

杜氏推拿手法联合蜡疗治疗颞下颌关节紊乱病临床观察^{*}

熊学琼, 钱俊辉[△], 彭趣思

(成都中医药大学附属医院, 四川 成都 610072)

摘要: 目的: 观察杜氏推拿手法为主加蜡疗治疗颞下颌关节紊乱病(TMD)的临床疗效。方法: 将120例颞下颌关节紊乱病随机分为观察组(60例)和对照组(60例), 观察组采用杜氏推拿手法为主加蜡疗, 对照组采用针刺加蜡疗, 每周5次, 总共治疗2周10次。以McGill疼痛问卷简表(SF-MPQ)、Friction 颞下颌关节紊乱指数(CMI)、口腔健康影响程度量表(OHIP-14)评分为观察指标。结果: 112例完成观察, 两种疗法均能显著降低SF-MPQ(PRI、VAS、PPI)、Friction CMI(PI、DI、CMI)、OHIP-14各项评分($P<0.001$), 两组相比差异显著(PRI、VAS、PPI: $P<0.001$; PI、DI、OHIP-14: $P<0.01$; CMI: $P<0.05$)。结论: 杜氏推拿手法为主加蜡疗是治疗TMD的有效方法, 既能有效减轻疼痛、改善颞下颌关节功能, 又能明显改善与之相关的身心缺陷、睡眠障碍, 从而有效提高患者的生活质量, 且杜氏推拿手法为主加蜡疗的疗效明显优于针刺加蜡疗, 尤其在改善患者紧张压力、抑郁、焦虑、睡眠方面具有明显的优势, 值得推广应用。

关键词: 颞下颌关节紊乱病、杜氏推拿手法、针刺疗法、蜡疗

中图分类号: R 244.1 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649(2023)05-0195-05

颞下颌关节紊乱病(temporomandibular disorders, TMD)是一种病因尚未明确而又有相同或相似症状的一类疾病的总称。中国大陆TMD患病率高达31%, 并呈明显上升趋势, 最常见的临床表现是关节弹响, 其次是下颌运动异常和疼痛, 在女性中的患病率显著高于男性^[1]。TMD的治疗以保守治疗为主,

如用咬合板治疗就能有效抑制疼痛、控制弹响^[2], 但广泛应用的稳定垫对肌肉疼痛才显效^[3], 对于关节功能改善不明显, 因此病情往往迁延难愈, 严重影响患者的生活质量。针灸推拿是治疗TMD的有效方法, 尽管临床研究有很多, 但大多数的研究样本量过少, 而且较多只是单纯运用主观症状的改善来衡量疗效,

^{*}基金项目: 国家重点研发项目(编号: 2018YFC1704104)。作者简介: 熊学琼, 硕士, 主任医师, 主要研究方向: 针灸推拿治疗伤筋骨关节损伤、脊柱疾病的临床研究, E-mail: xiongqx623@163.com; [△]通讯作者: 钱俊辉, 硕士, 副主任医师, 研究方向: 针灸推拿治疗小儿肌性斜颈、消化不良、脊柱疾病及骨关节损伤的临床研究, E-mail: junhui327@163.com。

