

# 耳穴压豆联合芒硝外敷治疗急性胰腺炎 伴腹痛腹胀患者的临床疗效观察

张许新<sup>1</sup>, 龚瑜<sup>1</sup>, 张莉<sup>2</sup>, 丁晓凌<sup>2\*</sup>

(1. 南通大学附属医院消化内科二病区; 2. 南通大学附属医院消化内科, 江苏 南通 226001)

**摘要:** **目的** 探讨耳穴压豆联合芒硝外敷对急性胰腺炎伴腹痛腹胀患者血清炎症因子水平的影响。**方法** 按随机数字表法将 2021 年 1 月至 12 月南通大学附属医院收治的 84 例急性胰腺炎伴腹痛腹胀患者分为对照组 [42 例, 采用常规治疗 (禁食, 抑制胃酸、胰腺分泌等)] 和研究组 (42 例, 在对照组的基础上采用耳穴压豆联合芒硝外敷治疗), 两组患者均治疗 7 d。对比两组患者治疗后临床疗效, 临床相关指标, 治疗前后血清炎症因子水平, 以及治疗期间并发症发生情况。**结果** 治疗后研究组患者临床总有效率相较于对照组升高; 研究组患者腹痛、腹胀、呕吐缓解时间及首次排便时间、肠鸣音恢复时间相较于对照组均缩短; 治疗后两组患者血清白细胞介素-6 (IL-6)、肿瘤坏死因子- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) 水平相较于治疗前均下降, 且研究组相较于对照组下降; 血清白细胞介素-10 (IL-10) 水平相较于治疗前升高, 且研究组相较于对照组升高; 研究组患者并发症总发生率相较于对照组下降 (均  $P < 0.05$ )。**结论** 耳穴压豆联合芒硝外敷治疗急性胰腺炎伴腹痛腹胀, 可有效缓解患者临床症状, 减轻炎症反应, 疗效显著, 且安全性较高。

**关键词:** 急性胰腺炎; 腹痛腹胀; 耳穴压豆; 芒硝外敷; 炎症因子

**中图分类号:** R657.5+1

**文献标识码:** A

**文章编号:** 2096-3718.2022.15.0116.04

急性胰腺炎属于临床上较为常见的一种急腹症, 其病情进展较快, 若未及时给予治疗措施, 患者可能出现肠麻痹症状, 肠黏膜通透性增加, 肠道内产生大量细菌, 从而导致全身炎症反应, 进而出现腹胀、腹痛等不适症状。目前临床上对于急性胰腺炎伴腹痛腹胀缺乏行之有效的方法, 因此成为临床重点关注的问题<sup>[1]</sup>。中医认为, 急性胰腺炎属“腹痛”“胰疽”等范畴, 其病因在于湿热蕴结中焦, 气机阻滞, 腹气不通而出现腹胀、腹痛等表现, 宜采取通经络、行气血、除湿热等治疗原则<sup>[2]</sup>。芒硝具有泻热导滞、抗炎、消肿的功效, 采用芒硝外敷能扩张局部血管, 恢复肠蠕动, 且芒硝具有较强的吸水能力, 除可将一部分空气中的水分吸收外, 还可摄取腹腔内的渗出液, 从而促进消肿<sup>[3]</sup>。耳穴压豆对大脑皮质功能和胃肠神经系统进行调节, 有助于促进胃肠激素的分泌, 进而达到调节胃肠功能的效果。耳穴压豆在治疗恶性肿瘤、外科术后患者腹部不适中效果较好, 有助于改善患者消化功能<sup>[4]</sup>。基于此, 本研究旨在探讨耳穴压豆联合芒硝外敷治疗急性胰腺炎伴腹痛腹胀患者的临床疗效, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 按随机数字表法将 2021 年 1 月至 12 月南通大学附属医院收治的 84 例急性胰腺炎伴腹痛腹胀患者分为对照组 [42 例, 采用常规治疗 (禁食, 抑制胃酸、胰腺分泌等)] 和研究组 (42 例, 在对照组的基础上采用

