

清胰汤和雷火灸改善急性胰腺炎患者胃肠动力障碍的效果比较

赵春梅¹, 彭美霞¹, 姚小燕², 张启玲¹, 许银银¹, 桑圣梅¹

Effect of Qingyi Decoction and thunder-fire moxibustion on relieving gastrointestinal motility disorder in acute pancreatitis patients: a comparative study Zhao Chunmei, Peng Meixia, Yao Xiaoyan, Zhang Qiling, Xu Yingying, Sang Shengmei

摘要:目的 比较中医清胰汤和雷火灸技术改善急性水肿型胰腺炎患者胃肠动力障碍的效果。方法 将 59 例急性胰腺炎患者随机分为清胰汤组 28 例和雷火灸组 31 例,在急性胰腺炎常规治疗及护理的基础上,清胰汤组鼻饲中药清胰汤,雷火灸组使用中医雷火灸技术。比较两组胃肠功能恢复时间、不良反应发生率和舒适度。结果 雷火灸组首次肛门排气时间显著早于清胰汤组,不良反应发生率显著低于清胰汤组,患者舒适度显著高于清胰汤组,但清胰汤组首次肛门排便时间显著早于雷火灸组(均 $P < 0.01$)。结论 中医雷火灸技术相对于清胰汤鼻饲有利于促进急性水肿型胰腺炎患者早期肛门排气,降低不良反应发生率,提高患者舒适度,但在促进早期肛门排便方面不及清胰汤。

关键词:急性胰腺炎; 胃肠动力障碍; 雷火灸; 清胰汤; 肛门排气; 排便; 舒适度

中图分类号: R473.5; R25 **文献标识码:** B **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2021.08.029

急性胰腺炎早期炎症易累及肠道引起胃肠运动抑制,临床表现为胃潴留、肠麻痹等,肠运动状态是决定急性胰腺炎病程和预后的重要因素之一,进一步发展可致全身炎症反应、脓毒症、多器官功能衰竭甚至死亡^[1]。胃肠功能障碍是急性胰腺炎治疗的难点^[2]。中医利用通里泄下、行气活血原理,可强化胃肠运动功能,改善急性胰腺炎症状^[3],清胰汤能促进胃肠功能恢复,控制和减少肠道细菌移位,减少急性炎症反应综合征^[4],可有效调节胃肠激素,改善胃肠功能^[5],但该汤剂味道苦,口服后容易导致呕吐或者腹泻^[6]。雷火灸技术利用灸条燃烧的热能、药效和红外辐射力,达到循经感传、通导经络,增强各部位的生理活动功能^[7],尚未见用于改善急性胰腺炎胃肠动力障碍的报道。本研究比较中医清胰汤和雷火灸技术改善急性胰腺炎患者胃肠动力障碍的效果,旨在为临床实践提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 将南通大学第二附属医院消化内科 2018 年 7~12 月收治的急性水肿型胰腺炎患者作为研究对象。纳入标准:①符合急性水肿型胰腺炎诊断标准^[8],发病时间在 72 h 内;②年龄 18~65 岁;③无肛门排气排便,听诊未闻及肠鸣音;④无精神疾病史,意识清楚;⑤无腹部手术史及肠梗阻史;⑥知情,同意参与本研究。排除标准:①急性重症胰腺炎;②需外科手术;③局部皮肤瘢痕、破溃、炎性渗出;④对艾灸、热疗敏感;⑤有出血倾向;⑥孕妇或哺乳期妇女。共纳入患者 61 例,采用随机数字表分为清胰汤组 30 例和雷火灸组 31 例,研究过程中清胰汤组脱落 2 例,最

终清胰汤组 28 例、雷火灸组 31 例完成研究。两组一般资料比较见表 1。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	发病时间 (h, $\bar{x} \pm s$)
		男	女		
清胰汤组	28	26	2	54.00 ± 9.65	16.32 ± 5.72
雷火灸组	31	26	5	55.52 ± 9.96	17.39 ± 6.98
统计量		$\chi^2 = 0.439$		$t = 0.593$	$t = 0.637$
<i>P</i>		0.507		0.556	0.526