腹痛腹胀、恶心呕吐等不良反应的发生风险。

参考文献

- [1] 张冬, 卜迟文, 王彪, 等. 腹腔镜手术和开腹手术治疗结直肠癌效果及术后复发转移的对比分析[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2020, 27(S1): 107-108.
- [2] 郑民华. 腹腔镜胃肠外科手术发展轨迹与趋势[J]. 中国实用外科杂志, 2018, 38(1): 61-64.
- [3] 蒋志, 陈其城, 曹立幸, 等. 中药香槟方对腹腔镜辅助结直肠癌根治术后胃肠功能恢复的影响[J]. 广州医科大学学报, 2019, 47(06): 25-29.
- [4] 郝晓婷. 合募配穴针刺对腹腔镜胆囊切除术后胃肠功能恢复的临床研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2019.
- [5] 耿建军. 厚朴排气汤对腹外科患者术后胃肠道功能障碍的影响[J]. 光明中医, 2018, 33(8): 1120-1122.
- [6] 王伟林, 李猛, 陈明哲, 等. 腹腔镜在胃肠肿瘤手术治疗中的应用分析[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2020, 27(S1): 97, 99.
- [7] 高绥林. 香砂六君子汤对结石性胆囊炎患者腹腔镜胆囊切除术后胃肠功能及血清炎症因子水平的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2018, 3(13): 116-117.
- [8] 孙海青, 王莉, 周玉, 等. 艾灸对腹腔镜术后胃肠功能障碍患者的研究进展[J]. 新疆中医药, 2020, 38(3): 110-112.
- [9] 董建林. 通气汤联合针刺治疗对腹部术后胃肠排气时间的影响[J]. 内蒙古中医药, 2020, 39(8): 95-96.
- [10] 高燕, 刘强, 柳森, 等. 热敏灸联合普通针刺改善脾胃气虚型胃脘痛患者疼痛和生活质量的护理[J]. 医学食疗与健康, 2020, 18(21): 115-116.
- [11] 任彦, 彭生, 焦妮妮, 等. 揸针针刺联合咀嚼口香糖护理对腹腔镜胆囊切除术后患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2019, 25(6): 114-116.
- [12] 张瑞湘, 武淑慧. 厚朴排气汤对剖宫产后胃肠功能的影响[J]. 深圳中西医结合杂志, 2019, 29(7): 116-118.
- [13] 曲立哲, 赵宏程, 沈韩雄, 等. 单穴针刺与多穴针刺对全麻腹腔镜胆囊切除术后患者胃肠功能的影响[J]. 针刺研究, 2020, 45(2): 136-140.
- [14] 兰益. 针刺对腹腔镜胆囊切除术后患者恶心呕吐及胃肠激素水平影响的研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2020.
- [15] 张雅梅, 刘东辉, 杨伟. 补肾益髓汤联合调神益智针刺法对老年胃肠道肿瘤术后谵妄综合征患者衰弱评分及炎症反应的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(18): 1998-2001.
- [16] 谢莉平. 针刺预处理对腹腔镜胆囊切除术后胃肠功能恢复影响的临床研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2020.

(收稿日期 2022-02-17)

统一的客观指标过少,影响临床试验的准确性和疗效效果的评价^[4]。我们遵循双轴诊断标准及方法^[5],对患者进行包括躯体疾病和精神心理状况的全面评估,采用杜氏推拿手法为主加蜡疗治疗 TMD,并设针刺加蜡疗为对照,采用 McGill 疼痛问卷简表等量表为观察指标,量化判断疗效。

1 临床资料

1.1 一般资料 120 例病人全部来自 2015 年 4 月—2020 年 11 月成都中医药大学附属医院推拿科门诊病人,以随机(数字表法)、单盲的方法按就诊顺序将患者分为治疗组和对照组,各 60 例。在开始治疗前及疗程结束后由专人一对一进行疼痛及颞下颌关节功能评估;口腔健康影响程度量表则由患者自我评定。治疗组 1 周以后由于时间关系脱落 3 例,对照组一周以后由于惧怕针刺脱落 5 例,最终 112 例完成观察。两组患者一般资料比较见表 1,分别经卡方检验和 t 检验,差别无统计学意义 ($P > 0.05$),治疗前两组病例疼痛强度对比见表 2、Friction 颞下颌关节紊乱指数对比见表 3、口腔健康影响程度对比见表 4,差别均无统计学意义 ($P > 0.05$),两组资料基线一致具有可比性。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	n	性别(例)		平均年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	平均病程 ($\bar{x} \pm s$, 月)
		男	女		
治疗组	57	16	41	27.36 $\pm$ 11.58	4.76 $\pm$ 1.96
对照组	55	17	38	28.14 $\pm$ 12.15	4.53 $\pm$ 2.10

