

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2024.04.017

· 护理园地 ·

# 中药穴位贴敷联合膳食干预对输尿管结石术后便秘的预防作用

周 岚

宜兴市中医医院肾外科,江苏无锡 214299

**摘要** **目的** 观察中药穴位贴敷联合膳食干预对输尿管结石术后便秘的预防作用。**方法** 选取 2023 年 1 月—2024 年 1 月本院收治的 98 例输尿管结石患者,根据随机数字表法随机分为试验组和对照组,每组 49 例。2 组患者均接受输尿管镜碎石取石手术治疗,对照组术后予以膳食干预,试验组在对照组膳食干预基础上联合中药穴位贴敷。比较 2 组患者术后大便情况、粪便性状及术后便秘发生情况。**结果** 试验组术后首次大便时间、大便间隔时间明显短于对照组( $P<0.05$ ),术后 7 d 内大便次数明显多于对照组( $P<0.05$ )。术后 3 d、术后 7 d 试验组 Bristol 粪便性状量表(Bristol stool form scale, BSFS)评分明显高于对照组( $P<0.05$ )。试验组术后便秘发生率为 6.12%,明显低于对照组的 20.41% ( $P<0.05$ )。**结论** 中药穴位贴敷联合膳食干预可有效促进输尿管结石患者术后排便,改善患者术后大便性状,减少术后便秘的发生。

**关键词** 输尿管结石;术后便秘;中药穴位贴敷;膳食干预

**中图分类号** R473.6;R699.4 **文献标志码** A

输尿管结石是临床上较为常见的泌尿系统疾病,一般是因肾脏内结石沉降所致,可引发腰背部间歇性绞痛及尿痛、血尿等症状,对患者健康及正常工作、生活有较大影响。目前经尿道输尿管镜钬激光碎石取石手术是治疗该病的主要手段之一,但患者由于受到手术刺激、麻醉药物副作用、卧床时间增加及饮食不当等因素影响,肠道蠕动减缓,易出现术后便秘,不仅影响康复进程,延长患者住院时间,增加医疗成本,且可能引发其他并发症。因此在临床护理中,有必要采取有效干预措施,预防便秘发生。膳食干预是临床常用的护理方法,其根据患者生理状况,通过合理的饮食安排,在满足机体营养需求同时,可起到便秘预防或缓解作用<sup>[1]</sup>。有学者<sup>[2-3]</sup>指出,科学的中医护理在便秘预防方面可取得确切效果。中药穴位贴敷作为一种安全、无痛、简便的中医特色护理手段,可从多机制增强肠蠕动、促进排便。本研究将中药穴位贴敷与膳食干预联合应用于输尿管结石患者的术后护理中,以期术后便秘的预防提供更多指导,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2023 年 1 月—2024 年 1 月本院收治的 98

例输尿管结石患者,根据随机数字表法随机分为试验组和对照组,每组 49 例。对照组,男性 39 例,女性 10 例;年龄( $43.85 \pm 10.24$ )岁,年龄范围为 23~70 岁;结石最长径( $11.27 \pm 2.18$ )mm,结石最长径范围为 6~15 mm;结石位置位于输尿管中下段 35 例,输尿管上段 14 例;体重指数( $23.08 \pm 1.76$ ) $\text{kg}/\text{m}^2$ ,体重指数范围为 21~29  $\text{kg}/\text{m}^2$ 。试验组,男性 37 例,女性 12 例;年龄( $44.13 \pm 10.72$ )岁,年龄范围为 20~69 岁;结石最长径( $10.98 \pm 2.12$ )mm,结石最长径范围为 6~14 mm;结石位置位于输尿管中下段 33 例,输尿管上段 16 例;体重指数( $22.75 \pm 1.69$ ) $\text{kg}/\text{m}^2$ ,体重指数范围为 20~28  $\text{kg}/\text{m}^2$ 。2 组患者一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

### 1.2 纳入及排除标准

**纳入标准:**符合输尿管结石诊断标准<sup>[4]</sup>且经影像学检查确诊;单侧结石;手术指征明确;20≤年龄≤70 岁;接受经尿道输尿管镜钬激光碎石取石手术治疗;精神、智力、视听功能均正常;签署知情同意书;通过医院医学伦理委员会审批。

**排除标准:**输尿管畸形;既往有输尿管手术史;存在皮肤创伤或皮肤疾病;伴有活动性传染病;孕期、哺乳期女性;对大黄、薄荷油有过敏史;术前伴有消化系

统疾病;伴有恶性肿瘤。

### 1.3 干预方法

2 组患者术后均实施常规护理,包括生命体征监测、妥善的导尿管管理、输尿管结石相关知识及术后便秘相关知识的健康宣教、指导用药、协助患者适当下床活动、对产生焦虑、恐惧等负性情绪的患者实施心理疏导等。

