



单位代码: 10369

学 号: 20120158

# 安徽中医药大学

## 2015 届硕士研究生学位论文

### 耳穴埋豆治疗中风后便秘的临床观察

CLINICAL OBSERVATIONS ON AURICULAR-PLASTER FOR  
TREATMENT FOR CONSTIPATION AFTER APOPLEXIA

学科专业: 针灸推拿学

研究方向: 针灸的临床应用机理

导 师: 储浩然 主任医师

硕 士 生: 张 彪

论文完成单位: 安徽中医药大学

2015 年 6 月·合肥



## 学位论文原创性声明

本人郑重声明：所呈交的学位论文，是本人在导师的指导下，独立进行研究工作所取得的成果。除文中已经注明引用的内容外，本论文不包含任何其他个人或集体已经发表或撰写过的作品成果。对本文的研究做出重要贡献的个人和集体，均已在文中以明确方式标明。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（需亲笔）签名：叶彪 2015 年 6 月 7 日

## 学位论文版权使用授权书

本人完全了解安徽中医药大学有关保留、使用学位论文的规定，同意学校保留并向国家有关部门或机构送交论文的复印件和电子版，允许论文被查阅和借阅。本人授权安徽中医药大学可以将本学位论文的全部或部分内容编入有关数据库进行检索，可以采用影印、缩印或扫描等复制手段保存和汇编本学位论文。

保密 ☐，在\_\_\_年解密后适用本授权书。本学位论文属于不保密 ☒.

（请在以上方框内打“√”）

学位论文作者（需亲笔）签名：叶彪 2015 年 6 月 7 日

导师（需亲笔）签名：王 2015 年 6 月 7 日



密 级：\_\_\_\_\_

学 号： 20120158

# 安徽中医药大学

## 2015 届硕士研究生学位论文

### 耳穴埋豆治疗中风后便秘的临床观察

#### CLINICAL OBSERVATIONS ON AURICULAR-PLASTER FOR TREATMENT FOR CONSTIPATION AFTER APOPLEXIA

作者姓名：张彪

申请学位级别：医学硕士

指导教师姓名：储浩然

职 称：教授 主任医师

学科专业：针灸推拿学

研究方向：针灸的临床应用及其机理研究

学习时间自 2012 年 9 月 1 日起 至 2015 年 7 月 1 日止

论文提交日期 2015 年 3 月 20 日 论文答辩日期 2015 年 6 月 7 日

学位授予单位：安徽中医药大学 学位类型：临床医学专业硕士学位

## 目 录

中文摘要.....	1
英文摘要.....	3
英文缩略词表.....	5
正文	
1 前言.....	6
2 临床研究.....	8
2.1 病例来源及分组.....	8
2.2 随机分配方法.....	9
2.3 诊断、纳入及排除标准.....	9
2.4 研究方法.....	11
2.5 疗效评价.....	14
2.6 意外情况及处理.....	15
2.7 研究要求.....	16
2.8 统计学处理.....	16
3 研究结果.....	17
3.1 便秘临床积分.....	17
3.2 首次排便时间.....	20
3.3 总有效率比较.....	20
3.4 安全性观察.....	21
3.5 完成情况.....	21
3.6 研究结果分析.....	22
4 讨论.....	24
4.1 中医学对中风后便秘的认识.....	24
4.2 现代医学对中风后便秘的认识.....	33
4.3 针刺的选穴依据.....	37
4.4 耳穴的认识.....	38
4.5 研究基础 .....	39

4.6 阳性药选择依据 .....	40
5. 结论 .....	43
6.问题与展望 .....	44
参考文献 .....	45
附表 .....	50
综述 .....	51
致谢 .....	58
个人简介 .....	59

## 中文摘要

**目的：**通过对比观察耳穴埋豆法与针刺疗法以及单纯的药物治疗中风后便秘的临床疗效，证实耳穴埋豆法对治疗中风后便秘的治疗效果。

**方法：**选取符合诊断的 60 例来源于本医院脑病中心住院门诊就诊的患者，将患者按照随机数字表法分为“耳穴组”组、“针刺组”以及药物组，每组各 20 例。三组患者均接受基础治疗，耳穴组选择耳穴埋豆作为治疗方法，一日按压 4 次，3 天换另一侧耳廓贴压；针刺组采用普通针刺治疗，一日 1 次；药物组采用口服麻仁丸，一次 9 g，一天两次，三组均治疗 15 天为一疗程，治疗一个疗程结束后观察其便秘临床症状积分、各项症状改善情况及首次排便时间，将数据进行统计分析，得出结果。

**结果：**便秘临床症状积分：耳穴组、针刺组及药物组治疗后临床症状积分明显降低，相比治疗前有统计学意义( $P<0.05$ )，三组间的相互比较，耳穴组与针刺组差异无统计学意义( $P>0.05$ )，耳穴组与针刺组的评分低于药物组，差异有统计学意义( $P<0.05$ )，表明耳穴组与针刺组疗效优于药物组。各项临床症状改善情况：耳穴组、针刺组及药物组治疗后排便间隔时间、排便速度、大便性状、排便难度、便意与兼症较治疗前均具有统计学意义( $P<0.05$ )，三组间比较，耳穴组与针刺组无明显差异( $P>0.05$ )，耳穴组、针刺组与药物组比较，耳穴组、针刺组评分明显低于药物组，差异具有统计学意义( $P<0.05$ )，表明耳穴组、与针刺组的排便间隔时间、排便速度、大便性状、排便难度、便意与兼症改善上优于麻仁丸药物组。首次排便时间：耳穴组与针刺组首次排便时间相比差异无统计学意义( $P>0.05$ )，耳穴组、针刺组分别与药物组相比， $P<0.05$ ，有统计学意义，提示耳穴组与针刺组在首次排便时间上优于药物组。治疗后总有效率：耳穴组治疗后总有效率为 80.00%，针刺组治疗后总有效率为 85.00%，药物组治疗后总有效率为 75.00%，经统计学分析处理，三组有效率差异无统计学意义( $P>0.05$ )，表明耳穴组与针刺组、药物组一样，对治疗中风后便秘有确切的疗效。

**结论：**耳穴埋豆法能够有效改善中风后患者的便秘症状，加快患者卒中后康复速度，提高患者生活质量，耳穴埋豆法在改善便秘临床症状上优于麻仁丸药物组，说明耳穴埋豆法是治疗中风后便秘的一种可靠有效的治疗方法，适于长期使

用及广泛开展。

**关键词：**中风；便秘；耳穴；针刺；临床研究

## Abstract

**Objective:**By observing the comparative method and beans buried ear ,acupuncture and simple stroke clinical efficacy of drug treatment of constipation, to investigate the clinical significance of Auricular buried beans method constipation after stroke, provide a theoretical basis for future clinical treatments.

**Methods:**Selected 60 cases of source diagnosis in inpatient and outpatient department visits patients encephalopathy, the patients were divided into " pressure treatment group","acupuncture group "and "medication group" according to the random number table method,and each group has 20 patients.Three groups are treated with basic treatment, the pressure treatment group selected auricular buried beans as a treatment,press the point 4 times a day,and change another ear 3days later; the acupuncture group selected normal acupuncture as the treatment method,one time a day,and the medication group cure the disease by oral Maren drops, 9 grams one time,oral grams two times a day.The three groups of treatment are all 15 days. Observed their Clinical symptom scores, the improvement of symptoms and the time of first defecation after the treatment, statistical analysis their data,and concluded.

**Results:**Clinical symptom scores of constipation:The clinical symptom scores of pressure treatment group, acupuncture group and medication group were reduced obviously compared with PT( $P<0.05$ ), the pressure treatment group doesn't have significant difference with the acupuncture group ( $P>0.05$ ) ,and the scores of the two groups were lower than the medication group's,there was the significant difference ( $p<0.05$ ) ,it pointed out the benefits of the pressure treatment group and acupuncture group were better than medication group's. The improvement of each clinical symptoms:There is a significant difference between post-treatment and prior treatment for interval of defecation,speed of defecation, characteristics of stool,the difficulty of



defecation, convenient intention and accompanied symptoms (  $p<0.05$  ). The pressure treatment group doesn't have significant difference with the acupuncture group ( $p>0.05$ ), and the scores of the two groups were lower than the medication group's, there was the significant difference (  $p<0.05$  ), it illustrated that the pressure treatment group and acupuncture group are better than medication group in the improvement of each clinical symptoms. The time of first defecation: It doesn't have significant difference between the pressure treatment group and acupuncture group ( $P>0.05$ ), but they have significant difference with the medication group ( $p<0.05$ ), it illustrated that the pressure treatment group and acupuncture group are better than medication group in the time of first defecation. The total efficiency: The total efficiency of the pressure treatment group is 80.00%, the total efficiency of the acupuncture group is 85.00%, the total efficiency of the medication group is 75.00%, they don't have significant difference ( $P>0.05$ ), and illustrated that the pressure treatment group has treatment effective.

**Conclusion:** The pressure treatment can improve the symptoms of apoplexia's astriction, accelerate convalescence of apoplexia, and heighten patients' live quality, the pressure treatment is better than Maren drops group, so it is an effective treatment for apoplexia's astriction, deserved to be chronic used and launch extensive.

**Keywords:** Apoplexia, Constipation, Auricular acupoint, Acupuncture, Clinical research

### 缩略词中英文对照表

英文缩写	英文全称	中文全称
CNS	Central nervous system	中枢神经系统
ENS	Enteric nervous system	肠神经系统
ET-1	Endothelin -1	内皮素-1
NO	Nitric oxide	一氧化氮
SP	Substance P	P 物质
VIP	Vasoactive intestinal peptide	血管活性肠肽
5-HT	5-Hydroxy tryptamine	5-羟色胺

## 耳穴埋豆治疗中风后便秘的临床观察

### 1.前言

脑中风（脑卒中）是一种突然起病的脑血液循环障碍性疾病，也是脑血管疾病最严重的并发症。临床表现主要有头痛、呕吐、眩晕、口角流涎、肢体与意识障碍等。随着经济水平的飞速发展，人们的生活水平不断得到改善，而生活方式以及生活质量却产生了一些负面的影响，如肥胖、吸烟人群的增多，糖尿病、心脏病、高血压等患者数量也在增加，这些都是导致脑卒中的主要原因。目前中风病已经成为世界上最重要的致死性疾病之一，是中老年人的常见病和多发病，也是我院的常见病与多发病，其发病率、致残率、死亡率以及复发率都很高，严重危害着人类健康，给社会和家庭带来沉重的负担。便秘是中风后常见并发症之一。

中风后便秘主要由于脑卒中患者长期卧床等原因导致胃肠蠕动减缓，日常生活能力降低，大便排出困难从而引起便秘。排便时用力可能引起颅内压升高或急性心肌梗塞，导致新的出血灶产生。便秘不仅给患者带来不适感，使得其胃肠功能紊乱，对患者的预后也有着负面影响，可导致脑梗塞病人ET-1和NO更加升高，从而加重对中枢神经系统和神经元的损害作用，加重患者的病情程度，影响患者的预后，所以便秘能否早期发现和及时处理显得尤为重要。

近年来已经有很多学者对中风后便秘的发病机制及病因病机进行了深入的研究与探讨。诸多学者认为中风急性期患者大多不能进食或选择进流食者，胃肠蠕动功能明显下降，长期卧床使得便意下降，另外由于患者排便需要他人帮助，大部分患者因为怕麻烦，即使有便意也会选择忍耐。该并发症的发生虽然与大脑损伤有关，但主要是由于中风后患者持续卧床以及活动较少导致排便力度的下降，临床上应该属于功能性便秘的范畴<sup>[1]</sup>。

目前，国内外对中风后便秘仍然缺少根本的治疗方法，多数会采用口服泻药或者灌肠等手段来缓解临床症状，这些方法虽然通过不同的机制达到了排便的目的，但只能一定程度上改善其症状，长期治疗效果一般，而且副作用大，停药后可能会加重便秘程度。临床上研究发现针灸对于中风后便秘有明确的治疗效果。

耳穴埋豆法是针灸医学中的一个重要组成部分，是治疗便秘的一种有效的治疗方法，其有着简便易行，价格低廉和安全性高等优势，适合广泛开展用于诊断和对疾病的治疗。

本研究通过观察耳穴埋豆治疗中风后便秘患者的疗效与临床优势，从而探讨一种简便有效的治疗方法，提高其临床疗效，减少中风患者因便秘而带来的不利因素，同时为耳穴治疗便秘提供更全面的理论依据。

## 2. 临床研究

### 2.1 病例来源和分组

60 例病例均来源于本医院脑病住院部及门诊部就诊的患者，符合纳入标准者。病例收集时间为 2014 年 1 月至 2015 年 1 月。所有接受本研究治疗的患者均由研究者征求其同意，并签署《知情同意书》。将符合诊断的患者采用随机数字表法，分为耳穴组、针刺组、药物组各 20 例。

本研究共收集 60 例患者的有效资料，其中耳穴组男性 11 例，女性 9 例，平均年龄为  $(64.25 \pm 16.31)$  岁，平均病程为  $(36.15 \pm 46.79)$  天；针刺组男性 12 例，女性 8 例，平均年龄为  $(63.41 \pm 13.25)$  岁，平均病程为  $(34.85 \pm 43.45)$  天；药物组男性 9 例，女性 11 例，平均年龄为  $(62.35 \pm 15.43)$  岁，平均病程为  $(35.64 \pm 47.13)$  天，对三组患者基本情况，治疗前临床症状总积分及各项症状积分进行对比比较，统计分析结果，得出结果无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，有可比性。三组的基本情况如

(表 1-4):

表 1 三组患者性别分布对比 (例)

Tab1 Three groups of patients with gender distribution comparison(cases)

组别	例数	男	女
耳穴组	20	11	9
针刺组	20	12	8
药物组	20	9	11

注：经检验，三组患者在性别分布上无明显差异 ( $P > 0.05$ )，组间具有可比性。

表 2 三组患者平均年龄、平均病程对比

Tab2 Three groups of patients' average age&average course of the disease of comparison

组别	例数	平均年龄	平均病程
耳穴组	20	$64.25 \pm 16.31$	$36.15 \pm 46.79$
针刺组	20	$63.41 \pm 13.25$	$34.85 \pm 43.45$
药物组	20	$62.35 \pm 15.43$	$35.64 \pm 47.13$

注：经检验，三组患者平均年龄、平均病程时间比较无明显差异 ( $P > 0.05$ )，具有可比性。



表3 三组患者治疗前临床症状总积分比较 ( $\bar{X} \pm s$ ) (分)Tab3 Total clinical symptom scores' comparison in three groups before treatment ( $\bar{X} \pm s$ )(score)

组别	例数	治疗前
耳穴组	20	21.14±2.23
针刺组	20	21.13±2.18
药物组	20	21.21±2.83

注：经检验，三组患者治疗前临床症状总积分比较无明显差异 ( $P>0.05$ )，组间具有可比性。

表4 三组患者治疗前临床各项症状积分比较 ( $\bar{X} \pm s$ ) (分)Tab4 Each clinical symptom score' comparison in three groups before treatment ( $\bar{X} \pm s$ )(score)

积分项目	耳穴组	针刺组	药物组
排便间隔时间	2.54±0.91	2.67±0.95	2.72±0.97
排便速度	3.42±0.92	3.41±0.95	3.45±0.96
排便性状	2.82±1.03	2.84±1.06	2.91±1.04
排便难度	2.35±0.91	2.34±0.93	2.41±0.96
兼症	3.27±1.40	3.31±1.42	3.40±1.39
便意	2.24±1.27	2.18±1.30	2.25±1.36

注：经检验，三组患者治疗前临床各项症状积分比较无明显差异 ( $P>0.05$ )，具有可比性。

## 2.2 随机分配方法

随机数字表法：用随机数字表法产生随机数字序列，编制好随机分配卡，并用信封密封且编号。当合格受试者进入研究时，按其进入的顺序拆开序号相同的信封，研究者根据其中卡片的规定分组进行治疗，后不得作任何更改。