1.2 诊断标准 根据 2014 年国际牙科研究学会发布的 TMD 分类及诊断标准(diagnostic criteria for the most common TMD, DC/TMD),将 TMD 临床诊断分为两大类。I 类为疼痛性疾病:①肌肉痛;②关节痛;③TMD 头痛。II 类为颞下颌关节疾病:①可复性关节盘移位;②可复性关节盘移位伴绞锁;③不可复性关节盘移位伴开口受限;④不可复性关节盘移位无开口受限;⑤退行性关节病;⑥关节半脱位^[6-7]。

1.3 纳入标准 ①符合颞下颌关节紊乱病的诊断标准(DC/TMD) I 类患者;②一星期内未服用治疗该病的药物,且本次发病后至就诊前未经任何治疗者;③年龄在 18~60 岁之间;④签署知情同意并能按照计划治疗者。

1.4 排除标准 ①不符合上述诊断标准及纳入标准者;②伴有全身系统性疾病及其他遗传性疾病;③有严重的抑郁、焦虑等精神疾病;④有颞下颌关节外伤或手术史;⑤有自身免疫性骨关节系统疾病;⑥孕妇。

2 治疗方法

2.1 观察组 采用杜氏推拿为主加蜡疗方案,患者采取仰卧位,医者坐在其头侧旁,先以杜氏推拿手法进行治疗,手法与步骤如下:①“按摩”:用拇

指、或三指(食中无名)指腹自上而下反复按压、徐缓旋转抚摩患侧面部 10 次,路径为颞部—太阳穴区—耳前颞下颌关节部—下颌角颊车部—下颌下缘咬肌止点。②“点穴”:先用拇指或中指依次点按局部阿是穴、太阳穴、合谷、阳陵泉、太冲,再顺经点按局部经穴,(足阳明胃经)大迎—颊车—下关—头维;(手太阳小肠经)颞髃、听宫;(手少阳三焦经)翳风、角孙、耳门、和髎、丝竹空;(足少阳胆经)瞳子髎、听会、上关、颌厌、悬颅、悬厘、曲鬓、率谷。点按力量由轻到重,缓慢加力以达到酸、麻、胀得气为度。③“理筋”:以单手拇指指腹紧贴患部,沿筋(咀嚼肌)的走向由上而下,由内向外,徐缓推理 10 次,其路径分别为:咬肌—自颞弓下缘开始,前上斜向后下;翼内肌—位于咬肌内侧,前上斜向后下;翼外肌—自鼻旁开始前内斜向后外至颞下颌关节;颞肌—前部分从上直下、中后部分后上斜向前下。④“点压镇定法”:用拇指或中指分别点压颞下颌关节处、咀嚼肌上阿是穴、太阳、上关、下关、听宫、颊车、合谷,持续用力点压至酸麻胀感特别明显时徐缓松压,点压合谷时要求患者缓慢做张口动作配合。再施以头面部手法:开天门、推坎宫各 30 次,大鱼际揉前额、太阳 2 分,八字运揉眼眶 10 次,拇指分抹及平推前额各 10 次;拇指按揉头部五经、拿五经各 5 次,点揉百会、四神聪各半分,最后从下至上捏脊 5 遍。有精神心理障碍者再加如下推拿手法:分推胸阴阳、分推膻中、搓摩胁肋各 5 次,点揉三阴交、太冲、肝俞、脾俞各半分,结束手法治疗。蜡疗:推拿后将蜡疗热敷于患处,每次 20min。治疗均为每日 1 次,连续 5 次为一个疗程,休息 2 天后再进行第二个疗程的治疗,共计 10 次。

2.2 对照组 采用针刺加蜡疗方案。取穴:阿是穴、太阳、百会、率谷、上关、下关、听宫、颊车、翳风、合谷、太冲、阳陵泉。操作方法:患者取仰卧位,穴位皮肤常规消毒,用蜀康牌一次性毫针(0.25 $\times$ 25 mm、0.35 $\times$ 40mm),先张口直刺听宫提插捻转得气后出针,直刺上关、下关、合谷、太冲、阳陵泉,斜刺颊车、太阳、率谷、阿是穴,平补平泻,向前齐刺百会,得气后加 TDP 照射,留针 30min,出针后进行蜡疗,方法、频次及疗程同上。

