

·论 著·

麦粒灸治疗危重症患者胃瘫综合征(中焦虚寒型)的疗效及对胃动力学功能的影响

杨丽 包科颖 戴婷婷 李鹏飞

[摘要] 目的 探讨麦粒灸治疗危重症患者胃瘫综合征(中焦虚寒型)的疗效及对胃动力学功能的影响。方法 收集危重症患者胃瘫综合征(中焦虚寒型)110例,采用随机数字表法分为观察组(常规+麦粒灸治疗, $n=56$)和对照组(常规治疗, $n=54$)。比较两组治疗前后中医证候改善情况、超声监测胃动力学功能参数,以及治疗后的中医证候疗效效果。结果 观察组治疗后的脘腹满闷、恶心、呕吐、次症评分和总积分均低于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=3.31、2.31、3.32、2.68, P 均 <0.05);观察组治疗后的胃残余容积(GRV)低于对照组,胃窦运动指数(MI)高于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=12.09、-3.59, P 均 <0.05)。治疗后,观察组患者的中医证候疗效总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=11.50$, $P<0.05$)。研究期间,两组均未发生用药及麦粒灸相关严重不良反应。结论 麦粒灸治疗危重症患者胃瘫综合征(中焦虚寒型)疗效显著,能够改善胃瘫综合征相关症状并改善胃动力学功能。

[关键词] 危重症; 胃瘫综合征; 麦粒灸; 中焦虚寒; 胃动力

Effect of wheat grain moxibustion in treatment of critically ill patients with gastro-paresis syndrome (spleen-stomach deficiency and cold type) and its impact on gastric motility function YANG Li, BAO Keying, DAI Tingting, et al. Intensive Care Unit, Zhenhai Hospital of Traditional Chinese Medicine, Ningbo 315200, China.

[Abstract] **Objective** To explore the therapeutic effect of wheat grain moxibustion in treatment of critically ill patients with gastro-paresis syndrome (GS) of spleen-stomach deficiency and cold type and its impact on gastric motility function. **Methods** A total of 110 critically ill patients with GS (spleen-stomach deficiency and cold type) were collected, they were randomly divided into observation group (conventional treatment combined with wheat grain moxibustion, 56 cases) and control group (conventional treatment, 54 cases) by random number table method. The improvement of traditional Chinese medicine syndromes and gastrodynamics functional parameters monitored by ultrasound before and after treatment were compared between two groups, and the therapeutic effect of traditional Chinese medicine syndrome after treatment was compared. **Results** After treatment, traditional Chinese medicine syndrome of epigastric fullness, nausea, vomiting, secondary symptom scores, and total scores in the observation group were lower than those in the control group, the differences were statistically significant ($t=3.31, 2.31, 3.32, 2.68, P<0.05$). The gastric residual volume (GRV) of the observation group after treatment was lower than that of the control group, and the gastric antral motility index (MI) was higher than that of the control group, the differences were statistically significant ($t=12.09, -3.59, P<0.05$). After treatment, the total effective rate of traditional Chinese medicine syndrome in the observation group was significantly higher than that in the control group, the difference was statistically significant ($\chi^2=11.50, P<0.05$). During the study period, neither group occurred any serious adverse reactions related to medication or wheat grain moxibustion. **Conclusion** The wheat grain moxibustion can get significant therapeutic effect in treatment of critically ill patients with GS (spleen-stomach deficiency and cold type), and can improve GS related symptoms and gastric motility function.

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2025.005.006

基金项目: 2022年镇海区公益类科技计划项目(202205)

作者单位: 315200 浙江宁波, 宁波市镇海区中医医院重症医学科

通讯作者: 李鹏飞, Email: 13958232406@163.com

[Key words] critical illness; gastroparesis syndrome; wheat grain moxibustion; spleen-stomach deficiency and cold type; gastric motility

胃瘫综合征是一种非机械性梗阻的胃排空延迟综合征,主要表现为进食后腹胀、恶心呕吐、上腹痛等^[1]。危重症患者是胃瘫综合征的高危人群,一旦合并胃瘫综合征往往病情更重,单纯对症治疗效果并不理想,且部分疗法的使用受限^[2]。中医灸法具有简便易行、起效快及安全性高等特点,已有研究表明其可改善患者的胃肠功能障碍,且对急症患者依然有效^[3,4]。麦粒灸是一种特殊的灸法,通过将麦粒大小艾绒置于特定腧穴进行灸治,温通与补益兼施,对虚寒型胃肠功能障碍有良好治疗作用^[5]。本次研究对危重症胃瘫综合征患者采用麦粒灸治疗,观察其疗效及对胃动力学功能的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2022年8月至2024年6月期间宁波市镇海区中医医院收治的具有胃瘫综合征