耳穴压豆联合芒硝外敷)。对照组中男、女患者分别为 29、13 例; 年龄 39~70 岁, 平均 (56.2±7.1) 岁; 病灶位置: 全胰腺 13 例, 胰头 17 例, 胰尾 12 例; 发病原因: 暴饮暴食 9 例, 酒精性 13 例, 胆源性 16 例, 不明原因 4 例。研究组中男、女患者分别为 28、14 例; 年龄 38~70 岁, 平均 (55.8±7.3) 岁; 病灶位置: 全胰腺 12 例, 胰头 16 例, 胰尾 14 例; 发病原因: 暴饮暴食 8 例, 酒精性 12 例, 胆源性 17 例, 不明原因 5 例。对比两组患者一般资料, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 可实施组间对比。纳入标准: 符合西医《中国急性胰腺炎诊治指南 (2013 年, 上海)》<sup>[5]</sup> 与中医《急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见》<sup>[6]</sup> 中的相关诊断标准, 并辨证为腹痛湿热壅滞证者; 伴随上腹部压痛或者腹膜刺激征, 血尿或腹水中胰淀粉酶水平升高, 胰脏组织出现炎症、坏死性病理改变, 且胰腺 CT、超声等声学检查提示胰腺增大、胰管增宽、胰周液体积聚, 腹部 X 线显示小肠不同程度积气、扩张者; 3 个月内无免疫抑制剂治疗史者等。排除标准: 近 1 个月内急性胃肠道疾病、粪隐血阳性者; 其他原因导致的腹胀、腹痛者; 认知障碍、精神障碍者等。研究经南通大学附属医院医学伦理委员会审核批准, 患者签署知情同意书。

**1.2 治疗方法** 给予对照组患者常规对症治疗, 包括禁食, 抑制胃酸、胰腺分泌, 维持水、电解质平衡等<sup>[7]</sup>。研究组患者在对照组的基础上采用芒硝外敷、耳穴压豆治

**作者简介:** 张许新, 大学本科, 主管护师, 研究方向: 消化内科疾病的护理。

**通信作者:** 丁晓凌, 硕士研究生, 副主任医师, 研究方向: 消化内科疾病的诊疗。E-mail: dixili@126.com

疗,芒硝外敷:取芒硝 100 g,放置在长方形棉纱布袋内,于腹部外敷,40 min/次,2 次/d,袋内芒硝潮解时更换,2 次/d;耳穴压豆:取穴:依据中医辨证论治、耳穴治疗功能、临床经验的原则,主穴选:胰腺、大小肠、胃穴、皮质下穴,取 0.5 cm 边长的正方形医用胶布若干,先对一侧耳廓进行局部消毒(75%酒精),用探棒选取穴位敏感点,用镊子将王不留行籽耳穴贴贴至穴位上,并用拇指、食指对耳部穴位进行按压,力度由轻到重,使其产生酸、麻、胀、痛等刺激感,每个穴位按压 2~3 min,3~5 次/d,每 2~3 d 更换 1 次,两耳交替进行。治疗同时顺时针按摩患者腹部,刺激患者胃肠蠕动。两组患者均进行为期 7 d 的治疗。

**1.3 观察指标** ①参照《中国急性胰腺炎诊治指南(2013 年,上海)》<sup>[5]</sup>中的相关标准评估两组患者临床疗效,其中治疗后患者腹痛、腹胀等症状消失,血淀粉酶恢复至正常水平为显效;治疗后患者腹痛、腹胀等症状有所好转,血淀粉酶水平降低为有效;治疗后患者腹痛、腹胀等症状未见改善甚至加重,血淀粉酶水平未见变化为无效。临床总有效率=显效率+有效率。②对比两组患者腹痛缓解、腹胀缓解、呕吐缓解时间及首次主动排便时间、肠鸣音恢复时间。③分别采集两组患者空腹静脉血 3 mL,离心(3 000 r/min,10 min)后分离血清,采用酶联免疫吸附实验法检测白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-10(IL-10)、肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )水平。④对比两组患者并发症发生情况,包括胰腺脓肿、上消化道出血、器官功能衰竭、腹腔间室综合征等。

