

脐灸联合穴位贴敷改善气血亏虚型帕金森患者便秘症状的临床疗效观察

陈 燕 奚 锦 (通讯作者)

上海中医药大学附属市中医医院 上海 201800

【摘 要】目的：探讨脐灸联合穴位贴敷对气血亏虚型帕金森病患者便秘症状的临床疗效及安全性。方法：选取本院于2023年9月-2024年12月收治的74例气血亏虚型帕金森便秘患者，随机分为对照组38例（穴位贴敷）、试验组36例（脐灸+穴位贴敷），比较两组的临床疗效、便秘严重程度、生存质量、中医证候积分及安全性。结果：治疗后，试验组的总有效率大于对照组（ $P < 0.05$ ）；其慢性便秘严重程度评分量表（CSS）评分、便秘患者生存质量量表（PAC-QAL）、中医证候积分评分低于对照组（ $P < 0.05$ ），而不良反应发生率与对照组无显著差异（ $P > 0.05$ ）。结论：脐灸联合穴位贴敷可有效缓解气血亏虚型帕金森患者的便秘症状，安全性良好。

【关键词】脐灸；穴位贴敷；气血亏虚型；帕金森病；便秘；疗效

DOI:10.12417/2705-098X.25.21.014

帕金森病（Parkinson's disease, PD）是一种慢性、不可逆性、神经退行性病变疾病，多见于老年人患病。我国PD患病人数随着人口逐步进入老龄化而逐年增加，无形中降低了老年患病群体的生活质量。帕金森病患者便秘发生率可高达89%^[1]，严重影响生活质量，且发病率随着病情的发展逐渐增加。便秘几乎伴随PD的所有病程阶段，且可能参与推动疾病病程发展^[2]。本研究探讨脐灸联合穴位贴敷在改善气血亏虚型帕金森患者便秘症状中的效果，为帕金森便秘患者的中医外治法提供参考。

1 对象与方法研究

1.1 对象

选取本院于2023年9月-2024年12月收治的74例PD便秘患者。

纳入标准：①符合PD的诊断标准^[3]；②便秘患者符合的相关西医诊断标准^[4]；③中医符合气血亏虚型诊断标准^[5]：头摇肢震，面色无华，表情淡漠，动后气促，心悸健忘，眩晕，纳呆，舌淡，苔薄白，脉弦细弱；④年龄在40~86岁之间；⑤神清，生命体征平稳，能配合检查、治疗；⑥知情同意。

排除标准：①便秘因巨结肠、不全机械性肠梗阻或可疑肠梗阻引起，或其他明确病因引起的便秘；②伴有重大疾病，如心肝肾功能损害等；③过敏体质；④存在脐部皮肤感染或破损。

随机分为对照组、试验组，两组资料无差异（ $P > 0.05$ ），见表1。本研究经医学伦理委员会批准。

表1 两组一般资料比较[n (%) / ($\bar{x} \pm s$)]

组别	对照组(n=38)	试验组(n=36)	χ^2/t	P
----	-----------	-----------	------------	---

年龄(岁)	51.33 ± 6.42	50.19 ± 6.15	0.769	0.444	
性别	男	24(63.16)	21(58.33)	0.551	0.458
	女	14(36.84)	15(41.67)		
病程(年)	3.17 ± 0.46	3.22 ± 0.56	0.639	0.525	

1.2 方法

1.2.1 治疗方法

试验组在原本治疗护理基础上予脐灸+穴位贴敷方法：穴位取神阙。75%酒精消毒穴位，放控温计，隔热垫，在神阙穴上方放脐碗（直径7cm，外沿高度4cm，内沿深度2cm，外口尽量内收，内有面碗），脐碗底部的孔对准神阙穴，在孔内加满药粉。药粉为通腑方（脑病科经验方），药物组成为黄芪15、丹参12、当归12、生大黄9、芦荟2、枳实9、及生麻6，将上述药物研细末。在脐碗底部孔上点燃艾炷（直径约2cm，高度约2cm），共灸3壮。艾炷燃尽后，撤掉陶瓷碗，温水清洗脐部，用穴位贴封住药粉，留置4~6小时，每日1次，每次30min，共治疗1周。

对照组在原本治疗护理基础上给予穴位贴敷治疗：穴位取神阙。通腑方用醋调和后制成药丸，每个约1g，用穴位贴封住药丸，留置4~6小时，每日1次，共治疗1周。

1.2.2 观察指标

（1）临床疗效：痊愈：患者最想解决的症状完全消失或基本消失，慢性便秘严重程度评分量表（CSS）评分降低 $\geq 95\%$ ；显效：患者最想解决的症状消失大半，CSS评分降低70-95%；

