

中图分类号

UDC

密级 公开

学号 1136021134



# 湖北中医药大学

Hubei University of Chinese Medicine

## 硕士学位论文

MASTER DISSERTATION

### 中医穴位按摩预防脑卒中后便秘的研究

The studies of prevention of constipation  
after stroke by massage of TCM acupuncture point

研究生姓名：柳淑芳

指导教师姓名、职称：胡 慧 教授

申请学位：医学硕士

学科(专业)名称：中西医结合临床

研究方向：护理理论与临床研究

学位类型：学术学位

湖北中医药大学

二〇一四年五月十二日

## 湖北中医药大学学位论文原创性声明

本人声明： 所呈交的学位论文是在导师的指导下进行的研究工作及取得的研究成果。除了论文中特别加以标注和致谢的地方外，本论文不包含其他个人或集体已经发表或撰写过的研究成果，也不包含为获得湖北中医药大学或其他单位的学位或证书而使用过的材料。对本文的研究做出贡献的个人和集体，均已在论文中作了明确的说明。本人完全意识到本声明的法律结果由本人承担。

学位论文作者签名：柳淑芳

2014年5月12日

## 关于学位论文使用授权的声明

本人完全了解湖北中医药大学有关保留、使用学位论文的规定，即：学校有权保留学位论文，允许学位论文被查阅和借阅；学校可以公布学位论文的全部或部份内容，可以采用复印、缩印或其他手段保留学位论文；学校可以根据国家或湖北省有关部门的规定送交学位论文。同意《中国优秀博硕士论文全文数据库出版章程》的内容。同意授权中国科学技术信息研究所将本人学位论文收录到《中国学位论文全文数据库》。

（保密论文在解密后遵守此规定）

论文作者签名：柳淑芳

导师签名：柳淑芳

2014年5月12日

## 目 录

中文摘要 .....	I
Abstract.....	III
英文缩略词表 .....	VI
前 言 .....	1
第一部分 文献研究 .....	3
1. 现代医学对脑卒中后便秘的研究 .....	3
1.1 现代医学对脑卒中后便秘的病因研究 .....	3
1.2 现代医学对脑卒中后便秘的防治研究 .....	5
2. 中医学对脑卒中后便秘的研究 .....	6
2.1 中医学对便秘病因病机的研究 .....	6
2.1.1 古代医家对便秘病因病机的研究 .....	6
2.1.2 现代医家对便秘病因病机的研究 .....	8
2.2 中医学对脑卒中后便秘的研究 .....	8
2.2.1 古代医家对脑卒中后便秘的研究 .....	8
2.2.2 现代医家对脑卒中后便秘的研究 .....	9
3. 小结 .....	13
参考文献 .....	14
第二部分 临床研究 .....	18
1 临床资料与分组 .....	18
1.1 一般资料 .....	18

1.2 诊断标准 .....	19
1.3 纳入标准 .....	20
1.4 排除标准 .....	21
1.5 剔除标准 .....	21
2 干预方法 .....	22
2.1 护理干预措施与方法 .....	22
2.2 观察指标及方法 .....	24
2.3 不良反应观察 .....	25
2.4 统计学处理 .....	26
3.结果 .....	27
3.1 两组经干预治疗后的便秘发生率比较 .....	27
3.2 治疗组中脑出血患者与脑梗塞患者便秘发生率的比较 .....	27
3.3 两组经干预治疗的 MRS 评分比较 .....	27
3.4 经干预治疗后，两组患者便秘证候积分比较 .....	28
3.5 不良反应监测 .....	28
4.讨论 .....	29
4.1 穴位按摩防治脑卒中后便秘的效果分析 .....	29
4.2 穴位按摩防治不同类型的脑卒中后便秘的效果分析 .....	30
4.3 穴位按摩对脑卒中患者病情影响的分析 .....	31
4.4 穴位按摩对脑卒中后便秘患者效果探讨 .....	31
5 结论 .....	32
6 问题与展望 .....	32

参考文献 .....	33
附录 1 综述 .....	34
附录 2 在校期间公开发表的学术论文、专著及科研成果 .....	42
致 谢 .....	43

## 中文摘要

### 目的

通过对中医、西医有关脑卒中、便秘、脑卒中后便秘的文献进行研究,以总结关于脑卒中后便秘的发病机制、治疗方法,以及具有中医特色的病因病机、诊疗思路、具体的治疗方法和临床疗效。通过临床研究为穴位按摩防治患者脑卒中后便秘提供临床依据,力求找到有效而操作方便的预防脑卒中患者出现便秘病症的方法与方案,并从中医理论角度初步探讨穴位按摩预防患者脑卒中后便秘的机理。

### 方法

收集整理中医文献中的脑卒中、便秘、脑卒中后便秘的相关条文,以及西医对脑卒中、便秘、脑卒中后便秘研究的近 10 年的文献,从相关疾病的病机、治疗来讨论该领域近年来的研究进展。临床研究将符合纳入标准的 70 例脑卒中后便秘患者按随机对照的方法分为 2 组,其中对照组 35 例,实验组 35 例,对照组以饮食护理,排便训练,情志护理等作为常规护理,实验组在此基础上加用穴位按摩,两组经治疗 14 天疗程后,统计除开脱落病例的患者情况,实验组 33 例,对照组 34 例。观察比较两组的便秘发生率,脑出血性脑卒中与脑梗塞性脑卒中的便秘发生率,治疗前后与组间的 MRS 评分变化以及两组经护理干预后的便秘症状积分比较,以及不良反应。

### 结果

文献研究表明对脑卒中后便秘的研究逐渐成为热门,其文献报道也越来越多,西医针对该病的研究主要集中在对本病发病机制和便秘与脑卒中相互影响的关系上,而中医针对该病的研究主要集中在对该病的治疗以及如何防止脑卒中后的患者发生便秘。

临床研究显示:(1) 两组都对预防脑卒中后便秘有一定作用,治疗组效果高于对照组,两组间差异有显著性意义( $p < 0.05$ ); (2) 本方案对脑出血型脑卒中和脑梗塞型脑卒中都有一定的预防便秘发生的作用,脑出血型脑

卒中的疗效优于脑梗塞型脑卒中 ( $p < 0.05$ ); (3) 实验组、对照组的自身治疗前后比较, 两组的 MRS 积分均有下降, 经统计学处理, 差异均有显著性意义 ( $p < 0.05$ ), 提示实验组、对照组对脑卒中患者的病情恢复均有正性作用; 实验组与对照组比较, 实验组的效果优于对照组, 经统计学处理, 其差异有显著性意义 ( $p < 0.05$ )。 (4) 两组护理干预后的便秘证候积分不同, 实验组的积分优于对照组 ( $p < 0.05$ )。 (5) 未发现明显不良反应病例, 提示本方案安全性良好。

## 结论

(1) 本方案能够有效防止脑卒中患者便秘疾病的产生, 其效果值得肯定。(2) 本方案能够有效降低脑卒中患者的 MRS 评分, 能够有助于脑卒中患者卒中病情的好转。(3) 本方案能够改善患者便秘症状。(4) 本方案认识到护理干预方案对脑出血型脑卒中和脑梗塞型脑卒中的效果不同。(5) 本方案操作方便, 安全性好, 值得临床推广。

主题词 脑卒中; 便秘; 穴位按摩; 防治

The clinical studies of prevention and treatment of constipation  
after stroke by massage of TCM acupuncture point

Specialty: treated with combination of traditional Chinese and  
western medicine study on nursing.

Author: Liu Shufang

Supervisor: Hu Hui

## Abstract

### Object

By the first part of the literature study of ancient and modern traditional Chinese medicine, Western medicine related stroke, constipation, constipation after stroke literature, become familiar about pathogenesis, treatment of constipation after stroke, and etiology with pathogenesis, diagnosis and treatment ideas, specific treatments and clinical efficacy of TCM characteristics. by the second part, provide clinical basis of the prevention and treatment of constipation after stroke patients in clinical studies by TCM acupuncture massage, try to find a method program of an effective and easy operation for prevention of patients with symptoms of constipation after stroke. And investigate the mechanism from the perspective of TCM theory of prevention in patients with constipation after stroke by acupressure.

### Method

The first part of the literature review collected ancient TCM literature about stroke, constipation, post-stroke constipation related provisions, as well as research literature nearly 10 years about TCM, Western medicine for stroke, constipation, post-stroke



constipation. From the onset of the disease-related knowledge, understanding of the treatment, to discuss research progress in this field in recent years.

In the second part ,the 70 patients met the inclusion criteria with constipation after stroke were randomly divided into two groups control method, in which the control group had 35 cases, the experimental group had 35 patients, the control group make diet care, toilet training, emotional care as routine care, in addition to these measures, the experimental group received acupressure. After 14 days of treatment, except the patient off cases, the experimental group had 33 cases, the control group had 34 cases. Comparison of the two groups was observed on incidence of constipation, cerebral hemorrhagic stroke and cerebral stroke incidence of constipation, MRS score changes between before and after treatment with the group as well as constipation symptom score and adverse reactions after nursing intervention.

## Results

The first part of the study showed that the study of post-stroke constipation becoming popular, its literature becomes increasingly reported, Western research on this disease is mainly concentrated in the pathogenesis of this disease and the relations between stroke and constipation, TCM research on this disease focused on the treatment of this disease, and prevention of constipation in stroke patients.

The second part of the study show that: (1) Both groups have a role in the prevention of stroke constipation, treatment groups higher, the difference between the two groups was significant ( $p < 0.05$ ); (2) The program have a certain type of stroke preventive

effect of constipation occurs for both hemorrhagic stroke and cerebral infarction, the efficacy of the blood brain stroke better than the cerebral type of stroke ( $p < 0.05$ ); (3) in the experimental group compared before and after treatment in the control group of their own, were decreased in both groups MRS points, Statistically, the differences were statistically significant ( $p < 0.05$ ), showing the experimental group and the control group both had a positive effect situation for stroke recovery; compared experimental group and the control group, the effect of the experimental group is better than the control group, Statistically, the difference was statistically significant ( $p < 0.05$ ). (4) After two nursing interventions, symptoms of constipation had different scores, scores in the experimental group is better than the control group ( $p < 0.05$ ). (5) there were no significant cases of adverse reactions, suggesting that it is the good safety program.

#### Conclusion

(1) The program can effectively prevent the occurrence of post-stroke constipation in patients, and the effect is worthwhile. (2) The program can effectively reduce stroke patients' MRS score, can help improve the condition of patients with stroke. (3) The program can improve the symptoms of constipation. (4) The program recognizes nursing intervention program on the effects of cerebral stroke and cerebral blood type of stroke is different. (5) The program is easy to operate, safe and good, worthy of promotion.