**1.4 统计学方法** 采用 SPSS 24.0 统计学软件处理数据,临床疗效、并发症发生率以[例(%)]表示,行 $\chi^2$ 检验;临床相关指标、血清炎症因子水平均首先进行正态性和方差齐性检验,若检验符合正态分布且方差齐则以( $\bar{x} \pm s$ )表示,行 $t$ 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者临床疗效比较** 治疗后与对照组患者临床总有效率的 71.4%,观察组(97.6%)明显升高,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 1。

**2.2 两组患者临床相关指标比较** 研究组患者腹痛、腹

胀、呕吐缓解时间及首次排便时间、肠鸣音恢复时间相较于对照组均缩短,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$ ),见表 2。

表 1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	42	23(54.8)	7(16.7)	12(28.6)	30(71.4)
研究组	42	35(83.3)	6(14.3)	1(2.4)	41(97.6)
$\chi^2$ 值					11.012
$P$ 值					<0.05

表 2 两组患者临床相关指标比较( $\bar{x} \pm s, d$ )

组别	例数	腹痛缓解	腹胀缓解	呕吐缓解	首次排便时间	肠鸣音恢复时间
对照组	42	3.6 $\pm$ 0.7	6.2 $\pm$ 0.3	3.3 $\pm$ 0.4	6.7 $\pm$ 0.6	5.3 $\pm$ 0.9
研究组	42	2.7 $\pm$ 0.6	3.4 $\pm$ 0.4	2.1 $\pm$ 0.3	2.4 $\pm$ 0.5	2.4 $\pm$ 0.7
$t$ 值		6.326	36.292	15.554	35.680	16.484
$P$ 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

**2.3 两组患者血清炎症因子水平比较** 治疗后两组患者血清 IL-6、TNF- $\alpha$  水平相较于治疗前均下降,且研究组相较于对照组下降;两组患者血清 IL-10 水平相较于治疗前均上升,且研究组相较于对照组升高,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$ ),见表 3。

**2.4 两组患者并发症发生率比较** 研究组患者并发症总发生率相较于对照组下降,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 4。

表 4 两组患者并发症发生率比较[例(%)]

组别	例数	胰腺脓肿	上消化道出血	器官功能衰竭	腹腔间室综合征	总发生
对照组	42	2(4.8)	3(7.1)	1(2.4)	2(4.8)	8(19.0)
研究组	42	0(0.0)	1(2.4)	0(0.0)	0(0.0)	1(2.4)
$\chi^2$ 值						4.480
$P$ 值						<0.05

## 3 讨论

急性胰腺炎是由各种原因导致的胰管梗阻,使胰蛋白酶原被激活,从而导致胰腺及其邻近组织出现炎症、出血及坏死,引发多器官功能障碍。急性胰腺炎对患者胃肠功能的影响较为明显,临床可表现为胃肠蠕动减弱、腹胀等,

表 3 两组患者血清炎症因子水平比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	IL-6(pg/mL)		IL-10(ng/mL)		TNF- $\alpha$ (pg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	42	56.2 $\pm$ 4.2	19.1 $\pm$ 3.8*	54.1 $\pm$ 2.9	69.7 $\pm$ 3.6*	57.8 $\pm$ 8.2	17.7 $\pm$ 2.8*
研究组	42	55.9 $\pm$ 3.5	15.7 $\pm$ 3.4*	53.9 $\pm$ 2.7	89.5 $\pm$ 3.8*	57.3 $\pm$ 7.7	14.2 $\pm$ 2.1*
$t$ 值		0.356	4.321	0.327	24.514	0.288	6.481
$P$ 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与治疗前比,\* $P < 0.05$ 。IL-6:白细胞介素-6;IL-10:白细胞介素-10;TNF- $\alpha$ :肿瘤坏死因子- $\alpha$ 。

其中腹胀主要是由胰腺炎症渗出造成的肠麻痹所致,常伴有腹痛,且可使患者的呼吸功能受到影响。因此,临床上治疗急性胰腺炎伴腹痛腹胀的关键在于保护患者胃肠黏膜屏障,使患者的胃肠功能早日恢复。