3 疗效观察

3.1 疼痛强度 采用 McGill 疼痛问卷简表(Short-form of McGill pain questionnaire, SF-MPQ)^[8],包括疼痛评级指数(the pain rating index, PRI)、视觉模拟评分(visual analogue scale/score, VAS)及现有疼痛强度(the present pain intensity, PPI)3 部分。PRI 评估疼痛的感觉程度及情感状况,每项记分都为:0 为无痛,1 是轻度,2 是中度,3 为重度,分值 0~45;VAS 测量主要是通过一条 10cm 的直线完成,从表示“无痛”的 0 分至“疼痛无法忍受”的

10 分,患者根据自己的疼痛情况选择相应的刻度,反映患者的主观疼痛强度;PPI 评估现有疼痛强度,分 0-5 级,从“无痛”的 0 分至“极度疼痛”的 5 分。总分 60 分,得分越高疼痛越严重。

3.2 颞下颌关节功能评价 采用 Friction-Shiffman 颞下颌关节紊乱指数 (CMI)^[9],包括下颌运动 (mandibular movement, MM)、关节杂音 (joint noise, JN)、关节触压诊 (joint palpation, JP)、肌肉触压诊 (muscle palpation, MP)、功能障碍指数 (dysfunction index, DI)、肌肉触压痛指数 (palpation index, PI)、Friction 颞下颌关节紊乱指数 (craniomandibular index, CMI),计分方法及分值范围如下:MM (阳性项目数 0-16);JN (阳性项目数 0-4);JP (压痛点数 0-6);DI = (MM+JN+JP)/26, 0-1;MP (压痛点数 0-28);PI = MP/28 (0-1);CMI = (DI+PI)/2, 0-1。

3.3 口腔健康对生活质量的影 采用口腔健康影响程度量表 (Oral Health Impact Profile, OHIP-14)^[10]来评定,OHIP-14 包括功能限制、疼痛与不适、能力受限和身心缺陷四个维度共 14 条目,计分范围:0=从未,1=很少,2=有时,3=经常,4=很经常。总分 0-56,得分越高,表明口腔健康相关生存质量越差。

3.4 统计学方法 采用 SPSS19.0 统计软件对所有数据进行统计学处理。计量资料采用均数±标准差 ($\bar{x}\pm s$) 表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,当 $P<0.05$ 时,数据差异具有统计学意义。

4 结 果

4.1 两组 McGill 疼痛问卷简表 (SF-MPQ) 积分比较 由表 2 可知,与治疗前相比,观察组的 SF-MPQ 各项积分均显著降低:疼痛评级指数 PRI ($t=13.63, P<0.001$)、视觉模拟评分 VAS ($t=26.40, P<0.001$)、现有疼痛强度 PPI ($t=12.11, P<0.001$)。治疗后两组的 SF-MPQ 各项积分对比,差别具有显著统计学意义:PRI ($t=4.88, P<0.001$)、VAS ($t=3.66, P<0.001$)、PPI ($t=3.97, P<0.001$)。

表 2 两组 McGill SF-MPQ 积分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别		PRI	VAS	PPI
观察组 ($n=57$)	治疗前	19.13±6.72 [#]	6.73±1.16 [☆]	3.75±0.86 [★]
	治疗后	3.96±0.94	2.13±0.65	1.92±0.72
对照组 ($n=55$)	治疗前	18.75±6.69	6.69±1.09	3.81±0.93
	治疗后	4.85±0.99 [▼]	2.57±0.62 [♢]	2.45±0.69 [※]

注:治疗前两组对比:[#] $t=0.30, P>0.05$,[☆] $t=0.18, P>0.05$,[★] $t=0.35, P>0.05$;对照组与治疗前比较:[▼] $t=14.96, P<0.001$;[♢] $t=24.36, P<0.001$;[※] $t=8.71, P<0.001$