对照组在上述护理基础上,予以术后膳食干预。在满足每日所需能量及营养素的前提下,饮食以清淡、均衡、易消化为原则。增加富含膳食纤维的食物,如全谷物类、青菜、木耳、火龙果、杏仁等。增加水分摄入,保障每日 2000 mL 左右的饮水量,食用含水量较高的新鲜蔬果,如黄瓜、西瓜,通淋利湿。可在食物中适当增加具有肠道润滑作用的蜂蜜、鱼油等,选择易于消化的优质蛋白质,如豆类、鱼类,饮用含有益生菌的奶制品。禁止食用辛辣、肥腻、刺激食物,烹饪方式以蒸、炖、煮为主,避免煎、炸、烤。饮食定时定量,避免过度节食或暴饮暴食。

试验组术后膳食干预方法与对照组一致,并在术后当日开始实施中药穴位贴敷。取 120 g 大黄粉碎后过 600 目筛,加薄荷油调为膏状,并制备为若干药丸(每丸直径 2 cm)。贴敷穴位为神阙穴、天枢穴(双侧)、大横穴(双侧),清洁穴位周围皮肤,取 1 药丸放于一次性使用无菌敷贴中央,对准穴位皮肤适当按压,确保贴敷牢固,4 h 后取下。每日贴敷 1 次,共贴敷 7 d;若患者住院时间不满 7 d,由护理人员开展出院前指导,确保患者能在院外自行贴敷。

### 1.4 观察指标

记录 2 组患者术后大便情况,包括术后首次大便时间、大便间隔时间、术后 7 d 内大便次数。对于住院时间不满 7 d 患者,通过电话随访了解其每日大便情况。

采用 Bristol 粪便性状量表(Bristol stool form scale,BSFS)<sup>[5]</sup>对 2 组患者术前、术后 3 d、术后 7 d 粪便性状予以评估并赋分:不含有固体的水样便,计 7 分;粥样便,无固定外形,计 6 分;部分边缘不平滑的半固体便,质地柔软,计 5 分;表面光滑的香蕉状便,质地较软,计 4 分;黏合较紧,且表面布有裂痕的香肠状便,质地偏硬,计 3 分;多小块黏合的腊肠状便,质地较硬,计 2 分;散在小块样坚硬粪便,一般无法自行排出,计 1 分。

比较 2 组患者术后便秘发生情况。参考相关指南<sup>[6]</sup>对术后便秘情况予以判断:轻度便秘 每隔 2~3 d 大便 1 次,存在排便不畅情况,粪便性状偏硬;中度便秘 每隔 4~5 d 大便 1 次,排便费力,有不尽感,粪

便性状硬结;重度便秘 排便间隔时间至少 6 d,排便困难或几乎无法排出,粪便呈散在坚硬小块。便秘总发生率=[(轻度便秘+中度便秘+重度便秘)例数/总例数]×100%。

### 1.5 统计学分析

采用 SPSS 22.0 统计软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,组内比较采用配对 *t* 检验,组间比较采用成组 *t* 检验;计数资料以率(%)表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验;以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 术后大便情况比较

试验组术后首次大便时间、大便间隔时间明显短于对照组( $P < 0.05$ ),术后 7 d 内大便次数明显多于对照组( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 2 组患者术后大便情况比较( $n=49, \bar{x} \pm s$ )

组别	术后首次大便时间(d)	大便间隔时间(d)	术后 7 d 内大便次数(次)
对照组	2.14±0.31	2.78±0.42	2.91±0.53
试验组	1.93±0.25 <sup>△</sup>	2.46±0.37 <sup>△</sup>	3.26±0.58 <sup>△</sup>

与对照组比较<sup>△</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 粪便性状比较

2 组术前 BSFS 评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。术后 3 d、术后 7 d 试验组 BSFS 评分明显高于对照组( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 2 组患者 BSFS 评分比较( $n=49, \text{分}, \bar{x} \pm s$ )

组别	术前	术后 3 d	术后 7 d
对照组	4.02±0.45	3.44±0.39	3.51±0.43
试验组	3.96±0.42	3.78±0.41 <sup>△</sup>	3.85±0.47 <sup>△</sup>

与对照组比较<sup>△</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.3 便秘发生情况比较

试验组术后便秘发生率为 6.12%(3/49),明显低于对照组的 20.41%(10/49)( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 2 组患者术后便秘发生率比较( $n=49, \text{例}, \%$ )

组别	轻度便秘	中度便秘	重度便秘	总发生率
对照组	6	3	1	10(20.41)
试验组	2	1	0	3(6.12) <sup>△</sup>

与对照组比较<sup>△</sup> $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

研究<sup>[7-8]</sup>指出,便秘发生与饮食有密切关联,给予合理的饮食安排有助于预防便秘。因此,本研究对输尿管结石术后患者实施膳食干预,通过增加膳食纤维及益生菌摄入,可改善肠道微环境、促进肠蠕动;适当

