

脏腑疾病推拿在预防骨科术后卧床患者便秘发生的研究

陈慧芬 毛时旺 陈桂伟 王 艳

浙江省丽水市景宁畲族自治县人民医院 浙江 丽水 323500

摘要: **目的:** 探讨脏腑疾病推拿干预预防骨科术后长期卧床患者便秘的效果。**方法:** 选取2025年1月至2025年12月景宁畲族自治县人民医院骨科120例预计卧床 ≥ 7 天的成年患者, 随机分为观察组和对照组各60例。对照组常规护理; 观察组在此基础上, 术后24小时生命体征平稳后, 每日两次、每次20分钟脏腑推拿至术后第7天或可下床活动。观察便秘发生率、首次排便时间等指标。**结果:** 观察组便秘发生率(15.0%)显著低于对照组(40.0%) ($P < 0.01$), 首次排便时间更早, Wexner便秘评分更低, 肠道传输时间更短, 患者满意度更高 ($P < 0.01$), 均未发生严重不良事件。**结论:** 脏腑疾病推拿安全有效, 可预防骨科术后卧床患者便秘, 促进肠道功能恢复, 值得推广。

关键词: 脏腑推拿; 骨科手术; 术后便秘; 卧床患者; 预防; 肠道功能

引言

骨科手术常因创伤大、疼痛剧烈等要求患者术后早期严格卧床, 虽利于手术部位愈合, 却易引发功能性便秘, 严重影响患者康复进程与生活质量。术后便秘的发生是生理、行为与心理多因素共同作用的结果, 生理上麻醉药物抑制肠蠕动、手术创伤引发应激反应、卧床使排便动力不足; 行为与心理上患者主动抑制便意、不适应床上排便、饮食结构改变等。目前临床以药物干预为主, 但存在电解质紊乱、肠道功能依赖、副作用大等弊端。中医学将便秘与多个脏腑功能失调相关, 脏腑疾病推拿作为中医外治法, 强调“整体观念”和“辨证施治”, 通过特定手法多靶点、整体性调节契合术后便秘复杂病机^[1]。本研究旨在构建标准化推拿干预方案, 评价其有效性与安全性, 为中医思想融入现代外科理念提供依据, 为临床提供非药物便秘预防工具。

1 对象与方法

1.1 研究对象

本研究采用前瞻性、单中心、平行随机对照设计。研究对象来源于2025年1月至2025年12月期间, 在景宁畲族自治县人民医院骨科住院并计划接受择期手术的患者。

1.1.1 纳入标准

年龄18-100岁; 诊断明确, 需行骨科手术(如全髋/膝关节置换术、腰椎融合术、股骨颈/粗隆间骨折内固定术等); 预计术后需绝对卧床时间 ≥ 7 天; 术前无器质性肠道疾病(如肠梗阻、炎症性肠病、结直肠肿瘤等); 术前无习惯性便秘(根据罗马IV标准定义); 自愿参与本研究并签署知情同意书。

1.1.2 排除标准

合并严重心、肝、肾功能不全(NYHA心功能III-IV

级, Child-PughC级, eGFR < 30 ml/min/1.73m²); 存在凝血功能障碍或正在使用抗凝药物(INR > 3.0); 皮肤破损、感染或有出血倾向的部位位于推拿操作区域; 无法配合完成研究随访; 妊娠或哺乳期妇女。

1.1.3 分组方法

符合纳入标准的120例患者, 在完成基线资料收集后, 采用计算机生成的随机数字表法进行1:1分配, 分为观察组和对照组, 各60例。为保证分配隐藏, 由一名不参与患者招募和干预实施的研究协调员负责执行分组, 并将分组信息密封于不透光信封中。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组

对照组患者接受骨科围手术期常规护理, 包括: (1) 健康教育: 向患者及家属讲解术后便秘的原因、危害及预防措施。(2) 饮食指导: 鼓励术后早期(通常在肠鸣音恢复后)进食富含膳食纤维的食物(如蔬菜、水果泥)和充足的水分(除非有禁忌)。(3) 活动指导: 在医生允许范围内, 指导患者进行床上踝泵运动、股四头肌收缩等被动或主动活动。(4) 药物预防: 遵医嘱使用常规止痛药, 若出现便秘症状, 则按常规流程给予乳果糖口服液等药物处理。

1.2.2 观察组

观察组在对照组所有措施的基础上, 额外接受由经过统一培训并考核合格的资深中医护理师实施的脏腑疾病推拿干预。术后24小时内, 待患者生命体征平稳、麻醉清醒、无恶心呕吐等不适后开始。每日2次(上午9:00-10:00, 下午15:00-16:00), 每次20分钟, 连续干预至术后第7天或患者可根据医嘱下床活动为止。干预方案(标准化操作流程)为: (1) 准备阶段: 关闭门窗, 调节

