

# 艾灸对危重患者腹泻及营养的影响研究

魏清兰, 于国东, 钟建, 梁敏安, 张力, 冯艳, 陈秀霞, 陈德珠

佛山市顺德区中医院 ICU, 广东 佛山 528333

**[摘要]** 目的: 研究艾灸神阙对 ICU 肠内营养患者腹泻发生率、胃肠功能评分及营养指标的影响。方法: 选取 ICU 符合标准的肠内营养治疗患者 80 例, 随机分为 2 组各 40 例。对照组采用百普力作为肠内营养液。观察组在肠内营养第 1 天开始给予神阙温和灸, 观察记录所有患者的腹泻情况及胃肠功能评分。结果: 治疗后, 2 组患者腹泻发生率及胃肠功能评分, 发现观察组腹泻发生率及胃肠功能评分低于对照组, 且观察组治疗后营养指标 (前白蛋白、转铁蛋白) 有提高, 而对照组仅前白蛋白升高, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 且升高幅度仍低于观察组, 转铁蛋白的升高, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 2 组白蛋白治疗前后比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。结论: 神阙艾灸用于 ICU 肠内营养的危重患者, 可有效减少其腹泻发生率, 并有助于改善患者营养状态, 且操作简便, 成本低廉。

**[关键词]** 腹泻; 重症医学营养; 肠内营养; 艾灸; 神阙

**[中图分类号]** R442.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 09-0037-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.09.018

重症患者救治常常面临多系统多器官的诸多问题, 近年来, 重症患者的胃肠功能问题普遍受到关注, 而且成为不可忽视的问题, 一方面重症患者胃肠道功能障碍的发生率很高, 另一方面, 胃肠功能问题在重症患者的发生、发展过程中具有重要作用。随着近年来对胃肠道结构和功能研究的深入, 逐步认识到胃肠道不单纯是消化吸收器官, 同时是重要的免疫器官。必要的早期肠内营养 (Enteral nutrition, EN) 干预, 有助于维持肠黏膜结构和屏障功能完整性, 有利于纠正患者的代谢紊乱, 增强机体免疫力, 降低 ICU 滞留时间和死亡率<sup>[1]</sup>。但由于各种原因, 危重病人肠内营养时易发生各种并发症, 腹泻是常见的并发症之一, 其发生率可达 20%~40%<sup>[2-3]</sup>, 有的调查甚至高达 60%<sup>[4]</sup>。腹泻既加重患者病情、延长病程, 又增加患者的经济负担, 同时也加大了医护人员的工作量, 目前, 治疗方法有限, 仍以止泻对症为主。本科室临床研究发现, 对肠内营养患者进行神阙穴位艾灸, 可有效减少患者腹泻发生率, 并改善患者营养状态, 结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** (1) 采用 Hart 腹泻记分法诊断腹泻, 并根据胃肠功能评分表进行胃肠功能评分。Hart 腹泻记分法, 见表 1、表 2。把 24 h 内每次粪便评分的值相加, 得到当天的总分值, 总分 > 12 分即认为患者存在腹泻。(2) 胃肠功能评分, 见表 2。

表 1 Hart 腹泻记分法

粪便性状	估计容量 (mL)		
	<200	200~250	>250
成形	1	2	3
半固体	3	6	9
液体状	5	10	15

表 2 胃肠功能评分表

症状	频率	分数
腹泻	1~2 次/d	0 分
	3 次/d	1 分
	4~5 次/d	3 分
	>5 次/d	5 分
腹胀	正常	0 分
	轻度腹胀	1 分
	腹胀如鼓	5 分
便秘	1~2 次/d	0 分
	1 次/2d	1 分
	1 次/3d	3 分
	>1 次/4d	5 分

**1.2 一般资料** 观察病例为 2015 年 1 月—2016 年 3 月在佛

**[收稿日期]** 2016-03-25

**[基金项目]** 佛山市卫生和计划生育局项目 (2015051)

**[作者简介]** 魏清兰 (1981-), 女, 医学硕士, 主治医师, 主要从事危重病救治临床工作。

山市顺德区中医院 ICU 进行肠内营养治疗的患者, 选取符合纳入标准而无排除标准中任一项的病例, 共 80 例。将全部入选患者随机分为 2 组, 即 A 组和 B 组, 按就诊顺序编号, 采用 SPSS 软件进行随机化分配, 依次装入随机信件分配治疗, 并作登记。在分组时保证 2 组患者年龄、性别、APACHE 评分、白蛋白水平、禁食天数等的均衡性。2 组年龄、性别构成比、病情危重程度(APACHE 评分)、白蛋白水平、禁食天数等经统计学处理, 差异均无统计学意义( $P>0.05$ ), 具有可比性, 见表 3。

