

神阙灸联合辨证施膳对ICU抗生素相关性腹泻的胃肠道功能的影响研究

叶益红 张丽君

抗生素相关性腹泻是指患者使用抗生素后导致其肠道菌群失调引起的医源性腹泻,不同抗生素其发病率不一,约为5%~25%^[1]。抗生素相关性腹泻的发病机制尚未明确,但多数研究认为抗生素的长期或不适当使用破坏了肠道正常菌群导致腹泻,同时抗生素导致的变态反应与毒性作用会引起肠黏膜损害以及肠上皮纤毛萎缩,降低双糖酶的活性,造成腹泻。抗生素相关性腹泻主要采取对症支持治疗,疗效进展缓慢,越来越多学者考虑中医药治疗的可行性,本次研究旨在观察常规肠内营养支持治疗联合神阙灸联合辨证施膳对ICU抗生素相关性腹泻的胃肠道功能的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年6月至2018年12月龙游县人民医院收治的112例ICU抗生素相关性腹泻患者,其中男性66例、女性46例;年龄35~67岁,平均年龄(51.91±10.23)岁。纳入标准:①符合ICU抗生素相关性腹泻诊断标准;②签署知情同意书。排除病例资料不齐全者;沟通不良或精神障碍者;研究中途退出或死亡者。随机分为观察组和对照组,每组56例。观察组中男性30例、女26例;年龄37~67岁,平均年龄(51.77±10.13)岁;呼吸系统疾病12例、心血管疾病14例、外科手术22例、其他8例。对照组中男性36例、女性20例;年龄35~65岁,平均年龄(52.05±10.17)岁;呼吸系统疾病10例、心血管疾病12例、外科手术20例、其他14例。两组患者基线资料比较,差异无统计学意义(P 均>0.05)。

1.2 方法

1.2.1 对照组采用常规营养支持治疗:按标准执行

DOI:10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2019.012.019

作者单位:324400 浙江龙游,龙游县人民医院重症监护室(叶益红),手术室(张丽君)

肠内营养操作,患者取半卧位行鼻饲,起初使用小剂量,待患者适应后根据病情逐渐增加鼻饲量,温度控制于37℃~40℃,逐渐增加每次管饲量直至200 ml,治疗7 d。

1.2.2 观察组在对照组的基础上,使用神阙灸联合辨证施膳治疗:灸疗器中内置长度为3 cm的艾条,点然后加盖套上外套,置于患者神阙穴,灸疗40 min后移除,每天1次。辨证施膳依据中医辨证原则分为肝气犯脾型、肾阳虚衰型、脾胃虚弱型。①肝气犯脾型饮食以疏肝利气为主,多食陈皮、佛手、郁金,如砂仁佛手粥、佛手郁金粥,忌食红薯、芋头等;②肾阳虚衰型饮食以温肾健脾为主,多食山药、红枣,或山药栗子粥,少量多次,忌寒凉之食;③脾胃虚弱型饮食以温胃健脾益气为主,可食参芪薏米粥、炒扁豆山药粥,每次300 ml,每日进食5~7次。采用留置胃管,将食物用搅拌机捣碎成流质状态,鼻饲注入。治疗7 d。

1.3 观察指标 ①营养指标比较:治疗前、治疗7 d后,分别测定两组患者总蛋白含量、氮平衡以及血清白蛋白含量。②采用Hart评分^[2]进行评估两组治疗7 d后是否存在腹泻,记录两组患者24 h内每次粪便容量性状评分值。大便成形低于200 ml记1分,200~250 ml记2分,大于250 ml记3分;大便呈半固体时容量低于200 ml记3分,200~250 ml记6分,大于250 ml记9分;大便呈液体样时容量小于200 ml记5分,200~250 ml记10分,超过250 ml记15分,当日总分值≥12分认为患者存在腹泻。③热量达标率=热量达标人数÷每组患者总人数×100%,热量达标定义为热量达到104.5~125.4 kJ·kg⁻¹·d⁻¹总量的70%。④胃肠道功能指标:测定两组患者治疗前后胆囊收缩素(cholecystokinin, CCK)、胃泌素(gastrin, GAS)与血管活性肠肽(vasoactive intestinal

peptide, VIP)指标水平。

1.4 统计学方法 采用SPSS 19.0统计软件处理数据。计量资料用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料组间比较采用 χ^2 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后营养指标比较见表1