## 2.3 诊断、纳入及排除标准

### 2.3.1 中风中医诊断标准

参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94)。

(1) 以半身不遂，口舌歪斜，舌强言蹇，偏身麻木，甚则神志恍惚、迷蒙、神昏、昏愤为主症。

(2) 发病急骤，有渐进发展过程。病前多有头晕头痛，肢体麻木等先兆。

(3) 常有年老体衰，劳倦内伤，嗜好烟酒，膏粱厚味等因素。每因恼怒、劳累、

酗酒、感寒等诱发。

(4) 做血压、神经系统、脑脊液及血常规、眼底等检查。有条件做 CT、磁共振检查，可有异常表现。

(5) 应注意与痫病、厥证、痉病等鉴别。

### 2.3.2 脑卒中西医诊断标准

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：

(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，可伴有精神症状；多有脑膜刺激征，少数可伴有颅神经及轻偏瘫等局灶体征；腰穿脑脊液呈血性；脑血管造影可帮助明确病因；应做 CT 或 MRI 检查。

(2)脑出血：常于体力活动或情绪激动时发病；发作时常有反复呕吐、头痛和血压升高，病情进展迅速，常出现意识障碍、偏瘫和其它神经系统局灶症状；多有高血压病史；腰穿脑脊液多含血和压力增高(其中 20%左右可不含血)；脑超声波检查多有中线波移位；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 1~2 天内意识清楚或轻度障碍；有颈内动脉系统和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、粘膜等栓塞症候。

(5)腔隙性梗塞：发病多由于高血压动脉硬化引起，呈急性或亚急性起病；多无意识障碍；腰穿脑脊液无红细胞；临床表现都不严重，较常见的为纯感觉性中风、纯运动性轻偏瘫、共济失调性轻偏瘫、构音不全-手笨拙综合征或感觉运动性中风等；应作 CT 或 MRI 检查。

### 2.3.3 便秘诊断标准

根据国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94)。

- (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。

#### **2.3.4 病例纳入标准**

- (1)符合脑卒中的诊断标准；
- (2)符合中医中风、便秘的诊断标准；
- (3)年龄 40-75 岁，性别不限，病程在半年以内者；
- (4)患者意识清醒，生命体征平稳者；
- (5)签署知情同意书者。

注：不符合上述标准的患者，禁止纳入本研究。

#### **2.3.5 病例排除标准**

- (1)选取穴位处皮肤有创面或感染者；
- (2)严重认知障碍以致无法进行正常交流者；
- (3)有较严重的并发症，如重度心衰、肾衰、痴呆、癌症等；
- (4)不配合耳穴埋豆和针刺治疗者；
- (5)对耳穴埋豆所用胶布过敏者；
- (6)服用其它如抗抑郁药、抗帕金森病药等药物引起的便秘；
- (7)已有明确直肠、肛门、结肠等器质性病变的患者。

#### **2.3.6 病例终止及脱落标准**

- (1)试验过程中擅自服用其它治疗便秘的药物或进行其它相关治疗者；
- (2)试验过程中不能坚持按照规定疗程治疗影响疗效及指标观测者；
- (3)药物或胶布过敏者视为脱落；
- (4)试验过程中患者一周未能排便而采用其它治法者视为脱落；
- (5)试验过程中发生其它突发性疾病不能坚持完成试验者。

### **2.4 研究方法**

基础治疗：控制三组患者血压，使血压稳定在 140/90mmHg 以下，调节血脂、血糖。中风偏瘫予以针刺治疗，取穴参照 2013 年《中风病诊疗常规》的取穴方法治疗。

### 2.4.1 耳穴组

取穴与定位参照中国标准出版社出版的“国家标准<耳穴名称与部位>应用指南”取一侧耳廓的直肠、大肠、肺、三焦、脾、皮质下、交感。

#### (2)定位及主治

直肠：便秘、腹泻、脱肛、痔疮。在耳轮脚棘前上方的耳轮处，即耳轮 2 区。

大肠：腹泻、便秘、牙痛、痤疮、咳嗽。在耳轮脚及部分耳轮与 AB 线之间的前 1/3 处，即耳甲 7 区。(A 点在耳轮内缘上，耳轮脚切迹至对耳轮下脚间中、上 1/3 交界处；D 点：耳甲内，由耳轮脚消失处向后作一水平线与对耳轮耳甲缘相交，交点为 D 点；B 点：耳轮脚消失处至 D 点连线的中、后 1/3 交界处为 B 点。

肺：咳嗽、胸闷、便秘、声音嘶哑、皮肤瘙痒症、荨麻疹、戒烟综合征。在心、气管区周围处，即耳甲 14 区。

三焦：腹胀、便秘、水肿、耳鸣、上肢外侧疼痛。在外耳门后下，肺与内分泌区之间，即耳甲 17 区。

脾：腹胀、腹泻、便秘、食欲不振、功能性子宫出血、白带过多、内耳眩晕症。在 B、D 线下方，耳甲腔的后上部，即耳甲 13 区。

皮质下：神经衰弱、失眠。在对耳屏内侧面，即对耳屏 4 区。

交感：胃肠痉挛、心绞痛、胆绞痛、自主神经功能紊乱。在对耳轮下脚末端与耳轮内缘相交处，即对耳轮 6 区。

#### (3)操作方法

参照中国标准出版社出版的“国家标准<耳穴名称与部位>应用指南”取一侧耳廓用 75%酒精棉球消毒，待干后，左手固定耳廓，右手持血管钳将粘有王不留行籽的小胶布(王不留行籽直径 2mm，上海泰成科技发展有限公司生产。)贴在耳穴上，后用拇、食指按压至患者有热、胀、痛感为度，一日按压 4 次，3 天后换另一侧耳廓同法贴压。

### 2.4.2 针刺组

(1) 穴位选取：天枢、支沟、水道、归来

辨证取穴：

热秘：取内庭、合谷；

气秘：取太冲、中脘；

气虚：取气海、脾俞；

血虚：取三阴交、足三里；

阳虚：取关元

(2) 各腧穴功效及定位：参照中国中医药出版社《针灸学》(2002年版石学敏主编)。

天枢：疏调脏腑，通积导滞。在腹中部，脐中旁开2寸。

支沟：润肠通便，畅利三焦，通腑降逆。在腕背横纹上3寸，尺骨与桡骨正中间。

水道：利水消肿，益气理肠。在脐中下3寸，前正中线旁开2寸。

归来：调理脾胃，行滞通腑。在脐中下4寸，前正中线旁开2寸。

内庭：清胃泻火，化积行滞。在足背2、3趾间缝纹端。

合谷：清泄阳明，通调肠腑。在手背，第1、2掌骨之间，当第二掌骨桡侧的中点处。

太冲：平肝泄热，清利下焦。在足背，第1、2跖骨结合部之前凹陷处。

中脘：和胃健脾，通泻腑气。在前正中线上，脐上4寸，或脐与胸剑联合连线的中点处。

气海：生发阳气，行气化浊。在前正中线上，脐下1.5寸。

脾俞：健脾和胃，升清利湿。在第11胸椎棘突下，旁开0.5寸。

三阴交：益气健脾，生津。在内踝尖上3寸，胫骨内侧面后缘。

足三里：补益气血，调理肝脾。在犊鼻穴下3寸，胫骨前嵴外1横指处。

关元：培补元气，调理肝肾。在前正中线上，脐下3寸。

### (3) 针具器具

选取1寸及1.5寸一次性使用无菌针灸针(1寸：规格25mm\*25mm，批号130103；1.5寸：规格30\*40mm，批号140602，制造厂家：苏州天协针灸器械有限公司)。

### (4) 具体操作

患者取仰卧位，使用75%酒精棉球皮肤常规消毒后针刺，操作如下：

天枢：直刺1-1.5寸，得气后采用提插泻法。



支沟：直刺 0.5-1 寸，得气后采用提插泻法。

水道：直刺 1-1.5 寸，得气后采用捻转手法，平补平泻。

归来：直刺 1-1.5 寸，得气后采用捻转手法，平补平泻。

内庭：直刺或斜刺 0.5-0.8 寸，得气后采用捻转泻法。

合谷：直刺 0.5-1 寸，针刺时手握半拳状，得气后采用提插泻法。

太冲：直刺 0.5-0.8 寸，采用轻插重提，提插幅度大，频率快的提插泻法。

中脘：直刺 1-1.5 寸，得气后提插捻转泻法。

气海：直刺 1-1.5 寸，得气后采用捻转补法。

脾俞：斜刺 0.5-0.8 寸，得气后采用捻转补法。

三阴交：直刺 1-1.5 寸，得气后采用提插捻转补法。

足三里：直刺 1-2 寸，得气后采用提插捻转补法。

关元：直刺 1-1.5 寸，得气后采用提插捻转补法。

以上穴位得气后留针，每隔 10min 行手法一次，留针 30min，每日治疗 1 次。

### 2.4.3 药物组

药物选用麻仁丸（北京同仁堂药业有限公司生产），每次 9g，每天两次，餐后 1 小时服用。鼻饲进食者，将麻仁丸融化于水中，用注射器打入胃内。

### 2.4.4 疗程

三组疗程均为 15 天，若治疗期间患者出现泄泻，则终止治疗，视为有效病例，15 天后进行疗效评定。

### 2.4.5 注意事项

(1)贴药后皮肤出现发红、有瘙痒者，可外涂皮炎平软膏，可继续治疗，严重者应停止治疗，予抗过敏治疗，视为脱落病例；

(2)治疗期间忌食辛辣、肥甘、酒酿等食物，以及海鲜、虾等发物，以免影响治疗效果，多食蔬菜及其他粗纤维类食物，多饮水；保持心情舒畅,养成定时排便及正确的生活作息习惯；

(3) 皮肤局部有感染、溃疡、疤痕，妇女妊娠、经期等不宜贴药。

## 2.5 疗效评价

### 2.5.1 总体疗效判定

采用国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94)中便秘的疗效判定标准。

疗效判定标准分为：治愈、好转、未愈。

治愈：经治疗后，2天以内排便1次，解时通畅，便质转润，治疗停止后大便仍有规律，短期无复发。

好转：经治疗后，3天以内排便，排便欠畅，便质转润，停止治疗后大便仍然不通。

未愈：经治疗后，大便未能解出，便秘症状无改善，改用其它治疗方案。

### 2.5.2 观测指标判定

#### (1) 便秘临床症状积分

本研究引进便秘临床症状积分，对其治疗前后首次排便时间、排便间隔时间、排便速度、排便性状、排便难度、便意，以及相关其它伴随症状进行详细询问，按其难易程度分别计分（见表5）。

表5 便秘临床症状积分表

项目	1 (0分)	2 (2分)	3 (4分)
首次排便时间	<4h	4-24h	>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

兼症主要有腹痛，腹胀，头晕，乏力，心烦易怒，精神淡漠，记忆力减退，注意力分散，思维迟钝，口苦，食欲不振，骶骨部疼痛。

(2) 临床各项症状改善情况：排便间隔时间，排便速度，排便性状，排便难度，便意，兼症。

(3) 首次排便时间。

## 2.6 意外情况及处理

患者一般不会有不良反应的出现，临床上只有少数患者会出现针刺部位疼痛、局部血肿、滞针、弯针、晕针以及耳穴局部感染等，若在研究过程中出现上述情况，需要在病例观察表上记录其发生日期、情况、处理经过及转归，以便后期进行统计处理。为了防止上述不良反应的出现，医生应该与患者进行充分的沟通，缓解消除患者对针刺的紧张感，平稳患者情绪，嘱咐患者尽量以舒适的体位进行针刺治疗，这样一方面可以方便医生准确取穴，保证研究效果，减少医生针刺的时间，以防针刺时间过长导致患者情绪波动；另一方面还可以减少滞针、弯针及晕针情况的发生。针刺前，应嘱咐患者不可在空腹、劳累、精神紧张、大汗的情况下进行针刺。针刺时，医生应注意进针手法，需快速进针，刺激量不能太大，不可过度提插捻转，避开血管，取针后应迅速以消毒干棉球按压针孔，减少出血及皮下局部血肿的发生。另外，对于耳穴埋豆后皮肤出现轻度感染的患者，可以外涂皮炎平软膏，继续治疗，同时嘱咐其饮食以清淡为主，少食海产品等发物，严重的患者应该停止治疗，予以抗过敏治疗。

## 2.7 研究要求

本临床研究设计了相应的病例报考表，参加本研究的所有组员均需按设计要求和研究方案，仔细填写 CRF 表格。应注意预防不良反应的发生，若有发生，需及时予以处理并认真记录。对严重的不良反应，应及时中止研究，向负责人说明，组织讨论协商。禁止随意涂改数据和病例内容，保证各种表格填写的完整性及准确性。所有接受本研究治疗的患者均由研究者征求其同意，并签署《知情同意书》，保护患者权益。

## 2.8 统计学处理

采用 SPSS17.0 软件包对数据进行统计分析处理，计数资料采用 $\chi^2$ 检验，计量资料采用 t 检验，以均数 $\pm$ 标准差( $\bar{X} \pm S$ )表示，等级资料采用 Ridit 分析。检验水准设定为  $\alpha=0.05$ ，以  $P<0.05$  为差异有统计学意义； $P>0.05$  时，表示统计学上无显著性差异，当  $P<0.01$  时，表示在统计学上具有显著性差异。

### 3. 研究结果

#### 3.1 治疗前后便秘临床症状积分

##### 3.1.1 三组治疗前后临床症状总积分比较（见表 6，图 1）

表6 三组患者治疗前后临床症状总积分比较 ( $\bar{X} \pm s$ ) (分)

Tab6 Comparison of three groups' total clinical symptom scores before and after treatment ( $\bar{X} \pm s$ )

(score)			
组别	例数 (n)	治疗前	治疗后
药物组	20	21.21±2.83	11.34±6.54*
针刺组	20	21.13±2.18	7.75±4.47**
耳穴组	20	21.14±2.23	7.63±4.53**

注：与治疗前相比\* $P < 0.05$ ，与药物组相比# $P < 0.05$ 。

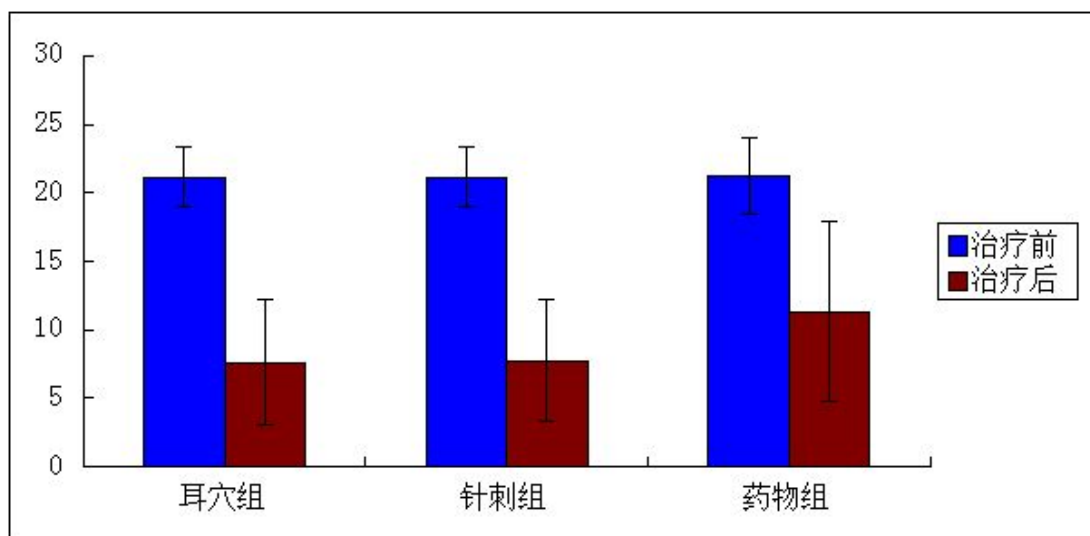


图 1 三组患者治疗前后临床症状总积分比较

Fig1 Comparison of three groups' total clinical symptom scores before and after treatment