Key words      stroke ; constipation ; acupressure ; prevention and treatment

## 英文缩略词表

缩写词	英文全称	中文全称
MRS	Modified Rankin Seale	改良 Rankin 量表评分
ET -1		血浆内皮素-1
NO		一氧化氮
TIA	Transient Ischemic Attack	短暂性脑缺血发作
BI	Barthel Index	Barthel 生活指数

## 前 言

脑卒中是卒中患者的常见病和多发病，其发病率、致残率、死亡率、复发率都很高，严重危害着人类健康，给社会和家庭均带来沉重的负担。由于脑卒中的并发症严重影响到患者神经功能的恢复、住院和康复的时间及生存率，所以并发症能否早期发现和及时处理显得尤为重要。便秘是脑卒中常见并发症之一，主要与脑卒中后患者的日常生活能力降低有关，研究显示：脑卒中后 3 天便秘的发生率为 75.6%<sup>[1]</sup>。另有文献报道：脑卒中患者第 1 周便秘率 50.88%，显著高于一般人群(便秘发生率 24%)<sup>[2]</sup>。从以上文献的数据来看，脑卒中后便秘的发生率显著高于一般人群。

脑卒中后便秘的发生使得脑卒中病情进一步加重。国外<sup>[3]</sup>有研究表明对于重症脑卒中患者而言，大便秘结的症状能够使患者脑部病灶的损害变得更加严重；我国<sup>[4]</sup>学者的研究显示患者在中风后出现大便秘结的情况时，因为排便困难，所以需要用力排便，而太过用力会增高腹内压力，提升颅脑内的压力，能够使脑部病灶的损害加重，尤其是对出血性的中风患者而言，颅内压的升高很有可能使病灶再度出血；庄礼兴等<sup>[5]</sup>认为，便秘对于出血性卒中患者是一个不良信号，会使血压上升，诱发再次出血；苏永静等<sup>[6]</sup>的研究结果显示：便秘组脑卒中后 4 周美国国立卫生院神经功能缺损评分(简称 NIHSS 评分)、改良 Rankin 量表评分(简称 MRS 评分)改善程度及 12 周 MRS 评分均显著低于非便秘组，表明便秘组患者神经功能缺损改善情况较非便秘组差，遗留病残程度较非便秘组重；房江山等<sup>[7]</sup>研究发现脑卒中后便秘的病人血浆中 ET-1(内皮素-1)和 NO(一氧化氮)均明显高于对照组，说明便秘可导致脑卒中病人 ET-1 和 NO 升高，从而加重对中枢神经系统和神经元的损害作用，缘此加重患者的病情程度，影响患者的预后。

中医按摩疗法由来已久，早在秦汉时期就已经有人用按摩疗法来防治疾病。《黄帝内经》对按摩疗法已经有比较多的认识 and 了解，比如“治之以按摩”（《素问·血气形志》），“按摩无释”（《素问·调经论》）等。按摩又称

为推拿，是通过特殊的手法，以手肘等作为中介，施力于躯体特殊位置，产生物理作用的方法，有“推而行气血，摩而顺其气，拿而舒其筋，按而调其经，点而理其络，揉而活其血”的作用，从而能够达到调理身体，祛除疾病的治疗目的。对脑卒中患者而言，按摩可改善患者经络瘀堵状态，促进患者气血运行，加快肠道的节律性蠕动，因此具有防治便秘的疗效。

本研究通过临床研究为穴位按摩防治患者脑卒中后便秘提供临床依据,力求找到有效而操作方便的防治脑卒中患者出现便秘病症的方法方案，并从中医理论角度初步探讨穴位按摩预防患者脑卒中后便秘的机理。

## 第一部分 文献研究

自古以来对脑卒中、便秘的研究非常丰富，认识非常深入，对脑卒中后便秘的认识也有一定成就。笔者通过对中医、西医有关脑卒中、便秘、脑卒中后便秘的文献进行研究，以熟悉了解关于脑卒中后便秘的发病机制、治疗方法，以及具有中医特色的病因病机、诊疗思路、具体的治疗方法和临床疗效。

### 1. 现代医学对脑卒中后便秘的研究

#### 1.1 现代医学对脑卒中后便秘的病因研究

现代研究认为，脑卒中患者的便秘发生率远高于普通人<sup>[8]</sup>。据研究表明<sup>[3]</sup>，普通人以及脑卒中的高危人群中，便秘的发生率大约为 24%左右，而脑卒中患者便秘的发病率为 60%左右。由此可见，脑卒中是导致便秘发病率增高的原因。随着近年来对脑卒中后便秘研究的深入，人们发现因脑卒中导致便秘的原因大致分为以下几个方面。

##### 1.1.1 疾病因素

脑卒中后患者因为脑部出血或者瘀血等病变导致脑内局部组织水肿，累及中枢神经系统。一方面能够减慢肠胃平滑肌的正常节律运动，使肠内容物下行缓慢，水分吸收时间延长，而出现肠道阻滞的情况；另一方面，如果交感神经也受到脑部病灶的牵连，则会出现兴奋性减弱的状况，导致肛门括约肌紧缩而出现便秘症状<sup>[9]</sup>；另外，病灶如果损害到排便中枢，除了扰乱交感神经外，还能干扰副交感神经，二者的功能不能很好地协调，还会出现肠道蠕动无力，直肠壁接收不到足够的压力信号，无法反馈至中枢系统，就无法产生排便反射，从而使患者没有便意，引起排便障碍<sup>[10]</sup>。

### 1.1.2 体位因素

脑卒中后患者肌力的降低以及偏瘫的出现,使病患在发病的初期一般都只能卧病在床,其活动形式和范围都局限于在床上坐位或者卧位。长时间的卧床、没有适当的运动,坐位或者卧位,会压迫刺激骨盆和坐骨神经丛,可以导致患者正常的肠蠕动减弱,大便停留肠道内时间延长,肠道长时间重吸收大便中的水分,使大便干结而便秘<sup>[11]</sup>。还有人认为<sup>[12]</sup>,卧床的患者活动减少,还有腹压下降的情况,无法从腹腔内推动大便在结肠、直肠内运行,出现排便障碍。

### 1.1.3 精神因素

有报道显示,肠蠕动的强弱与患者的精神状态关系密切<sup>[13]</sup>。脑卒中患者多因突如其来的疾病而出现紧张、焦虑等情绪异常,或者因担心自己从此落下半身不遂等脑卒中后遗症而出现恐惧心理,或者对已经出现的疾病状况和活动受限的现状产生抑郁心理,这些异常的心理变化都会导致自主神经的正常功能受到干扰,影响患者的排便<sup>[14]</sup>。还有一些患者因为自己排便比较麻烦;或者因为面对着病房里的众人,觉得在病床上排便没有隐私而自我忍耐,压抑便意,时间长久之后粪便中的水分被重吸收,则会出现大便干硬秘结难出的情况<sup>[15]</sup>。

### 1.1.4 药物因素

为了缓解脑卒中后脑局部病变组织的水肿状态,降低过高的颅内压力,临床上多用甘露醇、速尿等进行脱水治疗。水分的过度排除会使机体内环境的水分减少,肠壁内外的内环境也不例外,这种水分减少的状态下,肠道的分泌液必然也会减少,对大便内水分的重吸收也会增强,从而出现大便干结难出的现象<sup>[16]</sup>。治疗脑卒中疾病的某些抗血栓药,会有导致大便秘结的副作用,临床应用这些药物会增加便秘的发病率<sup>[17]</sup>。

### 1.1.5 饮食因素

脑卒中患者进食量较少,特别是纤维量的摄入严重不足<sup>[18]</sup>,再加上患者对饮水的需求相对减小,因此肠道内容物不足以致于无法通过排便感受器诱发排便反射,排便感觉减弱进一步使粪便在肠道内停留,水分重吸收,最后导致便秘的发生。Yi JH 等研究<sup>[19]</sup>表明脑卒中后胃肠道功能与患者的运动功能及吞咽困难相关,并提示医护人员应对脑卒中后便秘患者进行功能训练。

### 1.2 现代医学对脑卒中后便秘的防治研究

便秘是脑卒中患者常见并发症之一,主要表现为排便次数减少、排便费力、排便困难、粪便性状干硬,偶尔存在伴随症状:如排便时间延长、腹部胀气、肛门阻塞感及排便不尽感,甚至需用手法辅助排便等。国内外研究显示发生率为 30%-60%<sup>[3, 20]</sup>。在国内,大部分研究结果由临床观察结果得出,脑卒中患者急性期 40%-65.38%伴有便秘,尤其以出血性脑卒中 2 周内最常见,病情较重者中 80%左右会发生便秘。苏永静等<sup>[20]</sup>遵循科学严谨的科研方法,首先制定出便秘的诊断标准(罗马 II 标准)、调查对象纳入标准及排除标准,然后采取前瞻性的调查研究 154 例患者,跟踪随访 12 周,结果发现卒中后便秘总发生率为 55.31%,卒中后便秘发生的风险以 7 天内为最高,达到 14%,7 天后呈下降趋势,半数患者在卒中后 11 天发生便秘。

现代医学对中风后便秘防治的文献报道较少,其针对便秘症状主要采用口服胃肠动力药,外用开塞露、护理、饮食、心理指导等。如黄甫沿<sup>[21]</sup>等采用基础治疗加用口服西沙必利防治急性脑卒中并发的便秘,结果总有效率为 86.8%,优于仅采用基础治疗的对照组( $P<0.01$ )。程素芳等<sup>[22]</sup>探讨应用开塞露不保留灌肠治疗脑卒中患者便秘的疗效,以开塞露进行灌肠治疗的观察组,在疗效方面明显优于以肥皂水灌肠治疗的对照组,而且在比较二者的不良反应和灌肠液溢出率方面,观察组都明显低于对照组( $P<0.05$ )。乔翠霞等<sup>[23]</sup>采取解泰局部治疗,结果有效率为 93.9%,且治疗



过程中出现副作用者均自行缓解，未中途停药。停药 2 周后，有效病例未出现便秘。姚巧玲等<sup>[24]</sup>采用心理护理、饮食护理、健康指导防治卒中后便秘，取得一定效果。郑冬杏等<sup>[25]</sup>向患者及家属讲明饮食与排便，饮食与疾病康复的关系对住院中风病人及家属进行营养知识指导，使患者及家属明白合理的科学饮食对疾病的康复起到十分重要的作用，并制定合理食谱，同时采取心理护理及颅内高压相关护理，取得一定疗效。

## 2. 中医学对脑卒中后便秘的研究

### 2.1 中医学对便秘病因病机的研究

便秘是指大肠传导功能失常，导致大便秘结，排便周期延长；或周期未见延长，但粪质干结，排便艰难；或粪质不硬，虽有便意，但排便不畅的病证。便秘是中医学范畴中常见的症状，可以出现在多种疾病的病程中，便秘还是中医学范畴中的一种病证。

#### 2.1.1 古代医家对便秘病因病机的研究

##### 2.1.1.1 病因研究

中医对便秘的认识，早在《内经》中就有所记载<sup>[26]</sup>。《素问·厥论》说：“太阴之厥，则腹满腹胀，后不利...”，《素问·举痛论》说：“热气留于小肠，肠中痛，痒热焦渴，则坚于不得出，故痛而闭不通”；汉代张仲景则称便秘为“阴结”、“阳结”、“脾约”、“闭夕”，仲景认为其病与寒、热、气滞有关；《诸病源候论·大便难候》曰：“大便难者，由五脏不调、阴阳偏有虚实，谓三焦不和则冷热并结故也”，又云：“渴利之家，大便亦难”、“邪在肾亦令大便难”。认为引起便秘的原因很多，与五脏不调、阴阳虚实寒热均有关系。

《丹溪心法燥结》则认为便秘是由于血少，或肠胃受风，涸燥秘涩所

致;明代张景岳将便秘分为阴结、阳结两类,认为无火是阴结,有火为阳结。《景岳全书·杂证·秘结》云:“大便秘结一证,在古方书有虚秘、风秘、气秘、寒秘、湿秘等说,而东垣又有热燥、风燥、阳结、阴结之说,此其立名大烦,又无确据,不得其要,而徒滋疑惑,不无为临床之言也。不知此证之当辨者惟二,则曰阴结、阳结而尽之矣”。《石室秘录·大便秘结》曰:“大便秘结者,人以为大肠燥甚,谁知是肺气燥乎?肺燥则清肃之气不能下行于大肠”。《杂病源流犀烛·大便秘结源流》则强调:“大便秘结,肾病也”。

