

# 小郁子油敷贴神阙穴对卒中后 气秘患者的疗效观察<sup>\*</sup>

张佳宇 李壮苗<sup>\*\*</sup> 张佳惠 燕文娟 余梦婷

(福建中医药大学护理学院,福建 福州 350122)

**摘 要:**目的 观察小郁子油敷贴神阙穴对卒中后气秘患者便秘症状、疗效及生活质量的影响。方法 使用 SPSS 23.0 生成随机数字表将 70 例卒中后气秘患者随机分为治疗组和对照组各 35 例,对照组接受常规治疗、护理与康复训练,治疗组在对照组基础上进行小郁子油敷贴神阙穴,每日 1 次,每次 8h,每周干预 6 次,连续干预 2 周,评估干预前及干预后患者便秘症状、疗效及生活质量的变化。结果 共 61 例患者完成试验,干预 2 周后,治疗组便秘症状评估表及 PAC-QOL 量表得分均低于对照组,且疗效优于对照组(均  $P < 0.05$ )。结论 小郁子油敷贴神阙穴可改善卒中后气秘患者便秘症状,提高患者生活质量。

**关键词:**卒中;气秘;小郁子油;穴位敷贴;神阙穴

**中图分类号:**R255.2 **文献标识码:**A **文章编号:**2096-1340(2022)02-0097-05

**DOI:**10.13424/j.cnki.jsctcm.2022.02.022

便秘是脑卒中最常见的并发症之一<sup>[1]</sup>,发生率可达 30%~60%<sup>[2]</sup>。卒中后便秘分为实秘及虚秘两类,其中实秘又可细化为气秘与热秘。其中气秘较为多发,发生率约占卒中后便秘患者的 22.1%<sup>[3]</sup>,主要表现为大便干结,难以排出,或便而不爽,肠鸣频繁,腹胀腹痛,暖气频发,纳差,胸肋胀满。卒中患者发病后由于长期卧床、缺乏活动及忧思过度,易肝气郁结、气机不畅、通降失调、传导失职、糟粕内停而导致气秘的发生。便秘在一定程度上加重了患者的心理负担,且排便时过度用力有可能使颅内压骤增<sup>[4]</sup>,严重者可致脑卒中患者突然死亡<sup>[5]</sup>。目前临床常用药物及灌肠法改善卒中后便秘,近期疗效显著,但长期使用可致药物依赖或结肠推动作用受损并减弱<sup>[6]</sup>。小郁子油为广东省顺德医院研制的外用经验方,由小茴香、郁李仁、莱菔子、薄荷油四味中药组成,相互配伍共奏调理气机、润肠通便之效<sup>[7]</sup>。小郁子油通过穴位敷贴给药,操作简便、成本低廉、安全无创、易被患者接受,故本研究以卒中后气秘患者为研

究对象,探讨小郁子油敷贴神阙穴治疗卒中后气秘的临床效果,现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2020 年 3 月—2020 年 10 月期间入住福建中医药大学附属康复医院神经康复科脑卒中后气秘患者 70 例。采用临床随机对照设计,由不参与本研究实施及评估的专业人员使用 SPSS 23.0 生成随机数字表将符合纳入标准的人组患者分为治疗组和对照组,每组各 35 例。

**1.2 纳入标准** ①符合脑卒中的诊断标准<sup>[8]</sup>,并经 CT/MRI 证实为脑卒中;②符合便秘的诊断标准<sup>[9]</sup>及 1993 年《中药新药临床研究指导原则》<sup>[10]</sup>中气秘中医辨证标准者;③年龄 35~80 岁;④卒中发病前无便秘症状,发病后生命征平稳且能独立完成各量表的评估;⑤经解释说明同意参与本课题并自愿签署知情同意书者。

**1.3 排除标准** ①合并肺、心、肾、肝等重要脏器的相关基础性疾病者;②妊娠期及哺乳期妇女;③对本研究使用药物(小茴香、莱菔子、郁李仁、薄

<sup>\*</sup> 基金项目:2019 年国家级大学生创新创业项目(201910393003)