表 6 经过 t 检验检测结果得出：治疗前三组评分数据无统计学意义( $P > 0.05$ )，组间具有可比性。治疗前与治疗后相比，耳穴组、针刺组与药物组临床症状积分降低，有统计学意义( $P < 0.05$ )，表明耳穴组、针刺组及药物组均能改善患者中风后

便秘的主要症状。治疗后三组间的相互比较，耳穴组与针刺组没有统计学意义，经检验 ( $P>0.05$ )，说明两组在临床症状总积分上相当，耳穴组、针刺组与药物组比较，耳穴组与针刺组的评分低于药物组，差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )，表明耳穴组与针刺组在治疗中风后便秘的临床症状积分上优于药物组。

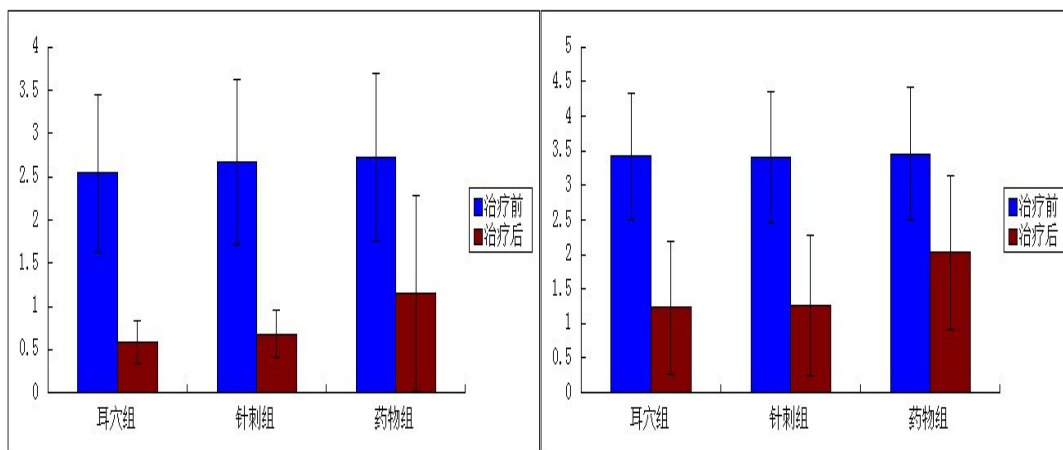
### 3.1.2 三组治疗前后各项症状积分改善比较 (见表 7, 图 2)

表7 三组患者治疗前后临床各项症状积分比较 ( $\bar{X} \pm s$ ) (分)

Tab7 Comparison of three groups' each clinical symptom score before and after treatment

积分项目	耳穴组 (n=20)		针刺组 (n=20)		药物组 (n=20)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
排便间隔时间	2.54±0.91	0.58±0.25**	2.67±0.95	0.68±0.27**	2.72±0.97	1.15±1.13*
排便速度	3.42±0.92	1.23±0.97**	3.41±0.95	1.26±1.02**	3.45±0.96	2.03±1.12*
排便性状	2.82±1.03	0.92±0.76**	2.84±1.06	0.98±0.81**	2.91±1.04	1.76±1.24*
排便难度	2.35±0.91	0.91±0.75**	2.34±0.93	0.94±0.87**	2.41±0.96	1.52±1.39*
便意	2.24±1.27	0.67±0.23**	2.18±1.30	0.71±0.26**	2.25±1.36	1.53±1.34*
兼症	3.27±1.40	0.98±0.81**	3.31±1.42	0.96±0.73**	3.40±1.39	1.97±0.87*

注：与治疗前比较\* $P<0.05$ ，与药物组相比<sup>#</sup> $P<0.05$ 。



a. 排便间隔时间

b. 排便速度



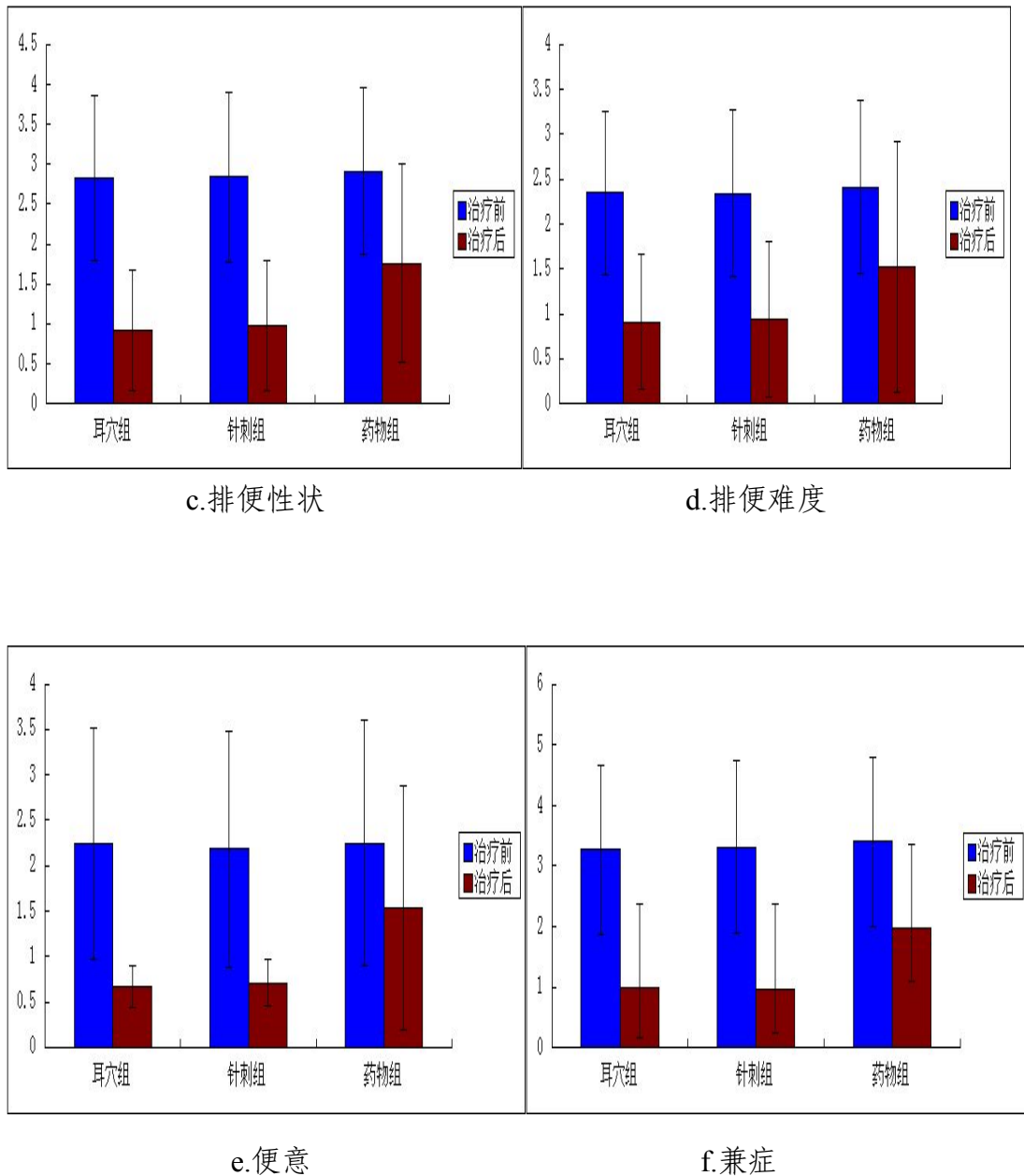


图 2 三组患者治疗前后临床各项症状积分比较

Fig2 Comparison of three groups' each clinical symptom score before and after treatment

表 7 经 t 检验检测结果得出：三组治疗前排便间隔时间、排便速度、大便性状、排便难度、便意与兼症差异无显著性( $P>0.05$ )，组间具有可比性。三组治疗后排便间隔时间、排便速度、大便性状、排便难度、便意与兼症较治疗前均具有统计学意义 ( $P<0.05$ )，说明耳穴组、针刺组及药物组都能改善中风后便秘的各项症状；治疗后三组间比较，耳穴组与针刺组统计学无意义( $P>0.05$ )，说明耳穴组与针刺组在排便时间间隔、排便速度、大便性状、排便难度、便意与兼症改变上疗效相当，

耳穴组、针刺组与药物组比较，耳穴组、针刺组评分明显低于药物组，有显统计学意义( $P<0.05$ )，表明耳穴组、与针刺组的排便间隔时间、排便速度、大便性状、排便难度、便意与兼症改善上优于麻仁丸药物组。

3.2 三组患者治疗后首次排便时间比较（见表 8，图 3）

表 8 首次排便时间比较 ( $\bar{X} \pm s$ )

Tab8 The first defecation time comparison( $\bar{X} \pm s$ )

组别	耳穴组	针刺组	药物组
首次排便时间(h)	1.52±0.23*	1.58±0.14*	2.03±0.75

注：治疗后耳穴组与针刺组与药物组比较，\* $P \leq 0.05$ 。

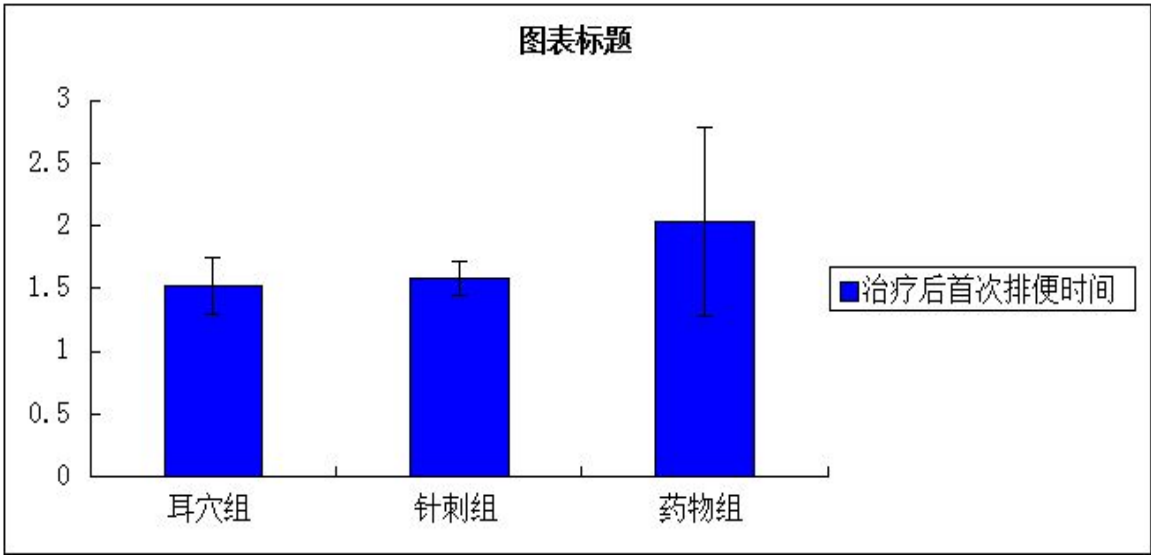


图 3 首次排便时间比较

Fig3 The first defecation time comparison

表 8 经  $t$  经验检测结果得出：耳穴组与针刺组首次排便时间相比统计学无意义( $P>0.05$ )，说明耳穴组与针刺组在首次排便时间上疗效差异不明显，二者分别与药物组相比，( $P<0.05$ )，有统计学意义，提示耳穴组与针刺组在首次排便时间上优于药物组。

### 3.3 三组治疗后总有效率比较（见表 9、图 4）

表 9 三组治疗后总有效率比较（%）

Tab9 Comparison of the three groups' total efficiency after treatment(%)

组别	例数	治愈	好转	未愈	总有效率
耳穴组	20	9	7	4	80.00%
针刺组	20	9	8	3	85.00%
药物组	20	6	9	5	75.00%

经检验，三组治疗后总有效率比较， $P = 0.05$ ，统计学无意义。

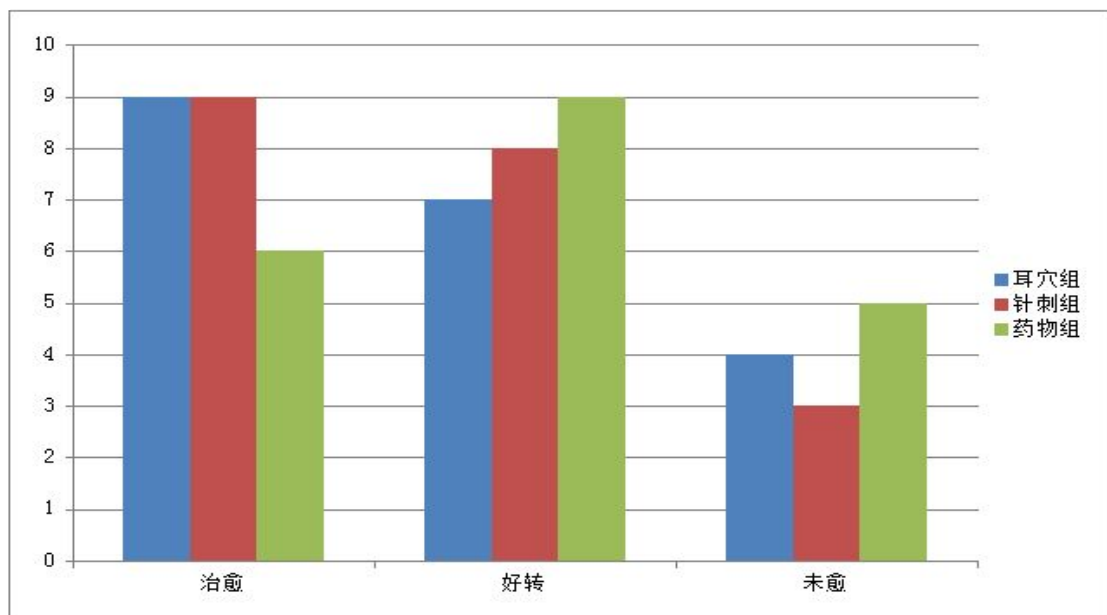


图 4 三组治疗后总有效人数比较（例）

Fig4 Comparison of the three groups' total efficiency cases after treatment(cases)

从表 9，图 4 可以得出，耳穴组治愈 9 例，好转 7 例，未愈 4 例，总有效率 80%，针刺组治愈 9 例，好转 8 例，未愈 3 例，总有效率 85%，药物组治愈 6 例，好转 9 例，未愈 5 例，总有效率 75%，三组总体疗效无显著性差异（ $P > 0.05$ ），表明耳穴组、针刺组与药物组均在治疗中风后便秘方面均有可观的疗效。

### 3.4 安全性观察

三组患者在治疗前后都没有出现晕针，弯针，针刺部位血肿，耳穴局部感染等不良反应。

### 3.5 完成情况

本次试验研究总共选择病例 60 例，耳穴组 20 例，针刺组 20 例，药物组 20

例，在试验研究期间并没有发生严重不良反应病例及脱落病例，按照原计划完成了所有研究。

### 3.6 研究结果分析

从本次试验研究结果分析得出，耳穴埋豆治疗中风后便秘的疗效切实可靠，其主要表现如下：

#### （1）便秘临床症状积分

耳穴组、针刺组与药物组临床症状积分在治疗后较治疗前有显著降低，差异有统计学意义( $P<0.05$ )，表明耳穴组、针刺组及药物组均能改善患者中风后便秘的主要症状。治疗后三组间的相互比较，耳穴组与针刺组没有统计学意义  $P>0.05$ ，说明两组在治疗上相当，耳穴组、针刺组与药物组比较，耳穴组与针刺组的评分低于药物组，差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )，表明耳穴组与针刺组在治疗中风后便秘的主要症状疗效上优于药物组。