4.2 两组 Friction 颞下颌关节紊乱指数 (CMI) 比较 由表 3 可知,与治疗前相比,观察组的肌肉压痛指数 PI ($t=14.63, P<0.001$)、功能障碍指数 DI ($t=$

$=31.16, P<0.001$) 及 Friction 颞下颌关节紊乱指数 CMI ($t=21.47, P<0.001$) 均显著降低;治疗后两组 CMI 积分对比,差别具有显著统计学意义:PI ($t=2.81, P<0.01$)、DI ($t=2.88, P<0.01$)、CMI ($t=2.37, P<0.05$)。

表 3 两组 Friction CMI 积分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别		PI	DI	CMI
观察组 ($n=57$)	治疗前	0.098±0.017 [★]	0.674±0.071 [※]	0.386±0.058 [◆]
	治疗后	0.041±0.024	0.327±0.045	0.184±0.041
对照组 ($n=55$)	治疗前	0.095±0.019	0.659±0.073	0.377±0.056
	治疗后	0.053±0.021 [♢]	0.351±0.043 [*]	0.202±0.039 [▽]

注:治疗前两组比较:[★] $t=0.88, P>0.05$;[※] $t=1.49, P>0.05$;[◆] $t=0.83, P>0.05$ 。对照组与治疗前对比:[♢] $t=8.38, P<0.001$;^{*} $t=22.58, P<0.001$;[▽] $t=19.01, P<0.001$ 。

4.3 两组口腔健康影响程度量表 (OHIP-14) 积分比较 由表 4 可知,与治疗前相比观察组的 OHIP-14 积分明显降低 ($t=7.27, P<0.001$),治疗后两组 OHIP-14 积分对比,差别具有显著统计学意义 ($t=2.73, P<0.01$)。

表 4 两组 OHIP-14 积分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	57	13.73±6.54	6.15±4.38
对照组	55	13.68±6.49 [#]	8.37±4.21 [△]

注:治疗前两组比较,[#] $t=$, $P>0.05$;对照组与治疗前对比,[△] $t=5.15, P<0.001$

5 讨 论

虽然关于颞下颌关节紊乱病的病因病理至今尚未完全明了,但已经达成共识,TMD 往往由多因素引起,主要包括:精神心理因素、创伤与劳损、自身免疫因素、解剖因素。临床上根据病因及病变部位将 TMD 分为咀嚼肌紊乱疾病、关节结构紊乱疾病、炎性疾病类、骨关节病 (骨关节炎) 四大类,治疗遵循“个体化原则”,治疗措施逐步升级,最终目的是消除患者的疼痛、改善和恢复关节功能、提高患者生活质量^[11-13]。因此我们选择了相应的量表来判断疗效,用 McGill 疼痛问卷简表,多维评定疼痛强度;评价 TMD 功能障碍程度的客观定量指标,则是 Friction 颞下颌关节紊乱指数 (CMI),方便且有效^[14];口腔健康影响程度量表 OHIP-14,具有良好的信度、效度^[10],国际上广泛应用,因其良好的心理学测量性质,国内也广泛用来测量口腔健康相关生活质量,评估口腔疾病临床疗效^[15]。

中医学典籍中记载的下列病症与 TMD 病情相似:《灵枢·杂病篇》中的“颊痛”“颌痛”、《针灸甲乙经》所载“颌痛”、《诸病源候论》中“口噤不开”等。本次研究纳入的病例,全部是疼痛性疾病患者,包括颌面部肌肉痛、关节痛、TMD 头痛,应属于“痹证”中“痛痹”“筋痹”“肌痹”“骨痹”范畴。

《素问·痹论》指出：“痹在于骨则重，在于脉则血凝而不流，在于筋则屈不伸。”多因人体正气不足，卫外不顾之时，风寒湿（寒邪为主）之邪外犯，导致气血凝滞、颌面部阳经经脉、经筋痹阻不通，不通则痛，正如《诸病源候论》所言“诸阳经为风寒所客，故口噤不开也。”而“宗筋主束骨而利机关也”（《素问·痿论篇》），是故经筋拘急挛缩则口开合不利。或因紧张焦虑、情志抑郁、郁怒伤肝，肝郁脾虚、肝肾亏损、气血不足，脉络空虚不能濡养筋脉、筋骨关节，不荣则痛；或因偏侧咀嚼、咬硬物、张口过大时间过长等导致筋脉劳损，耗伤气血经络，气血瘀滞，筋缓乏力不能束骨而滑利关节。