以上指出便秘与肺、脾、肾均有密切关系。饮食入胃,经过脾胃运化其精微,吸收其精华后,所剩糟粕由大肠传送而出,而成大便。便秘病因可概括为热、实、冷、虚四个方面。胃肠积热者发为热秘、气机郁滞发为实秘;阴寒积滞者发为冷秘、气血阴阳不足者发为虚秘。

#### 2.1.1.2 病机研究

便秘的病位在大肠,病机为大肠传导功能失常,与脾、肺、肾关系密切。脾主运化,脾虚运化失常,糟粕内停而致便秘;肺与大肠相表里,肺燥热移于大肠,导致大肠传导失职而形成便秘;肾主五液,司二便,肾阳不足,命门火衰则阴寒凝结,传导失常,肾精亏耗则肠道干涩,亦形成便秘。故便秘虽属大肠传导失职,但与其他脏腑之功能亦密切相关。其病机可概括为以下四点<sup>[27]</sup>:

2.1.1.2.1 肠胃积热:素体阳胜,内盛;或肺燥热下移于大肠;或过食辛辣厚味,或饮酒过多,或误服温燥之药而致热毒或热病之后,余热留恋,均可导致胃积热,耗伤津液,致肠道干涩燥结,形成热结。《景岳全书·杂证·秘结》曰:“阳结证,必因邪火有余,以致津液干燥”。

2.1.1.2.2 气机郁滞:忧愁思虑过度;或跌打损伤,伤及肠胃;或久坐不动;或浊积肠;或肺失肃降,腑气不通,可致大肠气机郁滞,传导失职,糟粕内停而形成气秘。《金匱要略·便秘》曰:“气秘者,气内滞,而物不行也。”

2.1.1.2.3 阴血亏少：病后、产后及年老体弱者，气血亏虚；或过用汗、利、燥热之剂，损伤阴津；或劳役过度，汗出较多；或房室劳倦损伤气血阴津；或平素患消渴，阴精亏耗。气虚则大肠传导无力，阴虚血亏则肠道干涩，致大便秘结，排便困难。《医宗必读·大便不通》中云：“老年津液干枯，妇人产后亡血，乃发汗利小便、病后血气未复，皆能秘结”。

2.1.1.2.4 阴寒凝滞：过用苦寒药物，伐伤阳气；或贪食寒凉生冷；或年老体弱，真阳不足；或脾肾阳气虚弱，温煦无权，蒸化津液不能，致阴寒内结，糟粕不行，凝结肠道而成冷秘。《金匱要略·便秘》曰：“凡下焦阳虚，则阳气不行，阳气不行，则不能传送，而阴凝于下，此阳虚而阴结也”。

## 2.1.2 现代医家对便秘病因病机的研究

现代医家在前人的基础上通过深入的研究，已经对便秘的病因病机有了更为深入、全面、详细的了解<sup>[28,29]</sup>。目前较为普遍的对便秘原因的认识是<sup>[30]</sup>饮食不节、情志失调、外邪犯胃、禀赋不足等。病机主要是热结、气滞、寒凝、气血阴阳亏虚引起肠道传导失司。

## 2.2 中医学对脑卒中后便秘的研究

### 2.2.1 古代医家对脑卒中后便秘的研究

中医学中虽然没有“脑卒中后便秘”的说法，但脑卒中属于中医的“中风”，中医学对“中风”后出现的便秘情况早就有很深的认识。

刘完素《素问·病机气宜保命集》在论述中风的证治的时候说“若忽中腑者，先以加减续命汤，随证发其表；若中脏者，则大便多秘涩，宜以三化汤通其滞”，可见在我国金元时期就已经发现脑卒中患者容易出现大便秘结难行的症状，在治疗上，刘完素认为应该用三化汤，三化汤是由大黄、枳实、厚朴、羌活组成的，其中大黄、枳实、厚朴又是小承气汤的组成，由此可见，刘完素对于本病的治疗思想是以通为主。

沈金鳌在自己的著作《杂病源流犀烛》中说：“中脏者病在里，多滞九窍……如唇缓、二便闭”，说明他也认识到“中脏”之后，会出现大便闭塞不通的症状。

王清任在其著作《医林改错》中说：“既得半身不遂之后，无力使足动……，如何有气到下部推大恭下行？大恭在大肠，日久不行，自干燥也。”他认为，中风之后，中气虚馁，于身体外部无力使四肢活动，于躯体内部也没有力气使大肠传化糟粕。王清任在清朝的时候就已经认识到，大便在肠道内时间长久了以后，会变得干燥难行。

### 2.2.2 现代医家对脑卒中后便秘的研究

现代医家对中风后便秘的研究日益深入。有人认为<sup>[31]</sup>便秘属于传统医学气秘、虚秘的范畴，病变部位虽在大肠，但究其根本，与情志失调、气血不和、阳虚体弱为其主要病机，故其治则当为疏肝理气，补养气血，补肾助阳。

还有人认为<sup>[32]</sup>中风便秘有实有虚，实者多由气机逆乱升降失调或火炽灼津、肠燥便秘导致腑气不通而便秘，虚者因伤津耗液或气虚无力导致肠道传导无力而便秘。但总而言之，中风便秘关键在于腑气不通，传导失司而致，治疗关键以通导腑气为主。

人体正常的生理功能的维持依赖于气机，即气在体内的升降出入，而脾胃居于中，脾胃的升降功能是气机运动之枢。若脾胃受邪，则升降出入的气机形式异常；在下则脏腑阻滞，便秘腹胀，在上则浊邪上攻，眩晕头痛，甚则昏不知人。因此，很多脑卒中患者会在疾病的急性发作期间，出现腑气不通、大便秘结的症状表现，尤以脑梗塞的卒中患者为多见<sup>[33]</sup>。

另外<sup>[34]</sup>，中风后情绪改变，饮食失调，均可导致气血不足，气血不足则可使脏腑功能活动丧失导致脏腑本虚，使大肠传导乏力而便秘。中风患者多为老年人，年过六八，人的肝肾始虚，八八虚极，气血不足，肝肾亏虚，气虚大便不行，阴虚肠道失润，而出现便秘。

#### 2.2.2.1 中医内治法对脑卒中后便秘的研究

苗清波等<sup>[35]</sup>对中风后便秘患者 60 例采用口服六味安消胶囊治疗，每次 5 粒，温开水送服，每日 2 次，结果痊愈(大便正常，便质较润，排便通畅)34 例，显效(每次排便间隔接近正常，便质稍干，但排便费劲)18 例，有效(每次排便间隔小于 48h，大便干，排便费劲)6 例，无效 2 例，总有

效率 96.7%。刘耀东<sup>[36]</sup>等选取 60 例中风后便秘患者，随机分为两组，治疗组采用新加黄龙汤内服，并随证加减，5 天为 1 个疗程；对照组采用果导片 100mg，每天 1 次，于饭前 30min 口服。两组同时均采用原发病的治疗：如补充水电解质、改善循环、防治感染等。结果，治疗组总有效率明显优于对照组( $\chi^2=41.043$ ,  $P<0.05$ )，差异有统计学意义。张学山<sup>[37]</sup>将 236 例中风后便秘的病人随机分为治疗组 120 例和对照组 116 例，治疗组用麻子仁汤加减治疗，阴血亏虚者加用玄参、麦冬、生地，气虚者加用黄芪、党参、白术，每天 1 剂，水煎服。对照组采用果导片 200mg，每日 3 次治疗，治疗 7 天后评价疗效。研究发现治疗组有效率明显优于对照组，差异有统计意义( $P<0.05$ )，提示麻子仁汤加减对中风卧床病人便秘的治疗，具有疗效高、起效快、无副作用的特点。沙明杰<sup>[38]</sup>采用自拟通腑活血汤治疗中风伴便秘 68 例，全部患者在西医常规治疗基础上配合使用通腑活血汤口服。大便每日超 2 次者大黄减量或同煎，有意识障碍者加石菖蒲、郁金各 10g，颅压高者加泽泻、车前子各 20g，有肢体抽搐者加牛角粉 30g(分 2 次冲服)，结果总有效率达 94.1%。于占龙<sup>[39]</sup>等对 52 例中风后便秘患者采用中药莪术散辨证加减，每日服 2 包，早晚各服 1 包。便通后减为每晚 1 包。连服 3d，再改为隔日 1 包，至大便正常时停药，7-10d 为 1 疗程。复发者仍按上法继服 1 疗程。结果总有效率达 96.1%。黄小波等<sup>[4]</sup>将 120 例中风后便秘患者随机分为两组，治疗组 90 例口服芪蓉润肠口服液，每日 2 次，每次 20ml；对照组口服益气润肠膏，每日 2 次，每次 30g。两组均清晨及睡前空腹服用，连续服药两周并记录用药后两组便秘的改善情况、主要症状起效时间及恢复正常时间。结果，治疗组总有效率为 90.00%，对照组总有效率 86.67%，经 Ridit 分析，治疗组通便的疗效明显高于对照组( $u=2.04$ ,  $P<0.05$ )。两组主要症状起效时间方面，治疗组在排便习惯、便质干结、排便困难 3 项症状的起效时间方面优于对照组( $P<0.05$ )。两组主要症状恢复正常时间方面治疗组在排便习惯、排便困难、每次排便持续时间 3 项症状恢复正常时间优于对照组( $P<0.05$ )。



## 2.2.2.2 中医外治法对脑卒中后便秘的研究

### 2.2.2.2.1 灌肠治疗

于川等认为<sup>[40]</sup>中药灌肠疗法是根据中医辨证论治的原理,选择适当的中药,通过灌肠筒灌入直肠,通过经络和药物的作用来治疗疾病的一种方法,是中医内病外治法之一。他用厚朴,枳实,瓜蒌,胆南星等药煎水,后下生大黄,冲化芒硝后,灌入患者大肠,治疗脑梗塞型脑卒中后便秘效果显著。

王亚瑜<sup>[18]</sup>以麻仁、白芍、大黄、枳壳、太子参、厚朴等药煎药灌肠干预脑卒中后便秘患者的临床治疗,结果发现干预组 39 例患者中治愈 6 例,显效 8 例,有效 22 例,仅有 3 例无效,有效率达 92.3%,与进行普通护理的对照组的 72.5%的有效率相比较,差异显著 ( $P<0.05$ )。

### 2.2.2.2.2 针灸治疗

王玮<sup>[41]</sup>等取中风后便秘病人 81 例,随机分成两组,其中治疗组 51 例,对照组 30 例,治疗组采用针刺治疗的方法,对照组以软皂水进行灌肠治疗。两组治疗 1 疗程后,治疗组 51 例显效 38 例,有效 9 例,无效 4 例,总有效率 92.16%;对照组 30 例显效 7 例,有效 15 例,无效 8 例,总有效率 73.33%。总有效率对比有显著性差异( $P<0.05$ ),说明针刺上述诸穴,使肺气降,脾气升,大肠得通,故治疗中风后便秘效果较佳。李淑芝等<sup>[42]</sup>将 64 例中风后便秘患者按就诊时间顺序分为治疗组和对照组,32 例治疗组患者全部以针灸治疗,32 例对照组患者,全部以酚酞片口服治疗。15 天为 1 疗程,1 疗程后治疗组近期总有效率 96.88%,对照组近期总有效率 90.63%,差异无显著差异( $P>0.05$ )。半个月再观察发现,治疗组远期有效率为 96.88%,而对照组有效率仅为 56.25%,两组有显著性差异( $P<0.01$ )。实验表明温针灸组疗效稳定,且治疗组中无 1 例出现副作用,而对照组中出现腹痛 4 例,腹泻 6 例,副作用发生率 31.25%,两组差异非常显著( $P<0.01$ )。孙远征等<sup>[50]</sup>将 90 例脑卒中的病人随机平均分为电针组、普针组合对照组。对照组患者的治疗参照脑卒中常规疗法,普针组在对照组常规疗法的基础上,针刺天枢、关元,电针组在对照组常规疗法