#### （2）各项症状改善情况

三组排便间隔时间、排便速度、大便性状、排便难度、便意与兼症治疗前后相比，有统计学意义 ( $P<0.05$ )，说明耳穴组、针刺组及药物组都能明显改善中风后便秘的各项症状；治疗后三组间比较，耳穴组与针刺组无统计学意义( $P>0.05$ )，说明耳穴组与针刺组在排便时间间隔、排便速度、大便性状、排便难度、便意与兼症改变上疗效相当，耳穴组、针刺组与药物组比较，耳穴组、针刺组评分明显低于药物组，有统计学意义( $P<0.05$ )，表明耳穴组与针刺组的排便间隔时间、排便速度、大便性状、排便难度、便意与兼症改善上优于麻仁丸药物组。

#### （3）首次排便时间

耳穴组与针刺组首次排便时间相比差异无统计学意义( $P>0.05$ )，说明耳穴组与针刺组在首次排便时间上疗效差异不明显，二者分别与药物组相比， $P<0.05$ ，有统计学意义，提示耳穴组与针刺组在首次排便时间上优于药物组。

#### （4）总疗效比较

耳穴组治愈 9 例，好转 7 例，未愈 4 例，总有效率 80%，针刺组治愈 9 例，好转 8 例，未愈 3 例，总有效率 85%，药物组治愈 6 例，好转 9 例，未愈 5 例，总有效率 75%，三组总体疗效无统计学意义 ( $P>0.05$ )，表明耳穴组、针刺组与药

物组均在治疗中风后便秘方面均有可靠的疗效。

#### (5) 结论

三组都能明显改善中风后患者的便秘症状，提高患者生活质量，加快卒中后康复速度，耳穴埋豆法在改善便秘临床症状上优于麻仁丸药物组，说明耳穴埋豆法是治疗中风后便秘的一种切实有效的治疗方法。

## 4.讨论

### 4.1 中医学对中风后便秘的认识

#### 4.1.1 病名认识

祖国医学对中风后便秘尚未明确给予定义,但根据其临床症状来说,当属于中医学“便秘”的范畴。中医认为便秘是指粪便在肠内滞留过久,秘结不通,排便周期延长,或周期不长,但粪质干结,排不艰难,虽有便意,但便而不畅的一种病证<sup>[2]</sup>。我国古代称便秘为“闭气”、“大便难”、“大便不利”、“阳结”、“阴结”、“不更衣”、“脾约”、“后不利”等,在早期主要作为一个常见的临床症状被记载,《黄帝内经》中有提到“大便不利”以及“大便难”;孙思邈在《备急千金要方》中除称之为“大便难”以外,还提到了“大便不通”之称;汉代张仲景在《金匱要略》中称便秘为“脾约”,《伤寒论》中称之为“闭气”、“胃家实”、“阳结”、“阴结”,《伤寒杂病论·辨脉法》提到:“问曰:脉有阳结阴结者,何以别之?答曰:其脉浮而数,能食,不大便者,此为实,名曰阳结也,期十七日当剧。其脉沉而迟,不能食,身体重,大便反硬,名曰阴结也。期十四日当剧”,《伤寒杂病论·辨阳明病脉证并治》写有:“不更衣,内实,大便难者,此名阳明也”,《素问·厥论》中论:“太阴之厥,则腹满陈胀,后不利”,《景岳全书·秘结》说道:“大便秘结一证,在古方书有虚秘、风秘、寒秘、湿秘等说,而东垣又有热燥、风燥、阴结、阳结之说此其立命大烦,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”,直到清代的沈金鳌在《杂病源流犀烛》一书中才首次将便秘作为病名提出。

#### 4.1.2 病因病机

中风病的发生,原因比较复杂,就其根本乃阴阳失调,血随气乱,中风的病位虽在头脑,与肝肾密不可分。便秘的原因主要有饮食不洁,年老体虚、情志失调、禀赋不足、外邪犯胃等,其病位在大肠,病机为热结、寒凝、气滞、气血阴阳亏虚而引起大肠传导功能失常,同时与肺、脾、胃、肝、肾等脏腑功能失调有关,如《素问·五脏别论》中论道:“魄门亦为五脏使”。中风与便秘关系密切,相互影响。历代医家对中风后便秘的认识各有见解,大体可以分为以下几个方面。

##### (1) 肝肾与中风后便秘的关系

中风患者多以肝肾、气血亏虚为主，与便秘的形成有重要的关系。肝作为将军之官，具有主疏泄，主藏血，调节情志，帮助消化吸收，促进气血津液运行的特殊功能，对大肠的传导功能有重要的影响。若肝的疏泄功能失常或思虑过度、恼怒，容易致气机郁滞，不能正常调畅大肠气机，传导失常，糟粕内滞，最终导致大便秘结。肝的藏血功能是否正常将影响到肝的疏泄功能，进而对大肠的传导产生影响，另一方面，肝血不足则肠道失荣，也会产生便秘。肾为先天之本，为“水脏”，主藏精，主纳气，有参与水液代谢、促进尿液的生成与排泄的作用。大肠的传导功能得益于肾气以及肾阴的充盈，肾精渐亏，蒸化失司，则肠道失荣；肾阳不足，肠道失温，阴寒盛于下；肾阴不足，精血亏耗，阴虚内热，肠道失润，导致大肠传导失司，继而引发便秘。《黄帝内经》指出肾与便秘的关系密切，如“北方黑色，入通于肾，开窍于二阴，藏精于肾，夫肾主五液，故肾实则津液足，而大便滋润，肾虚则精液竭，而大便燥结”，《诸病源候论》提到：“邪在肾，亦令大便难。所以尔者...肠胃干涩，故大便难”，“肾即主大小便，而司开阖，故大小便失职者，责之肾”。

## （2）脾胃与中风后便秘的关系

脾具有主运化、统血，输布水谷精微，为气血生化之源，《素问·玉机真脏论》中提到：“脾为孤脏，中央土以灌四傍”简要地指出人体脏腑器官均需依赖脾的濡养。胃主受纳，腐熟水谷，有通利下降的生理功能及特性。脾胃位居中焦，脾主运化，胃主受纳，脾主升清，胃以降为和，脾喜燥恶湿，胃喜润恶燥；脾为阴土，胃为阳土，二者在经脉上也相互络属。便秘的原因总体来说是因为大肠的传导功能失常。肠道的功能是否正常，关键取决于脾胃的升降功能。脾升则健，胃降则和，若脾不升清，胃失和降，则腑气不通，大便秘结。脾胃虚弱，无法运化水谷精微，气血生化乏源，气机郁滞，气虚则不能使大便下行，精血不足，则肠道失润，大肠传导功能失司，便秘形成。脾健胃和，气生血旺，肠道濡润，大肠传导功能正常，大便正常。《济生方·胀满门》指出：“如阴气当升而不升，阳气当降而不降，中焦痞结，必成胀满。……大小便为之不利。”朱丹溪《局方发挥》明言：“脾土之阴受伤，传输之官失职。”朱燕<sup>[3]</sup>认为大肠的传导功能可以看作胃的降浊功能的延伸，当脾胃功能正常时，大肠才能发挥其正常的传导功能。中风后脾胃



虚弱，纳运失司，气血生化乏源，津血亏虚，不能濡润大肠，肠道失养，引起便秘，脾气亏虚，运化失常，大肠无力传导，大便秘结，胃阴亏耗，无以下行，肠道失润，大肠传导无力导致便秘。中风阴血暗耗，脾阴亏虚，运化失常，肠道失去濡养，从而形成便秘。

### （3）肺与中风后便秘的关系

肺为“华盖”主气司呼吸，朝百脉，主行水，主治节。肺气的基本运行形式为宣发肃降。肺气宣发，为全身脏腑器官布散津液与气，大肠也不例外，肠道得到濡润，传导正常，大便排出；肺气肃降，体现在将脾传至肺的水谷精微及津液输布于其他脏腑，使得大肠得以荣养，为大肠传导提供动力，糟粕得以排出。若肺失宣降，则无法输布津液与气，肠道失润，引起肠道燥气太过，便秘生成，《血证论》：“肺移热于大肠则便结，……肺气不降则便结”。在经络上，肺与大肠相表里，相互络属，二者关系密切。另一方面，五行中，肺属金，肝属木，金为木之所不胜，肺气宣降正常与否关系到肝的疏泄功能，肺气壅塞，无以制木，就会导致肝太过升发，肝乘脾胃，脾胃升降功能失常，便秘即成。范洪桥等<sup>[4]</sup>认为肺气宣降正常不但可以降气通腑，又可使肝脾各司其职，通畅气机，大便得以排出，朱丹溪《格致余论·脾约论》明确指出：“金行清化，木邪有制，脾土清健而运行，精液乃能入胃，则肠润而通矣。”由此可见，肺气宣发肃降失职是造成便秘的重要原因。中风病人久病卧床，久卧气伤，体弱年迈，肺气虚弱，宣发肃降失常，不能输布气与津液，肠道失去津液濡润，无力推动大便下行，形成便秘。

### 4.1.3 中医学对中风后便秘的辨证分型及治疗

中风便秘是中风的并发症，临床中属于常见病和多见病。便秘的病因不外乎年老体虚，外感病邪，饮食不调，情志不畅等，临床上有虚实之分。实证大多由于肠腑燥热、肝脾气滞以及阴寒内盛所致，治疗应以泻热、通导、温散为主；虚证多因为肠失荣养，推动无力而为，据其症状以滋阴养血、温阳补气为大法。所以，治疗便秘首先要辨其虚实、标本兼治，随机应变。目前临床中便秘主要分为下面证型：

实秘：

### (1) 热秘

主症：大便干结，腹痛腹胀。

兼症：口干气秽，面赤心烦，小便短赤。

舌脉：苔黄，脉滑数。

治则：泻热通导，润肠通便。

代表方：《伤寒论》中的麻子仁丸加减。

### (2) 气秘

主症：大便干或稍干，有便意却不得出，或便而不爽，腹胀矢气。

兼症：噎气频作，纳食减少，胸胁胀痛。

舌苔：苔薄腻，脉弦。

治则：顺气导滞，降逆通便。

代表方：《世医得效方》中的六磨汤加减。

### (3) 冷秘

主症：大便艰涩，腹痛拘急，胀满拒按，胁下偏痛。

兼症：手足失温，呕吐呃逆。

舌脉：舌苔白腻，脉弦紧。

治则：温寒，通便止痛。

代表方：《医述》中的温脾汤合半硫丸加减。

虚秘：

#### (1) 气虚秘

主症：大便不干，欲便不得出，努挣则汗出短气，便后乏力。

兼症：面色泛白，体倦懒言。

舌脉：舌淡苔白，脉弱。

治则：益气润肠通便。

代表方：《金匱翼》中的黄芪汤加减。

#### (2) 血虚秘

主症：大便干结，面色无华，头眩心悸。

兼症：健忘，口唇色淡。

舌脉：舌淡苔白，脉细。

治则：益气养血，润燥通便。

代表方：润肠丸加减。

### （3）阴虚秘

主症：大便干结，腹痛口干，心烦少眠，面色红赤。

兼症：耳鸣频作，潮热盗汗，腰膝酸软。

舌脉：舌红少苔，脉细数。

治则：滋阴增液，润肠通便。

代表方：《温病条辨》中的增液汤加减。

### （4）阳虚秘

主症：大便干或不干，排出艰难。

兼症：小便清长，面色晄白，四肢失温，腹痛拘急，或腰膝酸软。

舌脉：舌淡苔白，脉沉迟。

治则：温补阳气，通便。

代表方：《景岳全书》中的济川煎加减。

各医家对于便秘的认识与见解不尽相同，治疗方法也各具特色，近几年来，诸多中医学者们采用中药方剂治疗便秘，以辨证论治为治疗原则，取得了较好的临床疗效。

张念娟等<sup>[5]</sup>自拟方药（包含大黄，麻子仁，沉香，木香，枳实，黄芪，当归，乌药，牛膝，肉苁蓉等）对 120 例便秘患者进行治疗，水煎服，一日一剂，早晚分服，20 天为一个疗程，治疗 1 到 2 个疗程后，总有效率达到 93.3%，便秘症状得到消除或明显改善。崔伟辰<sup>[6]</sup>自拟具有行气导滞的方药治疗肠道气滞型的便秘，其组成主要为厚朴，枳实，莱菔子，生槟榔，全瓜蒌等。

衡炳芳等<sup>[7]</sup>将 71 例便秘患者随机分为中药便秘汤组（简称中药组）与西药组，中药组 37 例，西药组 34 例。中药组方药组成主要有火麻仁，柏子仁，郁李仁，降香，制旋复，金银花，白术，虎杖，代赭石，广木香等。西药组选用 33% 的硫酸镁，2 组均治疗 10 天，观察疗效，结果显示中药组总有效率是 89.10%，西药组总有效率为 85.2%，比较两组疗效，有显著差异。

景建中等<sup>[8]</sup>为了探讨中药对便秘的疗效，自拟汤药治疗便秘 150 例，方药主要为党参，生白术，麦冬，玄参，炙甘草，厚朴，茯苓，炒槟榔等，水煎服，一日一剂，早晚分服，七天为一个疗程，治疗两个疗程评定其效果，结果显示总有效率为 94.67%。

吴菁等<sup>[9]</sup>将 56 例便秘患者随机分为治疗组和对照组各 28 例，治疗组采用血府逐瘀汤加减，其主要药物组成为赤芍，当归，桃仁，红花，牛膝，川芎，生地黄，桔梗，枳壳，柴胡，槟榔，肉苁蓉，炙甘草，对照组为枸橼酸莫沙必利，两组治疗四周后观察疗效，得出该方比较适用于老年性便秘患者。

黄庆伟<sup>[10]</sup>将患者分为两组，自拟组和西医组各 30 例，自拟组为益气润肠方，其方药组成主要有党参、黄芪、陈皮、生白术、何首乌、桃仁、杏仁、麦冬、火麻仁、厚朴、枳实、炒枳壳、甘草等，西医组为杜密克。得出该自拟方有益气养血，润肠通便之功，适用于气虚便秘患者。

肖泓等<sup>[11]</sup>将诊断为气虚便秘的 118 例患者随机分为治疗组 59 例，麻仁软胶囊组 59 例，治疗组为加味归芍理中汤，其方药为当归，芍药，生白术，党参，炒槟榔，杏仁，焦山楂，炙甘草等，两组治疗四周后，观察其疗效，发现治疗组疗效优于麻仁软胶囊组，得出该方适用于老年气秘患者。

郭二霞<sup>[12]</sup>将诊断为中风后便秘的 83 例患者随机分为自拟组和酚酞片组，自拟组 42 人，酚酞片组 41 人。自拟组采用新加黄龙麻仁汤治疗，其主要药物由生地黄、生大黄、芒硝、麦冬、麻子仁、玄参、人参构成，再根据不同症状加减方药。两组均治疗四周，四周后判定疗效，得出该方对中风后便秘有可观的疗效。

陈睿等<sup>[13]</sup>运用增液承气汤合补阳还五汤来治疗中风便秘患者 86 例，连续治疗四周，观察治疗前后的症状积分的改变，得出该方有益气养阴，润燥通便的功效，对中风后便秘有显著作用。

胡志辉等<sup>[14]</sup>等将 90 例中风便秘患者随机分为两组，各 45 例。治疗组为星蒺承气汤及凉膈散，此方主要由连翘、全瓜蒌、胆南星、大黄、栀子、芒硝、黄芩、炙甘草等组成，辨证加减，对照组采用酚酞片，两组均治疗一周，结果显示治疗组的总有效率优于对照组。