有效：患者最想解决的症状有所好转，CSS 评分降低 30-70%；
无效：患者最想解决的症状无明显好转，CSS 评分降低<30%。

(2) 便秘严重程度^[6]：CSS 作为标准化评估工具，由 8 个核心维度构成：排便频次、排便费力程度、排便未排尽感、腹部疼痛、每次大便时间、排便时需要帮助的类型，每天排便不成功的次数，便秘病程。通过量化各维度症状严重程度（0=无，4=极严重），可获得 0-32 分的总分，得分越高，说明便秘程度越严重。

(3) 生存质量：便秘患者生存质量量表（PAC-QAL）^[7]共有 28 个题目，每个题目按照“一点也不”“有一点”“一般”“比较严重”“非常严重”分别计为 1 分~1 分，总分 28 分~140 分，得分越高便秘病人生存质量越差。

(4) 中医证候积分^[8]：对腹胀便秘、震颤、肌强直、行动迟缓、言语不利、吞咽困难、睡眠障碍等症状进行积分，每项症状采用 0-3 分四级评估法，总分 21 分，分数越高提示症候越严重。

(5) 安全性分析：观察患者有无不良反应，有无轻微腹泻、大便次数增多、肛周排便疼痛，施术皮肤有无潮红、疼痛、瘙痒、水疱、烫伤等现象。

1.2.3 统计学方法

采用 SPSS 25.0 软件分析，计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 描述，以独立样本 t 检验比较组间数据，以配对样本 t 检验比较组内数据；计数资料以 n (%) 表示，组间比较采用 X² 检验，P<0.05 表示有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

试验组的总有效率大于对照组（P<0.05），见表 2。

表 2 两组临床疗效比较（n，%）

组别	试验组(n=36)	对照组(n=38)
痊愈	4(11.11)	2(5.26)
显效	13(36.11)	11(28.94)
有效	17(47.22)	14(36.84)
无效	2(5.56)	11(28.95)
总有效率	34(94.44)	27(71.05)
X ²	5.258	
P	0.022	

2.2 两组便秘严重程度比较

组内比较：①试验组：干预后 3 天较干预前无统计学差异（p>0.05）；干预后 1 周 CCS 较干预前降低（p<0.05）。②

对照组：干预后 3 天较干预前无统计学差异（p>0.05）；干预后 1 周较干预前降低（p<0.05）

组间比较：干预 1 周后，试验组分数小于对照组（p<0.05）。见表 3。

表 3 两组便秘严重程度比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	试验组（n=36）	对照组（n=38）
干预前	17.32±3.31	17.56±2.69
CSS（分） 干预后 3 天	16.06±2.64	16.79±2.15
干预后 1 周	13.94±0.78#△	15.53±0.95▽

注：组内比较：干预一周后试验组△P<0.05，对照组▽P<0.05；组间比较：干预一周后与对照组比较，#P<0.05。

2.3 两组便秘患者生存质量评分量表 PAC-QAL 比较

组内比较：①试验组：干预后 3 天 PAC-QAL 较干预前无统计学差异（p>0.05）；干预后 1 周较干预前降低（p<0.05）。②对照组：干预后 3 天 PAC-QAL 较干预前无统计学差异（p>0.05）；干预后 1 周较干预前降低（p<0.05）

组间比较：干预后 3 天及干预后 1 周，两组间无统计学意义（p>0.05），见表 4。

表 4 两组生存质量比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	试验组(n=36)	对照组(n=38)
干预前	53.56±7.16	53.26±6.72
PAC-QAL(分) 干预后 3 天	52.81±8.54	51.68±4.40
干预后 1 周	44.81±6.96△	46.53±6.63▽

注：组内比较：干预一周后试验组△P<0.05，对照组▽P<0.05。

2.4 两组中医证候积分比较

组内比较：①试验组：干预后干预后 1 周中医证候积分较干预前降低（p<0.05）。②对照组：干预后干预后 1 周中医证候积分较干预前降低（p<0.05）。

组间比较：干预一周后，试验组的中医证候积分小于对照组（P<0.05），见表 5。

表 5 两组中医证候积分比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	试验组(n=36)	对照组(n=38)
干预前	11.49±1.94	12.15±2.26
中医证候积分(分) 干预后一周	6.23±0.76#△	7.44±0.89▽

注：组内比较：干预一周后试验组△P<0.05，对照组▽P<0.05；组间比较：干预一周后与对照组比较，#P<0.05。

2.5 两组不良反应比较

两组不良反应比较无差异 ($P>0.05$)，见表 6。

表 6 两组不良反应比较 (n, %)