的基础上电针刺激天枢、关元。1 个疗程(10d)后结果显示电针组在便秘发生率方面远低于其他两组 ( $P<0.05$ )。

#### 2.2.2.2.3 按摩治疗

李媛媛<sup>[43]</sup>将 62 例首发脑卒中的病人分为 31 例实验组和 31 例对照组,前者遵照脑卒中患者常规护理,后者在前者的护理规范上,加用穴位按摩,干预 10 天后比较两组的中风后便秘的发生率,结果显示实验组 19.4% 的发生率远小于对照组的 45.2% ( $P<0.05$ )。王少敏<sup>[44]</sup>将 60 例中风后便秘患者随机分为两组,每组 30 例。治疗组患者取仰卧位,宽衣松带,操作者先用双侧拇指按揉患者天枢、水道、归来穴 4min,然后将一手或两手重叠伸展放在患者腹部按结肠走行方向做环行按摩 2 min,以透热为度,再重复上述过程 3 次,最后按揉长强穴 2min,每天按摩 1 次,每次 20 min, 10d 为 1 个疗程;对照组予比沙可啶片(便塞停)口服,1 次/d, 5mg/次,连服 10d。结果治疗组总有效率 93.33%,对照组总有效率 66.66%,治疗组明显优于对照组,有显著性差异( $P<0.01$ )。

#### 2.2.2.2.4 耳穴治疗

现代实验研究证明耳穴相应部位通过神经与胃肠电活动密切相关。通过刺激耳穴相应部位,能够影响胃肠电活动,从而能够改善胃肠相关的诸如便秘等的病症。

陈燕娣<sup>[45]</sup>认为,脑卒中患者长时间坐、卧于病床之上,缺少必要的运动,会导致气机郁滞,传导不利,影响大便传化糟粕的正常功能,因此本病属于中医“气秘”范畴,她以调理脏腑气机为治疗原则,耳穴取穴:大肠、脾、直肠、小肠等进行按摩,1 周后观察其临床效果发现,40 例治疗组的总有效率达 95%。

#### 2.2.2.2.5 膏药治疗

张建慧<sup>[46]</sup>认为,从气血亏虚来认识本病的病因病机,并在临床上以小承气汤、加火麻仁、玄参、麦冬药熬膏贴神阙。孙宏丽<sup>[47]</sup>以大承气汤合五磨饮子(药用大黄、厚朴、枳实、槟榔、乌药、芒硝、木香、沉香等),用温开水调糊敷脐治疗中风后大便秘结者 38 例,结果全部治愈(便时通畅,

便质转润),用药后 1 天内排便者 12 例,2 天内排便者 18 例,3 天内排便者 8 例。伦新<sup>[48]</sup>将中药大黄不经任何加工炮制,打磨成粉后,加白酒调匀贴敷神阙穴治疗中风便秘,其有效率达 92%,明显优于以苁蓉通便口服液治疗的对照组的 66.7%,的有效率 ( $P<0.01$ )。

### 3. 小结

对脑卒中后便秘的研究逐渐成为热门,其文献报道也越来越多,西医针对本病的研究主要集中在对本病发病机制的认识和便秘与脑卒中相互影响的关系上,中医针对本病的研究主要集中在对本病的治疗,和防止脑卒中患者发生便秘的医护研究上。而对于脑卒中后便秘患者的干预,临床大多数干预依据经验采取非脑卒中便秘患者的治疗方法,是否适合脑卒中后便秘患者还有待于临床试验研究的验证;虽然有些研究对脑卒中后便秘采取了行为干预方法,但由于行为内容不够全面、操作流程不规范及评价指标不明确等诸多问题,研究结果也不尽相同。



## 参考文献

- [1]梁荣浩,宋颖,堪剑飞,等.通腑泻下法在中风病治疗的作用[J].实用中医药杂志,1998,14(2):10-11.
- [2]蔡云清,王惠娟,张旭,等.南京市区老年人便秘患病率及其与亚健康症状关系的调查[J].中华老年医学杂志,2004,23(4):267.
- [3] Robain G, Chenneville J M. Petit F, et al .Incidence of Constipation after RecentVascular Hemiplegia: A Prospective Cohort of 152 Patients. Rev Neurol(Paris), 2002, 158(5Pt1): 589-592.
- [4]黄小波,李宗信.茂蓉润肠口服液治疗中风后便秘的临床观察[J].中国中西医结合杂志,2002,22(8):622-623.
- [5]庄礼兴,丁晓红.脑卒中后遗症的针灸疗法[J].现代康复,2001,5(11):14-16.
- [6]苏永静,张振路,张小燕,等.卒中患者便秘影响因素分析及函数预测模型[J].中国脑血管病杂志,2004,1(9):415-418.
- [7]房江山,刘远新.便秘对急性缺血性中风的 ET-1,NO 及病情的影响[J].新疆中医药,2005,23(3):14-17.
- [8] Krogh K, Christensen P, Laurbery S. Colorectal symptoms in patients with neurological diseases [J]. Acta Neurol Scand, 2001, 103(6): 335-343.
- [9]贺伟平.肠三针点刺激治疗中风后便秘的临床疗效观察[J].成都中医药大学,2009:17.
- [10]朱俊燕.脑卒中病人便秘的原因分析及护理对策[J].现代医药卫生,2009,25(20):3164.
- [11]黄爱京,邱秀林,王晓静.护理干预对出血性脑卒中患者便秘的影响[J].中国当代医药,2012,19(5):129-130.
- [12]吕玲玲,黎霞,吴宜膺.护理干预配合蜂蜜油对社区脑卒中长期卧床患者便秘的预防作用[J].中国实用医药,2011,6(20):185.

- [13]代怀静.护理干预对脑卒中患者便秘及预后的影响[J].齐鲁护理杂志,2010,16(7):34-35.
- [14]张晨霞.脑卒中患者便秘的相关原因分析及护理[J].现代实用医学,2011,23(5):587-592.
- [15]熊志军.穴位埋线治疗慢运输便秘 56 例.中华临床医学研究杂志,2008,14(6):844—845.
- [16]王东升.腹部电针治疗中风后便秘临床观察[J].中国针灸,2008,28(1):7-8.
- [17] Bracci F, Badiali D, Pezzotti P, et al. Chronic constipation in hemiplegic patients[J]. World Journal of Gastroenterology, 2007,13(29), 3967-3972.
- [18]王亚瑜.护理干预配合中药直肠滴入对中风后便秘患者疗效的影响[J].中医药临床杂志,2011,12(9):87-88.
- [19] Yi JH, Chun MH, Kim BR, et al. Bowel function in acute stroke patients[J]. Ann Rehabil Med, 2011,35(3):337-430.
- [20] Yongjing Su, Xiaoyan Zhang, Jinsheng Zeng, et al. New-onset constipation at acute stage after first stroke: incidence, risk factors, and impact on the stroke outcome [J]. Stroke, 2009,40:1304-1309.
- [21]黄甫沿,黄美勇.两沙必利防治脑卒中并发便秘的体会[J].右江医学,2006,34(2):184.
- [22]程素芳,耿震.开塞露不保留灌肠治疗便秘疗效观察[J].临床医药实践杂志,2004,13(8):629-630.
- [23]乔翠霞,郭颖.解泰治疗便秘 66 例[J].河南中医,2006,26(6):19.
- [24]姚巧玲,付陆英.中风患者便秘的原因分析及护理[J].中华实用中西医杂志,2007,20(19):1683-1684.
- [25]郑冬杏,黄春燕,洪贵英.饮食指导预防中风病人便秘的护理[J].实用医技杂志,2005,12(4)下月版:1062-1063.

- [26]刘力丰.瓜果蔬菜防治便秘的中医学解析[J].中国医药指南,2010,8(25):46.
- [27]胡仲秋.五仁丸加味治疗老年便秘[J],内蒙古中医药,2012,10(11):8.
- [28]张承舜,代晓琴.腧穴配伍研究进展[J].实用中医药杂志,2013,29(2):147-148.
- [29]黄驭,等.功能性便秘中医研究进展[J].实用中医药杂志,2013,29(2):149-150.
- [30]周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2003:211.
- [31]刘未艾,吴清明,李向荣.电针治理中风后便秘的疗效观察[J].针灸临床杂志,2008,24(9):17—18.
- [32]王法德,田立,王立琴,等.牛黄熄风胶囊治疗急性期脑梗塞的临床与实验研究[J].山东中医杂志,1997,16(3):104—106.
- [33]康清丽.中风后便秘的辨治经验[J].贵阳中医学院学报,2000,22(4):45-46.
- [34]苗清波,石玉英.六味安消胶囊治疗中风后便秘 69 例临床分析[J].实用中西医结合临床,2004,4(4):3.
- [35]刘耀东,段海平,孙丽萍.新加黄龙汤治疗中风便秘疗效观察[J].中医药学报,2009,37(5):97-98.
- [36]张学山.麻子仁汤加减治疗中风病人便秘 120 例[J].中医药临床杂志,2010,22(1):49-50.
- [37]沙明杰.通腑活血汤治疗中风伴便秘 68 例观察[J].中医临床研究,2010,2(8):48-54.
- [38]于占龙,史金花,靳荣兰,张树林.莪术散治疗脑卒中便秘 52 例[J].新消化病学杂志,1996,4(3):345.
- [39]于川,申斌.点滴灌肠治中风后便秘[J].中国中医药报,2013,5-25-005.
- [40]王玮,王秀英.针刺治疗中风后便秘 51 例[J].陕西中医,2008,

29(2) :217-218.

[41]李淑芝,宋曼平.温针灸治疗中风后便秘的疗效观察[J]. 2005, 9(5):139.

[42]孙远征,罗梅,牛雪茹.针刺募穴预防中风后患者便秘临床观察[J].上海针灸杂志,2010, 29(6):352-353.

[43]李媛媛.穴位按揉对中风患者便秘的预防作用[J].中国疗养医学,2009, 18(7):34-37.

[44]王少敏.穴位按摩干预中风合并便秘的效果观察[J].护理实践与研究,2007,4(7) :42-43.

[45]陈燕娣.耳穴埋豆配合按摩治疗脑卒中后便秘 40 例[J].浙江中医杂志, 2012,47 ( 12 ): 889.

[46]张建慧.神阙穴贴敷中药预防中风后便秘的疗效观察[J].当代护士(专科版), 2010, 6(9) :56-58.

[47]孙宏丽.中药敷脐治疗中风后大便秘结 38 例[J].实用中医内科杂志,2003, 17(4) :315.