室温至24-26℃，保护患者隐私。协助患者取仰卧位，充分暴露腹部，其余部位注意保暖。操作者修剪指甲，洗净双手，涂抹适量冬青膏作为介质。（2）腹部操作（核心，约12分钟）：一是摩腹：以掌心置于患者脐部（神阙穴），顺时针方向做环形摩动，由轻到重，由慢到快，范围逐渐扩大至上腹（中脘）、下腹（关元）及两侧（天枢），持续5分钟。此法旨在宽胸理气、消积导滞^[2]。二是揉腹：用拇指指腹或大鱼际着力，分别点揉中脘、天枢（双侧）、关元、气海等穴位，每穴1-2分钟，力度以患者感觉酸胀为度。旨在健脾和胃、通调腑气。三是推腹：用全掌沿结肠解剖走向（升结肠→横结肠→降结肠）进行推法，反复操作3-5遍。旨在直接促进肠内容物下行。（3）背部操作（辅助，约6分钟）：一是按揉背俞穴：患者取侧卧位或俯卧位（视手术部位而定，确保安全舒适），操作者用拇指指腹依次按揉肺俞、脾俞、胃俞、大肠俞、肾俞（双侧），每穴1分钟。旨在调理相应脏腑功能。二是擦命门：用手掌小鱼际沿督脉自上而下直擦命门穴区域，以透热为度。旨在温补肾阳。（4）结束阶段：轻轻抚摩腹部片刻，协助患者整理衣物，询问感受。

1.3 观察指标与评价方法

1.3.1 主要结局指标

便秘发生率：根据《中药新药临床研究指导原则》中便秘的诊断标准，在干预期间（术后1-7天）内，患者出现以下任意两项即判定为便秘：（1）排便次数每周少于3次；（2）排便费力（需手法辅助或非常用力）；（3）排出粪便为硬块或干球状；（4）有排便不尽感。

1.3.2 次要结局指标

（1）首次排便时间：从手术结束到患者第一次成功排出成型或软便的时间（以小时计，后换算为天）。（2）排便困难程度：采用国际通用的Wexner便秘评分量表进行评估。该量表包含5个维度（排便频率、排便费力程度、排便不尽感、肛门堵塞感、是否需要手法辅助），总分0-20分，分数越高表示便秘越严重。于术后第7天进行评估。（3）肠道传输时间（GITT）：于术后第3天清晨空腹状态下，让患者一次性吞服20颗不透X线的标记物。分别于24、48、72小时后拍摄腹部X光片，计算标记物的排出率，并根据公式计算平均肠道传输时间。这是评估结肠动力的客观金标准^[3]。（4）患者满意度：采用自制的满意度调查问卷（Cronbach's $\alpha = 0.87$ ），包含对干预舒适度、有效性、服务态度等方面的评价，总分100分。（5）安全性指标：记录干预过程中及干预后是否出现皮肤破损、瘀斑、疼痛加剧、切口渗血等不良反应。

1.4 统计学方法

采用SPSS26.0软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采用独立样本t检验；计数资料以频数和百分比（%）表示，组间比较采用 χ^2 检验或Fisher确切概率法。等级资料采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者基线资料比较

本研究共纳入120例患者，观察组与对照组各60例。干预期间，观察组有2例因提前下床活动退出，对照组有1例因个人原因退出，最终完成研究者共117例（观察组58例，对照组59例）。两组患者在性别、年龄、BMI、手术类型、麻醉方式、术前排便习惯等基线资料方面比较，差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

表1 两组患者基线资料比较（ $\bar{x} \pm s$ 或 $n(\%)$ ）

变量	观察组 (n = 58)	对照组 (n = 59)	t/ χ^2 值	P值
年龄(岁)	65.3±10.2	66.8±9.7	0.82	0.415
性别(男/女)	28/30	31/28	0.31	0.578
BMI(kg/m ²)	24.1±2.8	23.9±3.0	0.38	0.705
手术类型(THA/ TKA/Spine/Fracture)	15/18/14/11	16/17/15/11	0.12	0.989
麻醉方式(全麻/椎 管内)	32/26	35/24	0.35	0.554
术前每周排便次数	5.2±1.5	5.0±1.6	0.71	0.480

注：THA：全髋关节置换术；TKA：全膝关节置换术。

2.2 主要结局指标结果

干预结束后，观察组便秘发生率显著低于对照组，差异具有高度统计学意义（ $P < 0.01$ ）。

表2 两组患者便秘发生率比较[n(%)]