组别	试验组(n=36)	对照组(n=38)	X^2	P
肛周排便疼痛	2(5.56)	2(5.26)		
大便次数增	1(2.78)	2(5.26)		
轻微腹泻	1(2.78)	3(7.89)		
施术皮肤潮红	2(5.56)	1(2.63)		
皮肤疼痛	1(2.78)	0(0.00)		
水疱	1(2.78)	0(0.00)		
总发生率	8(22.22)	7(21.05)	0.321	0.571

3 结论

研究中，试验组患者治疗后的总有效率大于对照组。CCS 分析说明试验组和对照组均可改善便秘症状，且与干预时间有关；试验组能更大程度改善患者便秘症状。PAC-QOL 分析说明试验组和对照组均可改善便秘患者生活质量，但两组之间对于生活质量的改善差异不大。中医证候量表表明脐灸联合穴位贴敷的治疗方案给帕金森便秘患者带来显著临床获益，能有效改善患者症状。不良反应方面，两组差异无统计学意义，表明两组均具有良好的治疗安全性。

4 讨论

PD 便秘的病理基础是结肠运输延迟和（或）直肠肛门排

泄受阻等^[9]，临床上通常使用促胃肠动力药、灌肠剂、泻药、栓剂及微生态制剂等药物，尚无特效药治疗该病。在中医理论上，帕金森病归属于“振掉”“颤证”范畴，明代医家秦昌遇的著作《症因脉治一大便秘结论》中有云：“若其元气不足，则大肠不得传导之令，而大便亦结矣”，指出气虚则运化失职，大肠传送无力，糟粕停滞肠中，传导困难，终致便秘不通。帕金森病便秘的中药内治法，通过各种中药方剂^[10]，如补肾滋阴润肠方等均取得不错的效果。对于 PD 便秘的治疗而言，中医内治法从归纳的临床报道来看，疗效肯定，临床运用前景良好；中医外治法^[11]亦能改善 PD 便秘的症状。

气血亏虚型帕金森患者发生便秘多是由于气血亏虚导致的，治疗当以推动气血为主。而“艾叶苦辛，生温，熟热，纯阳之性，能回垂绝之阳，通十二经，起三阴，理气血，逐寒湿，暖子宫……以之火灸，能透诸经而除百病”，故对气血亏虚型帕金森便秘患者实施脐灸，通过对艾柱的热刺激和艾柱的渗透力，可以温暖体内的阳气，调节胃肠，促进胃的正常蠕动，有效解决便秘问题。

中药穴位贴敷法为中医外治的主要方法，能够将中医理论、中医经络理论有机结合，以外敷药物透皮吸收、刺激穴位发挥治疗效果，具有无痛、无创优势。也能够避免了患者抗拒口服药的困难。在脐灸后进行穴位贴敷，两者联合应用，可刺激穴位与经络皮肤对药物的有效吸收。

综上，脐灸联合穴位贴敷的治疗方案给 PD 便秘患者带来显著临床获益，该方案在改善患者便秘症状的同时，提升了患者的生活质量，且具有良好治疗安全性。

参考文献:

- [1] Pfeiffer RF. Gastrointestinal Dysfunction in Parkinson's Disease [J]. Curr Treat Options Neurol, 2018, 20(12): 54.
- [2] Knudsen K, Krogh K, Ostergaard K, et al. Constipation in parkinson's disease: Subjective symptoms, objective markers, and new perspectives [J]. Mov Disord, 2017, 32(1): 94-105.
- [3] 中华医学会神经病学分会帕金森病及运动障碍学组, 中国医师协会神经内科医师分会帕金森病及运动障碍学组. 中国帕金森病治疗指南(第四版) [J]. 中华神经科杂志, 2020, 53(12): 973-986.
- [4] 邵万金, 杨柏林. 便秘罗马 III 标准 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2007, 10(6): 579-580.
- [5] 中国中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 2022, 51(2): 201-202.
- [6] Mearin F, Lacy B E, Chang L, et al. Bowel Disorders [J]. Gastroenterology, 2016; S0016-5085(16)00222-5.
- [7] 梁薇, 刘佃温, 杨会举. 名中医刘佃温从久病入络理论运用角药治疗慢性便秘经验 [J]. 陕西中医, 2024, 45(8): 1118-1121.
- [8] 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: 68-69.
- [9] 曾奇, 刘智斌, 王渊, 等. 帕金森病便秘研究进展 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(08): 40-44.
- [10] 陆燕虹, 余晓英. 自制润肠通便汤剂在老年帕金森患者便秘中的应用 [J]. 当代护士(中旬刊), 2019, 26(5): 133-134.
- [11] 蔡巧娣, 郑春叶, 陈信捷, 等. 中医外治法治疗帕金森病便秘的 Meta 分析 [J]. 中国医药导报, 2019, 16(16): 120-124.