西医临床主要采取抑制胃酸、胰腺分泌等常规治疗措施来缓解患者急性胰腺炎伴腹痛腹胀的临床症状,虽具有一定疗效,但效果并不理想。朱蔚远<sup>[8]</sup>在急性胰腺炎相关腹胀的研究中显示,胃肠减压、营养支持、常规禁食等基础治疗的临床总有效率仅为72.3%(34/47);徐兵等<sup>[9]</sup>学者的研究显示,急性胰腺炎腹胀患者接受常规禁食、抗感染、胃肠减压等对症治疗措施,其并发症发生率达40.2%,包括上消化道出血、器官功能衰竭、胰腺脓肿等。因此,寻找一种新的措施,有效改善急性胰腺炎患者腹部不适症状十分重要。

中医学并无急性胰腺炎病名,因暴食、酗酒、情志刺激,湿热裹滞等壅积于胰而致,其主要病机为脾、胃、肝、胆功能失常,从而出现肝郁气滞、湿热郁结、宣泄不利、气血瘀滞,导致腹气不通,出现腹胀、腹痛等症状<sup>[10]</sup>。芒硝有泻下、消肿、利尿等功效,吸水能力强大,可加快腹膜、胰腺水肿液等的吸收,从而使患者腹胀及肠道负担减轻,促进急性胰腺炎伴腹痛腹胀症状的好转<sup>[11]</sup>。中医理论中有“耳为宗脉之聚,十二经通于耳”的记载,说明耳与五脏六腑均有一定关系,通过对耳部相应穴位和脏腑反应点进行刺激,则具有防病治病的效果。本研究中研究组患者针对急性胰腺炎伴腹痛腹胀患者选择胰腺、大小肠、胃穴、皮质下耳穴处作为刺激点,其中对胰腺穴位的刺激,具有理气疏郁、建中和胃、消食止呕的作用,能够改善消化不良、各种胃炎、神经性呕吐等症状;胃穴能理气、和胃、降逆,治疗消化不良、泄泻、腹胀等;大小肠穴有通便止泻、清热洁腑之效;皮质下穴位的刺激,能够对患者大脑皮层进行调节,具有较好的止呕作用,诸穴共用,则有利于宣泄、疏解,促使气血通行,强化胃肠功能,则腹胀、腹痛自消;同时,采用胶布将王不留行籽固定于诸穴,具有祛除邪气、疏通经络等功效<sup>[12]</sup>。本研究中,治疗后研究组患者临床总有效率高于对照组,腹痛、腹胀、呕吐缓解时间,首次排便时间、肠鸣音恢复时间相较于对照组均缩短,研究组患者并发症总发生率相较于对照组下降,表明耳穴压豆治疗急性胰腺炎伴腹痛腹胀患者,可促进患者临床症状的缓解,且安全性较高。

炎症介质在急性胰腺炎伴腹痛腹胀进程中占据了重要介导作用,患者胰腺局部各种内毒素经微循环进入肠道,激活相关效应细胞,促使大量炎症介质释放,IL-6、TNF- $\alpha$ 水平明显升高;IL-10能够减轻胰腺组织炎症程度,降低血淀粉酶的水平,针对多种免疫细胞功能均具有防止和限

制过度免疫所致损伤的作用<sup>[13]</sup>。生物电学说认为,组织或器官发生任何病变,都会通过异常生物电沿经络通道反馈至穴位,表现为胰腺、大小肠、皮质下等耳穴电阻降低,通过对这些穴位进行按压产生良性刺激,可兴奋痛觉感受器、促进内啡肽的分泌,调节痛阈,从而发挥调节胰腺功能、解痉止痛的作用,可调节机体的免疫功能,有利于改善机体的综合状态,从而减轻机体炎症反应<sup>[14]</sup>。本文中研究组患者选择的诸穴,与机体免疫功能密切相关,是机体免疫系统、神经系统以及内分泌系统的表征穴位,对于机体免疫具有重要的调节作用,从而有利于调节血清IL-6、TNF- $\alpha$ 、IL-10炎症因子水平,减轻炎症反应<sup>[15]</sup>。