增加饮水量,给予蜂蜜等食物,可保持肠道润滑程度;避免不良烹饪方式及饮食习惯,可减少肠道刺激与负担。

近年来,中医护理方法在临床中受到广泛青睐,有报道<sup>[9-10]</sup>发现,穴位贴敷在预防便秘方面具有确切效果。中药穴位贴敷能同时发挥药理作用及经络穴位刺激作用,且操作简便,经济安全,无痛无创,患者接受度高。本研究穴位贴敷所用中药为大黄,该药苦寒沉降,入大肠经、胃经,乃泻下良药,具有清泄通利、消积通便、逐瘀通经之效,对于腹胀积滞、实热便秘有确切治疗作用。《神农本草经》中记载大黄可“破癥瘕积聚,留饮宿食,荡涤肠胃,推陈致新,通利水谷,调中化食,安和五脏”。现代药理学研究<sup>[11]</sup>发现,大黄中所含蒽醌类及大黄酸成分能通过刺激肠壁神经及肠黏膜,增强肠蠕动,同时还能抑制肠道内水分吸收,保持肠道湿润;大黄酸蒽醌物质可发挥胆碱样效应,对平滑肌细胞 M 胆碱受体产生兴奋作用,从而促进肠蠕动。辅以薄荷油,可疏风散热,且具有促透作用,能加快药物渗透。贴敷穴位为神阙穴、天枢穴、大横穴,其中神阙穴为任脉要穴,具有健运脾胃之效,其位于肚脐中央,该位置软组织较薄,贴敷时药物成分渗透更快。天枢穴属足阳明胃经,为大肠之募穴,可使清气达胃府,转浊气通肠部,产生理气行滞、调理脏腑效应。大横穴属足太阴脾经,能运转脾经水湿,达到健脾和胃、通调腑气之目的。

本研究结果显示,试验组术后首次大便时间、大便间隔时间明显短于对照组,术后 7 d 内大便次数明显多于对照组;表明中药穴位贴敷联合膳食干预可有效促进输尿管结石患者术后排便。BSFS 评分是临床用于评估肠道功能及粪便性状的重要工具。本研究结果显示,术后 3 d、术后 7 d 试验组 BSFS 评分明显高于对照组;表明中药穴位贴敷联合膳食干预可有效改善输尿管结石患者术后大便性状。试验组术后便秘发生率明显低于对照组,表明中药穴位贴敷联合膳食干预可有效减少术后便秘的发生。

综上所述,中药穴位贴敷联合膳食干预可有效促进输尿管结石患者术后排便,改善患者术后大便性状,减少术后便秘的发生。

### 参 考 文 献

- [1] 朱正菊,陈燕,邹丽,等. 膳食护理对脑出血患者术后便秘的预防研究[J]. 食品安全质量检测学报, 2019, 10(3): 769-773.
- [2] 戴红,马小琴,傅根莲. 中医护理技术在老年便秘患者中的应用现状及热点分析[J]. 中华现代护理杂志, 2018, 24(9): 1046-1051.
- [3] 张君. 中医护理方案在习惯性便秘患者临床护理中的应用效果[J]. 中国药物与临床, 2019, 19(2): 344-346.
- [4] 杨勇,李虹. 泌尿外科学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 2015: 2162.
- [5] Wojtyniak K, Szajewska H, Dziechciarz P. Translation to Polish, cross-cultural adaptation, and validation of the Bristol Stool Form Scale among healthcare professionals and patients[J]. *Prz Gastroenterol*, 2018, 13(1): 35-39.
- [6] 中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会消化病学分会,等. 慢性便秘基层诊疗指南(2019 年)[J]. 中华全科医师杂志, 2020, 19(12): 1100-1107.
- [7] 曾兴琳,杨向东,杨桃,等. 便秘临床分型与病因分类探讨[J]. 中华胃肠外科杂志, 2022, 25(12): 1120-1125.
- [8] 刘瑜,王慧静,王蜜源,等. 功能性便秘患者的饮食因素分析[J]. 中国临床保健杂志, 2023, 26(3): 359-362.
- [9] 龚琳,姚建媛. 穴位敷贴联合穴位按摩预防神经外科患者便秘的效果[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(14): 2558-2563.
- [10] 方淑贞. 中药穴位敷贴预防慢性心力衰竭阳虚型患者便秘的疗效观察[J]. 中国中医药科技, 2019, 26(4): 605-606.
- [11] 王玉,杨雪,夏鹏飞,等. 大黄化学成分、药理作用研究进展及质量标志物的预测分析[J]. 中草药, 2019, 50(19): 4821-4837.

(收稿日期:2024-04-19)