表 3 2 组一般资料比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	男	女	年龄(岁)	APACHE 评分(分)	白蛋白水平(g/L)	禁食天数(d)
观察组	40	23	17	65.45±9.26	15.45±5.01	28.08±5.47	1.93±1.25
对照组	40	21	19	64.3±9.40	17.21±4.73	28.76±5.87	1.85±1.49

## 2 治疗方法

2.1 对照组 予肠内营养治疗。采用百普力(纽迪希亚制药有限公司生产, 批准文号: 国药准字 H20010285)作为肠内营养液。所有患者均通过鼻胃管管饲, 采用持续输注的鼻饲方案进行肠内营养: 通过输液器与喂养管连接, 用动力泵控制营养液输注速度。遵循从小剂量, 低流速开始, 持续滴入, 逐渐增加至患者能适应的原则。开始速度为每小时 20~40 mL, 每天 500 mL, 以后逐渐增加至每小时 80~100 mL, 每天 1000~1500 mL, 达到目标热卡, 均使用加温器保持营养液温度为 37~41℃。

2.2 观察组 在对照组治疗方案的基础上加用艾条温和灸治疗。患者在开始肠内营养第 1 天即开始予艾条温和灸神阙, 距离皮肤约 2~3 cm, 以局部潮红为度, 避免烧烫伤, 每天 2 次, 每次 15 min。

观察期间出现腹泻的患者予以蒙脱石散对症处理, 予每次 1 包, 每天 3 次, 至腹泻止停药。2 组患者均积极治疗原发疾病, 并注意维持水电解质酸碱平衡。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 由专人每天记录患者的大便、腹胀情况, 并进行胃肠功能评分, 治疗前对所有患者进行营养 3 项(白蛋白、

前白蛋白、转铁蛋白)检测, 干预治疗 6 天, 于第 7 天抽血再次检测患者营养三项指标。观察比较各组患者的腹泻发生率、胃肠功能 6 天总评分, 并进行营养 3 项指标各组治疗前后的比较及治疗前后组间比较。

3.2 统计学方法 采用 SPSS16.0 统计软件包进行数据处理。计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示, 采用  $t$  检验; 计数资料采用  $\chi^2$  检验。

## 4 治疗结果

4.1 2 组腹泻发生率与胃肠功能评分情况比较 见表 4。在肠内营养治疗第 7 天时统计患者的腹泻发生率, 发现观察组患者发生腹泻 17 例, 对照组发生腹泻 26 例, 2 组腹泻发生率分别为 42.5%、65.0%, 观察组低于对照组, 经  $\chi^2$  检验, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。总腹泻天数、胃肠功能评分观察组均低于对照组, 2 组比较, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表 4 2 组腹泻发生率与胃肠功能评分情况比较

组别	n	腹泻例数	无腹泻例数	腹泻发生率	总腹泻天数	胃肠功能评
				(%)	( $\bar{x}\pm s$ ) d	分( $\bar{x}\pm s$ ) 分
观察组	40	17	23	42.5	2.74±1.53	7.37±3.54
对照组	40	26	14	65.0	3.58±2.05	9.24±2.88
$\chi^2/t$ 值				4.07	2.07	2.59
$P$				<0.05	<0.05	<0.05

4.2 2 组治疗前后营养三项指标比较 见表 5。治疗前, 第 1 天观察组、对照组组间比较, 差异均无统计学意义( $P>0.05$ ), 具有可比性。白蛋白 2 组治疗前后分别比较, 治疗后观察组、对照组间比较, 差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。转铁蛋白治疗后 2 组均比治疗前有升高, 观察组治疗前后比较, 差异有统计学意义( $P<0.05$ ); 而对照组治疗前后比较, 差异无统计学意义( $P>0.05$ ); 治疗后观察组、对照组组间比较, 差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后, 2 组前白蛋白均比治疗前有升高, 2 组治疗前后比较, 差异均有统计学意义( $P<0.05$ ), 且观察组较对照组升高更为明显, 治疗后 2 组间比较, 差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。

表 5 2 组治疗前后营养三项指标比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	白蛋白(g/L)		转铁蛋白(g/L)		前白蛋白(mg/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	28.08±5.47	29.03±6.01	1.34±0.31	1.52±0.42 <sup>①</sup>	123.71±37.87	159.89±39.34 <sup>②</sup>
对照组	28.76±5.87	28.98±5.98	1.41±0.42	1.47±0.31	129.35±32.81	143.76±31.78 <sup>①</sup>

与治疗前比较, ① $P<0.05$ ; 与对照组治疗后比较, ② $P<0.05$

## 5 讨论

神阙位于“脐中”, 肚脐是胎儿在母体生长发育时提供营养的唯一通路, 维持着胎儿的生命活动, 为先天之结蒂, 生命之根本, 元神之阙庭。它位于人体之中央, 其上为阳, 其下为