表1 两组患者治疗前后营养指标比较

组别	总蛋白含量	氮平衡/g/d	白蛋白/g/L
观察组 治疗前	50.13 $\pm$ 4.77	-7.87 $\pm$ 2.31	30.19 $\pm$ 2.31
治疗后	58.01 $\pm$ 5.63* [#]	0.13 $\pm$ 0.05* [#]	36.18 $\pm$ 3.19* [#]
对照组 治疗前	50.15 $\pm$ 4.98	-7.92 $\pm$ 2.24	30.28 $\pm$ 2.15
治疗后	53.11 $\pm$ 5.57*	-1.10 $\pm$ 0.33*	33.48 $\pm$ 3.21*

注:*,与组内治疗前比较, $P<0.05$;#:与对照组治疗后比较, $P<0.05$ 。

由表1可见,治疗前,两组总蛋白、氮平衡与白蛋白含量水平相当,差异无统计学意义(t 分别=0.02、0.12、0.21, P 均 >0.05);治疗后,观察组和对照组总蛋白、氮平衡与白蛋白水平均较治疗前升高(t 分别=7.99、25.07、11.38;2.96、22.54、6.20, P 均 <0.05),且观察组治疗后总蛋白、氮平衡与白蛋白水平明显高于对照组(t 分别=4.63、21.75、4.46, P 均 <0.05)。

2.2 两组腹泻发生率、热量达标率比较见表2

表2 两组腹泻发生率、热量达标率比较/例(%)

组别	n	热量达标率	腹泻发生率
观察组	56	52(92.86)*	4(7.14)*
对照组	56	40(71.43)	20(35.71)

注:*,与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表2可见,治疗7 d后,观察组患者热量达标率明显高于对照组,相关性腹泻患者发生率明显低于对照组(χ^2 分别=8.76、11.13, P 均 <0.05)。

2.3 两组治疗前后胃肠道功能比较见表3

表3 两组患者治疗前后胃肠道功能比较/ng/L

组别	CCK	GAS	VIP
观察组 治疗前	61.04 $\pm$ 3.18	165.33 $\pm$ 10.54	127.47 $\pm$ 31.49
治疗后	45.15 $\pm$ 5.21* [#]	91.19 $\pm$ 11.81* [#]	96.73 $\pm$ 10.84* [#]
对照组 治疗前	61.41 $\pm$ 3.29	164.87 $\pm$ 10.19	127.25 $\pm$ 31.21
治疗后	50.43 $\pm$ 4.19*	108.53 $\pm$ 11.20*	105.36 $\pm$ 14.95*

注:*,与组内治疗前比较, $P<0.05$;#:与对照组治疗后比较, $P<0.05$ 。

由表3可见,治疗前,两组CCK、GAS、VIP水平相当,差异无统计学意义(t 分别=0.60、0.23、0.04, P 均 >0.05);治疗后,观察组和对照组CCK、GAS、VIP水平均较治疗前下降(t 分别=19.48、35.05、6.91;15.42、27.84、4.73, P 均 <0.05),且观察组治疗后CCK、GAS、VIP水平明显低于对照组(t 分别=5.91、7.97、3.50, P 均 <0.05)。

3 讨论

中医学者根据抗生素相关性腹泻临床表现,将其归于“泄泻”范畴,脾胃功能失调,脾虚湿盛。中医学认为,“脾胃者,仓廪之官,五位出焉”,意为脾胃如粮仓,供应机体所需营养^[3]。ICU患者病症危重,脾胃虚弱,水失健运,清浊相浊,治疗时应益气健脾、渗湿止泻,改善其脾胃功能,促进机体营养吸收。神阙灸与辨证施膳是目前中医中较为常用的治疗方法。辨证分型:辨证施膳是一种根据患者实际病情、体质、临床症状等情况,因证、因时、因地、因人进行个性化的饮食安排,本次研究根据患者的症状以及中医辨证原则,将患者分为:①肝气犯脾型症候,主要表现为胸肋胀闷、暖气少食、情绪波动时腹痛泄泻;②肾阳虚衰型症候,表现为腹中隐痛、肠鸣即泄、形寒肢冷、舌淡苔白、腰其酸软;③脾胃虚弱型症候,表现为大便溏泄交作、食少纳呆、脘闷不舒。肝气犯脾患者饮食原则为疏肝利气,如佛手郁金香粥;肾阳虚衰患者饮食原则为温肾健脾,如山药栗子粥;脾胃虚弱者饮食原则为健脾益气,如参芪薏米粥,少食多餐,忌生冷食物的摄入。干预后结果显示,观察组患者的总蛋白、氮平衡与白蛋白含量水平均高于对照组(P 均 <0.05),同时观察组患者的热量达标率明显高于对照组,提示采用神阙灸联合辨证施膳的患者的营养状态更好,营养摄取更充分。且氮平衡是评估患者体内代谢的重要指标,若患者出现负氮平衡状态,分解代谢大于合成代谢,患者会出现体重下降现象,不利于病情良性发展^[4]。