孙鹏等<sup>[15]</sup>自拟芪地通便汤治疗中风后便秘患者，将 156 例中风便秘患者随机

分为自拟组 80 例，西药组 76 例。自拟组为芪地通便汤，该方主要组成为生地黄、黄芪、菟丝子、山药、当归、全瓜蒌、火麻仁、槟榔、大黄、郁李仁、枳壳、山萸肉、肉苁蓉、牛膝、甘草等。西药组为西药果导片，两组治疗四周后观察疗效，得出自拟组疗效优于西药组。

曾全斌等<sup>[16]</sup>选取中风后便秘患者 67 例，自拟芪精汤来进行治疗，一天一副，早晚分服，十天为一个疗程。自拟方药组成为生黄芪，黄精，生白术，太子参，墨旱莲，陈皮，枳壳，广木，当归，桃仁，炙甘草等，辨证加减，治疗两个疗程后得出芪精汤对中风后便秘症状有明显改善。

#### 4.1.4 针灸治疗中风后便秘的临床研究

##### (1) 体针治疗

郭晓原等<sup>[17]</sup>在中医辨证论治原则指导下，运用针刺治疗便秘 27 例。分为两组来针刺，一组选取腹结、支沟穴、天枢、足三里、上巨虚，另一组针刺大肠俞、会阳、委阳、以及腰奇穴。两组交替治疗，十天为一疗程，一个治疗周期为六个疗程，治疗结束后发现便秘症状得到明显缓解。方中腹结有理气健脾，和胃调肠之功，支沟具有畅利三焦，润肠通便，通腑降逆的作用，天枢为大肠的募穴，具有疏调脏腑，通积导滞的作用，足三里调理脾胃，滋润大肠，上巨虚是大肠的下合穴，主治大肠相关疾病，天枢配大肠俞乃俞募配穴，对大肠的传导有推动作用，会阳可散发水湿，益气补，委阳有益气润肠的作用，腰奇是治疗便秘的经验效穴，以上各穴合用，肠道濡润，传导有力，是治疗便秘可靠的方法。

赵洁等<sup>[18]</sup>将 44 例便秘患者随机分成针刺组和西医组，针刺组针刺曲池、天枢、大肠俞、上巨虚；西医组为枸橼酸莫沙比利片，两组治疗四周后进行随访，观察其疗效，得出针刺组在临床疗效上优于西医组。方中曲池属于手阳明大肠经的合穴，可清泻阳明，清利湿热，调节大肠功能，天枢乃阳明脉气所发，可疏调肠道腑气、理气行滞，上巨虚是大肠的下合穴，《内经》有云“合治内腑”，大肠腧是大肠的背俞穴，可调和肠胃。诸穴合用，可保肠道濡润，传送有力。

杨秀丽等<sup>[19]</sup>将患有便秘的 102 例患者随机分为针灸组和药物组，针灸组 72 例，药物组 30 例。针灸组选取天枢、大肠俞、支沟、上巨虚等，并辨证取穴，每日一次，一次 30 分钟，治疗 30 天，药物组服用麻仁润肠丸，用药 30 天，治疗后并进

行随访，针灸组的便秘消失时间及复发时间优于药物组。

张丹等<sup>[20]</sup>将 60 例诊断为便秘的患者随机分为治疗组 30 例，对照组 30 例，治疗组为针灸加用增液汤治疗，针灸选取穴位主要为天枢、支沟、足三里、上巨虚、太溪等，并辨证取穴。针灸一日一次，十天为一个疗程，增液汤汤剂，一日一剂，早晚分服，七天为一个疗程。对照组为麻仁软胶囊配知柏地黄丸，七天一个疗程，治疗两个疗程后得出治疗组总有效率优于对照组。

王伟等英<sup>[21]</sup>将 81 例中风后便秘患者随机分为针刺组与灌肠组，针刺组 51 例，灌肠组 30 例。针刺组的主要穴位为太渊、太白、中脘、下巨虚，根据临床症状加减，一日一次，治疗十天，灌肠组为软皂通便灌肠，一日一次，十天为一疗程。在治疗一个疗程后观察其疗效，得出针刺组优于灌肠组。以上针刺选取太渊，太渊是肺经的原穴，肺与大肠在经络上相表里，中风病人多肺气虚弱，针刺太渊可宣发肃降，从而作用于大肠；同样太白是脾经的原穴，脾胃升清和降，大肠则欢。中脘可传导水液，上巨虚作为大肠的下合穴，其作用不言而喻。诸穴合用，可保大肠通便有力。

史江峰<sup>[22]</sup>随机将 80 例诊断为中风后便秘的患者分为两组，针刺组与西药组，针刺组、西药组各四十例针刺组选取穴位主要为天枢、大肠俞、太白、太溪，辨证取穴，西药组为果导片，治疗十五天为一个疗程。一个疗程后得出针刺对中风后便秘疗效显著，优于西药组。

李桂萍<sup>[23]</sup>筛选出中风后便秘患者 42 例，运用针刺合灸法来治疗。穴位主要选择可治疗脾胃肠道疾病的穴位，如天枢、中脘、支沟、丰隆等，辨证取穴。七天为一个疗程，3 个疗程后得出针灸治疗中风后便秘效果好，值得推广。李琰琴<sup>[24]</sup>针刺治疗中风后便秘患者 50 例，方法是头针配合体针来进行治疗，头针选择足运感区，体针主要选择中脘、天枢、大横、水道等，辨证加减。一天一次，三周为一个疗程。治疗结束发现总有效率达到 98.0%，得出体针对中风后便秘的治疗有显著功效。

叶清景<sup>[25]</sup>针灸治疗中风后便秘患者 90 例，随机将之分为分为两组，子午流注组 46 例，普针组 44 例，子午流注组为子午流注择时针法，普针组则为普通针法治疗，选取穴位都为治脾胃，通肠腑的一些穴位，如天枢、中脘、气海、足三里、

上巨虚、大肠腧。两组均治疗四个疗程，六天为一个疗程。治疗结束后发现两组治疗效果都比较显著，其中子午流注针法效果更好，优于普通针刺组。

### (2) 头针治疗

孙忠人等<sup>[26]</sup>运用头针足运感区结合药物体针治疗中风后便秘患者，治疗结束后患者腹胀腹痛症状明显缓解，大便排出顺畅。头穴足运感区在旁中央小叶的头皮投射部位，旁中央小叶是控制排便中枢区。中风后大脑受损，不能控制大便的排出，针刺足运感区可以疏通大脑的血液，进而促进大便的排泄。

张亚娟等<sup>[27]</sup>选取60例中风后便秘患者，将他们随机分为治疗组和对照组各30例。治疗组为头穴足运感区合五脏俞治疗，一天一次，对照组为番泻叶治疗，一日一次，两组均治疗十五天，治疗结束后发现头穴配合五脏俞明显改善患者便秘症状，治疗效果优于番泻叶组。

赵颖<sup>[28]</sup>治疗中风后便秘患者60例，其中针刺组30例将中药组30例。针刺足运感区、水道、归来、天枢穴等，一日一次，治疗七天，中药组服用番泻叶，一天一次，治疗七天，治疗结束后对比疗效与症状积分，得出针刺组疗效更好。孟丽娟等<sup>[29]</sup>针刺治疗头部足运感区中风后便秘患者48例，一日一次，二十天为一个疗程，疗程结束后得出针刺头部足运感区对中风后便秘患者有良好疗效。

### (3) 电针治疗

高激泳等<sup>[30]</sup>治疗便秘患者60例，随机将他们分为电针组和西药组各30例，电针组选穴长强，次髂，中髂等穴，针刺后接上电针治疗，一天一次，治疗2周。西药组为服聚乙二醇400，治疗结束进行疗效判定，得出针刺组疗效优于西药组，说明电针治疗便秘有良好的临床疗效。孔菲等<sup>[31]</sup>对53例中风后便秘患者进行针灸治疗，针刺穴位主要是中脘、天枢、大横、水道、腹结、关元等，并在关元、中脘和双侧腹结上施以电针，一天一次，治疗20天。治疗结束后统计分析，发现总有效率达到90.57%，得出电针疗法是治疗中风后便秘行之有效的方法。刘未艾等<sup>[32]</sup>通过比较电针组与药物组对中风后便秘的治疗来判断电针的疗效。共采集70例诊断为中风后便秘的患者，将他们随机分为电针组和药物组各35例，电针组针刺天枢，中脘，大横等穴位，并接上电针治疗仪，电针治疗，一日一次，治疗10天。药物组为番泻叶。观察治疗前后便秘临床症状积分，得出电针是治疗中风后便秘

行之有效的办法。

#### (4) 穴位埋线治疗

吴文锋等<sup>[33]</sup>采集60例诊断为中风后便秘的患者,并将之随机分为穴位埋线组和普通针刺组各30例,穴位埋线组选择穴位埋线治疗,一周一次,普通针刺组以普通针刺为主,一周五次,两组取穴相同,均取天枢、大肠俞、上巨虚等,治疗四周后进行比较,得出穴位埋线组优于普通针刺组。曾姿霏等<sup>[34]</sup>将80例中风后便秘患者随机分为治疗组和对照组,每组各40例。治疗组为腹针结合双侧足三里埋线治疗,选取中脘,天枢,大横等进行深刺,一天一次,一周为一个疗程,并在双侧足三里进行穴位埋线,一周一次。对照组为果导片治疗,一天一次,一周为一疗程,治疗两个疗程后进行评定疗效,发现治疗组总有效率达到了92.50%,优于对照组。尹平等<sup>[35]</sup>采用穴位埋线法来治疗便秘患者51例,选取具有调理脾胃,润肠通便作用的腧穴,如天枢,足三里,气海,上巨虚,大肠腧等,将羊肠线用针管送入体内,两周一次,四次一个疗程,通过羊肠线对穴位的长久刺激,使得胃肠蠕动正常,大便排出。

## 4.2 现代医学对中风后便秘的认识

### 4.2.1 概述

中风后便秘在现代医学上并没有有独立的疾病定义,多数学者认为这是胃肠障碍表现,脑卒中患者大便次数减少或粪便干燥,聚积在直肠内难以解出,一般两天以上无排便。苏永静等<sup>[36]</sup>观察154例脑卒中患者评估脑卒中后四周内便秘情况的发生,结果显示发生率为55.31%,与脑卒中前比较便秘的发生率,差异显著( $P<0.05$ ),得出脑卒中后的病人更容易发生便秘。卒中后便秘患者更容易再次引起脑血管意外的发生,预防便秘的发生对患者能减轻脑中风患者便秘带来的痛苦,提高生活质量。

### 4.2.2 西医对中风后便秘的病因的认识

(1) 心理因素:有些脑血管病患者在毫无思想准备的情况下发病。神志清楚的患者会产生极度焦虑、恐惧、紧张、悲观失望的情绪,悲观的精神可影响肾上腺素的分泌,兴奋交感神经,抑制迷走神经,使胃肠道动力减慢<sup>[37]</sup>。王姣等<sup>[38]</sup>发现脑出血患者发病部位在基底节区、神经功能严重缺损的患者便秘发生率高,



抑郁症或癔病的卒中后患者易发生便秘。精神抑郁是便秘的发生重要因素，所以得出心理是卒中后患者发生便秘的重要因素。

(2) 活动减少：患者长期卧床，缺少活动，患病初期绝对卧床休息7~14 d，活动受到限制，胃肠蠕动减慢，导致食欲下降，摄入水分减少，肠内容物不足以刺激正常蠕动，以致便秘。

(3) 饮食结构改变：家属为使卒中后患者尽快康复，早期常常给患者增加营养，如一些高脂肪、低纤维素、高蛋白饮食。使粪便在大肠内充盈扩张的机械性刺激减少，食物残渣在肠道内缓慢移动，大脑皮层感觉冲动减少，正常的排便反射减弱或没有，造成便秘。粪便在肠内凝结成块，腹部可触及硬块，会自觉小腹部不适或有便意却难排出。

(4) 排便习惯及环境改变：患者无法像正常时在卫生间采用蹲姿使用重力和增加腹压排便，而是利用便盆排在家里或病床上排便。神志清楚的患者不适应排便习惯及姿势的改变易致便秘。在床上排便所制造的声音和气味易传出去，造成患者紧张，使有排便功能的肛门括约肌紧张，抑制大便排出，长期抑制大便排出会形成习惯性便秘<sup>[39]</sup>。

(5) 药物因素：此类患者常由于脑水肿使用脱水降颅压剂和糖皮质激素类药物，如临床常用甘露醇加地塞米松短期冲击，甘露醇为单糖，在体内只进入细胞外液，而不进到细胞内，使血浆渗透压升高，组织内水分由于渗透利尿带走大量水分和电解质，大量组织液通过渗透进入血液循环。肠壁内及肠内食物残渣，经多次渗透后，使大便变得干干燥、量少，中枢排便系统，受潜意识控制，排便时间延长，引起便秘。

(6) 其他因素：脑卒中多属老年人，老年人各个脏器功能都有所减退，肠蠕动减慢，形成便秘。且患者家属有很多还未意识到排便的重要性，未给予重视。

#### 4.2.3 西医对中风后便秘的机理的认识

“脑-肠轴”：神经胃肠病学是阐述中枢神经系统(CNS)对胃肠道功能的调控及胃肠道向CNS传导信息的神经传导机制。胃肠道和CNS的信息传递相互制约。CNS通过自主传出神经元调控消化功能，也能通过传入神经元反馈胃肠道状态信息。大脑的生理病理与胃的生理病理关系密切。早在1833年 William Beaumont

就已经认识到这种观点了，凡是干扰神经系统的情绪意识可抑制胃分泌的和延缓胃的消化功能<sup>[40]</sup>。另外W.B.Cannon<sup>[41]</sup>在一次实验研究中发现到情绪对胃运动的有明显的影 响，首次提出了大脑与胃运动关联的概念。二十世纪，开始提出及研究脑肠肽概念。神经P(SP)是最早在肠和脑同时被发现的神 经肽，对胃肠道平滑肌有很 强的刺激作用。SP主要存在于CNS和周围组织，外周组织以结肠、回肠、下颌下腺和腮腺含量较高。血管活性肠肽(VIP)神经元主要分布在胃肠道，可调节括约肌的分泌、运动和吸收过程。脑肠肽当中的5羟色胺(5-HT)受体，参与神经和胃肠功能的调节。能促进胰腺分泌、胆汁释放及胃肠道运动等。现已研究知道粘膜下神经丛和肠壁内肌间神经丛共同形成ENS，ENS内有大量的感觉、运动和整合神经元。ENS被认为是“肠道的微型大脑”，ENS与CNS之间相互联系，肠道的活动受CNS的调控。这种相互作用被称为“脑-肠轴”。脑-肠轴双向传导，将大脑中枢的意识与外周胃肠道功能联系起来。如情绪、思想可影响胃肠道的功能。

结肠电生理改变：脑卒中发病后因为胃肠道的自主CNS的支配，胃肠道的分泌、运动、消化吸收与结肠电生理均有所改变。脑卒中发病时，胃肠道的自主神经受到损伤，抑制了消化道的蠕动功能，从而引发便秘。由于CNS损害引起的便秘持续存在，导致肠内食物残渣积留过久，产生的肠源性内毒素进一步阻碍脑血液循环，严重影响此类患者的康复。罗氏等<sup>[42]</sup>研究发现，脑卒中后便秘患者通过涤痰通腑、泻热熄风的原则治疗后，结肠电频谱显示的相对不足高频段及收缩性复合肌电活动量显著增高，大便通畅。通过该研究表明，胃肠道功能障碍的便秘与脑血管病关系密切。证实胃肠道与脑的电生理联系。