[48]伦新.生大黄粉神阙贴敷治疗中风便秘 75 例[J].中医杂志,1999, 40(12) :723

## 第二部分 临床研究

### 1 临床资料与分组

#### 1.1 一般资料

收集 2013 年 3 月至 2014 年 1 月间鄂州市中心医院神经内科符合纳入标准的住院病人 70 例，其中男性 47 例，女性 23 例，年龄最大者 77 岁，最小者 51 岁。

采用完全随机方法(随机数字表)随机分为实验组(35 例)和对照组(35 例)。随机方法:首先用随机数字表法产生随机数字序列,然后编制好随机分配卡,并用信封密封编号,由专人保管。对接受本方案研究的符合纳入标准的患者,按其进入本研究的时间上的先后顺序拆发序号相同的信封,根据信封内的随机分配卡的规定分组。分组结束后,实验组中,男性 23 例,女性 12 例,最大年龄 77 岁,最小年龄 53 岁,平均年龄 67.42 岁;对照组中,男性 24 例,女性 11 例,最大年龄 76 岁,最小年龄 51 岁,平均年龄 65.71 岁(见表 1)。

表 1 2 组中风后便秘患者一般情况比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)		
		男	女	最大年龄	最小年龄	平均年龄
实验组	35	23	12	77	53	62.42
对照组	35	24	11	76	51	60.71

$P > 0.05$

如上表所示,2 组患者在性别、年龄方面的资料基本相似,经统计学处理, $P > 0.05$ ,差异无显著性意义,具有可比性。

实验组中,脑梗塞型脑卒中 20 例,脑出血型脑卒中 15 例:发病后 1 天内( $<24h$ )入院的患者为 15 例,发病后 1 到 2 天内( $24h \leq$ 且 $<48h$ )入院的患者为 12 例,发病后 2 到 3 天内( $48h \leq$ 且 $\leq 72h$ )入院的患者为 8 例。对照组中,脑梗塞型脑卒中 22 例,脑出血型脑卒中 13 例:发病后 1 天内( $<24h$ )入院的患者为 17 例,发病后 1 到 2 天内( $24h \leq$ 且 $<48h$ )入院的患

者为 12 例，发病后 2 到 3 天内（ $48h \leq \text{且} \leq 72h$ ）入院的患者为 6 例，两组患者在脑卒中类型和病程比较上无明显差别（ $P > 0.05$ ）（见表 2,3）。

表 2 两组患者脑卒中类型比较

组别	例数	脑梗塞	脑出血
实验组	35	20	15
对照组	35	22	13

$P > 0.05$

如上图所示，实验组和对照组之间的原发病情况基本类似，经统计学处理后， $P > 0.05$ ，两组差异无显著意义，具有可比性。

表 3 两组患者病程比较

组别	例数	<24h	24h	病程 < 48h	48h	病程 72h
实验组	35	15		12		8
对照组	35	17		12		6

经 Rimit 分析， $P > 0.05$ 。

如上图所示，实验组和对照组患者的病程相似，经统计学处理后， $P > 0.05$ ，两组差异无显著意义，具有可比性。

## 1.2 诊断标准

### 1.2.1 脑卒中诊断标准

按 1995 年全国第四次脑血管病学术会议修订的“各类脑血管疾病诊断要点”中“脑卒中”诊断标准<sup>[1]</sup>：

(1)蛛网膜下腔出血:发病急骤;常伴剧烈头痛、呕吐;一般意识清楚或有意识障碍;可见明显脑膜刺激征,少数可伴有颅神经及轻偏瘫等局灶体征;可出现血性脑脊液;应作 CT 或 MRI 检查。

(2)脑出血：体力活动、情绪激动为诱发因素；可见反复呕吐、头痛、意识障碍等急性发病表现,可见偏瘫、失语等症状;既往高血压史有助诊断;脑脊液检查可发现有血细胞存在；应作 CT 或 MRI 检查。

(3)脑梗塞:常于安静状态下发病；大多数发病时无明显头痛和呕吐；发病较缓慢，多逐渐进展或呈阶段性进行，多与脑动脉粥样硬化有关，也

可见于动脉炎、血液病等；一般发病后 12 天内意识清楚或轻度障碍；有颈内动脉系统和(或)椎基底动脉系统症状和体征；应作 CT 或 MRI 检查；腰穿脑脊液一般不应含血。

(4)脑栓塞:多为急骤发病；多数无前驱症状；一般意识清楚或有短暂性意识障碍；有颈动脉系统和(或)椎-基底动脉系统的症状和体征；腰穿脑脊液一般不含血，若有红细胞可考虑出血性脑梗塞；栓子的来源可为心源性或非心源性，也可同时伴有其它脏器、皮肤、粘膜等栓塞症状。

(5)腔隙性梗塞：发病多由于高血压动脉硬化引起，呈亚急性或急性发病；一般不会出现意识障碍；脑脊液不呈血性；可见轻度偏瘫、失语等伴随症状等；应作 CT 或 MRI 检查。

### 1.2.2 便秘诊断标准

根据国家中医药管理局 1994 年 5 中医病证诊断疗效标准中的便秘诊断<sup>[2]</sup>：

- (1)排便时间延长，二天以上一次，粪便干燥坚硬；
- (2)重者大便艰难，干燥如栗，可伴少腹胀急，神倦乏力，胃纳减退等症；
- (3)排除肠道器质性疾病。

### 1.3 纳入标准

- (1)选取符合“脑卒中”诊断标准中“脑出血”和“脑梗塞”诊断的病例，且都经 CT、MRI 检查确诊。
- (2)年龄不超过 80 岁。
- (3)发病时间为 3 天内。
- (4)脑卒中发病前无便秘者。
- (5)MRS 评分 $\leq 4$  分，意识清醒，能够配合治疗者。
- (6)同意接受穴位按摩者。
- (7)知情同意者。

说明 :a 有报道显示 ,发病 3 天内 ,脑卒中患者的便秘发生率高达 70% 以上 ,选择病程在 3 天内的患者 ,能够更好地观察本方案对脑卒中后便秘

的预防情况<sup>[3]</sup>。

b 选取 MRS 评分 $\leq 4$  分，意识清醒，能够配合治疗的患者，是因为对照组以及实验组的常规护理包括排便训练、精神护理等内容，如果 MRS 评分超过 4，也就是重度残疾，长期卧床，无法开展护理内容。

#### 1.4 排除标准

TIA 患者；

不能很好沟通交流，领会治疗意图者；

有严重的脑卒中后并发症，影响生命安全者；

不配合穴位按摩或基础治疗者；

脑卒中病情进行性加重者；

直肠、结肠部位有肿瘤或其他器质性病变的患者；

1 周之类服用过帮助排便或者有导致大便稀溏副作用的药物者；

大便稀溏或者泄泻者。

符合上述标准其中一项者,即予排除本研究。

#### 1.5 剔除标准

(1)纳入后未按试验方案完成治疗的病例;

(2)受试者依从性差,未按医嘱进行治疗者;

(3)盲法试验中被破盲的个别病例;

(4)试验中自行退出者。

此次研究过程中，实验组脱落 2 例患者，男女各 1 例，一例因转院而未能完成实验方案，一例依从性差，多方沟通后患者仍选择自行退出；治疗组脱落 1 例男性患者，因病情变化而中断实验观察。最终完成实验方案的治疗组为 33 例，男 22 例，女 11 例；对照组为 34 例，其中男性 23 例，女性 11 例，两组比较，无明显差异 ( $P>0.05$ ) (见表 4)，因此可以继续本项目的数据处理及临床观察等后续研究。



表 4 完成实验方案患者一般情况比较

组别	例数	性别（例）		年龄（岁）		
		男	女	最大年龄	最小年龄	平均年龄
实验组	33	22	11	77	53	61.78
对照组	34	23	11	76	51	60.41

$P>0.05$

实验组中，脑梗塞型脑卒中 18 例，脑出血型脑卒中 15 例：发病后 1 天内（ $<24h$ ）入院的患者为 14 例，发病后 1 到 2 天内（ $24h\leq$ 且 $<48h$ ）入院的患者为 12 例，发病后 2 到 3 天内（ $48h\leq$ 且 $\leq 72h$ ）入院的患者为 7 例。对照组中，脑梗塞型脑卒中 21 例，脑出血型脑卒中 13 例：发病后 1 天内（ $<24h$ ）入院的患者为 16 例，发病后 1 到 2 天内（ $24h\leq$ 且 $<48h$ ）入院的患者为 12 例，发病后 2 到 3 天内（ $48h\leq$ 且 $\leq 72h$ ）入院的患者为 6 例。两组患者在脑卒中类型和病程比较上无明显差别（ $P>0.05$ ）（见表 5-6）。

表 5 完成实验方案的两组患者脑卒中类型比较

组别	例数	脑梗塞	脑出血
实验组	33	18	15
对照组	34	21	13

$P>0.05$

表 6 完成实验方案的两组患者病程比较

组别	例数	$<24h$	$24h$ 且 $<48h$	$48h$ 且 $72h$
实验组	33	14	12	7
对照组	34	16	12	6

$P>0.05$

## 2 干预方法

### 2.1 护理干预措施与方法

2.1.1 实验组：在常规治疗与护理的基础上，由研究小组提供穴位按摩法。具体方法如下：

干预时间：病人入院当天开始治疗（入院时间超过当天下午 6 点

者，次日晨开始护理），每日早上定时进行（除摩腹晚上进行外），整个实验过程为 14 天。

说明：有报道显示<sup>[4]</sup>，脑卒中后便秘的高发时间是中风后 10-14 天，我们以两周作为一个疗程，能够直观而且直接的反映出本方案对急性脑卒中患者的影响效果。

取穴原则：中风便秘有实有虚，实者多由气机逆乱升降失调或火灼津、肠燥便秘导致腑气不通而便秘，虚者因伤津耗液或气虚无力导致肠道传导无力而便秘。但总而言之，中风便秘关键在于腑气不通，传导失司而致，预防关键以通导腑气为主，因此对穴位进行如下选取：迎香、曲池、合谷、商阳通腑泄热；大肠俞为大肠背俞穴，天枢为大肠募穴、募俞配穴，调理肠腑功能；支沟为便秘经验要穴；推手阳明大肠经疏通经络。

穴位定位：

按照国家技术监督局发布的《中华人民共和国国家标准·经穴部位》中的穴位定位取穴。

迎香：鼻翼外缘中点旁，当鼻唇沟中；

曲池：肘横纹外侧段，屈肘，当尺泽与肱骨外上髁连线中点；

合谷：第一、二掌骨间，当第二掌骨桡侧的中点处；

商阳：手食指末节桡侧，距指甲角 0.1 寸；

支沟：在前臂背侧，当阳池穴与肘尖的连线上，腕背横纹上 3 寸，尺骨与桡骨之间。

天枢：脐中旁开 2 寸；

大肠俞：第四腰椎棘突下，旁开 1.5 寸；

操作方法：

操作前施术者必须保持施术手指温暖，并涂以滑石粉或按摩膏，以免搓伤皮肤，按摩前嘱患者排空小便。

病人取仰卧位，双下肢平放于床上，施手法者站于病人一侧，用拇指或食指端按揉患者左右侧迎香、商阳、合谷、支沟、曲池、天枢，以明显酸胀感为宜，每个穴位按摩 2-3 分钟；推手阳明大肠经，由肩髃穴沿手阳

