疗前	3.27 ± 1.17	7.00 ± 1.46
		治疗后	11.03 ± 1.94 [△]	15.57 ± 2.16 [△]

注:与治疗前比较,**P* < 0.05;与对照组比较,△*P* < 0.05

3.5 两组患者治疗前后胃肠激素水平比较 见表 5。

4 讨论

慢传输型便秘是临床常见病、多发病,受饮食结构、社会环境、精神压力等多重因素影响,发生率逐年提高。本病病程通常较长,常反复发作,对于患者生理、精神、经济造成各层面的压力^[10]。西医治

表 5 两组患者治疗前后胃肠激素水平比较($\bar{x} \pm s, \text{ng/L}$)

组别	例数	时间	SS	SP	MTL
对照组	30	治疗前	41.01 ± 9.62	24.97 ± 6.50	179.64 ± 7.88
		治疗后	33.62 ± 11.10*	43.28 ± 9.10*	254.06 ± 20.19*
观察组	30	治疗前	41.19 ± 6.66	23.67 ± 3.54	181.67 ± 7.67
		治疗后	25.58 ± 5.03 Δ	52.31 ± 9.57 Δ	287.56 ± 14.84 Δ

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

疗以对症治疗为主,常使用促胃肠动力药、泻剂等,其中普芦卡必利为新一代高选择性 5-HT₄ 受体激动剂,与 5-HT₄ 受体结合后刺激肠神经,增加肠道蠕动,在临床中显示出较好的疗效^[11];但长期应用可能会产生依赖性,且患者存在一定不良反应,因此如何更好的提高临床疗效、避免药物不良反应及长期应用,减少复发率成了学界研究的重点^[12]。

慢传输型便秘可归属于中医“脾约”“大便难”等范畴,中医学认为便秘的病因可概括为饮食失常、外感邪气、情志失调等多方面,其病机为大肠传导失司,常涉及多个脏腑。气滞型便秘是由于气机运行受阻,气滞于大肠导致腑气不通,传导不利,内部糟粕运转不畅,又称“气秘”,为便秘的常见证型。中医治疗便秘历史悠久且方法多样、疗效显著。其中穴位贴敷基于中医基础理论,通过外用药物刺激人体特定穴位,以调和气血、改善循环、动态调节人体平衡的一种疗法^[13]。药选大黄、芒硝;大黄善于攻下,主要用于实积便秘,药理研究表明大黄能加快肠蠕动,增加肠腔容积,增高肠内渗透压,从而促进排便^[14]。芒硝能润燥软坚,与大黄合用共奏泻下通便之功。以蜂蜜调和药物,增其滑润之性,加强润肠通便之效。穴选神阙穴、天枢穴。神阙穴位于脐正中,与五脏六腑相通,有健脾和胃、培元固本保健之功效,且此处皮下脂肪较少,分布有丰富的神经末梢,血管及大量淋巴管,故渗透性强^[15]。天枢穴,为大肠经募穴,调节气机,擅长治疗腹部肠胃疾病。《灵枢·口问》曰:“耳者,宗脉之所聚也”,表明耳与人体五脏六腑经络有着密切的关系。对特定的耳穴进行刺激能起到调节副交感神经的作用^[16]。通过刺激大肠、直肠穴、便秘穴直达病位,可刺激内分泌调节植物神经功能,三焦穴促进消化,增加肠蠕动。肺穴宣发肃降,促进大肠传导,脾穴健脾、益气和中。

胃肠激素是胃肠道分泌细胞和神经细胞所释放的一类化学物质,在调节胃肠功能中发挥重要作用,与便秘的发生发展紧密联系^[17]。其中 SS 为抑制性胃肠激素,属多肽类激素,抑制胃肠平滑肌及胃酸分泌,血清 SS 含量升高可能会引发便秘^[18]。

SP 为兴奋性胃肠激素,为一种神经肽,刺激肠神经收缩肠道纵行肌和环形肌^[19],SP 含量降低可能会引发便秘。MTL 具有兴奋胃肠平滑肌,增强胃窦收缩的功能,促进胃肠运动和胃排空的作用,MTL 水平升高可有效改善便秘^[20]。

本文结果可见,采用穴位贴敷联合耳穴贴压治疗气滞型慢传输型便秘患者,能够减轻便秘症状评分和气滞证症状评分,明显增加肠道 X 线检查标记物的排出量,显著调节便秘患者的血清 SS、SP、MTL 水平;疗效较单独应用一种治疗方法疗效更佳。为中医药治疗慢传输型便秘提供更为优化方案。

参考文献

- [1] 姬艳景,冯国庆,王兴慧,等.慢传输型便秘常见中西医疗法概况[J].中国肛肠病杂志,2023,43(5):72-74.
- [2] 姜洪宇,陈萌,于永铎.中医药调控慢传输型便秘 Cajal 间质细胞表达研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2022,24(11):118-122.
- [3] 凡会霞,张申,刘思琦,等.中医治疗功能性便秘研究进展[J].光明中医,2022,37(24):4581-4584.
- [4] 罗春梅,汪涓,陈宇,等.耳穴压豆防治便秘效果的系统评价[J].中国护理管理,2017,17(4):548-554.
- [5] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组,中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组.中国慢性便秘诊治指南(2013年,武汉)[J].中华消化杂志,2013,33(5):291-297.
- [6] 李军祥,陈諳,柯晓.功能性便秘中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(1):18-26.
- [7] 单秋华.耳穴贴压疗法[M].济南:山东科学技术出版社,1998.
- [8] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组,中华医学会消化病学分会功能性胃肠病协作组.中国慢性便秘专家共识意见(2019,广州)[J].中华消化杂志,2019,39(9):577-598.
- [9] 沈洪,张露,叶柏.便秘中医诊疗专家共识意见(2017)[J].北京中医药,2017,36(9):771-776,784.
- [10] 牛明了,甄欢欢,唐诚馨,等.加味济川煎治疗脾肾阳虚型老年慢传输型便秘患者的疗效评价及对血清脑肠肽的影响[J].中国实验方剂学杂志,2023,29(11):126-132.
- [11] Yiannakou Y, Piessevaux H, Bouchoucha M, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial to evaluate the efficacy, safety, and tolerability of prucalopride in men with chronic constipation[J]. Am J Gastroenterol, 2015, 110(5):741-748.
- [12] 中华医学会老年医学分会中华老年医学杂志编辑委