#### 4.2.4 西医对中风后便秘的治疗

脑卒中后便秘是不仅要通便，还要恢复脑卒中患者正常的排便规律。它是一个个体化、综合性治疗。需要恢复胃肠蠕动，促进排空，改善大便质地。

##### I. 非药物治疗：

①心理开导：对神志清楚的患者要进行心理开导，争取主动配合，配合取得效果时要给予患者肯定和鼓励，以增强其信心。

②便秘危害知识普及：使患者及家属认识便秘的危害性。

③指导活动：指导患者及家属对其腹肌和阴部肌肉进行锻炼，指导患者按摩

腹部，双手自肋骨下缘向下按摩和以掌面放在腹部，然后按顺时针方向，环形按摩，患者自行操作或家属帮其按摩。

④鼓励患者每天多喝水、多食多纤维素的食物，如：蔬菜（青菜、白菜）、豆类（黄豆、黑豆）、水果（苹果、梨、）、谷类（玉米、燕麦）等，有吞咽困难的行鼻饲。改变不良的生活饮食习惯，促进大便排出。

## II. 药物治疗

当通过上述非饮食治疗没有改善便秘症状时，根据便秘病情选择合适的药物治疗，在尽可能最大限度改善症状的同时减轻药物本身的不良反应。此类药物主要包括：泻剂（刺激性、容积性、润滑性及渗透性）、5-羟色胺（5-HT）受体激动剂及微生态制剂。

### (1) 泻剂

①容积性泻剂：包括欧车前、甲基纤维素和聚卡波非。此类增加粪便体积刺激肠蠕动，服用此类药物要大量饮水。另外此类药物被肠道细菌酵解，增加肠内渗透压，防止肠内水分被吸收。这类药物有腹痛、腹胀、皮疹等不良反应。

②刺激性泻剂：包括酚酞、大黄、比沙可啶、番泻叶等。这类泻剂刺激长臂的黏膜和神经，促进肠道蠕动，促进排便。这类药物起效快，但不良反应明显，容易导致腹痛、电解质紊乱等。有研究发现<sup>[43]</sup>酚酞会导致啮齿类动物非肠道肿瘤的发病率升高，在人类并未得到证实。

③润滑性泻剂：包括开塞露、液态石蜡、甘油。具有润滑及软化大便的作用。液态石蜡、甘油口服主要用于排便无力患者，开塞露用于有便意但干燥难解的患者。

④渗透性泻剂：包括乳果糖、硫酸镁和聚乙二醇。此类药物阻止肠道吸收水分，另外吸收水分到达肠道，软化粪便，促进肠蠕动，引起排便。有研究表明<sup>[44]</sup>：硫酸镁导泻快，最主要用于中毒时导泻。

(2) 5-HT受体激动剂：现有西沙比利、替加色罗、普卢卡必等5-HT受体激动剂药物，5-HT刺激肠间神经细胞，增加胃肠动力缩短结肠转运时间。西沙比利可能会导致QT间期延、室性心律失常等不良反应，于2000年退出市场。有报道称，替加色罗的使用心血管疾病危险性增加。普卢卡必通过实验证明对于女性效果明

显，现主要用于对泻药无效的女性便秘患者<sup>[45]</sup>。普卢卡必利不良反应小并未发现心血管事件。

(3) 微生态制剂：该药有地衣芽孢杆菌活菌胶囊整肠生等。补充肠内生理性细菌，促进肠蠕动，促进排便。

### III. 其他新药：

有鲁比前列酮及利那洛肽。鲁比前列酮通过氯离子通道增加肠液分泌，软化粪便，利于排出。有头痛、恶心等不良反应。利那洛肽是一种鸟苷酸环化酶-C激动剂。作用囊性纤维化跨膜电导调节器分泌碳酸氢盐及大量氯化物，从而加快肠转运和促进分泌管腔液<sup>[46]</sup>，有腹泻等胃肠道反应。

## 4.3 针刺的选穴依据

本课题采用了针刺治疗中风后便秘，主要穴位有支沟、天枢、水道、归来。支沟穴首见于《灵枢·本枢》，《针方六集》中又名飞虎，《神灸经纶》名飞处。属于三焦经经穴，支沟是治疗便秘的经验效穴，《玉龙歌》曰：“大便闭结不通，照海分明在足中，更把支沟来泻动，方知妙穴有神功。”《类经图翼》“凡……大便不通，…泻支沟”按五行属性，支沟穴为经穴，善治因热、郁、等气机不畅所致之诸疾。张智龙<sup>[47]</sup>研究表明，支沟有通调腑气之功，犹如承气汤中枳实、厚朴之功。支沟最善“调气”，乃气虚便秘的克星，也是各种便秘治疗的主穴。连润<sup>[48]</sup>采用针刺配合枳实消痞丸治疗便秘，结果显效针药并用的总有效率97.1%，明显优于单用枳实消痞丸的总有效率57.1%，结果表明，针药并用能更好的调理胃肠功能，增加肠动力，改善便秘。现代研究刺激支沟促进神经递质释放，改善便秘患者的结肠转动功能，增加结肠动力，进而缩短结肠传输时间，对结肠功能有一定调节作用。故本研究选取支沟为主穴之一。

天枢穴：首见于《针灸甲乙经》：“去盲俞一寸五分，挟脐两旁各二寸陷者中。”该书不仅记载了本穴的定位，还记载了其经脉归属、主治病症及操作方法。天枢又叫长溪、谷门、补元、大肠募等，它是大肠的募穴，腑病多取募穴，便秘属胃肠病，为腑病。腑病以通为补，腑气通，为全身气机之要。天枢主治腑实证，能通调肠腑气机，促进肠运动，故取此穴用于治疗中风后便秘。万兴等<sup>[49]</sup>观察深刺天枢结合腹部按摩治疗便秘，发现治疗后患者便秘临床症状积分明显降低，说明

针刺天枢有较好的疗效。现代研究发现深刺天枢能够刺激到肠道痛觉感受器,痛感通过神经纤维传入脑干,神经中枢进行双向调节,促进更多的如Ach、NO等神经递质的分泌,促进胃肠蠕动,利于排便<sup>[50]</sup>。

腹针(天枢、水道、归来):本研究选取的腹针穴位是在薄智云教授的腹针疗法基础上经课题组讨论决定的,腹针是一种通过针刺腹部穴位对全身各种慢性病及疑难病都有很好疗效的新的针灸方法。本研究腹针取穴:天枢、水道、归来都是阳明胃经穴位,主疏调肠腑,理气行滞。改善肠功能消除减轻肠道功能失常,有显著功效。腹针疗法治疗便秘的临床疗效多有报道。柯玲玲<sup>[51]</sup>采用腹针疗法(取穴:中脘、下脘、关元、气海双侧气穴、双侧魂舍、双侧天枢、双侧大横)治疗习惯性便秘40例,结果总有效率91.18%,明显由于对照组(果导组)( $P<0.05$ )。腹针诸穴合用综合调理肠胃,导滞通便,便秘得以标本兼治,疗效明显,值得临床推广。沈钊雄<sup>[52]</sup>运用“调气扶阳腹针”治疗老年性便秘。取穴:中脘、下脘、气海、关元,它们有“后天养先天”之功,组成“引气归元”之意。据统计,有效率93.02%。得出“调气扶阳腹针”对老年性便秘疗效显著,有调经益气、调畅三焦的功用,使全身气机通畅,腑气乃通,便秘自除。

#### 4.4 耳穴的认识

##### (1) 中医对耳穴的认识

《素问·缪刺论》:“邪客于手阳明之络,令人耳聋,时不闻音。”指出邪气侵入手阳明大肠经之络脉之主症为耳聋时作。我国历代医家对耳经络与耳穴的观察与实践历史悠久,总结了大量的耳经络现象,包括耳与脏腑经络结构上的联系、在生理病理上的影响对耳穴的定位和功效进行考证。

历代医家对耳与各脏腑的联系一直不断的探索,《灵枢·缪刺论》曰:“手足少阴、太阴、足阳明之五络皆汇于耳中……”明代医家徐春甫在《古今医统》中指出:“且十二经络上络于耳,其阴阳诸经适有交并。”李时珍对奇经八脉详加考证,在奇经八脉中指出阳维脉、阳跷脉亦入耳中或循行于耳。以上我们可以得出耳与十二经脉与奇经八脉皆有联系。《内经》中多处对耳与各脏腑经络的病变联系有所描述,如《灵枢·脉度》:“肾气通于耳,肾气和则耳能闻五音”。

《素问·脏气法时论》:“肝病者……耳无所闻。”关于耳穴的研究,《内经》

中有记载了听官、耳中穴、多所闻等耳穴，如《素问·气穴论》言：“耳中多所闻二穴”该篇介绍了全身各处脉气始发或汇聚的穴位，耳郭也不例外，有多所闻穴，位于耳中，双耳各一。明代杨继洲在《针灸大成》中介绍了两个新的耳穴，阳维穴和耳尖穴。他指出“耳尖穴，在耳尖上，卷耳取，尖上是穴，治眼生翼疾。”及“（阳维穴）在耳后，引耳会前，弦筋上是穴。”耳穴埋豆是根据耳穴与人体脏腑器官的关系而形成的一种治疗手段，通过耳穴压豆持续不断地刺激，可以调整人体脏腑功能以及经络气血，从而达到扶正祛邪，祛除疾病的目的。

## （2）现代医学对耳穴的认识

耳针疗法治病不同药物治疗，并没有外来化学成分干预，而是通过自身调节系统功能发挥纠正偏差的作用。耳穴受狭义穴位分布全息律理论支配。机体的任何一个全息元的每一个位点在中枢内的投射，都与其对应的整体部位的组织器官在中枢内的投射存在着双向特异性突触联系，这就是中枢内神经细胞联系的全息律，全息穴位信息的信息通过作为反射中枢参与而形成的反射弧传入到中枢系统<sup>[53]</sup>。有研究发现，耳廓的神经很丰富，有来自脊神经颈丛的耳大神经和枕小神经，分布在耳廓上的内脏神经包括迷走神经和交感神经，对全身脏器生理功能有双重支配作用，能维持全身各脏器的正常功能发挥。近几十年来，许多实验都证实了神经系统特别是植物神经系统在耳穴的治疗作用起主要作用，北京医学基础部<sup>[54]</sup>研究神经系统在内脏器官与相应耳廓穴区联系中所起的作用，他们切除家兔右侧大耳神经、枕大神经、耳颞神经、迷走神经、右侧颈上交感神经及一段右颈总动脉，人造胃溃疡，结果发现胃溃疡期间，肾上腺素能神经纤维在耳廓的存在与耳廓皮肤的低电阻点的产生有着密切的关系。用王不留行籽在耳廓上的反应点上持续贴压，可以持续调节交感神经、副交感神经和迷走神经，从而改善肠道的分泌、蠕动、吸收功能。

## 4.5 研究基础

耳穴，简单地来说就是分布在耳廓上的腧穴，是人体脏腑器官病变时的反应点，刺激这些反应点可调理相应的脏腑器官。耳经络与耳穴历史悠久，历代医家总结了大量的耳经络现象，主要有耳与脏腑经络结构上的联系、在生理病理上的影响以及对耳穴的定位和功效进行考证。徐春甫在《古今医统》中指出：“且十

二经络上络于耳，其阴阳诸经适有交并。”《灵枢·邪气脏腑病形》说：“十二经脉，三百六十五络，其气血皆上于目而走空窍...而别气走于耳为听。”《太平圣惠方》指出：“耳，宗脉之所聚也，...”沈金鳌指出：“大肠实，则耳后...皆痛。大肠...若虚，则耳鸣耳聋。”以上可以看出耳穴与经络脏腑的关系密切。李季等<sup>[55]</sup>治疗诊断为功能性便秘的患者 67 例，治疗方法为耳穴压丸配合穴位敷贴，耳穴选择交感、皮质下、大肠、脾、直肠等，两天更换一次耳贴，一天按压五次，穴位敷贴为自制药饼贴在穴位上，治疗两周后进行随访调查，得出有效率达到 91%，说明该治法是行之有效的。徐秀菊<sup>[56]</sup>采用耳穴埋豆治疗中风便秘患者 62 例，所选耳穴有大肠、小肠、肺、三焦等，辨证施治，嘱咐患者每天对所选耳穴进行按压刺激数次，五天左右更换一次。治疗结束后统计分析其疗效，得出耳穴埋豆可以治疗中风便秘。王联庆等<sup>[57]</sup>治疗便秘 32 例，自拟汤药通便汤和耳穴贴压来治疗，通便汤主要方药组成为黄芪、党参、火麻仁、枳实、麦冬、玄参、大黄、白芍、何首乌、枸杞子、女贞子、旱莲草等，一日一剂，早晚分服；耳穴主要选取大肠、小肠、交感、脾、皮质下等，治疗二十天后得出耳穴贴压配合通便汤治疗便秘效果可观。尹慧等<sup>[58]</sup>将 120 例中风后便秘患者随机分为耳穴贴压组和普通组，各组 60 例，耳穴贴压组为耳穴贴压加健康指导，选取穴位主要有肠、小肠、直肠、三焦等，再辨证取穴，普通组仅接受健康指导，治疗两个疗程后发现耳穴组疗效明显优于普通组。李晋芳等<sup>[59]</sup>选择中风后便秘患者 70 例，将之随机分为治疗组 35 例，对照组 35 例，在中风的常规治疗基础上，治疗组为穴位贴敷配合耳穴贴压来治疗，对照组口服麻仁软胶囊。治疗结束后观察其临床疗效，得出治疗组优于对照组，治疗组治疗中风后便秘效果更好。高凤<sup>[60]</sup>选取 60 例中风便秘患者，运用生大黄灌肠配合耳穴贴压来治疗。治疗结束后发现生大黄灌肠配合耳穴贴压效果显著。李有菊<sup>[61]</sup>采集 50 例中风后便秘患者，在给予患者基本的护理措施的同时，运用中药配合耳穴贴压来治疗，耳穴主要选取皮质下，脾，直肠，大肠，肺，交感等，根据证型加减，一日按压数次，隔日换取另侧贴压，治疗结束后发现中药配合耳穴贴压治疗中风后便秘疗效确切。 综上，本研究运用王不留行籽耳贴对相关耳穴进行贴压来治疗中风后便秘，可以达到调理肠道，濡润通便的作用。

## 4.6 阳性药物选择依据

麻仁丸又叫麻子仁丸、脾约丸、脾约麻仁丸。麻仁丸的方药组成，主要药物有火麻仁、苦杏仁、大黄、枳实、厚朴、白芍和蜂蜜等，历代医家意见不尽相同，大多在此方辩证加减而得。火麻仁是润下药，归脾、胃、大肠经，具有润肠通便的作用，《药品化义》中有言：“麻仁，能润肠，...专治大肠气结便秘。”同时在肠中遇到碱性溶液后产生脂肪酸，刺激肠壁，使肠道蠕动增强，从而达到通便的作用；苦杏仁归肺与大肠经，具有润肠通便之功，苦杏仁中的化学成分中含有大量的脂肪油，脂肪油能够减小肠内物质与粘膜之间的摩擦力，从而改善患者的排便情况；大黄属于泻下药，归脾、胃、大肠、肝、心包经，具有泻热通肠的功效，《别录》中提到：“平胃，下气，除痰实，肠间结热，...”其泻下作用较强，能够增加肠道蠕动，抑制肠内水分吸收，促进大便的排出，是治疗便秘的重要草药；枳实是理气药，归脾、胃、大肠经，具有散痞，消积的作用，《别录》明言：“除胸胁痰癖，逐停水，破结实，消胀满，心下急痞痛，逆气，胁风痛，安胃气，...”枳实能够缓解乙酰胆碱和氯化钡引起的肠道痉挛，保胃肠收缩正常；厚朴乃化湿药，归脾、胃、肺、大肠经，具有燥湿消痰，下气除满的功效，可以治疗食积气滞，腹胀便秘，小剂量的厚朴可以兴奋肠管蠕动，促进排便；白芍属于补血药，归肝、脾经，具有养血敛阴、平抑肝阳之功，白芍可治疗血虚肝郁，血虚则肝气郁结，肝气郁结，大肠传导失常，白芍化学成分中含有脂肪油、黏液质等，可润滑肠道，促进肠道传导之功。蜂蜜归肺、脾、大肠经，具有补中，润燥，止痛，解毒之功，可以治疗肠脘腹虚痛，肺燥干咳，肠燥便秘，《本草纲目》：“和营卫，润脏腑，通三焦，调脾胃”，指出蜂蜜有通利三焦，调理脾胃，润肠的作用。诸药合用，是为麻仁丸，可有润肠通便之功效，是历代医家用来润下的要药。董文君等<sup>[62]</sup>将100例行髋关节置换术后的老年便秘患者，随机分为对照组50例，观察组50例。对照组为骨科常规护理，观察组在骨科常规护理的基础上口服麻仁丸以及进行腹部按摩，两组均治疗十天，治疗结束后观察疗效，发现观察组疗效优于治疗组，得出麻仁丸合腹部按摩治疗便秘效果可观。陈娟等<sup>[63]</sup>将选择120例便秘老年患者，并将之随机分为中药组60例，西药组60例，中药组为口服麻仁润肠丸，西药组为果导片，两组均治疗14天，治疗结束后进行随访，观察各组疗效，结果显示中药组治疗效果相当，复发率更低，明确了麻仁丸可以治疗便秘。武双智<sup>[64]</sup>