明大肠经循行路线推至商阳穴，每次 5-10 分钟；

患者取俯卧或侧卧位，施术者站于病人一侧，用拇指或食指端按揉患者左右侧大肠俞，以明显酸胀感为宜，每侧按摩 2-3 分钟。

摩腹：睡前顺时针摩腹 5-10 分钟。

2.1.2 对照组：参考相关文献<sup>[5,6]</sup>，对照组患者接受常规的治疗和护理，包括饮食护理，排便训练，情志护理等。

饮食护理的内容为：向患者宣讲脑卒中的危害和注意事项，告诉患者要对蛋白质等高热量饮食进行控制，多食用粗粮、蔬菜等富含纤维素的食物，可以多吃水果，但应该不吃或者少吃辛辣刺激性的食物和中医学认为的发物。另外还要在不影响患者颅内压的前提下，鼓励患者适当增加饮水量，没有糖尿病史的患者可以服用蜂蜜水。

排便训练的内容为：征得患者同意，与患者一起制定符合患者要求的排便计划。每天定时排便，没有便意时也应该进行排便尝试。排便的环境要尽量保证患者的隐私和个人空间，让患者放松身心，并且给患者充分的时间以进行排便尝试。与患者沟通，尝试让患者尽可能的集中注意力，不去读书、看报、思考等做集中注意力相抵触的其他事情；如果患者能够下床或者能够坐位，鼓励患者以坐位排便，如果患者只能卧床，可让患者尝试左侧卧位。

## 2.2 观察指标及方法

(1)比较治疗后，两组的便秘发生率以及治疗组中两种类型患者的便秘发生率。

患者入院当天开始治疗(入院时间超过当天下午 6 点者，次日晨开始治疗)，于治疗的第 14 天，根据《中医病证诊断疗效标准》中的便秘诊断，比较两组的便秘发生率、以及治疗组中出血性脑卒中患者和梗死性脑卒中患者便秘的发生率。

(2)比较两组治疗前后及组间的改良 Rankin 量表 (Modified Rankin Seale,以下简称 MRS 评分)评分变化情况。

表 7 改良 Rankin 量表

分值	病情描述
0	无症状
1	虽有症状但无明显残疾，可进行日常工作和活动
2	轻度残疾；不能进行先前所有的活动，但能够在不用帮助的情况下照顾自己
3	中度残疾；需要一些帮助，但能够独立行走
4	中度严重残疾；没有帮助时不能行走，在无人帮助时不能照顾自己
5	严重残疾；长期卧床不起，大小便失禁，需要专职护士护理
6	死亡

(3)比较实验方案实施完成后，实验组与对照组的便秘证候积分情况，以此积分的变化来判定按摩护理是否有效。

表 8 便秘症状积分表

项目	程度 1	程度 2	程度 3
首次排便时间	< 4h	4—72h	24h
排便间隔时间	< 24h	24-72h	72h
排便速度	< 5min	5-10min	10min
排便性状	成形	干结	颗粒
排便难度	不费力	用力	手抠
便意	急	微弱	无

该便秘证候积分评定标准参考国家中医药管局《中医病症诊断疗效标准》以及 1999 年中华中医药学会外科学分会肛肠外科学组《便秘诊治暂行标准》<sup>[7]</sup>制定。如表所述，询问患者表中包括的 6 个方面的症状表现，各症状对应的程度 1、程度 2、程度 3 分别积 0 分，2 分和 4 分，

### 2.3 不良反应观察

在患者接受治疗期间，观察患者所出现的新的临床症状，排除脑卒中的其他并发症，以及患者原始疾病、既往疾病等所导致的新症状的可能后，将新症状作为不良反应，记录其症状表现，出现的人次，以及处理和预后。

## 2.4 统计学处理

采用 SPSS17.0 统计软件包处理数据,对一般资料进行  $X^2$  检验和 t 检验;计量资料采用 t 检验,或者 t' 检验。便秘发生率的比较用  $X^2$  检验。

## 2.5 质量控制

**选择性偏倚** 严格控制纳入与排除标准,控制药物、饮食等其他干扰因素对试验结果的影响;对纳入的脑卒中患者,采用随机分组法。

**信息偏倚** 对实施干预的穴位按摩操作者进行统一培训,使其掌握穴位的定位、手法以及注意事项等。

**需中止研究的情况** 研究对象发生严重的并发症或因其他情况无法坚持者,退出本研究。

3. 结果

3.1 两组经干预治疗后的便秘发生率比较

经过 14 天的干预治疗后 ,治疗组 33 例中有 10 例符合便秘诊断标准 ,便秘发生率为 30.3% ;对照组 34 例中有 16 例符合便秘诊断标准 ,便秘发生率为 47.1% ,经卡方检验后 ,治疗组与对照组的便秘的发生率有明显差异 (  $P<0.05$  ) , 如表 9。可以认为 , 该干预治疗方案能有效防止便秘的发生。

表 9 两组治疗后的便秘发生率比较 ( 例 , % )

组别	例数 ( 例 )	便秘例数 ( 例 )	发生率 ( % )
实验组	33	10	30.3
对照组	34	16	47.1

$P<0.05$

3.2 治疗组中脑出血患者与脑梗塞患者便秘发生率的比较

治疗组最后完成实验方案的患者有 33 人 , 其中脑出血型脑卒中 15 例 , 脑梗塞型脑卒中 18 例。经 14 天干预治疗后 , 脑出血型脑卒中的患者中有 4 例能够确诊为便秘 , 其发生率为 26.7% ; 脑梗塞型脑卒中的患者中有 6 例能够确诊为便秘 , 其发生率为 33.3%。经卡方检验 , 两者之间的差异有统计学意义 (  $P<0.05$  ) , 见表 10。可以认为 , 该方案对脑出血型脑卒中患者的效果优于脑梗塞患者。

表 10 治疗组中脑出血患者与脑梗塞患者便秘发生率的比较 ( 例 , % )

类型	例数 ( 例 )	便秘例数	发生率 ( % )
脑出血型脑卒中	15	4	26.7
脑梗塞型脑卒中	18	6	33.3

经卡方检验 ,  $P<0.05$

3.3 两组经干预治疗的 MRS 评分比较

治疗前实验组 MRS 的平均评分为  $3.57\pm0.81$  分 , 对照组 MRS 的平均评分为  $3.48\pm0.77$  分 , 将该数据输入 SPSS17.0 软件 , 选取 t 检验进行检测 , 发现两组之间无统计学差异 , 两组具有可比性 (  $P>0.05$  )。经过 14 天的干

预治疗后，治疗组 MRS 的平均评分为  $2.82 \pm 0.90$  分，对照组 MRS 的平均评分为  $3.26 \pm 0.74$  分。两组自身治疗前与治疗后比较，MRS 分值都有所降低 ( $P < 0.05$ )，但将两组治疗后的评分进行比较，可以发现实验组明显优于对照组 ( $P < 0.05$ )。

表 11 两组治疗前后及组间的 MRS 评分比较 (例, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
实验组	33	$3.52 \pm 0.81$	$2.82 \pm 0.90$
对照组	34	$3.48 \pm 0.77$	$3.26 \pm 0.74$

经 t 检验，两组自身治疗前与治疗后比较， $P < 0.05$ ；两组治疗后组间比较， $P < 0.05$

### 3.4 经干预治疗后，两组患者便秘证候积分比较

干预治疗完成后，实验组便秘证候的平均积分为  $7.34 \pm 3.11$  分，对照组便秘证候的平均积分为  $12.53 \pm 4.56$  分，将结果输入 SPSS17.0 软件，以 t 检验检测，结果显示两组的便秘证候积分不同，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

表 12 实验方案完成后两组便秘证候积分比较 (例, 分)

组别	例数 (例)	积分 (分)
实验组	33	$7.34 \pm 3.11$
对照组	34	$12.53 \pm 4.56$

经 t 检验， $P < 0.05$

### 3.5 不良反应监测

在患者接受治疗期间，排除脑卒中的其他并发症，以及患者原始疾病、既往疾病等所导致的新症状的可能性后，未发现明显不良反应。本方案所采取的干预措施是比较安全的。

## 4.讨论

### 4.1 穴位按摩防治脑卒中后便秘的效果分析

经过 14 天的干预治疗后,治疗组 33 例中有 10 例符合便秘诊断标准,便秘发生率为 30.3%;对照组 34 例中有 16 例符合便秘诊断标准,便秘发生率为 47.1%,经卡方检验后,治疗组与对照组的便秘的发生率有明显差异( $P<0.05$ )。对照组的便秘发病率与相关文献报道的数据相类似,可以认为,文献报道的饮食、精神、排便训练等护理手段,也能对防止便秘的发生起到一定的积极作用,但是本干预治疗方案能更有效地防止便秘的发生。

该方案是在秉承中医“治未病”思想,以及充分认识脑卒中以及脑卒中后便秘的基础上开始治疗的,其穴位按摩指导思想,选穴配伍思路,都是以中医理论为主导,以辨证论治、辩证施护为前提而开始的治疗,将中医辨证治疗、辩证施护、以及经络学说等具体应用到该病的防治上,因此能够取得较好的临床效果。

#### 4.1.1 中医“治未病”思想在防治脑卒中后便秘研究中的应用

近年来的研究<sup>[8]</sup>显示,便秘患者的血浆内皮素以及 NO 都有异于正常人群,而这两种物质会对中枢神经以及神经元造成伤害,可见对于脑卒中后便秘的患者来说,便秘的发生会加重其脑卒中的病情,对其脑组织造成持续性的伤害。另外,便秘的患者需要用力排便,其用力的过程可以导致腹压、颅内压升高<sup>[9]</sup>,这种改变虽然对正常人影响甚小,但对脑卒中尤其是出血性脑卒中患者来说,过高的颅内压会使其病灶再次出血,从而加重其病情<sup>[10]</sup>。

防止一种疾病对人体造成损害,最好的方法就是防止这种疾病的发生,这也是中医学“治未病”的思想。近年来对防止中风后便秘的发生的研



究日益增多，一方面证明对脑卒中的患者来说，防止便秘的发生有重要意义，另一方面也证明了在临床中，通过医护手段能够达到防治脑卒中后便秘发生的效果。

#### 4.1.2 穴位按摩对便秘的作用

安子薇等<sup>[11]</sup>认为，按揉腹部一方面能够刺激胃肠，一方面能够压迫内脏，升高腹压，促进平滑肌收缩，加快肠胃的节律性蠕动。另外通过对脾胃的按摩，还能达到通经活络，补中益气的作用，两方面的作用下最终能够改善患者血液循环状况，不仅能够促进脑卒中病灶的愈合，还能消除便秘症状，她们对脑卒中便秘患者施行按摩腹部，可以预防便秘，改善临床症状，对脑卒中患者的恢复意义重大。

#### 4.2 穴位按摩防治不同类型的脑卒中后便秘的效果分析

治疗组最后完成实验方案的患者有 33 人，其中脑出血型脑卒中 15 例，脑梗塞型脑卒中 18 例。经 14 天干预治疗后，脑出血型脑卒中的患者中有 4 例能够确诊为便秘，其发生率为 26.7%；脑梗塞型脑卒中的患者中有 6 例能够确诊为便秘，其发生率为 33.3%。经卡方检验，两者之间的差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。可以认为，该方案对脑出血型脑卒中患者的效果优于脑梗塞患者。

毋庸置疑，穴位按摩对防止任何不同类型的脑卒中患者的便秘都有一定作用。

本方案是以“通导腑气”为治疗思想所开展的护理干预，通导腑气是以“下”法为主，脑卒中急性发作不论虚实，总有邪气盛实的病机存在，因此本方案可以不用辨别患者的正气强弱情况，对脑卒中的患者都能起到预防便秘产生的效果，这点在便秘的发生率上就能体现出来。而脑出血的患者一般以“邪实”居多，脑梗塞的患者一般是“正虚”与“邪实”并见。从理论上讲，对于“邪实”的脑卒中患者来说，“通导腑气”的“攻下”之法最为适用，