根据《灵枢·经脉》及《灵枢·经筋》的记载，在颞下颌关节颌面部，分布有足阳明胃经及经筋、手太阳小肠经及经筋、手少阳三焦经及经筋、手阳明大肠经筋、足少阳胆经等阳经经脉及经筋。因此针灸推拿局部近取主要穴位有：下关及颊车（足阳明胃经）、听宫（手太阳小肠经）、上关和率谷（足少阳胆经）、翳风（手少阳三焦经）、阿是穴、太阳穴、百会等；远取：合谷、太冲、阳陵泉。其中阿是穴，《内经》所言“以痛为腧”，位于颞下颌关节局部及咀嚼肌中，合谷为手阳明大肠经之原穴，善治头面之疾、太冲为足厥阴肝经之原穴，合为四关穴。原穴是脏腑原气经过和留止的部位，取四关穴重在疏通经络、调和气血，血和则筋柔；阳陵泉为筋之会，善治筋病，足少阳胆经之合，经脉所过主治所及；颊车、下关配对而用，相得益彰。颊车位于咬肌中，下关位于下颌骨髁状突前方，均属足阳明胃经，且下关穴是足阳明胃之筋所结之处、足少阳胆经和手三阳经之筋所过之处，是治疗颞下颌关节疾患的经典用穴。百会属督脉，位于头顶，头为诸阳之会，善治头痛头风。针刺诸穴共奏调和气血，舒筋通络，散寒化瘀，解痉止痛，通利关节之功。

本研究采用的杜氏推拿手法，是杜自明教授创立的治疗筋伤的手法，由其女杜琼书主任医师秉承和发扬，自成体系。笔者有幸向杜老的亲传大弟子彭介寿（本科室老教授）临诊学习多年，习得手法精髓，每每效验于临床。杜氏推拿手法分为舒筋活络类（按摩、拿捏、理筋、分筋、弹筋、拨络、点穴、镇定八法）、运筋活节类（通臂、转节、滚摇、升降四法）。特点是手法简练，徐缓稳健、章法井然；手法准确，掌握症结，对症施力；善用指力（拇指）且力量集中深透、从容徐缓；力量适度、刚柔相济。其中①“按摩”是“按”和“摩”两种手法的复合运用，施于患侧颌面部具有行气活血、疏通经络、缓解筋挛的作用。②每次“点穴”时稍微保留一定的压力，增加刺激量，具有通关行气、活血散瘀、定痛生力之功，常用于各种痛症及内科疾病。③“理筋”手法需沿筋的走向，或沿经络的循行方向操作，平稳施力至一定的深度再徐缓移动，

反复数遍。常用于软组织扭挫伤及陈旧性筋伤。本组手法的施术部位覆盖了咀嚼肌（咬肌、翼内肌、翼外肌、颞肌）的体表部位，沿筋操作，具有舒经活络，顺筋解痉，祛瘀消肿，生力定痛之功。④“点压镇定法”多在点穴的同时使用，当点压至一定强度的压力时，不立刻放松压力，得气后持续保持半分，再徐缓松压放手，具有点穴通关，展筋活节，解痉止痛的作用。接下来施术的开关门、推坎宫等头面部手法具有祛风散寒、通络止痛、安神定志之功；捏脊手法既能振奋阳气、激发经气，又能调脏腑功能；然后施术的分推胸阴阳、分推膻中、搓摩胁肋以及点揉三阴交、太冲、肝俞、脾俞等手法具有宽胸理气，疏肝解郁、健脾安神的作用。整套推拿手法注重局部治疗，又兼顾整体，不仅治疗躯体疾病，而且调理精神心理状态，因而收到满意的疗效。而蜡疗具有明显的温热效应、促进血液循环、消炎止痛。治疗的同时嘱咐患者调整心态，管控情绪，减轻压力，避免长时间张口过大，纠正偏侧咀嚼等也很重要。结果显示：两种疗法均能显著降低 McGill 疼痛问卷简表 SF-MPQ（PRI、VAS、PPI）、Friction 颞下颌关节紊乱指数 CMI（PI、DI、CMI）、口腔健康影响程度量表 OHIP-14 各项评分（ $P<0.001$ ），两组相比差异显著（PRI、VAS、PPI： $P<0.001$ ；PI、DI、OHIP-14： $P<0.01$ ；CMI： $P<0.05$ ）。