选取100例便秘患者，随机分为治疗组50例，对照组50例，治疗组为麻仁润肠丸合一般治疗，对照组为一般治疗，每两天进行随访，分析发现治疗组疗效明显优于对照组，得出麻仁润肠丸有临床意义。而且，麻仁丸价格低廉，不良反应小，作用明确，疗效显著，所以选择麻仁丸作为药物组用药。

## 5.结论

耳穴埋豆法、普通针刺法以及口服麻仁丸都能有效地治疗中风后便秘，患者的排便间隔时间、排便速度、大便性状、排便难度、便意以及腹痛，腹胀，头晕，乏力等兼症都得到了改善。耳穴组及针刺组对便秘临床症状的改善明显优于麻仁丸组，排便首次时间优于药物组，耳穴埋豆可以治疗中风后便秘。

耳穴埋豆法是针灸疗法中的一个重要组成部分，是一种疗效确切的治疗方法，对中风康复以及生活质量的提高有所帮助，该治疗方法操作简单，价格低廉，无创伤，作用时间持久，值得长期使用及广泛开展，具有进一步的临床研究价值，可作为治疗中风后便秘的有效方法之一。

## 6. 问题与展望

随着经济的快速发展，人们生活水平的提高，社会压力的增大，生活方式的改变，使得中风患者的数量也在增加，而中风后便秘作为中风后的主要并发症，对人们的生活质量产生了巨大的影响。对于这些中风患者，应降低其危险因素，改善生活方式，提高生活质量，稳定血压，控制血糖等，减少中风的发生，对于中风后便秘患者应早期作出诊断，采用有效的治疗方法，减少便秘对卒中后康复的影响，以及其诱发卒中复发的可能性。

通过本课题研究发现，耳穴埋豆法对于中风后便秘患者具有确切的疗效。由于本课题经费、人员、时间等原因，患者对针刺的心理恐惧等因素，对于疗效的评定具有一定的影响；对于该病观察指标不够全面深入；缺少相关的实验室研究，对耳穴的作用机制还需进一步的研究与观察；研究病例较少、样本量小，这些都有待于在以后的的研究工作中加以改进和提高，实现其疗效的肯定与确切。

耳穴埋豆作为一种治疗方法，有其特有的优势，如治疗成本低，安全性高，操作简单，无创伤等特点，将越来越被大众所接受，随着近年来中医药现代化进程的加快，科学研究的不断深入，将会出现采用耳穴治疗包括中风后便秘在内的慢病治疗的多中心随机对照研究。

## 参考文献

- [1]李桂萍.针灸治疗中风后便秘 42 例[J]. 山西中医,2009,25(12):34.
- [2]周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2007.2:249.
- [3]朱燕.从脾胃论治老年习惯性便秘[J].医学信息,2014,27(9):594.
- [4]范洪桥,杜俊毅.刍议从脾胃和肝肺气机升降论治便秘[J].中外医疗,2013,26:123-125.
- [5]张念娟,焉学华.中药治疗便秘 120 例[J].吉林中医药,2006,26(6):28.
- [6]崔伟辰.中药治疗便秘的体会[J].中医杂志,2005,46:255.
- [7]衡炳芳,姜秀蓉,刘佳彬.中药便秘汤治疗便秘 37 例疗效观察[J].四川中医,2004,22(2):40.
- [8]景建中,刘运磊.益气健脾法治疗老年习惯性便秘 150 例[J].陕西中医,2005.26(9):925.
- [9]吴菁,王 晶.血府逐瘀汤联合西药治疗老年性便秘 28 例[J].使用中医药杂志,2008.24(11):711.
- [10]黄庆伟.中药益气润肠方治疗中老年人气虚便秘临床观察[J].海南医学,2012,23(4):29-30.
- [11]肖泓,杨将领.加味归芍理中汤治疗老年气虚便秘 118 例临床观察[J].中国民族民间医药,2011,2(3):73-74.
- [12]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.
- [13]陈睿,王光义,孔婷婷.增液承气汤合补阳还五汤加减治疗中风便秘 86 例[J].国际中医中药杂志,2009,31(2):139.
- [14]胡志辉,高梅兰,张艳.化痰通腑法中药治疗急性期中风便秘的临床疗效分析[J].中国卫生产业,2012,31:169.
- [15]孙鹏,刘东.芪地通便汤治疗中风偏瘫病人气阴两虚型便秘临床研究[J].中医临床研究,2014,6(19):85-86.
- [16]曾全斌,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).
- [17]郭晓原,林学君.针灸治疗慢性传输型便秘 27 例[J].辽宁中医杂志,2007,34(6):

815-816.

[18]赵洁,唐纯志,于隽. 针灸治疗便秘的卫生经济学评价[J]. 针灸临床杂志,2013,29(4):4-6.

[19]杨秀丽,董璐,张长凯等. 慢传输型便秘 72 例针灸临床观察[J]. 辽宁中医杂志,2006,33(2):213.

[20]张丹,唐纯志. 针灸配合增液汤治疗阴虚型便秘临床观察[J]. 按摩与康复医学,2013,4(10):70-71.

[21]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.

[22]史江峰. 俞募原配穴针刺治疗中风后便秘临床观察[J]. 上海针灸杂志,2009,28(12):709-710.

[23]李桂萍. 针灸治疗中风后便秘 42 例[J]. 山西中医,2009,25(12):34.

[24]李琰琴. 上海针灸杂志头针配合腹针治疗中风化便秘 50 例[J]. 上海针灸杂志,2010(6):394.

[25]叶清景. 子午流注择时针法治疗中风后便秘疗效研究[J]. 光明中医,2013,28(10):2121-2122.

[26]孙忠人,曹焱. 足运感区临床应用举隅[J]. 上海针灸杂志, 2011 ,30(3):183-184.

[27]张亚娟,袁萍,东贵荣. 头针足运感区配合五脏俞治疗中风后便秘[J]. 针灸临床杂志,2008,24(1):20-21.

[28]赵颖. 头体针结合治疗缺血性脑卒中后便秘疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2010 ,29(7):436-437.

[29]孟丽娟,孟宪鹏. 头部足运感区针刺为主治疗脑卒中后尿便失禁[J]. 中国临床康复,2003,7(7):1184-1185.

[30]高激泳,彭建民,邓金梅. 针灸对功能性出口梗阻型便秘患者肛肠动力学的影响[J]. 海南医学,2010,21(11):105-106.

[31]孔菲,高亭. 针刺治疗中风后便秘 53 例[J]. 黑龙江医药,2011,24(6):976-977.

[32]刘未艾,吴清明,李向荣等. 电针治疗中风后便秘的疗效观察[J]. 针灸临床杂志,2008,24(9):17-18.

[33]吴文锋,黄凡,聂斌. 穴位埋线治疗中风后便秘疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2011,3

(4):225-226.

[34]曾姿霏,吴绍汉,曾科学等.腹针结合埋线治疗中风恢复期便秘临床观察[J].内蒙古中医药,2013,8:43-44.

[35]尹平,徐世芬,朱博畅等.穴位埋线治疗功能性便秘 51 例[J].河北中医,2012,34(4):563.

[36]苏永静,张振路,张小燕,等.卒中后 4 周内便秘的发生危险因素及其对预后的影响[J].中国神经精神疾病杂志,2006,32(4):300-305.

[37]汪曾炜,刘维永,张宝仁.手术学全集·心血管外科卷[M].北京:人民军医出版社.1995:10.

[38]王姣,曾新华,李莲莲.脑出血患者便秘及粪便嵌塞的相关因素及护理对策[J].中华现代护理杂志,2013,19(28):3506-3509.

[39]郑文玲,陈书盈,杨丽珍.冠心病患者便秘的原因分析及护理[J].中国误诊学杂志,2009,32(9): 7950.

[40]Semba,J.and Fuili,K.Effects of central neural regulation of motility of alimentary canals in dogs,in Integrative Control Functions of the Brain.V01.1.1978,267.

[41] Cannon,W.B.The movement of the stomach studied by means of the Rontgen Rays.Am.J.Physic,1988,1:360.

[42]罗琦,周福生,黄志新等.中风病痰热腑实证体表结肠电的观察[J].现代中西医结合杂志,2005,14(16):2129-2130.

[43]Dunnick JK,Hailey JR. Phenolphthalein exposure causes multiple carcinogenic effects in experimental model systems[J].Cancer Res,1996,56(21):4922-4926.

[44]Ford AC,Suares NC.Effect of laxatives and pharmacological therapies in chronic idiopathic constipation:systematic review and meta-analysis[J].Gut,2011,60(2):209-218.

[45]Quigley EM.Prucalopride:safety,efficacy and potential applications[J].Therap Adv Gastroenterol,2015,5(1):23-30.

[46]Thayalasekeran S,Ali H,Tsai HH. Novel therapies for constipation[J].World J Gastroenterol,2013,19(45):8247-8251.

- [47]张智龙,支沟穴在临床上的运用[J].山西中医药,1988,4(5):47.
- [48]连润.针刺支沟配合枳实消痞丸治疗功能性便秘35例[J].按摩与康复医学,2012,3(6):202.
- [49]万兴,袁于建.深刺天枢结合摩腹治疗功能性便秘的临床疗效观察[J].医学信息,2014,27(7):123-124.
- [50]周志燕,孟爱凤,刘腊根,等."新三管法"治疗食管-胃吻合口瘘患者的临床护理[J].临床护理杂志,2012,11(6):13-15.
- [51]柯玲玲.腹针疗法治疗习惯性便秘40例疗效观察[J].世界最新医学信息文摘,2013,13(5):369.
- [52]沈钊雄,姜敏."调气扶阳腹针"治疗老年性便秘的疗效观察[J].光明中医,2012,27(5):960-961.
- [53]陆少宗.全息生物医学理论与现代耳针疗法[M].山东:青岛出版社,2011,(1):52.
- [54]北京医学院基础部针麻原理研究形态组.切除神经节对家兔实验性胃溃疡耳廓皮肤电阻的影响[J].北京医学院学报,1975,(3):147.
- [55]李季,胡玲香.耳穴压丸加穴位敷贴治疗功能性便秘 67 例[J].辽宁中医杂志,2005,32(8):811.
- [56]徐秀菊.耳穴压豆治疗中风便秘 62 例体会[J].甘肃中医,2003,16(11):34.
- [57]王联庆,彭小菊,张锐.通便汤配合耳压治疗老年习惯性便秘[J].山东中医杂志,2005,24(10):631.
- [58]尹慧,秦黎虹.耳穴贴压治疗气虚血瘀型中风患者便秘的疗效观察[J].中医院临床杂志,2012,24(6):504-505.
- [59]李晋芳,虢周科,魏佳深.穴位贴敷合耳穴贴压治疗中风后便秘 35 例[J].广西中医药,2014,37(5):53-54.
- [60]高凤.生大黄灌肠配合耳穴埋籽治疗中风患者便秘的疗效观察[J].健康必读杂志,2013,10:395.
- [61]李有菊.中药配合耳穴贴压治疗中风患者便秘 50 例分析[J].中国误诊学杂志,2009,9(23).
- [62]董文君,胡三莲,钱燕等.麻仁丸配合腹部按摩在髋关节置换术后老年便秘患者

中的应用[J].现代临床护理,2011,10(6):48-49.

[63] 陈娟,阎纳新.麻仁润肠丸与果导片治疗老年人便秘的疗效比较[J].中国实验方剂学杂志,2010,16(5):250.

[64] 武双智.麻仁润肠丸治疗便秘的临床体会[J].中国卫生产业,2013,(4):178.



## 附表

## 便秘临床症状积分表

姓名：                  年龄：                  性别：                  病历号：                  编号：					
住院时间：                  记录时间：                  电话：					
便秘临床症状评分：					
项目	程度 1	程度 1	程度 1	治疗前	治疗后
首次排便时间	<4h	4-12h	>24h		
排便间隔时间	<24h	24-72h	>72h		
排便速度	<5min	5-10min	>10min		
排便形状	成形	干结	颗粒		
排便难度	不费力	用力	手抠		
便意	急	微弱	无		
<p>主症：首次排便时间、排便间隔时间、排便速度、排便性状、排便难度、便意，按其难易程度分别计分（程度 1=0 分、程度 2=2 分、程度 3=4 分）。</p> <p>兼症：出现 1 个症状者为 0.5 分，没有 0 分</p> <p>01_ 痛，②腹胀，③头晕，④乏力，⑤口苦，⑥心烦易怒，⑦食欲不振，⑧骶骨部疼痛。</p> <p>总分：_____分                                  首次排便时间：_____小时后</p>					

## 综述

### 针灸疗法对中风后便秘的研究进展

**摘要：**便秘是中风后常见的并发症之一，便秘与中风二者之间相互影响，容易形成恶性循环，可危及患者生命。近来针灸治疗中风后便秘报道较多，且有较好的临床疗效。本文对近些年针灸治疗卒中后便秘临床研究进行综述如下。

**关键词：**针灸；中风后便秘；综述

### Progress in study of acupuncture therapy on constipation after stroke

**Abstract：**Constipation is one of the common complications after stroke, the mutual influence between constipation and stroke two, creating a vicious cycle. It endanger a patient's life. Recently reported more of acupuncture treatment of constipation after stroke has good clinical curative effect. In this paper, acupuncture and moxibustion treatment of constipation after stroke were summarized as follows.