而对于“正虚邪实”的脑卒中患者来说，“通导腑气”的“攻下”之法，是“急则治其标”的权宜之法，想取得更好的疗效，还是要参考中医学中的“标本缓急”的思想内涵，来确定“扶正”与“攻邪”的具体的治疗方法。在疗效的比较上，脑出血的脑卒中患者的治疗效果优于脑梗塞的脑卒中患者，可能跟此有关。遗憾的是，因为种种原因，未能对患者进行准确详实的虚实辨证，如果有可能，会在以后的研究中继续检验。

#### 4.3 穴位按摩对脑卒中患者病情影响的分析

病情治疗前实验组 MRS 的平均评分为  $3.57 \pm 0.81$  分，对照组 MRS 的平均评分为  $3.48 \pm 0.77$  分，两组之间无统计学差异，具有可比性 ( $P > 0.05$ )。经过 14 天的干预治疗后，治疗组 MRS 的平均评分为  $2.82 \pm 0.90$  分，对照组 MRS 的平均评分为  $3.26 \pm 0.74$  分。两组自身治疗前与治疗后比较，MRS 分值都有所降低 ( $P < 0.05$ )，但将两组治疗后的评分进行比较，可以发现实验组明显优于对照组 ( $P < 0.05$ )。MRS 反映的是脑卒中患者的独立生活水平，也能间接反映出脑卒中患者的愈后情况。在这个观察指标上，可能是因为本项目中的患者就诊还比较及时，以及纳入标准中的  $MRS \leq 4$  的限制，所以没出现比较严重的瘫痪的情况发生。两组都能改善 MRS，说明两种护理方案都能对脑卒中患者的康复起到正性作用，但这种正性作用是直接有利于脑卒中的病情，还是防治了便秘的产生，保证大便通畅而间接有利于脑卒中病情的恢复，或者是因为情志因素等，还要进一步研究。

#### 4.4 穴位按摩对脑卒中后便秘患者效果探讨

干预治疗完成后，实验组便秘证候的平均积分为  $7.34 \pm 3.11$  分，对照组便秘证候的平均积分为  $12.53 \pm 4.56$  分，结果显示两组的便秘证候积分不同，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。两组患者在完成研究方案的干预护理后，其便秘证候积分的比较与便秘发生率相符，而本方案对便秘患者证候的积分有没有作用，能不能改善便秘患者的相关症状，还需进一步研究。

虽然在理论上来说,本方案中的干预治疗方法就是以治疗患者的便秘症状而制定的,但在以后的研究中能够进一步得到确认,自然会更有说服力。

## 5 结论

中医穴位按摩能够有效防止脑卒中患者便秘疾病的产生,其效果值得肯定。

中医穴位按摩能够有效降低脑卒中患者的 MRS 评分,也就是能够有助于脑卒中患者卒中病情的好转。

中医穴位按摩能够改善患者便秘症状,其具体效果可以在以后的研究中进一步确认。

中医穴位按摩操作方便,安全性好,值得临床推广。

本研究还认识到干预护理方案对脑出血型脑卒中和脑梗塞型脑卒中的效果不同,这可能跟“正邪虚实”有关,也提醒人们必须注意辨证施护。

## 6 问题与展望

本研究根据国内外现有的疗效评定方法,对按摩治疗脑卒中后便秘进行了总体疗效和症状指数的评价和分析。由于本人能力、时间、经费等原因的限制,本研究存在不少问题,也有很多遗憾,比如对脑卒中两种类型患者的研究不够深入,希望在以后的研究工作中能进一步补充和完善。

## 参考文献

- [1]中华医学会全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-381.
- [2]陈凤仙. 穴位按摩干预治疗老年性便秘护理体会[J]. 福建中医药, 2010, 41(6): 58-59.
- [3]苏永静, 张振路, 张小燕, 等. 卒中患者便秘影响因素分析及函数预测模型[J]. 中国脑血管病杂志, 2004, 1(9): 415-418.
- [4] Yongjing Su, Xiaoyan Zhang, Jinsheng Zeng, et al. New-onset constipation atccute stage after first stroke: incidence, risk factors, and impact on the strokeoutcome [J]. Stroke, 2009, 40:1304-1309.
- [5]李华. 加用学位按摩在中风后便秘的护理效果观察[J]. 广西中医药大学学报, 2012, 15(4): 81.
- [6]周佳. 老年脑卒中患者功能性便秘的护理干预[J]. 中国疗养医学, 2012, 21(8): 708.
- [7]黄爱京, 邱秀林, 王晓静. 护理干预对出血性脑卒中患者便秘的影响[J]. 中国当代医药, 2012, 19(5): 129-130.
- [8]陈红霞, 刘远新. 便秘对脑出血病人内皮素和一氧化氮及病情的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2007, 5(9): 889-890.
- [9]黄小波, 李宗信. 蓖蓉润肠口服液治疗中风后便秘的临床观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2002, 22(8): 622-623.
- [10]庄礼兴, 丁晓红. 脑卒中后遗症的针灸疗法[J]. 现代康复, 2001. 5(11): 14-16.
- [11]安子薇. 腹部和穴位按摩对脑卒中后便秘的疗效观察[J]. 湖北联合大学学报(医学版), 2013, , 15(1): 92.

## 附录 1 综述

### 脑卒中后便秘的医护概况

#### 1. 现代医学对脑卒中后便秘的病因认识

现代研究认为,脑卒中患者的便秘发生率远高于普通人<sup>[1]</sup>,据研究表明<sup>[2]</sup>,普通人以及脑卒中的高危人群中,便秘的发生率大约为 25%左右,而脑卒中患者便秘的发病率为 60%左右。由此可见,脑卒中是导致便秘发病率增高的原因。随着近年来对脑卒中后便秘研究的深入,人们发现因脑卒中导致便秘的原因大致分为以下几个方面。

##### 1.1 疾病因素

脑卒中后患者和因为脑部出血或者瘀血等病变导致脑内局部组织水肿,累及中枢神经系统,一方面能够减慢肠胃平滑肌的正常节律运动,使肠内容物下行缓慢,水分吸收时间延长,而出现肠道阻滞的情况;另一方面,如果交感神经也受到脑部病灶的牵连,则会出现兴奋性减弱的状况,导致肛门括约肌紧缩而出现便秘症状<sup>[3]</sup>。另外,病灶如果损害到排便中枢,除了扰乱交感神经外,还能干扰副交感神经,二者的功能不能很好地表达,还会出现肠道蠕动无力,直肠壁接收不到足够的压力信号,无法反馈至中枢系统,就无法产生排便反射,从而使患者没有便意,引起排便障碍<sup>[4]</sup>。

##### 1.2 体位因素

脑卒中后患者肌力的降低以及偏瘫的出现,使病患在发病的初期一般都只能卧病在床,其活动形式和范围都局限于在床上坐位或者卧位。长时间的卧床、没有适当的运动,坐位或者卧位压迫刺激骨盆和坐骨神经丛等原因可以导致患者正常的肠蠕动减弱,大便停留肠道内时间延长,肠道长时间的重吸收大便中的水分,使大便干结而便秘<sup>[5]</sup>。还有人认为<sup>[6]</sup>,卧床的患者活动减少,还能出现腹压下降的情况,无法从腹腔内推动大便在结肠、直肠内运行,出现排便障碍。

##### 1.3 精神因素

有报道显示,肠蠕动的强弱与患者的精神状态关系密切<sup>[7]</sup>。脑卒中患

者多因突如其来的疾病而出现紧张、焦虑等情绪异常，或者因担心自己从此落下半身不遂等脑卒中后遗症而出现恐惧心理，或者对已经出现的疾病状况和活动受限的现状产生抑郁心理，这些异常的心理变化都会导致自主神经的正常功能受到干扰，影响患者的排便<sup>[8]</sup>。还有一些患者因为自己排便比较麻烦；或者因为面对着病房里的众人，觉得在病床上排便没有隐私而自我忍耐，压抑便意，时间长久之后粪便中的水分被重吸收，则会出现大便干硬秘结难出的情况<sup>[9]</sup>。

#### 1.4 药物因素

为了缓解脑卒中后脑局部病变组织的水肿状态，降低过高的颅内压力，临床上多用甘露醇、速尿等进行脱水治疗。水分的过度排除会使机体内环境的水分减少，肠壁内外的内环境也不例外，这种水分减少的状态下，肠道的分泌液必然也会减少，对大便内水分的重吸收也会增强，从而出现大便干结难出的现象<sup>[10]</sup>。

另外患者饮食量少，摄入纤维素不够也可以导致本病的发生<sup>[11]</sup>。

### 2. 中医学对脑卒中后便秘的研究

祖国医学中虽然没有“脑卒中后便秘”的说法，但脑卒中属于中医的“中风”，祖国医学对“中风”后出现的便秘情况早就有很深的认识。

刘完素《素问病机气宜保命集》在论述中风的证治的时候说“若忽中腑者，先以加减续命汤，随证发其表；若中脏者，则大便多秘涩，宜以三化汤通其滞”，可见在我国金元时期就已经发现脑卒中患者容易出现大便秘结难行的症状，在治疗上，他认为应该用三化汤，三化汤是由大黄、枳实、厚朴、羌活组成的，其中大黄、枳实、厚朴又是小承气汤的组成，由此可见，刘完素对于本病的治疗思想是以通为主。

沈金鳌在自己的著作《杂病源流犀烛》中说：“中脏者病在里，多滞九窍……如唇缓、二便闭”，说明他也认识到“中脏”之后，会出现大便闭塞不通的症状。

王清任在其著作《医林改错》中说：“既得半身不遂之后，无力使足动……，如何有气到下部推大便秘下行？大便秘在大肠，日久不行，自干燥也。”

他认为，中风之后，中气虚馁，于身体外部无力使四肢活动，于躯体内部也没有力气使大肠传化糟粕。他在清朝的时候就已经认识到，大便在肠道内时间长久了以后，会变得干燥难行。

当代医家对本病的研究更加深入，对该病的认识也更加清晰。现在认为中风后便秘的病因病机包括：因情志因素导致的气机郁滞；肢体血络不通导致的血运不畅；因脑卒中的起病原因如肝阳上亢等因素导致的腑实肠燥；因应用脱水药，导致机体水液代谢过多，津液亏损，肠道失润；或因病而耗伤气血，外而血络不畅，内而脾胃虚弱，运化无力而致便秘<sup>[12]</sup>。

事实上魄门亦为五脏使，便秘是五脏气机失常的表现，病机为脏腑阴阳升降失常，气血逆乱于脑。人是一个有机的整体，人体的脏腑、气血、经络紧密相连，息息相通，生理上相互为用，病理上相互影响。便秘虽病位在大肠，但在疾病过程中，因为实邪阻滞，脾气不通，气血运行障碍，常导致气机不畅，气血逆乱而加重病情。因此便秘是脏腑阴阳升降失常所致，在肠则为便秘，在脑则发中风。便秘是中风患者的常见并发症和重要的诱因之一，严重影响中风病人的康复，影响疾病的转归和预后。

### 3. 中医内治法对脑卒中后便秘的治疗

郭二霞<sup>[13]</sup>从肝肾阴虚认识脑卒中后便秘，认为应该以扶正祛邪的方法联合运用，联合新加黄龙饮与麻子仁丸两个著名方剂来对证论治脑卒中后便秘，经过 42 例患者的临床体验，其有效率为 95.24%，远远高出以酚酞片为治疗手段的对照组的 39.02% 的有效率（ $P<0.01$ ）。