<sup>\*\*</sup> 通讯作者:李壮苗,教授。E-mail:973883018@qq.com

荷油)过敏者;④脐部有溃疡、湿疹等皮肤破损或炎症的患者。

1.4 干预方法

1.4.1 对照组 对照组接受常规治疗、护理与康复训练,改善脑循环;积极防治并发症;给予心理护理及饮食调护;并针对气秘给予排便训练、活动指导等。指导患者进行运动功能、言语功能、吞咽功能等康复训练。

1.4.2 治疗组 治疗组在对照组常规治疗、护理与康复训练的基础上进行小郁子油敷贴神阙穴干预。参照《18 项中医护理技术的评分标准》<sup>[11]</sup>中穴位贴敷技术操作考核评分标准,干预方法为每天 1 次,每次 8 h(8:00 ~ 16:00),每周 6 次,连续干预 2 周。具体实施步骤如下:

遵医嘱备小郁子油、治疗盘、7 cm × 7 cm 透气胶贴、0.9% 生理盐水棉球、压舌板。小郁子油制作:取等量小茴香、莱菔子、郁李仁粉末混匀,取 1 g 上述粉末配以薄荷油 5 滴使之均匀混合制成小郁子油,加入无菌蒸馏水 0.5 mL,调成糊状,现配现用,将药物贴敷于清洁后的神阙穴,用透气胶贴覆盖并固定。

1.5 评价指标 由未参与本研究干预的研究人员对患者进行资料收集,观察两组患者干预前及干预 2 周后便秘症状及生存质量评分,并计算其干预后疗效。

1.5.1 便秘症状 采用 2005 年中华医学会制定的便秘症状评估表<sup>[12]</sup>,对排便困难,有无过度排便、粪便性状、排便时间、下坠,不尽,胀感、频率及腹胀 6 方面进行评估,具体分值按症状的严重程度从无、轻、中、重四个等级设置为 0 ~ 3 分,总得分与便秘症状严重程度呈正相关。

1.5.2 疗效 按改善百分率 = (治疗前总积分 - 治疗后总积分)/治疗前总积分 × 100%,计算症状改善百分率。痊愈:症状完全消失;显效:症状改善百分率 ≥ 80%;进步:50% ≤ 症状改善百分率 < 80%;无效:症状改善百分率 < 50%;恶化:症状改善百分率负值<sup>[13]</sup>。

1.5.3 生活质量 采用便秘患者生活质量量表(PAC-QOL)进行评定,本量表由法国机构 Mapi Research Trust 授权使用,是目前临床普遍使用的便秘评估工具。该量表中文版本由赵贞贞<sup>[14]</sup>进行信效度检验,信度各维度(除躯体不适维度)和总的 Cronbach'α 系数为 0.75 ~ 0.93(0.7),效度指数为 0.84。量表分为躯体不适、满意度、担心和焦虑与心理社会不适 4 个维度,共 28 个条目。计分方式采用 5 级评分,各级别分别赋予 0 ~ 4 分,反向条目为 18、25 ~ 28 分,总得分与患者生活质量呈负相关。

1.6 统计学方法 试验数据由双人录入 Excel 表格,双人核对无误后导入 SPSS 23.0 软件进行统计学分析。计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,若服从正态分布,采用 *t* 检验;等级资料采用秩和检验。以双侧检验水平 α = 0.05, *P* < 0.05,表示数据具有统计学差异。

2 结果

2.1 两组患者一般资料比较 两组共 61 例患者完成本研究,其中治疗组失访 3 例,因参与其他干预方案剔除 2 例,完成 30 例;对照组失访 4 例,完成 31 例。各组患者性别、年龄、文化程度、婚姻状况、卒中类型等一般资料比较,差异均无统计学意义(均 *P* > 0.05),具有可比性,详见表 1。

表 1 两组卒中后气秘患者一般资料比较(*n*)