综上,耳穴压豆治疗急性胰腺炎伴腹痛腹胀,可有效缓解患者临床症状,减轻炎症反应,疗效显著,且安全性较高,值得临床推广应用。

## 参考文献

- [1] 彭美霞,赵春梅,姚小燕,等.“三位一体疗法”治疗急性胰腺炎腹胀的疗效观察及护理[J/CD].实用临床护理学电子杂志,2020,5(14):101,107.
- [2] 黄子阳,樊艺,廖焦鲁,等.针灸“动留针术”结合“神机穴法”治疗急性胰腺炎腹胀痛的临床疗效研究[J].中国中医急症,2021,30(3):431-433,475.
- [3] 方雪红,曹钊宏,管来顺.芒硝外敷联合血必净治疗急性胰腺炎临床疗效观察[J].陕西中医,2015,36(8):1039-1041.
- [4] 丁丽萍.芒硝外敷配合耳穴压豆治疗急性胰腺炎患者效果评价[J].齐齐哈尔医学院学报,2015,36(6):912.
- [5] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组,中华胰腺病杂志编辑委员会,中华消化杂志编辑委员会.中国急性胰腺炎诊治指南(2013年,上海)[J].胃肠病学,2013,18(7):428-433.
- [6] 中华中医药学会脾胃病分会.急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见[J].中华中医药杂志,2013,28(6):1826-1831.
- [7] 赵园园,吴成明.中西医结合治疗对急性胰腺炎患者水通道蛋白5、水通道蛋白6表达的影响[J].中国中医急症,2018,27(4):671-673.
- [8] 朱蔚远.生大黄联合芒硝外敷治疗急性胰腺炎相关腹胀的临床疗效与安全性分析[J].医学理论与实践,2020,33(15):2479-2480.
- [9] 徐兵,李伟新.生大黄联合芒硝外敷治疗急性胰腺炎相关腹胀的临床疗效与安全性分析[J].中医药导报,2017,23(1):107-109.
- [10] 胡倩,陈彬.艾盐包热敷与耳穴压豆联合常规疗法改善急性胆囊炎腹腔镜术后腹胀效果研究[J].新中医,2020,52(11):118-121.
- [11] 邵芬娣,姜海飞,蒋伟亚.芒硝外敷联合中药保留灌肠治疗急性胰腺炎腹胀的临床观察[J].中国中医药科技,2021,28(3):473-474.
- [12] 齐雪阳,张勤生.耳穴压豆辅助治疗对慢性乙型肝炎肝硬化腹胀症状及生活质量的影响[J].中国老年学杂志,2017,37(12):2982-



# 微型种植体支抗联合四手操作与心理干预 应用于正畸患者的前瞻性研究

龚小兰<sup>1</sup>, 程鑫焱<sup>\*</sup>

(南昌大学附属口腔医院正畸科, 江西 南昌 330006)

**摘要:** **目的** 研究微型种植体支抗联合四手操作与心理干预对正畸患者的临床效果, 以期为临床治疗提供参考。**方法** 选取 2019 年 6 月至 8 月期间南昌大学附属口腔医院收治的 48 例正畸患者, 依据随机数字表法将其分为对照组 (24 例) 和观察组 (24 例)。对照组患者予以非种植体支抗治疗, 观察组患者予以微型种植体支抗治疗, 持续支抗种植时间达 8 个月, 且均于正畸治疗期间予以四手操作与心理干预。比较两组患者正畸疗效, 治疗前后覆胎、覆盖、尖牙间宽度、第一磨牙间宽度、上下齿槽座角、上下中切牙角、上中切牙 SN 角、上齿槽座角的变化幅度, 治疗前后口腔健康相关生活质量 (OHRQOL) 量表评分。**结果** 治疗后观察组患者磨牙位移动小于对照组, 上中切牙倾角差、上中切牙凸距差均大于对照组, 治疗前后观察组患者覆胎、覆盖、尖牙间宽度、第一磨牙间宽度、上下中切牙角、上下齿槽座角、上中切牙 SN 角、上齿槽座角变化幅度均大于对照组; 与治疗前比, 治疗后两组患者功能受限、生理障碍、生理疼痛、心理沟通、社交困难、残疾、心理阻碍等 OHRQOL 评分均升高, 且观察组高于对照组 (均  $P < 0.05$ )。**结论** 微型种植体支抗联合四手操作与心理干预, 可有效缓解患者的临床症状, 提高口腔健康生活质量, 改善正畸效果。