阴, 介于阴阳二者之间, 得天独厚, 与十二经脉、五脏六腑、四肢百骸、皮毛骨肉有着极其密切的生理与病理的关联性。《医学入门》“用艾熏脐防病, 凡一年四季各熏一次, 元气坚固, 百病不生”; 《类经图翼》“若灸至三五百壮, 不惟愈疾,

亦且延年”。神阙穴具有回阳救逆、温补脾肾、养生延年、调整阴阳之效，临床上广泛应用于阳气虚脱、久泻久痢、绕脐腹痛、水肿、腹胀、便秘、五淋、小便失禁、痛经、不孕、阳痿、体虚易病等。用灸法或药物敷脐均通过脐部由经络循行迅达病所，起到疏通经络、调达脏腑、扶正祛邪、调整阴阳的作用而令病愈，是内病外治中非常重要的手段和方法。神阙灸可统治诸病，关键在于该穴具有天然热敏点的特性<sup>[5]</sup>。艾叶苦辛，性温，纯阳之性，治疗时艾的药性可通过体表穴位渗透到体内而起到疏通经络、通调脏腑的作用。且老年人多阳气不足、真元虚惫，灸之具有温补真元、防病、治病、抗衰老、保健和延年益寿之功<sup>[6]</sup>。有实验研究表明，艾灸“神阙”对小鼠的小肠推进功能有明显抑制效应，从而可用于治疗腹泻，另外，艾灸神阙使小肠推进在一定范围内减慢，有利于营养物质的吸收，艾灸可使局部血液循环加快，有利于营养物质的转运，这也正体现了艾灸神阙的培补作用<sup>[7]</sup>。ICU危重患者由于不能正常进食，饮食失调，常致脾胃亏虚，运化功能失常，久病卧床，又易气血阻滞经络，灸神阙穴主要通过艾的温通作用与火的阳热属性刺激穴位，疏通经络，调理脾气，从而达到补虚泻实，调整脏腑阴阳的目的。且艾灸神阙穴对患者肠道功能具有双向良性调节作用，不仅可用于治疗腹泻，对腹胀、便秘也有防治作用，如艾灸神阙、关元可治疗腰椎间盘突出术后患者的腹胀<sup>[8]</sup>等，可很好改善危重患者的胃肠功能，促进营养物质的吸收。

本科临床研究结果表明艾灸神阙可有效降低 ICU 肠内营养患者腹泻发生率，改善胃肠功能，进一步支持上述理论。在营养指标方面，肠内营养治疗 1 周，白蛋白无明显变化，分析原因，主因血清白蛋白本身半衰期长，其水平对蛋白贮存反映慢，在营养评估方面它是一个相对滞后的指标；相比白蛋白，前白蛋白与转铁蛋白能更快反映营养支持治疗的效果<sup>[9]</sup>，我们的研究表明，肠内营养治疗第 7 天 2 组患者前白蛋白均有提高，且观察组提高更为明显；转铁蛋白在观察组亦显

示提高，相比对照组，提示艾灸神阙能帮助改善肠内营养危重患者的营养状态，分析原因，可能与减少腹泻、促进营养物质吸收有关。

神阙体表标志明显，易于定位，艾灸操作简便，成本低廉，且能有效降低危重患者肠内营养时腹泻发生率，并有助于改善患者营养状态，具有中医外治法简便验廉的特点，值得临床应用。

#### [参考文献]

- [1] 谷明利, 贾秀娥, 刘艳艳. ICU 肠内营养患者相关性腹泻护理对策[J]. 微量元素与健康研究, 2014, 31(1): 15-16.
- [2] 毛春英. ICU 患者肠内营养腹泻的原因及防治体会[J]. 中国医师杂志, 2006, 8(5): 676-677.
- [3] 马宏飞, 牛志会. 老年术后入住 ICU 患者与肠内营养有关腹泻易患因素调查[J]. 中国老年保健医学, 2013, 11(6): 50-51.
- [4] 曹雪雁, 陈娜. ICU 患者发生肠内营养相关性腹泻的原因分析及护理对策[J]. 中国老年保健医学, 2013, 11(6): 89-90.
- [5] 肖金良, 杨孝芳, 施杨婉琳, 等. 神阙灸治病机理初探[J]. 江苏中医药, 2010, 42(6): 3-4.
- [6] 赵乃煌, 史文洁. 养生保健灸法及意义[J]. 基层医学论坛, 2012, 16(8): 1044-1045.
- [7] 李燕威. ICU 危重患者预后与早期胃肠营养干预的相关性分析[J]. 中国医学创新, 2014, 11(3): 52-53.
- [8] 马立嵩. 艾灸神阙、关元穴治疗腰椎间盘突出术后腹胀的效果观察[J]. 临床合理用药, 2012, 5(5A): 106.
- [9] 黄耿. 血清学营养指标在住院病人营养评价与预后评价中的作用[D]. 广州: 暨南大学, 2010: 11-12.

(责任编辑: 刘淑婷)