组别	<i>n</i>	性别		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$ )	婚姻状况		卒中类型		排便方式	
		男	女		已婚	丧偶	缺血型	出血型	床上排便	下床如厕
治疗组	30	19	11	57.07 ± 7.65	29	1	25	5	9	21
对照组	31	17	14	54.23 ± 7.43	30	1	27	4	11	20
统计量		0.455		1.471	0.001		0.172		0.208	
<i>P</i>		0.500		0.147	0.981		0.679		0.648	

**2.2 两组患者干预前后便秘症状评估表评分比较** 干预前,两组患者便秘症状评估表得分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )具有可比性;干预

2 周后,两组患者便秘症状评估表得分均低于干预前(均  $P<0.05$ )且治疗组患者便秘症状评估表得分低于对照组( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后便秘症状评估表总分比较(分, $\bar{x}\pm s$ )

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
治疗组	30	11.97±2.37	4.47±2.40	12.170	0.00
对照组	31	11.87±2.33	5.90±2.09	10.610	0.00
<i>t</i>		0.159	-2.495		
<i>P</i>		0.874	0.015		

**2.3 两组患者干预后疗效比较** 干预后,治疗组完成干预的 30 例患者中,痊愈 1 例,显效 4 例,进步 20 例,占比 83.2%;对照组完成干预的 31 例患

者中,显效 1 例,进步 18 例,占比 61.2%,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 3。

表 3 两组患者治疗后疗效比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	进步	无效	恶化	<i>Z</i>	<i>P</i>
治疗组	30	1(3.3)	4(13.3)	20(66.6)	5(16.6)	0(0.00)	-2.32	0.02
对照组	31	0(0.00)	1(3.2)	18(58.0)	12(38.7)	0(0.00)		

**2.4 两组患者干预前后便秘患者生活质量量表得分比较** 干预前,两组患者 PAC-QOL 得分差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预 2 周后,两组患者

PAC-QOL 得分均低于干预前(均  $P<0.05$ )且治疗组患者 PAC-QOL 得分低于对照组( $P<0.05$ )。见表 4。

表 4 两组患者治疗前后便秘患者生活质量量表(PAC-QOL)得分比较(分, $\bar{x}\pm s$ )

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
治疗组	30	71.67±10.56	44.53±10.16	10.138	0.00
对照组	31	70.94±9.90	49.94±10.33	8.169	0.00
<i>t</i>		0.279	-2.058		
<i>P</i>		0.781	0.044		

3 讨论

卒中后气秘的病位在肠,与肝、肺、肾等重要脏器功能失常密切相关,其中尤以肝郁为甚,藏象学说认为肝主疏泄,如肝郁气滞,加之卒中后患者久卧少动,情志烦闷不畅,易导致大肠传导失司,运化失常,而糟粕内停出现气秘。《金匱要略·便秘》则认为,“气内滞”是引起气秘的主要诱因。由此可知,卒中后气秘与气机郁滞密切相关,治疗卒中后气秘宜以理气、导滞、通便为主。

小郁子油由小茴香、郁李仁、莱菔子、薄荷油四味中药组成,相互配伍有理气和胃、调理气机之效<sup>[7]</sup>,目前应用于骨折及癌症等患者便秘均取得了良好的效果<sup>[15-16]</sup>。神阙穴为任脉穴,位于脐中,冲、任、督三条经脉“同源三歧”,皆交会于脐部,故

脐部是人体经气的汇聚之所,且与肝、胃、肾等脏腑关系密切。余汉霖<sup>[17]</sup>采用益气通便方穴位敷贴神阙穴,观察其对卒中后便秘的疗效,发现神阙穴穴位敷贴组改善卒中后患者便秘症状优于常规治疗组。另有赵娜等<sup>[18]</sup>总结近年来穴位敷贴神阙穴相关研究,发现神阙穴敷贴治疗消化系统疾病如便秘、腹泻等疗效显著。故本研究选择神阙穴作为治疗卒中后气秘的穴位敷贴部位。