(中焦虚寒型)的危重症患者110例纳入标准为:①年龄 ≥ 18 周岁,性别不限;②危重症且符合急性胃肠损伤西医诊断Ⅱ~Ⅳ级分级标准^[6];③中医辨证属中焦虚寒证^[7];④患者及其家属知情自愿参加,并签署知情同意书。排除标准包括:①不能接受约0.1 s灼痛、皮肤可能产生约1 cm²化脓性区域甚至永久性瘢痕,或其他麦粒灸禁忌;②施灸局部皮肤破损或有皮炎、皮疹、瘢痕体质;③超声获取胃肠图像受限;④合并机械性肠梗阻、胃肠道穿孔、肠痿等原发性肠道疾病;⑤处于妊娠、哺乳期;⑥研究期间发生严重并发症或意外。本次研究获医院伦理委员会审批通过。采用随机数字表法分为观察组($n=56$)和对照组($n=54$)。两组的一般资料比较见表1。两组比较,差异均无统计学意义(P 均 > 0.05)。

表1 两组患者一般资料比较

组别	n	男/女	年龄/岁	吸烟史/例	饮酒史/例	基础疾病/例			
						高血压	糖尿病	慢性肺疾病	其他
观察组	56	29/27	51.69 $\pm$ 6.43	21	23	11	10	8	9
对照组	54	30/24	51.22 $\pm$ 5.97	18	20	9	11	6	11

1.2 方法 两组患者均予以病情监护和对症治疗,维持生命体征平稳。采用瑞先营养液(由费森尤斯卡比华瑞制药有限公司生产)进行营养支持,推荐剂量为体重每日20 mL/kg(30 kcal)。对照组使用枸橼酸莫沙必利片(由鲁南贝特制药有限公司生产)餐前鼻饲或口服,每次5 mg,每日3次,连续用药7 d。

观察组在对照组基础上加用麦粒灸治疗,具体方法:取30:1陈艾,将艾绒制成麦粒大小艾柱(底直径2 mm、高3 mm),按压包裹成条。患者取仰卧位,穴位局部皮肤消毒,将艾柱底端用石蜡油粘于施灸穴位上,点燃艾柱,待其当艾柱燃至下端约1/3处,患者有明显穿透性灼痛感表现时,用镊子拣除残艾。穴取:中脘、神阙、气海、关元及足三里,其中,神阙穴以盐填入脐中与周围皮肤齐平后施灸。根据患者耐受程度,每穴1~9壮,隔日施灸1次,7 d施灸4次。

1.3 观察指标

1.3.1 中医症状评分 治疗前及治疗7 d后,进行中医症状赋分,主要症状包括脘腹满闷、恶心、呕吐,次症包括嗳气、反胃、纳呆、神疲乏力、胃脘疼痛等,舌脉不计分。无症状不计分,轻度计3分,中度

计5分,重度计7分,计算各项症状评分之和,得分越高表示症状越重^[8]。

1.3.2 超声胃动力参数监测 治疗前及治疗7 d,取健侧仰卧位或右侧卧位,采用床旁超声机(由美国索诺声有限公司生产)进行胃窦超声检查,监测胃内残余量(gastric residual volume, GRV)。经胃管注入300 mL温开水,记录2 min内胃窦收缩次数,即胃窦收缩频率(antral contraction frequency, ACF)。测量胃窦最大舒张面积($S_{舒张}$)和最小收缩面积($S_{收缩}$),根据公式计算胃窦收缩幅度(antral contraction amplitude, ACA)和胃窦运动指数(gastric antral motility index, MI)^[9], $ACA = (S_{舒张} - S_{收缩}) / S_{舒张}$, $MI = ACF \times ACA$ 。

1.3.3 中医证候治疗疗效 疗效标准:痊愈:主要症状如恶心、呕吐、餐后饱胀等症状消失,中医症状评分降低 $\geq 95\%$;显效:主要症状明显减轻, $75\% \leq$ 中医症状评分降低 $< 95\%$;有效:主要症状有所减轻, $50\% \leq$ 中医症状评分降低 $< 75\%$;无效:症状无明显改善甚至有所加重,中医症状评分降低 $< 50\%$ 甚或升高^[8]。

1.3.4 安全性评价 治疗前后检测肝肾功能、血常规、大小便常规变化,统计反流、误吸等发生情况。

1.4 统计学方法 采用SPSS 23.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示。组间计量资料比较采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2

检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后中医症状评分比较见表2

表2 两组治疗前后中医症状评分比较/分

组别		脘腹满闷	恶心	呕吐	次症	总积分
观察组	治疗前	5.04±2.13	4.95±2.06	4.83±1.95	21.23±7.42	36.05±11.03
	治疗后	3.03±1.06* [#]	2.86±1.18* [#]	2.55±1.13* [#]	14.65±3.02* [#]	23.09± 8.21* [#]
对照组	治疗前	4.95±2.03	4.89±1.95	4.76±1.82	20.61±6.84	35.21±10.35
	治疗后	3.76±1.25*	3.41±1.32*	3.32±1.16*	17.26±5.02*	27.75± 9.97*