1.2 干预方法

两组均实施禁食、胃肠减压、西药抑制消化液分泌、抗感染等治疗,并接受常规护理:协助患者取蜷曲侧卧位缓解腹痛,密切观察患者腹部体征、生命体征,准确记录出入液量,妥善固定胃管,使用薄黄瓜片敷唇、温水喷雾保持口腔湿润缓解口干,提供生活护理、疾病宣教、心理疏导等,同时给予相对应的中医护理。

1.2.1 护理人员培训与考核 消化内科护士长在 2018 年 6 月对科室护理人员进行急性胰腺炎胃肠动力障碍的原因、危害等相关知识培训;同时邀请本院中医科护士长及中医专科护士就中医基础理论、清胰汤、雷火灸、选穴等内容以理论授课、模型演示、临床操作等方式进行培训,为期 2 周共计 12 学时。培训后对消化内科所有护理人员进行考核。

1.2.2 组建中西医多学科团队 在考核合格的消化内科护理人员中,甄选中医理论与操作考核成绩优异、热衷于中医适宜技术的 4 名护理人员,与消化科副主任医师及护士长各 1 名、中医科副主任医师及护士长各 1 名、中医专科护士 1 名、中药房药师 1 名共 10 人组建多学科团队,由消化科护士长总体负责和协调,医疗组负责疾病诊疗计划,护理组负责临床实施、观察、评价和记录,中药房药师负责中药煎剂。

1.2.3 中医护理干预方法 清胰汤组:采用中药清胰汤鼻饲。清胰汤成分为生大黄 10 g,枳实 10 g,厚

作者单位:南通大学第二附属医院 1. 消化内科 2. 中医科(江苏 南通, 226001)

赵春梅:女,本科,副主任护师,护士长

通信作者:桑圣梅, ntyyssm@163.com

科研项目:南通市科技计划立项课题(MSZ18186)

收稿:2020-11-04;修回:2021-01-08

朴 10 g, 柴胡 10 g, 白芍 10 g, 黄芪 10 g, 玄明粉 10 g (后下)。由中医科副主任医师会诊开具中药处方, 中药房药师负责煎药, 文火浓煎 2 次, 取汁 200 mL, 以 100 mL/袋软包装送至病房, 2 次/d, 每次 1 袋(服用前加入玄明粉 5 g), 连续 5 d, 每天 8:00 和 16:00 由责任护士负责胃管内鼻饲, 注入后夹管保留 2 h, 再开放胃肠减压。雷火灸组采用雷火灸技术^[9]: ①施灸前准备, 调节室温, 患者做好个人准备, 取仰卧位, 暴露腹部及双下肢皮肤。②躯干穴位, 中医科护士长负责选定、标记穴位(天枢、气海、关元), 团队中护理成员使用湖南万林生化科技开发有限公司生产的万林雷火灸(批号 20180901), 点穴结束后将雷火灸固定于双头灸盒内, 调节侧孔控制温度, 以“十字灸”(以肚脐为中心, 将灸盒纵横方向各放置 15 min)的方式施灸, 使用干毛巾双折逐渐过渡至对折衬垫于穴位皮肤上防止烫伤, 共约 30 min。③肢体穴位, 用拇指指腹按压双侧足三里穴位, 指腹位置不动, 力度由轻渐重, 连续而均匀地用力按压, 以患者感到酸、麻、胀、热为宜, 使用山西盈凯源生物科技有限公司生产的雷火灸具(批号 20180603), 将灸座用配套固定胶布粘贴在穴位上, 将点燃的灸柱固定在灸盖固定架上, 再与灸座对接, 通过左右旋转调节气孔大小或升降灸盖调节施灸温度, 15 min/穴。④施灸频次, 每天 8:00 施灸^[10], 1 次/d, 5 d 为 1 个疗程。⑤注意事项, 第 1 次操作密切关注患者一般状态, 若出现不适、面色苍白, 甚至晕厥时, 立即停止, 去枕平卧, 松解衣带, 注意保暖、通风, 同时可指按或针刺人中、合谷等急救穴, 必要时予吸氧、抗过敏治疗; 以所灸部位的皮肤红润为度, 治疗过程中随时询问患者感受, 使用体表温度计测量皮肤温度维持在 44~45℃^[11]。