本研究结果显示,干预后治疗组及对照组便秘症状评估表得分均优于干预前(均  $P<0.05$ ),可能与两组患者在实验过程中均接受了常规治疗、护理及康复训练有关,如饮食护理、心理护理、排便训练等帮助可患者在调畅情志,缓解紧张、焦虑等负性情绪的同时,维持合理、健康的饮食摄

入,形成良好排便习惯,改善患者便秘症状。另一方面,干预后治疗组便秘症状评估表得分及疗效优于对照组( $P < 0.05$ ),分析其原因,可能与以下因素有关:①小郁子油的药效:该方剂中君药为小茴香,《黄帝内经》认为:“味辛性温……有理气和胃之效”。现代药理学研究表明,小茴香能通过细胞外  $\text{Ca}^{2+}$  内流由 M 受体介导促进胃肠道平滑肌收缩及胃肠功能恢复<sup>[19-20]</sup>,增加胃肠蠕动,缓解便秘症状;郁李仁为方中臣药,《本草求真》认为其可导行大肠之结气,有润燥通便之效;佐药为莱菔子,《本草纲目》认为其有行气除胀,治气滞的功效,有助于气秘患者气机调畅,减少便秘的发生;薄荷油为方中使药,其性质芳香走窜,有助于药性弥散向深层组织,促进药物透皮吸收。四种药物相配伍,有利于帮助卒中后气秘患者调理气机,行气除胀,改善其气机郁滞的症状,从而减少卒中后气秘型患者便秘的发生;②穴位刺激作用:神阙穴有“气舍”之称,《难经》认为神阙穴可“通行三气”,与肝、肾、脾等脏腑器官密切相关并调理其气机。另有研究表明<sup>[21]</sup>,脐周神经、静脉丛分布广泛,皮肤微循环状况较手臂等部位更佳,小郁子油的药性可通过皮肤角质层薄且微循环良好的脐部,经任、督、带、冲四条经脉深入脏腑,有助于达到调理气机、缓解气秘患者便秘症状的功效,这与包元飞<sup>[22]</sup>等的研究结果一致。

近年来,随着医疗卫生水平的不断进步,卒中患者死亡率总体呈下降趋势,生存时间延长,其发病后生活质量随之受到了国内外研究者的广泛关注。卒中后气秘患者往往伴随便秘带来的身体不适等情况,且研究表明<sup>[23-25]</sup>,便秘患者易心理状况不佳,导致其生活质量下降,因此减轻卒中后气秘患者便秘症状可帮助改善其生活质量。本研究表明,采用小郁子油敷贴神阙穴改善卒中后气秘患者便秘症状及生活质量明显优于仅采用常规治疗与护理,分析其原因,可能为小郁子油调理气机、行气除胀的药性通过敷贴作用于循环旺盛、通达脏腑的神阙穴,使患者气机通畅调达,便秘症状得到缓解,患者舒适度提升,减轻了便秘带来的负面情绪,进而使患者生活质量得到改善。

## 4 结论

小郁子油敷贴神阙穴可以改善卒中后气秘患者便秘症状,提高患者生活质量。但本研究仅评估了干预前及干预2周后患者便秘情况及生活质量,在后续的研究中可延长干预后随访时间,以进一步验证小郁子油敷贴神阙穴治疗卒中后气秘的远期疗效。