- 员会. 老年人慢性便秘的评估与处理专家共识[J]. 中华老年医学杂志, 2017, 36(4): 371-381.
- [13] 赵允阳, 杨会举, 李敏, 等. 穴位贴敷治疗功能性便秘的研究进展[J]. 中国民间疗法, 2024, 32(7): 110-112.
- [14] 苗培福. 大黄的药理作用及临床应用分析[J]. 中国中医药现代远程教育, 2019, 17(20): 61-62.
- [15] 王文文, 林海燕, 汪红根, 等. 穴位贴敷治疗功能性便秘 50 例临床观察[J]. 浙江中医杂志, 2018, 53(5): 341-342.
- [16] 张靖, 张倬萁, 王静静, 等. 虎符铜砭刮痧加耳穴贴压联合枸橼酸莫沙必利分散片治疗气滞型功能性便秘的研究[J]. 中医研究, 2023, 36(9): 76-79.
- [17] 王亮亮, 王永宁, 叶新, 等. 益气通腑散外敷神阙穴联合生物反馈疗法对老年慢性功能性便秘患者胃肠激素影响[J]. 医药论坛杂志, 2023, 44(20): 92-95, 99.
- [18] 胡林, 朱明艳, 张怡, 等. 生物反馈联合乳果糖口服液治疗对排便障碍型便秘患者便秘症状、胃肠激素及直肠 Cajal 间质细胞的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2023, 31(12): 985-989.
- [19] Lu P, Luo H, Quan X, et al. The role of substance P in the maintenance of colonic hypermotility induced by repeated stress in rats [J]. Neuropeptides, 2016, 56: 75-82.
- [20] Ulusoy E, Arslan N, Kume T, et al. Serum motilin levels and motilin gene polymorphisms in children with functional constipation [J]. Minerva Pediatr (Torino), 2021, 73(5): 420-425.
- (修回日期: 2025-01-07)

五苓散合三仁汤加味治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的疗效观察及对血清炎症因子的影响

李倩倩, 郭婷婷, 应 一

(仙居县人民医院, 浙江省人民医院浙东南院区, 杭州医学院附属仙居医院·浙江 仙居 317300)

摘要 目的: 观察五苓散合三仁汤加味治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)的疗效及其对血清炎症因子 IL-6、IL-8、TNF- α 的影响。方法: 60 例 OSAHS 患者分为两组, 对照组西医常规处理, 观察组西医常规基础上予五苓散合三仁汤加味治疗, 治疗 4 周评价疗效; 治疗前后对日间嗜睡、睡眠打鼾、反复呼吸暂停进行严重程度评分, 多导睡眠仪进行夜间睡眠呼吸监测, 记录氧减指数(ODI)、呼吸暂停指数(AHI)、最低血氧饱和度(LSaO₂), ELISA 检测血清 IL-6、IL-8、TNF- α 水平。结果: 中药治疗观察组治疗 4 周总有效率(90.0%)明显高于西医常规处理的对照组(66.7%) ($P < 0.05$); 两组患者治疗 4 周后日间嗜睡、睡眠打鼾、反复呼吸暂停 3 项症状评分均降低 ($P < 0.05$), ODI 和 AHI 均降低 ($P < 0.05$), LSaO₂ 升高 ($P < 0.05$), 血清 IL-6、IL-8、TNF- α 水平均降低 ($P < 0.05$); 观察组上述指标改善更显著 ($P < 0.05$)。结论: 五苓散合三仁汤加味治疗 OSAHS 患者疗效显著, 可明显改善相关症状, 改善夜间睡眠呼吸状况和微炎症状态。

关键词 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征; 双水平无创正压通气; 五苓散合三仁汤加味; 夜间睡眠呼吸; IL-6; IL-8; TNF- α

调查显示, 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)在全球患病率呈上升态势, 30~69 岁人群约 9.36 亿可能患有 OSAHS, 中、重度 OSAHS 接近 4.25 亿, 我国该类患者达 1.76 亿^[1]。由于 OSAHS 涉及多脏器、多系统、多学科, 临床尚无特效疗法, 手术可改善气道通气功能, 但其创伤大, 术中及术后发生并发症风险高; 持续气道正压通气疗效虽

好, 但长期使用依从性差, 综合治疗成为目前治疗 OSAHS 的发展趋势^[2]。OSAHS 属中医“鼾证”“鼾眠”范畴, 认为其发病多因体质、饮食、外邪侵袭、久病体虚等因素导致痰瘀阻塞气道, 气机运行不利而引发^[3-4]。《伤寒论》之五苓散具有利水渗湿、温阳化气之功效; 《温病条辨》之三仁汤具有宣畅气机、清利湿热之功效, 本研究将两方相合, 以随机对照的方法分析其对 OSAHS 的作用效果及对患者血清炎症因子水平的影响。

1 临床资料

基金项目: 浙江省中医药科技计划项目(2023ZL203)

通讯作者: 应一, E-mail: 1203696720@qq.com