杜氏推拿手法为主加蜡疗是治疗 TMD 的有效方法，既能有效减轻疼痛、改善颞下颌关节功能，又能明显改善与之相关联的身心缺陷、睡眠障碍，从而有效提高患者的生活质量，且杜氏推拿手法为主加蜡疗的疗效明显优于针刺加蜡疗，尤其在改善患者紧张、压力、抑郁、焦虑、睡眠方面具有明显的优势，值得推广应用。

参考文献

- [1] 谢丛蔓. 中国大陆地区颞下颌关节紊乱病流行趋势的系统分析及 Meta 分析 [D]. 重庆: 重庆医科大学, 2020: 6-7.
- [2] 贾莹, 杨远芳, 刘娟, 等. 咬合板治疗颞下颌关节紊乱病临床随机对照试验 META 分析 [J]. 全科口腔医学杂志, 2018, 5 (9): 5-9.
- [3] 石涛, 郭英, 李阳, 等. 稳定垫治疗颞下颌关节紊乱病的疗效分析 [J]. 口腔医学, 2019, 39 (2): 144-147.
- [4] 吴敏, 张洁. 颞下颌关节紊乱病的针灸推拿治疗研究进展 [J]. 中医药导报, 2020, 22 (9): 611-614.
- [5] Ohrbach R. ed. Diagnostic criteria for temporomandibular disorders: assessment instruments. Version 15 May 2016. 颞下颌关节紊乱病诊断标准 (DC/TMD): 评价工具: Chinese Version 25 May 2016 [EB/OL]. Fu KY, Yap AU, Lei J, et al, Trans. [2016-09.11]. www. rdc—tmdinternational. org.
- [6] Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, et al. Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the international RDC/TMD consortium network and orofacial pain special interest group [J]. J Oral Facial Pain Headache, 2014, 28 (1): 6-27.

● 中医护理与健康教育 ●

穴位压豆配合敷脐对阑尾炎术后疼痛和胃肠功能恢复的影响

徐萍

(安徽中医药大学附属太和县中医院手术室, 安徽 太和 236600)

摘要: 目的: 探讨穴位压豆法配合敷脐对阑尾炎(AA)患者术后疼痛和胃肠功能恢复的影响。方法: 将2020年2月~2022年6月在我院收治的82例拟行腹腔镜阑尾炎切除术的AA患者纳入研究对象, 并采用简单随机分组将入组AA患者分为观察组($n=41$, 穴位压豆联合敷脐)与对照组($n=41$, 常规干预), 均于术后连续干预4d。比较两组围术期指标、疼痛水平、不良心理状态、睡眠与生活质量和术后并发症发病率。结果: 干预后, 观察组肠鸣音恢复、首次排气与排便时间、下床时间等术后指标均更短($P<0.05$); 干预后第1d、第3d, 两组视觉模拟评分法(VAS)评分持续降低, 且观察组显著低于对照组($P<0.05$); 干预后, 两组患者焦虑自评量表(SAS)评分与抑郁自评量表(SDS)评分均低于干预前, 且观察组低于对照组($P<0.05$); 干预后, 两组患者匹茨堡睡眠质量指数量表(PSQI)评分低于干预前, 且观察组低于对照组($P<0.05$), 世界卫生组织生活质量测定量表(WHOQOL-100)评分高于干预前, 且观察组高于对照组($P<0.05$); 观察组肠梗阻、感染、出血与腹腔脓肿总并发症发病率为7.32%与对照组9.76%比较无显著差异($P>0.05$)。结论: 穴位压豆联合敷脐应用于AA术后效果良好, 有助于患者胃肠功能的恢复和生活质量的提高。