1.3 评价方法 ①以首次鼻饲清胰汤或实施雷火灸为节点开始计时, 比较两组胃肠动力恢复时间。肠鸣音恢复时间, 选择患者静卧、未进行腹部查体前听诊肠鸣音, 每天固定时间点(8:00、16:00、23:00)由责任护士听诊, 听诊部位为脐周和右下腹, 每区每次听诊 3 min, 如在任何一个听诊区听诊每分钟肠鸣音≥3 次则确定为肠鸣音恢复, 3~5 min 未闻及肠鸣音视为肠鸣音消失; 指导患者和家属准确记录首次肛门排气和排便时间, 及时汇报责任护士, 超过 72 h 未排气为无效^[12]。②不良反应发生率。不良反应包括鼻饲清胰汤出现呕吐、腹泻>5 次/d 或 72 h 未排气排便腹胀加剧; 使用雷火灸出现过敏、晕灸等。③舒适度。采用舒适度量表^[13]测量, 包括生理舒适、心理舒适、社会舒适、环境舒适 4 个领域共 28 个条目, 采用 4 级评分法, 从“非常不同意”到“非常同意”依次赋 1~4 分, 评分越高说明越舒适, 在患者入院时及干预 5 d 结束时测评。

1.4 统计学方法 采用 SPSS17.0 软件进行 *t* 检验、

χ^2 检验及 Fisher 精确概率法, 检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组胃肠功能恢复指标比较 见表 2。

表 2 两组胃肠功能恢复指标比较 $\bar{x} \pm s$

组别	例数	肠鸣音恢复时间	首次肛门排气时间	首次排便时间
清胰汤组	28	11.73±4.03	16.39±4.88	18.43±6.51
雷火灸组	31	10.14±2.60	13.16±3.60	23.26±5.84
<i>t</i>		-1.785	-2.872	3.006
<i>P</i>		0.081	0.006	0.004

2.2 两组不良反应比较 清胰汤组发生不良反应 6 例(21.43%), 主要包括腹泻(>5 次/d)4 例, 腹胀加重 2 例; 雷火灸组未出现不良反应, 两组不良反应发生率比较, $P=0.008$ 。

2.3 两组舒适度比较 见表 3。

表 3 两组舒适度比较 $\bar{x} \pm s$

组别	例数	干预前	干预后
清胰汤组	28	79.07±2.93	88.82±2.59
雷火灸组	31	78.81±2.91	98.13±4.78
<i>t</i>		-0.348	9.151
<i>P</i>		0.729	0.000

3 讨论

中医认为腑气不通是急性胰腺炎的基本病因。治疗应以理气通腑, 促进胃肠道运化为主。耳穴埋籽、穴位艾灸等中医适宜技术逐渐被用于改善胃肠动力领域, 中药内服、外敷或灌肠等可有效提高急性胰腺炎临床治愈率, 清胰汤中大黄可泻下导滞、祛瘀解毒、促进肠蠕动; 枳实、厚朴可燥湿下气; 黄芩可下气燥湿, 泻火解毒。雷火灸药效峻猛、渗透性强, 效果优于清艾条^[9], 通过经络的传导, 能有效改善胃肠道黏膜上皮细胞的营养和胃肠血液循环, 促使胃肠功能恢复^[14], 故两组肠鸣音恢复时间差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究通过对天枢、气海、关元躯干穴位实施雷火灸, 对肠腑气机进行疏通, 达到温通经脉、调理脏腑之效; 足三里为补益要穴, 具有调节消化系统功能、促进血液循环、加快排出毒素等功效, 雷火灸双侧足三里可以促进肠蠕动^[15], 加快肛门排气、缓解腹胀, 改善胃肠功能。本研究显示, 雷火灸组首次肛门排气时间显著早于清胰汤组($P<0.01$), 与黄苏萍等^[16]对 200 例剖宫产术后患者进行雷火灸治疗缩短排气时间的结果一致。两组患者均禁食和胃肠减压, 清胰汤组由于中药泻下作用及肠内容物增加, 故首次排便时间早于雷火灸组($P<0.01$)。

中药清胰汤在改善急性胰腺炎胃肠动力障碍的治疗效果明确, 但由于清胰汤中柴胡性苦辛, 大黄、黄芩性苦寒, 泻下作用明显, 临床使用中部分患者