**关键词:** 正畸; 微型种植体支抗; 四手操作; 心理干预; 临床效果

**中图分类号:** R783.5

**文献标识码:** A

**文章编号:** 2096-3718.2022.15.0119.04

牙颌畸形是一种临床较为常见的口腔疾病, 其主要是以牙弓形态异常、牙排列异常等症状为临床表现。现阶段, 临床治疗牙颌畸形主要是应用口腔正畸的方式, 以支抗抵消正畸反作用力、稳定新的牙齿结构为主, 以往多采用横腭杆、Nance 弓等增强支抗效果, 虽可缓解患者的临床症状, 改善咀嚼功能, 但在临床应用中部分患者的牙齿稳定性较差, 治疗满意度较低<sup>[1]</sup>。微型种植体支抗是一种新兴的口腔正畸治疗方式, 相较于非种植体支抗其具有质量小、稳定性好、操作便捷的优点, 主要是通过临床种植微型种植体, 以改善患者的牙齿、牙弓, 并可达到整洁美观的效果, 可提高患者治疗满意度<sup>[2]</sup>。四手操作与心理干预是口腔护理观念更新和现代护理学发展过程中所产生的新型护理模式, 其与传统的医师独立实施口腔治疗不同, 具有专业护理人员直接参与口腔治疗全过程, 协助术者实施相关操作, 且全程给予针对性心理干预, 消除患者焦虑、抑郁等不良情绪, 进而提高护理质量, 促进患者恢复<sup>[3]</sup>。基于此, 本研究旨在探讨微型种植体支抗联合四手

操作与心理干预对正畸患者的临床效果, 以期为临床治疗提供参考, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2019 年 6 月至 8 月南昌大学附属口腔医院收治的 48 例正畸患者, 依据随机数字表法将其分为对照组 (24 例) 和观察组 (24 例)。对照组患者中男性 13 例, 女性 11 例; 年龄 16~45 岁, 平均 (25.36±1.47) 岁; 体质量 50~80 kg, 平均 (62.36±7.47) kg; 文化程度: 初中及以下 14 例, 高中及以上 10 例。观察组患者中男性 14 例, 女性 10 例; 年龄 16~45 岁, 平均 (25.48±1.35) 岁; 体质量 50~81 kg, 平均 (62.25±7.75) kg; 文化程度: 初中及以下 12 例, 高中及以上 12 例。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 组间可比。诊断标准: 参照《口腔疾病诊疗指南 (第 3 版)》<sup>[4]</sup> 中的相关诊断标准。纳入标准: 符合上述诊断标准者, 且经临床检查确诊; 伴有牙弓形态异常、牙排列异常等症状者; 达到口腔外科学中正畸手术指征者

**作者简介:** 龚小兰, 大学本科, 副主任护师, 研究方向: 口腔护理。

**通信作者:** 程鑫焱, 硕士研究生, 住院医师, 研究方向: 口腔正畸。E-mail: zjyk8623695@126.com

- 2984.
- [13] 谭曦, 龙玉梅. 乌司他丁治疗重症急性胰腺炎的临床疗效及对血清 TNF- $\alpha$ 、IL-10 水平的影响 [J]. 河北医学, 2016, 22(11): 1763-1765.

- [14] 聂志娟, 董勤. 耳穴反应的特性与疾病诊疗的相关性研究评述 [J]. 河北中医, 2012, 34(11): 1741-1743.
- [15] 张启玲, 赵春梅. 耳穴压籽在改善急性胰腺炎胃肠动力障碍中的应用 [J]. 循证护理, 2021, 7(3): 389-392.