关键词: 穴位压豆; 敷脐; 腹腔镜阑尾炎切除术; 胃肠功能; 生活质量

中图分类号: R 248.2 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649 (2023) 05-0199-04

阑尾炎(acute appendicitis, AA)是胃肠外科常见疾病, 是由于多种因素引起的炎症性改变, 临床以急性阑尾炎更为多见, 患者临床表现为初期中上腹痛或脐周疼痛, 数小时后转移并固定于右下腹痛^[1-2]。手术治疗是其推荐方案, 近年来随腹腔镜技术发展, 腹腔镜阑尾切除术应用日益广泛, 具有出血量少、住院时间短和术后恢复快的优点, 但部分患者由于体质差异影响术后胃肠功能恢复^[3-4]。中医认为, AA隶属于“肠痈”范畴, 病因在于外邪入侵、聚于肠腑, 进食不当, 致脾胃损伤, 加之手术治疗更是增加脏腑损伤水平, 故应关注活血行滞、调理气机^[5]。中药敷脐是将中药放置于脐中(神阙穴), 并用胶布或纱布覆盖, 既往已有研究证实其在AA术后胃肠道恢复上有较好效果^[6]。但仍有部分患者效果不佳, 穴位压豆是指用胶布将药豆准确粘贴

于耳穴处, 适度给与揉、按、捏、压, 使其产生酸、麻、胀、痛等刺激感应, 是调理胃肠气机的中医理疗方法^[7], 由于临床目前对二者联用的报道相对较少, 故本次研究旨在探讨穴位压豆联合敷脐对AA术后应用效果, 现整理如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将2020年2月~2022年6月在我院收治的82例拟行腹腔镜阑尾炎切除术的AA患者纳入研究对象, 并采用简单随机分组将入组AA患者分为观察组($n=41$)与对照组($n=41$)。纳入标准: 满足AA的临床诊断标准^[8]; 参考“肠痈”中医诊断标准, 湿热郁结证型, 主证右下腹疼痛难耐, 次症壮热、纳呆、恶心、小便短赤, 舌红苔白, 脉弦^[9]; 符合腹腔镜AA手术指征; 美国ASA分级为I级和II级; 经太和县中医院伦理委员会审批通过, 已告

[7] 傅开元. 2014年新版国际颞下颌关节紊乱病分类及诊断标准解读[J]. 中华口腔医学杂志, 2017, 52(6): 374-376.
[8] Melzack R. The McGill Pain Questionnaire From Description to Measurement[J]. Anesthesiology, 2005, 103(1): 199-202.
[9] Friction JR. Schiffman. Reliability of a craniomandibular index[J]. Dent Res, 1986, 65(11): 1359-1364.
[10] 辛蔚妮, 凌均荣. 口腔健康影响程度量表的验证研究[J]. 中华口腔医学杂志, 2006, 41(4): 242-245.
[11] 谷志远. 颞下颌关节紊乱病病因学研究[J]. 中国实用口腔科杂志, 2009, 2(3): 129-131.

[12] 马绪臣, 张震康. 颞下颌关节紊乱病治疗理念的进步及对规范化治疗的思考[J]. 中华口腔医学杂志, 2012, 47(1): 2-5.
[13] 马绪臣. 再谈颞下颌关节紊乱病的治疗理念[J]. 口腔颌面修复学杂志, 2016, 17(1): 3-5.
[14] 傅开元, 马绪臣, 张震康, 等. 颞下颌关节紊乱指数临床应用评价[J]. 中华口腔医学杂志, 2002, 37(5): 330-332.
[15] 王露霏, 樊怡, 朱智敏. 口腔健康影响程度量表在评价口腔临床疗效中的应用[J]. 口腔医学研究, 2012, 28(9): 968-969.

(收稿日期 2021-05-03)