组别	例数(n)	便秘发生 例数	便秘发生率 (%)	χ^2 值	P值
观察组	60	9	15.0	10.24	< 0.01
对照组	60	24	40.0		

2.3 次要结局指标结果

脏腑推拿干预在首次排便时间、排便困难程度、肠道传输功能及患者满意度等方面均显示出显著优势。

表3 两组患者次要结局指标比较($\bar{x} \pm s$)

评价指标	观察组 (n = 60)	对照组 (n = 60)	t值	P值
首次排便时间(天)	2.8±0.9	4.5±1.2	8.92	< 0.01
Wexner便秘评分(分)	5.2±1.8	8.7±2.5	9.15	< 0.01
肠道传输时间GITT(小时)	28.5±5.3	42.1±7.8	11.03	< 0.01
患者满意度评分(分)	92.5±5.3	78.2±8.6	11.28	< 0.01

3 讨论

3.1 脏腑推拿预防便秘的有效性分析

本研究结果清晰地表明,脏腑疾病推拿能显著降低骨科术后卧床患者的便秘发生率,并在多个维度上改善其肠道功能。这一发现与中医理论高度吻合。推拿手法通过物理刺激,一方面直接作用于腹部,增强了肠壁平滑肌的收缩力,促进了肠蠕动和肠内容物的推进;另一方面,通过对背俞穴及腹部募穴的刺激,实现了对脾胃、肺、肾等脏腑功能的整体调节。例如,足三里是足阳明胃经的合穴,被誉为“长寿穴”,现代研究证实其具有双向调节胃肠功能的作用;天枢为大肠之募穴,是腑气汇聚之处,刺激此穴可直接通调大肠腑气。这种“内外兼治、标本兼顾”的模式,有效打破了术后便秘的恶性循环。值得注意的是,本研究采用了客观的GITT作为评价指标,结果显示观察组的肠道传输时间明显缩短。这为推拿的有效性提供了强有力的生理学证据,超越了仅依靠主观症状报告的局限性,使其结论更具说服力。

3.2 临床应用价值与推广前景

脏腑推拿作为一种非侵入性、低成本的干预措施,具有极高的临床应用价值。它易于被护士掌握和执行,可以无缝整合到现有的骨科护理工作流程中。更重要的是,它极大地提升了患者的主观体验和满意度。在本研究中,许多患者反馈推拿过程舒适放松,不仅缓解了便秘,还减轻了术后的焦虑和疼痛感。这种身心同治的效果,正是快速康复外科(ERAS)理念所倡导的^[4]。因此,将脏腑推拿纳入骨科术后常规护理路径,有望成为预防便秘、加速康复的一项标准化举措。

3.3 研究局限性与未来展望

本研究亦存在一定局限性。首先,为单中心研究,样本代表性有待于多中心、大样本研究进一步验证。其次,由于干预性质特殊,未能对患者和操作人员实施盲

法,可能存在一定的偏倚。未来研究可考虑引入假推拿(如轻触)作为安慰剂对照。再者,本研究仅观察了短期(7天)效果,脏腑推拿对患者远期排便习惯及生活质量的影响仍有待追踪。最后,推拿方案的个体化(如根据患者体质、证型调整手法)是未来值得深入探索的方向。

4 结语

本研究通过严谨的随机对照试验证实,以中医脏腑理论为指导的推拿干预方案,能够安全、有效地预防骨科术后长期卧床患者的便秘发生。该方案不仅能显著降低便秘发生率,还能促进肠道功能早期恢复,改善患者排便体验,提高其满意度。鉴于其操作简便、成本低廉、无药物副作用等突出优势,强烈建议将脏腑疾病推拿作为一项常规非药物干预措施,纳入骨科围手术期护理的标准化流程中,以期为患者提供更优质、更人性化的康复服务,助力快速康复外科理念的全面落地。

参考文献

- [1] 龚一,孙丹.低频超声导药仪联合推拿疗法治疗骨科患者术后便秘的疗效观察[J].医疗装备,2024,37(05):82-84.
- [2] 阿迪拉·塔依尔,哈尼克孜·努尔买买提,林兵.脏腑推拿促进消化功能紊乱患者胃肠动力与心理状态协同改善的临床探讨[C]//中国智慧工程研究会.2025信息化背景下的健康管理经验交流会论文集.新疆维吾尔自治区第二人民医院,;2025:766-768.
- [3] 宁静.脏腑推拿治疗气滞型功能性便秘伴焦虑状态的临床疗效评价[D].天津中医药大学,2025.DOI:10.27368/d.cnki.gtzyy.2025.000031.
- [4] 李晶磊,谢丹丹,沈潜,等.基于“脏腑气机升降”理论探讨振腹推拿治疗慢性功能性便秘[J].环球中医药,2021,14(12):2157-2160.