注: *:与同组治疗前比较, $P < 0.05$; [#]:与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

由表2可见,两组治疗前各症状和总积分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.23、0.16、0.19、0.46、0.41, P 均 > 0.05);两组治疗后各症状和总积分均低于治疗前,差异均有统计学意义(t 分别=6.33、6.59、7.57、6.15、7.05; 3.67、4.62、4.90、2.90、3.82, P 均 < 0.05),观察组治疗后的各症状和总积分均低于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=3.31、2.31、3.32、2.68, P 均 < 0.05)。

2.2 两组治疗前后超声胃动力参数比较见表3

由表3可见,两组治疗前GRV和MI比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.89、1.90, P 均 > 0.05);两组治疗后的GRV低于治疗前,MI高于治疗前,差异均有统计学意义(t 分别=28.21、19.85; -20.75、-15.46,

P 均 < 0.05),且观察组治疗后的GRV低于对照组,MI高于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=12.09、-3.59, P 均 < 0.05)。

表3 两组治疗前后超声胃动力参数比较

组别		GRV/mL	MI
观察组	治疗前	178.85±23.44	0.31±0.05
	治疗后	82.73±10.04* [#]	0.78±0.17* [#]
对照组	治疗前	175.02±21.69	0.33±0.06
	治疗后	106.68±10.74*	0.67±0.15*

注: *:与同组治疗前比较, $P < 0.05$; [#]:与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

2.3 两组治疗后中医证候疗效比较见表4

表4 两组治疗后中医证候疗效比较/例(%)

组别	n	治愈	显效	好转	无效	总有效率
观察组	56	33(58.93)	12(21.43)	10(17.86)	1(1.78)	55(98.22)*
对照组	54	20(37.03)	15(27.78)	10(18.52)	9(16.67)	45(83.33)

注: *:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表4可见,治疗后,观察组患者的中医证候疗效总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2 = 11.50$, $P < 0.05$)。

2.4 两组安全性评价比较 研究期间,两组均未发生用药及麦粒灸相关严重不良反应。

3 讨论

危重症患者具有较高的胃瘫综合征发生风险,而一旦发生胃瘫综合征,可导致原发病的严重程度加重,甚至增加病死率^[10]。常规禁食、持续胃肠解压、营养支持、使用促胃动力药物等措施虽可在一定程度上缓解胃肠动力障碍,但效果不理想,且可能增加腹泻、腹痛等胃肠道不良反应。胃瘫综合征可归属于中医“痞满”“腹胀”“呃逆”“呕吐”等范畴,危重症患者正气亏虚,无以抗邪,邪气暴盛而致气

机逆乱,气虚及阳,阳气虚弱则无以温煦脏腑,脏腑脉络气血受损,阴寒凝滞,气血不行,则呈中焦虚寒之证。又因危重症患者常需使用抗炎、抗感染等药物,此类寒凉攻伐之品可进一步伤及脾胃之阳气,则中寒内生,纳运不健。脾胃气血不足,脾失健运,胃失和降,无以腐热水谷、化生精微,则致腑气不通,浊气壅滞中焦,胃肠运化受阻,纳物失利,故而致病^[11]。因此,对危重症胃瘫综合征中焦虚寒证者,当取温补兼施之法治之。

本次研究对危重症胃瘫综合征患者在常规治疗基础上施以麦粒灸治疗,结果显示,观察组治疗后中医证候各评分和总积分均低于对照组;同时,观察组的中医证候疗效总有效率高于对照组(P 均 < 0.05),提示麦粒灸用于治疗危重症患者胃瘫综合

征更有利于缓解临床症状,提高临床疗效。麦粒灸属于直接灸法,通过直接在特定穴位施以麦粒大小的精细艾柱进行烧灼,取艾与火之温性,穿透腠理,通过经络,直达脏腑,有增补元气、通调营卫、疏经通络、调理脏腑之功^[12]。治疗过程中,可根据患者的耐受程度适当增加施灸的壮数,以刺激局部组织产生无菌性炎症和变性,最终形成组织瘢痕,从而发挥持久的刺激作用^[13]。本次研究取中脘、神阙、气海、关元及足三里为协定穴位行麦粒灸治疗,中脘为“胃之募穴”,可温运脾土,以培补后天,亦可援水谷运化之司,灸之可助气血生化,利水谷消化,发挥通利中焦、和中降逆、化痰导滞之功。足三里为足阳明胃经之合穴,灸之可发挥通经活络、补益气血、和胃降逆、健脾化湿及消积导滞之功。因中脘和足三里均与胃相连,二穴合用可调畅中焦气机、疏通脾胃之气,共奏健脾和胃、消痞除满等功效。气海属育原穴,乃机体元气汇聚之所,亦为五脏六腑之本,灸之可调补中州之气,有益气扶阳、扶正固本培元之功。关元为肠募穴,灸之可温阳固脱、培肾固本、补益元气,与足三里配伍可调理肠胃。神阙为元神之门户,有开窍苏厥、回阳救逆之功,主治各类急危重症,加之其位于腹之中部,下焦之枢纽,又与胃肠相邻,故又有健脾益胃、理肠止泻之功,与足三里配伍可调理脾胃,与气海配伍可健脾益气、驱寒除湿。诸穴相伍,共奏温阳益气、健脾益胃、理气和血、运化消导及消痞除满之功。