许朝刚<sup>[14]</sup>用四君子汤加减治疗脑卒中后便秘，以停药后大便能解，排出通畅为有效，以停药后大便能下为显效，观察以四君子汤加减治疗的治疗组，和以莫沙必利治疗的对照组的疗效，结果显示，治疗组（60 例）显效 22 例，有效 35 例，对照组（60 例）显效 7 例，有效 13 例，二者比较差异显著（ $P<0.05$ ）。

曹全斌等<sup>[15]</sup>从气阴不足、气机瘀滞方面认识脑卒中后便秘，并用以黄芪、黄精为主药的芪精汤治疗本病，67 例患者中仅有 2 例无效，有效率达 97%。

胡杭英等<sup>[16]</sup>在护理干预的基础上施行中药内服治疗脑卒中后便秘患者 45 例，经 7 天之后观察，中药治疗加护理组的有效率达 91.1%，对照组的有效率只有 73.3%，两者之间差异明显（ $P<0.05$ ）

#### 4. 中医外治法对脑卒中后便秘的治疗

##### 4.1 灌肠治疗

于川等认为<sup>[17]</sup>中药灌肠疗法是根据中医辨证论治的原理，选择适当的中药，通过直肠滴入器械滴入直肠，通过经络和药物的作用来治疗疾病的一种方法，是中医内病外治法之一，他用厚朴，枳实，瓜蒌，胆南星等药煎水，后下生大黄，冲化芒硝后，灌入患者大肠，治疗脑梗塞型脑卒中后便秘效果显著。

王亚瑜<sup>[18]</sup>以麻仁、白芍、大黄、枳壳、太子参、厚朴等药煎药灌肠干预脑卒中后便秘患者的临床治疗，结果发现干预组 39 例患者中治愈 6 例，显效 8 例，有效 22 例，仅有 3 例无效，有效率达 92.3%，与进行普通护理的对照组的 72.5% 的有效率相比较，差异显著（ $P<0.05$ ）。

##### 4.2 针灸治疗

针灸治疗脑卒中后便秘的方法主要有单纯针刺、温针灸、穴位敷贴。主要选用大肠俞穴、募穴、下合穴等。刘向东等<sup>[19]</sup>在使用石氏醒脑开窍法的同时，针刺大肠俞、上巨虚、支沟、照海、天枢，观察发现，通腑开窍法针刺治疗出血性中风便秘，既改善便秘，也改善患者的神经功能缺损症状。

##### 4.3 腹部穴位按摩治疗

安子薇等<sup>[20]</sup>认为，按揉腹部一方面能够刺激胃肠，一方面能够压迫内脏，升高腹压，促进平滑肌收缩，加快肠胃的节律性蠕动。另外通过对脾胃的按摩，还能达到通经活络，补中益气的作用，两方面的作用下最终能够改善患者血液循环状况，不仅能够促进脑卒中病灶的愈合，还能消除便秘症状，她们对脑卒中便秘患者施行按摩腹部，可以预防便秘，改善临床症状，对脑卒中患者的恢复意义重大。李华等<sup>[10]</sup>以“通腑泻实”合并“滋阴通便”为法，通过选取腹部的中脘、天枢、神阙等穴位进行按摩按摩刺



激，能够起到促进肠道节律性蠕动，增加肠道粘液量，最终缓解便秘症状的作用。王玉中<sup>[21]</sup>发现，以穴位埋线的方法对腹结、天枢两穴持续性刺激，可加强胃肠平滑肌的生理电活动，促进消化道功能恢复，增加肠道节律性蠕动，有助于便秘的缓解。

胡丽萍等<sup>[22]</sup>通过腹部穴位按摩法干预 67 例脑卒中后便秘患者，经过干预护理后，观察干预组和 65 例以开塞露治疗的对照组的症状缓解情况，结果显示，腹部穴位按摩能有效缓解相应临床症状，较开塞露效果显著（ $P<0.05$ ）。

#### 4.4 耳穴治疗

现代实验研究证明耳穴相应部位通过神经与胃肠电活动密切相关。根据神经生理学的观点，自主神经支配胃肠运动，其高级中枢在下丘脑，支配内脏的神经纤维与来自耳穴刺激的神经过冲动在中枢部投射于相同或邻近的神经元。

陈燕娣<sup>[23]</sup>认为，脑卒中患者长时间坐、卧于病床之上，缺少必要的运动，会导致气机郁滞，传导不利，影响大便传化糟粕的正常功能，因此本病属于中医“气秘”范畴，她以调理脏腑气机为治疗原则，耳穴取穴：大肠、脾、直肠、小肠等进行按摩，1 周后观察其临床效果发现，40 例治疗组的总有效率达 95%。

#### 4.5 膏药治疗

张建慧<sup>[24]</sup>认为，脑卒中后便秘的患者其病因病机主要为气血亏虚，因此小承气汤的大黄、枳实、厚朴，联合油润滑肠的火麻仁等，以及养阴增液的玄参、麦冬等等药熬制成膏，贴敷于神阙，使药物通过脐的吸收，来达到对证治疗脑卒中后便秘的目的。范素云等<sup>[25]</sup>用医用酒精将大黄粉、薄荷脑调成糊状贴敷神阙穴以治疗脑卒中后便秘，结果有效率达 96.3%，与以酚酞口服的对照组比较，其有效率明显优于对照组，不良反应也明显减少（ $P<0.05$ ）。

#### 小结

卒中后便秘的病因及发病机制尚未明确，国外对其的研究视点多集中

于寻找病因及危险因素之上，但目前仍无定论<sup>[25]</sup>。治疗上，卒中后患者便秘的针对性治疗受到了一定的限制，很大程度上依赖慢性便秘的治疗手段。大多需采用多手段联合治疗，而关于各项治疗远期疗效的研究也为数不多。因此在今后的工作中，学者们要加强对卒中后便秘病因及发病机制的研究，逐步完善诊断及治疗规范，推出更具针对性的措施，从而提高临床疗效。

## 参考文献

- [1] Krogh K, Christensen P, Laurberg S. Colorectal symptoms in patients with neurological diseases [J]. Acta Neurol Scand, 2001, 103(6): 335-343.
- [2] Robain G, Chenneville JM, Petit F, et al. Incidence of constipation after recent vascular hemiplegia: a prospective cohort of 152 patients [J]. Rev Neuro, 2002, 158(5): 589-592.
- [3] 贺伟平. 肠三针点刺激治疗中风后便秘的临床疗效观察[J]. 成都中医药大学, 2009:17.
- [4] 朱俊燕. 脑卒中病人便秘的原因分析及护理对策[J]. 现代医药卫生, 2009, 25 ( 20 ): 3164.
- [5] 黄爱京, 邱秀林, 王晓静. 护理干预对出血性脑卒中患者便秘的影响[J]. 中国当代医药, 2012, 19 ( 5 ): 129-130.
- [6] 吕玲玲, 黎霞, 吴宜鹰. 护理干预配合蜂蜜油对社区脑卒中长期卧床患者便秘的预防作用[J]. 中国实用医药, 2011, 6 ( 20 ): 185.
- [7] 代怀静. 护理干预对脑卒中患者便秘及预后的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2010, 16 ( 7 ): 34-35.
- [8] 张晨霞. 脑卒中患者便秘的相关原因分析及护理[J]. 现代实用医学, 2011, 23 ( 5 ): 587.
- [9] 李华. 加用穴位按摩在中风后便秘的护理效果观察[J]. 广西中医药大学学报, 2012, 15 ( 4 ): 81.
- [10] 姚巧玲, 付陆英. 中风患者便秘的原因分析及护理[J]. 中华实用中西医杂志, 2007, 20(19): 1683-1684.
- [11] 庄文荣. 中药穴位敷贴治疗中风后便秘疗效观察[J]. 广州: 广州中医药大学, 2012, 7(6): 3-15.
- [12] 唐莉莉. 缺血性中风后便秘相关因素的临床研究[J]. 南京中医药大学, 2010, 26(3): 1-15.
- [13] 郭二霞. 新加黄龙麻仁汤治疗老年中风后便秘 42 例[J]. 新中医,

2008,40 ( 2 ): 78-79.

[14]许朝刚.四君子汤加味治疗中风后便秘 60 例[J].山东中医杂志, 2012, 31 ( 5 ): 325-326.

[15]曹全斌,焦海涛.芪精汤治疗中风后便秘 67 例分析[J].中国误诊学杂志, 2009,9 ( 12 ): 2944-2945.

[16]胡杭英,钮萍萍.脑卒中后便秘中西医结合治疗与调护[J].哈尔滨医药, 2013,33 ( 1 ): 57.

[17]于川,申斌.点滴灌肠治中风后便秘[J].中国中医药报, 2013,5 ( 25 ): 5.

[18]王亚瑜.护理干预配合中药直肠滴入对中风后便秘患者疗效的影响[J].中医药临床杂志, 2011, 10 ( 5 ): 67-70.

[19]钟原.耳穴贴压预防脑卒中患者便秘的临床观察[J].广州中医药大学学报, 2008, 7 ( 9 ): 3-12.

[20]安子薇.腹部和穴位按摩对脑卒中后便秘的疗效观察[J].湖北联合大学学报(医学版), 2013, 15 ( 1 ): 92.

[21]王玉中. 穴位埋线治疗慢传输性便秘 28 例临床疗效及结肠传输功能观察 [ J ]. 时珍国医国药, 2006, 17( 8 ): 1546.

[22] 胡丽萍.腹部穴位按摩治护脑卒中患者便秘的体会[J].中医药临床杂志, 2010, 22 ( 11 ): 999.

[23]陈燕娣.耳穴埋豆配合按摩治疗脑卒中后便秘 40 例[J].浙江中医杂志, 2012, 47 ( 12 ): 889.

[24]张建慧.神阙穴贴敷中药预防中风后便秘的疗效观察[J].当代护士(专科版), 2010, 23 ( 17 ): 43-45.

[25]缪红.卒中后便秘研究进展[J].辽宁中医药大学学报, 2011, 13 ( 10 ): 257-258.

## 附录 2 在校期间公开发表的学术论文、专著及科研成果

- 1 柳淑芳.老年痴呆的中医护理.鄂州大学学报, 2014,21(97):82-84.

## 致 谢

光阴似箭，又过三年，这是我人生过程中一段艰苦的岁月，这是我人生过程中一段快乐的时光。在这里，我有付出也有收获。

首先衷心感谢导师胡慧教授这三年来对我的关怀和培养！本论文从选题、实验方案的设计、实验工作的开展到论文的撰写，每一个阶段都凝聚了恩师的大量心血。导师为人诚恳的态度、谦虚务实的作风、宽以待人的风范都是我终生学习的楷模。在此谨致以我最诚挚的感谢！

衷心感谢鄂州市中心医院各位老师对我的临床实验给予的指导和帮助，老师们在我实习期间给予的教导和关心，使我的临床水平有了明显提高。

感谢湖北中医药大学护理学院、临床医学院、研究生处、教务处的领导、老师对我的教育和关心。

同时我还要感谢在这三年临床学习过程中给予我教诲和帮助的同学们。回首一起走过的日子，心中仍激情澎湃。感谢所有帮助我成长的老师和朋友，我将把这份情谊永远印记在我的人生大道上。

感谢我的家人，他们比我付出的更多。他们多年来对我的生活和学习无限关心和爱护，是我一直向前的动力。