**Key words:** constipation after stroke ; acupuncture and moxibustion ; literature review

便秘是临床的常见病，指大便秘结不通，虽有便意，但是却排便不畅。便秘是卒中后多种并发症中最为常见的并发症之一<sup>[1]</sup>。因为卒中病人多为中老年人，脏腑功能减退，再因长期卧床、活动受限等因素很容易发生便秘。便秘严重影响了中风后病人的生活质量，也是诱发中风再发作的危险因素之一。因此对于中风后便秘的患者应该予以积极防治。笔者现将近十年的临床关于中风后便秘的研究作一综述。

### 1. 病因病机

便秘发生的主要原因有饮食不节、情志失调、外邪犯胃、禀赋不足等。病机主要是热结、气滞、寒凝及气血阴阳亏虚引起肠道传导失司所致。中风后便秘多因虚、火、痰所致，中风患者，由于久病虚衰，脾肺气虚，以致便秘，中风后便秘多为气虚便秘，气虚则无力推大肠传导，大肠传导功能失司，形成便秘。治疗

宜益气润肠通便；另一方面中风后患者易产生抑郁，忧思过度，或者久坐少动，致气机郁滞，肝失疏泄，腑失通利，大肠内气机通降失常，传导失司，糟粕内停，无法通畅下行，而致大便秘结；中风患者多老年人，年老体虚之人病后，气血两虚，气虚则大肠传化无力，血虚则津枯肠道失润，形成便秘。

## 2. 针灸疗法

### 2.1 毫针治疗

针灸的作用机制是通过疏通经络、协调阴阳的作用来达到人体生理的平衡，对治疗卒中后便秘具有较好的疗效。有研究表明，针灸是通过调节肠神经系(ENS)及脑肠肽对卒中后便秘起作用。任珍等<sup>[2]</sup>选择75例患者随机分为针刺组和中药组。针刺组取穴为天枢、气海、支沟、足三里等，采用调气通腑针刺法；中药组为生血通便颗粒。观察其便秘临床症状积分、疗效和不良反应发生情况。发现其临床症状积分均较前显著减少。针刺组较中药组疗效显著，坚持针刺治疗，其疗效会更好。魏爱翔等<sup>[3]</sup>将30例中风后便秘患者随机分为治疗组和对照组，各15例，治疗组为针刺疗法，取穴主要为天枢、中脘、支沟、太渊、下巨虚、太白。配穴：气秘加气海、行间；热秘加曲池、合谷；气血虚加胃俞、脾俞。对照组为软皂通便灌肠法。结果显示治疗组总有效率96.67%，对照组总有效率90.00%，两组疗效比较( $P < 0.05$ )，具有统计学意义。郑巧平<sup>[4]</sup>治疗中风后便秘40例，采用腹针、体针和头针结合的方法，腹针取双侧归来、外归来、左侧水道、大横、外水道、天枢，头针取双侧足运感区，辨证加减。治疗后发现总有效率为97.5%。表明此治疗方法对中风后便秘有确切的临床疗效。曾群<sup>[5]</sup>运用化痰通腑针法治疗中风后便秘患者55例，此法不但可以治疗便秘，而且可以降低中风患者的脑压，减小脑卒中的再发性，次法应中病即止，避免再伤正气。田晓芳等<sup>[6]</sup>将60例诊断为中风后便秘的患者随机分为治疗组和对照组，每组30例，治疗组采用针刺足运感区、天枢、归来、水道、外归来、外水道，并外接电针，治疗结束后，总有效率达到73.33%，两组疗效无显著性差异( $P > 0.05$ )。两组症状积分均较治疗前降低( $P < 0.05$ )，但治疗组症状积分比对照组低( $P < 0.05$ )。得出头针体针结合治疗中风后便秘是有效的治疗方法。马哲河等<sup>[7]</sup>将60例患者随机分为治疗组30例，对照组30例，治疗组采用速刺次髎配合常规针刺治疗，对照组采用单纯常规针刺治疗。治疗结束后，治疗组

总疗效明显优于对照组( $P < 0.05$ )。次髎乃足太阳膀胱经的穴位,其前方即为直肠,针刺次髎,可清下焦积滞、泻热宣畅,加强大肠传化的功能,从而达到治疗效果。叶清景<sup>[8]</sup>将90例诊断为中风后便秘的患者分为,治疗组46例,对照组44例。治疗组为子午流注择时针法,对照组为普通针法。结果治疗组疗效优于对照组。

## 2.2 灸法治疗

灸法是祖国医学的重要组成部分,有“灸治百病”之说,可见艾灸的重要性。艾灸可以调整脏腑经络组织机能,促进新陈代谢,提高机体免疫功能,尤其在预防保健及治疗慢性病、疑难病方面显示其独特优势。朱现民等<sup>[9]</sup>运用重灸中脘、天枢结合番泻叶治疗中风后便秘,与草药组、艾灸组对比观察临床疗效及出现的不良反应,发现重灸组疗效优于草药组和艾灸组,出现的副作用没有显著差异,但少于草药组和艾灸组,得出重灸法是治疗中风后便秘的良好方法。赵建玲,张波等<sup>[10]</sup>选取70例中风后便秘患者,将其随机分为治疗组和中药对照组,每组各35例,治疗组为热敏灸。治疗结束后观察期首次排便时间及近期疗效好转率,得出热敏灸是治疗中风后便秘的行之有效的办法。谢洪武,付勇<sup>[11]</sup>等认为中风后便秘是热敏灸优势病种,临床多年研究观察表明,热敏灸治疗便秘的疗效确切。热敏灸疗法能激发灸性经气感传,使经气达病所,起到调理脏腑、疏通经络的作用。吴玉敏等<sup>[12]</sup>将全部90例中风后便秘患者随机分为2组,治疗组为头针配合温针灸关元、天枢穴治疗,对照组为西药治疗,治疗结束后观察比较两组在排便次数、大便性状及排便困难程度上的改善情况,得出头针配合温针灸天枢、关元穴治疗是治疗中风后便秘的有效治疗方法。陈永锋等<sup>[13]</sup>治疗1例中风后便秘患者,灸其神阙、天枢、上巨墟,治疗结束后半小时,大便通。此法体现了中医的“塞因塞用”,卒中后便秘多属本虚标实,经辨证求本,运用塞因塞用可达到治疗效果。罗悦芹<sup>[14]</sup>治疗40例中风后便秘患者,运用艾灸联合腹部按摩的治疗后与对照组进行比较,结果发现对照组对中风后患者的便秘临床疗效显著。其主要取穴为天枢、神阙、足三里。艾灸联合腹部按摩,可改善胃肠道血液循环,增强胃肠道蠕动力,促进大便排出。

## 2.3 电针治疗

电针疗法选用疏密波,既可增强针感疏通经气,恢复神经的兴奋性,继续激

发机体潜在的自我调节功能，又可克服单一波易产生适应的缺点。尤阳<sup>[15]</sup>将 60 例患者分为药物对照组和电针治疗组各 30 例。治疗组为电针配合摩腹的方法，药物组为麻仁丸。治疗结束后发现电针治疗组总有效率为 93.33%，优于药物组。得出电针配合摩腹治疗中风后便秘效果甚好，值得临床推广。吴玉敏等<sup>[16]</sup>将 120 例诊断为中风后便秘的患者随机分为观察组、离子导入组、电针组及药物组，每组 30 例。观察组为电针深刺配合大承气汤离子导入天枢穴治疗；离子导入组为大承气汤离子导入天枢穴治疗；电针组为电针深刺天枢穴治疗；药物组采用口服乳果糖口服液。治疗结束后观察其排便次数、大便性状、排便困难程度的改善情况，得出电针深刺配合大承气汤离子导入天枢穴治疗中风后便秘疗效显著，副作用小。叶华韵<sup>[17]</sup>选择 42 例中风后便秘患者，随机分为治疗组和对照组各 22 例，治疗组为电针结合 Kegel 运动，对照组为苳蓉通便口服液。治疗结束后观察其临床症状及心理症状评分，结果治疗组有效率为 80%，对照组有效率为 59% 得出电针结合 Kegel 运动治疗中风急性期排便障碍疗效显著，值得推广。

## 2.4 其他疗法

蛋白埋线疗法是融合了多种效应、多种疗法的一种复合型治疗方法。它主要是通过调节机体功能，对相关穴位产生长时间的刺激，延长针感的时间，以加强穴位的功能。黄小丽等<sup>[18]</sup>将 66 例中风后便秘患者，随机分为对照组及治疗组，对照组为常规服用润肠通便药物，治疗组采用在对照组的基础上进行穴位按摩配合辨证饮食治疗。治疗结束后发现治疗组总有效率 93.33%，与对照组比较有显著性差异 ( $P < 0.05$ )。本法是中医内病外治原理的具体运用，具有疏经通络，调达脏腑润肠通便的作用。姚莉莉<sup>[19]</sup>将 72 例诊断为便秘的患者随机分为观察组 36 例和对照组 36 例，观察组为联合穴位按摩治疗，对患者的神阙、中脘、天枢、归来、水道、长强穴进行点按刺激，对照组采用西药酚酞片，治疗结束后观察比较其疗效，观察组优于对照组 ( $P < 0.05$ )，穴位按摩疗法可疏通经络、调整阴阳，阴平阳秘，达到治疗的目的，本法能够有效改善便秘患者症状，效果较好，值得推广使用。阿九会<sup>[20]</sup>运用中药敷脐治疗中风后便秘。脐即神阙穴，是经络的总枢，内联五脏六腑，渗透性强、敏感度高。通过药物刺激神阙穴，调和气血，疏通经络，以达到治疗目的，中药敷脐治疗中风后便秘有较好的疗效，为治疗中风后便秘提供有效辅助

手段。郭金颖<sup>[21]</sup>将70例便秘患者随机分为对照组35例，治疗组35例，对照组为“靳三针”穴位埋线法，其埋线取穴为关元、双天枢、双上巨虚，治疗组口服麻仁丸。治疗结束后观察两组疗效，结果对照组优于治疗组( $P<0.05$ )，得出“靳三针”穴位埋线法是治疗便秘的有效方法。吴文锋等<sup>[22]</sup>将60例诊断为卒中后便秘的患者随机分为对照组30例，治疗组30例，治疗组为穴位埋线法，取穴主要为双侧大肠俞、天枢及上巨虚；对照组予以普通针刺。治疗结束后观便秘症候评分及改良Rankin量表评分，两组均较治疗前显著降低，且治疗组降低更显著。穴位埋线疗法可提高中风后便秘患者的生活质量，是行之有效的治疗方法。张艳霞<sup>[23]</sup>运用中药贴敷神阙穴来治疗中风患者便秘，观察其疗效，得出神阙穴贴敷治疗中风后便秘患者具有明显疗效。神阙穴位于任脉上，是任脉的要穴，是人体的长寿大穴，乃经气的汇集之处，有调节各脏腑组织经脉的正常生理活动的作用，中药贴敷神阙穴促使胃肠蠕动，增强大肠传导力，使得大便排出。

### 3.问题与展望

随着经济的快速发展，人们生活水平的提高，压力的增大，生活方式的改变，使得中风患者的数量也在增加，而中风后便秘作为中风后的主要并发症，对人们的生活质量产生了巨大的影响。对于这些中风患者，应降低其危险因素，改善生活方式，提高生活质量，稳定血压，控制血糖等，减少中风的发生，对于中风后便秘患者应早期作出诊断，采用有效的治疗方法，减少便秘对卒中后康复的影响，以及其诱发卒中复发的可能性。

中风后便秘是中风后的并发症，其概念和诊断标准不够明确，需要建立中风后便秘的诊断标准，纳入标准等，对以后临床及实验室研究。针灸是治疗卒中后便秘的有效方法，临床上单纯运用针灸治疗中风后便秘的较少，大多数采用多种治疗方法治疗便秘，这样其作用机理就很难得到体现，有待我们深入研究其治疗方法的机制研究，使针灸治疗中风后便秘的疗效取得更进一步的提高，以便在临床工作中充分发挥针灸的特色优势，将更多的中医治疗方法用于卒中后便秘的治疗。

### 参考文献:

[1] Krogh K, Christensen P. Neurogenic colorectal and pelvic floor dysfunction[J]. Best Pract Res Clin Gastroenterol, 2009, 23 (4): 531-43.

- [2]任珍,吴清明,李丹丹,刘未艾,李向荣,林旭明.调气通腑针刺法治疗中风后便秘[J].中国针灸,2013,33(10):893-896.
- [3]魏爱翔,安玉兰.针刺治疗中风后便秘 30 例临床观察[J].世界中西医结合杂志,2011,6(10):890.
- [4]郑巧平.针刺治疗中风后便秘 40 例[J].浙江中医杂志,2012,47(12):905.
- [5]曾群.化痰通腑针刺法治疗中风后便秘 55 例临床分析[J].医学信息,2013,26(2):238-239.
- [6]田晓芳,王琪.头针体针结合治疗缺血性中风后便秘 30 例[J].广西中医药,2012,35(3):22-23.
- [7]马哲河,林广华.速刺次髎配合常规针刺治疗中风后便秘的临床研究[J].针灸临床杂志,2013,29(9):7-9.
- [8]叶清景.子午流注择时针法治疗中风后便秘疗效研究[J].光明中医,2013,28(10):2121-2122.
- [9]朱现民,陈煦.重灸结合番泻叶治疗中风后便秘的临床观察[J].黑龙江中医药,2010,(5):26-27.
- [10]赵建玲,张波,黄建华,陈日新.热敏灸治疗缺血性中风后便秘的临床观察[J].辽宁中医杂志,2010,37(6):1114-1115.
- [11]谢洪武,付勇,曾利元,陈日新,夏雷翔,黄蔚云,熊俊.热敏灸疗法优势病种——中风后便秘[J].第十六届中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会学术会议论文汇编,2013.
- [12]吴玉敏,吴雪梅,丁文涛,王卫东.头针配合温针灸天枢、关元穴治疗中风后便秘的临床观察[J].中国医药指南,2012,10(21):230-231.
- [13]陈永锋,屈少彬.艾灸法治疗中风后便秘即时起效1例浅析[J].中医外治杂志,2013,22(2):29.
- [14]罗悦芹.艾灸联合腹部按摩对中风患者便秘的疗效[J].光明中医,2013,28(11):2337-2338.
- [15]尤阳.电针为主配合摩腹治疗脑卒中后便秘的疗效观察[J].中国疗养医学,

2009,18(4):343-344.

[16]吴玉敏,吴雪梅,丁文涛,张博,马力.电针深刺配合离子导入天枢穴治疗中风后便秘临床观察[J].中国临床医生,2013,41(11):63-67.

[17]叶华韵.电针结合Kegel运动治疗中风急性期排便障碍的临床研究[D],南京,南京中医药大学,2011.

[18]黄小丽,陈晓娜.位按摩配合辨证饮食治疗中风后便秘33例[J].云南中医中药杂志,2013,34(7):48-49.

[19]姚莉莉.穴位按摩对中风后便秘的疗效观察[J].医学信息,2014,27(7):158.

[20]阿九会.中药敷脐治疗中风后便秘的60例临床观察[J].光明中医,2014,29(6):1225-1226.

[21]郭金颖.“靳三针”穴位埋线合新加黄龙汤治疗中风后气阴两虚型便秘35例[J].浙江中医杂志,2012,47(11):829.

[22]吴文锋,黄凡,聂斌.穴位埋线治疗中风后便秘疗效观察[J].上海针灸杂志,2011,30(4):225-226.

[23]张艳霞.神阙穴贴敷治疗中风患者便秘50例[J].光明中医,2012,27(10):2039-2040.



## 致 谢

岁月荏苒，三年硕士研究生学习时光转眼即逝。在硕士学位论文完成即将答辩之际，谨向三年来所有给予我教诲、支持和帮助的老师、同学及家人表示诚挚的谢意！

首先感谢我的导师储浩然教授，在课题开题、临床实施、临床总结、论文撰写过程中，导师不辞辛苦，精心指导，倾注大量心血，使得课题得以顺利完成，达到预期的目标。导师严谨求实的治学精神，渊博的学识，高尚的医德，勤奋敬业的工作态度，这些永远是学生学习的楷模。他所给予的，不仅是单纯研究及专业知识上的教导，更有人生观、价值观与待人处世的引领及教诲。这段难忘的经历将成为我的一笔宝贵的人生财富，借此向导师表示最衷心的感谢！

感谢针灸医院各科室老师对我的学习的帮助，感谢我的同门李难与丁凤，师兄师姐师弟师妹们，感谢在学业上的切磋与合作以及生活上的关照和照顾！感谢针灸医院足球队的老师及兄弟们，感谢与你们一起奋战的日子。

三年的研究生生活，我的家人是我最坚实的后盾，再次表达我最诚挚的谢意。

最后向所有参加论文答辩的专家表示衷心的感谢！

## 个人简介

### 1.基本信息

张彪，男，汉族，1988年03月出生，安徽省庐江县人。

2007年9月－2012年7月 安徽中医学院针灸推拿专业。

2012年9月－2015年6月 安徽中医药大学攻读针灸推拿专业硕士研究生学位。

### 2.攻读硕士学位期间发表学术论文

针灸疗法对中风后便秘的研究进展，第一作者，云南中医中药杂志，2015年03月，第27卷，第3期，414-417。