相关研究表明,GRV及MI与危重症胃肠功能障碍患者的临床预后密切相关,相较于腹腔内压力能够更直观、敏感地反映胃肠道损伤的早期改变^[14,15]。本次研究结果显示,两组治疗后的GRV低于治疗前,MI高于治疗前;且观察组治疗后的GRV低于对照组,MI高于对照组,差异均有统计学意义(P 均 <0.05),结果进一步证实麦粒灸用于危重症患者胃瘫综合征治疗起效迅速,能够有效改善患者的胃动力学功能,这对病情康复具有积极意义。同时,研究期间,两组均无用药及麦粒灸相关严重不良反应。

综上所述,麦粒灸治疗危重症患者胃瘫综合征中焦虚寒型安全有效,能够缓解临床症状,提高治疗效果,改善胃动力学功能,这对麦粒灸的应用也提供了理论支持。但本次研究样本量有限,且缺乏机制研究,其确切效果及作用机制仍需进一步加大

样本量、深入研究加以验证。

参考文献

- 1 Miles MB, Woo M, Nasser Y. Gastroparesis[J]. Can Med Assoc J, 2023, 195: E372-E372.
- 2 Chapple LS, Plummer MP, Chapman MJ. Gut dysfunction in the ICU: Diagnosis and management[J]. Curr Opin Crit Care, 2021, 27(2): 141-146.
- 3 广东省中医急症研究重点实验室, 上海中医药大学急危重症研究所, 民族医药学会急诊分会, 等. 中医非药物疗法急诊应用专家共识[J]. 中国中医急症, 2022, 31(1): 1-6.
- 4 李亚莉, 褚玉茹, 于乃浩, 等. 针灸改善脓毒症患者胃肠功能障碍的临床观察[J]. 天津中医药, 2021, 38(4): 479-482.
- 5 王慧芳, 徐小珊, 楼金成, 等. 基于现代文献麦粒灸临床应用研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2022, 17(12): 2381-2384.
- 6 Reintam Blaser A, Malbrain ML, Starkopf J, et al. Gastrointestinal function in intensive care patients: Terminology, definitions and management. Recommendations of the ESICM Working Group on Abdominal Problems[J]. Intensive Care Med, 2012, 38(3): 384-394.
- 7 张伯礼, 吴勉华, 田金洲, 等. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016.
- 8 杨春波, 劳绍贤, 危北海, 等. 胃肠疾病中医症状评分表(中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会, 2010, 苏州)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2011, 19(1): 66-68.
- 9 Liu Y, Gao YK, Yao L, et al. Modified B-ultrasound method for measurement of antral section only to assess gastric function and guide enteral nutrition in critically ill patients[J]. World J Gastroenterol, 2017, 23(28): 5229-5236.
- 10 成慧昕, 李志华, 于湘友. ICU中的急性胃肠损伤[J]. 中国急救医学, 2023, 43(4): 285-290.
- 11 相国涵, 刘文丽, 刘庆括, 等. 气机理论指导针灸治疗脓毒症胃肠功能障碍的研究进展[J]. 中国中医急症, 2024, 33(6): 1112-1115, 1128.
- 12 陈洁, 马倩, 张玉玲. 麦粒灸改善慢性胃炎临床症状的效果观察[J]. 当代护士: 中旬刊, 2019, 26(8): 123-125.
- 13 包科颖, 王建梅, 钟哲, 等. 麦粒灸联合扶阳和调颗粒治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎30例临床观察[J]. 浙江中医杂志, 2021, 56(11): 840-840.
- 14 陈万, 潘春熹, 吕立文, 等. 胃窦运动指数和肠系膜上动脉时间平均流速与重症患者急性胃肠道损伤程度相关性研究[J]. 中国急救医学, 2020, 40(7): 624-628.
- 15 黄晓星, 张华根, 曾伟坚, 等. 床旁超声胃窦运动指数与脓毒症胃肠功能障碍患者预后的相关性分析[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2023, 18(3): 344-347.

(收稿日期 2024-08-20)

(本文编辑 高金莲)