神阙穴是任脉的主要穴位,可调理脏腑,扶正祛邪^[5];还可健运脾阳,和胃理肠,是目前临床上治疗各种腹泻的主要穴位^[6]。艾灸神阙穴可提高体液与细胞的免疫功能,增强患者体质^[7];能改善脐周局部循环,使气血流通脏腑经络,分清肠道泌浊;还可抑制小肠内容物的推进,从而有效治疗腹泻^[8]。采用神阙灸干预后,观察组GAS、VIP与CCK水平低于

(下转第1129页)

- the modified medical research council dyspnea scale for predicting hospitalization and exacerbation in Japanese patients with chronic obstructive pulmonary disease[J]. Intern Med, 2016, 55(1):15-24.
- 8 代妍,刘运秋,勾海超,等.目标式护理模式在慢性阻塞性肺病急性加重期患者体外膈肌起搏器辅助治疗中的应用效果[J].中国医药导报,2018,15(13):156-159.
 - 9 唐文庆,张瑞妮,殷稚飞,等.体外膈肌起搏在膈肌功能障碍中的应用[J].中华物理医学与康复杂志,2018,40(11):871-874.
 - 10 王志威,黄怀.体外膈肌起搏器在脑卒中后肺康复中的应用进展[J].中华生物医学工程杂志,2017,23(1):80-84.
 - 11 江意春,刘晓君,刘振密,等.体外膈肌起搏器在机械通气患者中的应用效果[J].广西医学,2018,40(23):2786-2788,2791.
 - 12 黄晓芸,庄振中,江意春,等.体外膈肌起搏器在慢性心衰患者治疗中的作用[J].中国医学物理学杂志,2017,34(1):84-88.
 - 13 邢晓莉,黄少祥.无创呼吸机联合体外膈肌起搏器对COPD稳定期合并慢性呼吸衰竭患者的疗效观察[J].重庆医学,2017,46(16):2276-2278.
 - 14 曾娟利.体外膈肌起搏的临床应用及研究进展[J].临床与病理杂志,2017,37(9):1978-1984.

(收稿日期 2019-07-24)

(本文编辑 蔡华波)

(上接第1123页)

对照组(P 均 <0.05);腹泻的发生率明显低于对照组($P<0.05$),表明神阙灸联合辩证施膳的干预措施有利于患者胃肠功能恢复,降低腹泻发生率。GAS可以有效促进胃肠道的分泌,促进胃与幽门括约肌的收缩,GAS水平升高时会加快机体消化程度,促进胃肠运动从而加重腹泻症状。CCK刺激胆囊收缩和胰腺分泌,增强胃排空。VIP可促进肠道水电解质的分泌。

综上所述,神阙灸联合辩证施膳可有效改善相关性腹泻患者临床症状,确保患者营养补给与吸收,促进其胃肠功能恢复,有效降低腹泻的发生。

参考文献

- 1 Squellati R.Evidence-based practice in the treatment for antibiotic-associated diarrhea in the intensive care unit [J].Crit Care Nurs Clin North Am,2018,30(1):87-99.
- 2 吴梅鹤.住院危重症行肠内营养患者腹泻的危险因素[J].世界华人消化杂志,2016,24(15):2400-2405.
- 3 郑秋兰,张传来,范定容.ICU患者肠内营养相关性腹泻护理的研究进展[J].护理管理杂志,2017,17(17):643.
- 4 苏冬梅,李树斌,白桦.神阙穴隔姜隔药灸治疗腹泻型肠易激综合征30例临床观察[J].世界中医药,2017,12(5):192-194.
- 5 胡强,汪宏云,段民屹.中医辩证治疗重症肺炎并发抗生素相关性腹泻的疗效观察[J].西部医学,2017,29(1):89.
- 6 金惠明,许月萍,陆金英.神阙穴艾灸联合中药贴敷预防中风患者肠内营养相关性腹泻的效果观察[J].护理学报,2016,23(4):64-65.
- 7 陈思敏,毛杰,陈志茹.益生菌联合水溶性膳食纤维对老年抗生素相关性腹泻的防治效果[J].天津医药,2018,46(3):284-287.
- 8 陈康,刘伯飞,顾小宇,等.不同营养供给方式对无胃肠道功能障碍脓毒症患者血糖控制和胃肠功能障碍发生的影响[J].蚌埠医学院学报,2015,40(10):1341-1343.

(收稿日期 2019-08-17)

(本文编辑 蔡华波)