## 参考文献

- [1] 赵锦弘. 补阳还五通便汤治疗中风后便秘气虚血瘀证的临床研究[D]. 太原:山西中医药大学,2020.
- [2] 袁景,林桦,沈宏华,等. 脑卒中后便秘治疗进展[J]. 中国实用神经疾病杂志,2016,19(11):96-98.
- [3] 吴巧琬,苏淋. 脑卒中后便秘的中医证型及多因素分析[J]. 中医临床研究,2015,7(27):14-16.
- [4] 张迎伟,许周云,王玲姣. 吴茱萸敷脐联合耳穴压豆预防脑卒中便秘的疗效观察[J]. 护理与康复,2014,13(6):596-597.
- [5] 李洪艳,赵辉,巩尊科. 新型肠道按摩仪在脑卒中便秘病人中的应用[J]. 护理研究,2018,32(4):636-638.
- [6] 张卫平,江滨. 五羟色胺与慢性便秘[J]. 世界华人消化杂志,2011,19(24):2551-2554.
- [7] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014[J]. 中华神经科杂志,2015,48(4):246-257.
- [8] 郭荣,丁义江,张建淮. 慢性功能性便秘诊断和中医证型的量化研究[J]. 中华中医药学刊,2011,29(12):2817-2819.
- [9] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则:试行[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002.
- [10] 中华中医药学会护理分会. 关于公布中华中医药学会护理分会18项中医护理技术评分标准的通知[EB/OL]. [http://www.cacm.org.cn/zhzyxh/tzgg/201608/d8e0b917505542a0a05552f281\\_05bd21.shtml](http://www.cacm.org.cn/zhzyxh/tzgg/201608/d8e0b917505542a0a05552f281_05bd21.shtml), 2016-08-30/2019-02-18.
- [11] 中华医学会外科学分会肛肠外科学组. 便秘症状及疗效评估[J]. 中华胃肠外科杂志,2005,(4):355.
- [12] 张声生,李乾构,时昭红. 慢性便秘中医诊疗共识意见(2009,深圳)[J]. 中国中西医结合消化杂志,2010,18(2):136-139.
- [13] 赵贞贞. 中文版PAC-QOL量表的信效度研究及其在生活质量影响因素分析中的应用[D]. 南京:南京医科大学,2011.

- [14] 廖惠莲. 小郁子油子午流注穴位贴敷联合中医护理在预防奥施康定致便秘中的应用[J]. 护理研究, 2016, 30(11):1333-1336.
- [15] 梁葵心, 廖惠莲, 傅秀芳, 等. 己时小郁子油脐疗对骨折卧床所致患者便秘的影响[J]. 江西医药, 2018, 53(7):698-699, 721.
- [16] 黄秀芳, 熊丽萍, 许彩云. 小郁子油按摩预防癌痛患者药源性便秘的疗效观察[J]. 当代护士(中旬刊), 2017(8):130-131.
- [17] 余汉霖. 基于病机的神阙穴贴敷法对中风恢复期便秘患者的临床疗效观察[D]. 北京: 北京中医药大学, 2017.
- [18] 赵娜, 杨文佳, 于心同, 等. 近 5 年神阙穴位敷贴治疗疾病临床研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2018, 20(2):71-74.
- [19] Asano T, Aida S, Suemasu S, et al. Anethole restores delayed gastric emptying and impaired gastric accommodation in rodents [J]. Biochem Biophys Res Commun, 2016, 472(1):125-130.
- [20] 王金金, 毋启桐, 时博, 等. 小茴香炮制历史沿革、化学成分及药理作用研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26(20):178-190.
- [21] 孙爽, 唐宏图. 神阙治病理论依据探析[J]. 针灸临床杂志, 2020, 36(1):79-82.
- [22] 包元飞, 杜朝品, 卞兆连. 王氏保赤丸神阙穴贴敷治疗卒中后便秘的临床研究[J]. 交通医学, 2020, 34(2):184-186.
- [23] 郑建盛, 杨丽全, 郭朝书, 等. 老年功能性便秘患者主观疲劳与生存质量的相关性[J]. 长春中医药大学学报, 2015, 31(2):339-342.
- [24] 李奇阳. 维持性血透患者慢性便秘中医证候特点及其与生存质量相关性研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2019.
- [25] 唐书迪. 穴位埋线结合耳穴贴压治疗功能性便秘的临床研究[D]. 南宁: 广西中医药大学, 2017.

(收稿日期:2021-03-23 编辑:蒲瑞生)