

中西医结合早期护理干预在神经外科住院便秘患者中的应用

秦佳 胡慧 刘婷 姜琼 舒诗琴

监利市人民医院神经外科

摘要 目的: 探讨中西医结合早期护理干预在神经外科住院便秘患者中的应用。**方法:** 选取监利市人民医院神经外科 2025 年 1 月-2025 年 7 月神经外科便秘患者 160 例为研究对象, 采用简单随机方法对照组 80 例、干预组 80 例, 对照组采用神经外科颅脑损伤常规护理措施, 干预组在护理基础上采用中西医护理措施有针对性对颅脑损伤住院便秘患者进行护理干预、分析两组护理后便秘发生情况、护理前后生活质量评分以及护理满意度。**结果:** 干预组护理后便秘发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。两组护理后生活质量评分较护理前提高, 且观察组高于对照组 ($P < 0.05$) 干预组护理满意度高于对照组 ($P < 0.05$)。**结论:** 采用中西医结合护理干预对神经外科住院便秘患者, 可降低患者便秘发生率, 提高便秘患者生活质量及住院患者护理满意度。

关键词: 中西医结合; 神经外科 ; 便秘

神经外科病人便秘的发生风险显著增加, 这是多重因素共同作用的结果: 疾病本身引起的脑肠轴功能障碍、脱水药物对肠道水分吸收的抑制, 以及各种原因导致禁食时间过长或营养摄入不足, 便秘发生率上升和长期卧床、活动减少造成的胃肠蠕动减弱^[1-2]。便秘是颅脑损伤的常见并发症之一, 属于消化系统疾病, 其

主要症状包括排便困难、排便次数减少和粪便干硬^[3], 据报道 神经系统疾病病人便秘的发生率为 30%~60%^[4], 当患者出现排便困难或无法自行排便时, 用力排便会升高颅内压, 加重颅脑损伤症状, 严重时可能危及生命^[5]。老年患者面临的风险尤为显著, 其便秘问题会扰乱糖脂代谢, 加速动脉粥样硬化进程, 甚至可能

诱发心源性猝死[6],我科采用中西医结合早期护理干预在神经外科住院便秘患者中取得了较好的效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究选取监利市人民医院神经外科 2025 年 1 月至 7 月收治的 160 例便秘住院患者为研究对象,其中男性 83 例,女性 77 例,年龄范围 38~87 岁。采用随机分组法将患者分为对照组与干预组(各 80 例)。两组在性别、年龄、便秘病程等基线资料上差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:1、神经外科住院便秘患者,便秘是指正常的排便形态发生变化,排便频次降低,粪便过硬、过干,且排便困难、不通畅^[3]。患者连续 3 天未解大便或一周排便次数小于 3 次为该研究的便秘病例患者。2、住院天数 >3 d。排除标准:入院有失语、气管切开、气管插管、眼部疾病、肢体偏瘫的昏迷患者;肠道器质性疾病患者。

1.3 干预方法 对照组实施神经外科颅脑损伤常规护理,包括密切监测生命体征,并行针对性饮食护理、体位管理及气道维护,干预周期为 1 个月。干预组在对照组的基础上观察组在对照组基础上,采用中西医护理措施有针对性对颅脑损伤患者便秘进行护理干预。成立以护士长为组长、成员包括 2 名 N3 级主管护师和 2 名 N2 级护师(共 4 人)的质量管理小组。该小组首先收集符合条件相关病例患者的便秘发生情况数据,继而以“便秘”等关键词在知网、维普、万方、SCI 等数据库中检索文献。在评估所收集资料(包括病例数据和文献)的实用性及可靠性后,小组将分析并提出关于如何有效防治便秘发生的具体问题。基于此分析,小组将制定新的护理干预方式,并推进护理质量的持续改进。具体方法如下:(1)风险评估:责任护士对新入院(包括 ICU 转入)患者进行评估,团队基于文献检索引入三项评估工具:便秘风险评估工具^[7]:涵盖年龄、意识状态、致便秘药物使用、肢体活动度、饮食结构、卧床时长、便秘史及预防知识掌握度共 8 项指标。评分范围 0-32 分, ≥ 17 分判定为高风险,分值越高提示便秘风险越大。便秘症状评估量表(Constitution Assessment Scale, CAS)^[8]:含 8 个条目,采用 Likert 3 级评分(0-2 分)。总分越高表明症状越严重,主要用于评估患者近 7 日便秘情况。Bristol 大便分类法^[9]:按性状将粪便分为 7 型:1-2 型:提示便秘 3-4 型:理想便型(4 型最易排出)5-7 型:提示腹泻(新生儿正常为 6 型)实施流程:① 将入院便秘风险评估纳入科室常规工作;② 护士长每周核查评估记录,对存在问题予以反馈;③ 通过晨会强调评估重要性,提升护士执行积极性。(2)健康教育:通过便秘风险评估工具为高风险的患者发放《神经外科住院便秘患者饮食宣教单》并对患者宣教多饮水和腹部按摩。同时在电脑上记录便秘高风险患者个人档案,责任护士每日查看

患者大便记录，并于每日早、晚各一次向陪护人员宣教便秘的危害性及防治方法。科室每季度组织护士进行培训考核，培训考核内容为知晓颅脑损伤患者便秘发生率的目标值，以及掌握便秘并发症的危害性。便秘护理质量持续改进管理小组每月统计纳入管理的患者人数及发生便秘的人数，计算便秘发生率，对发生便秘的患者进行个体化原因分析，据此制定相应对策，并监督对策的具体实施情况。

(3) 饮食护理：入院后 24~48 h 内根据情况，选择合适的肠内营养途径及肠内营养液。对于意识清楚的患者指导多吃新鲜的蔬菜和水果等高纤维素食物如玉米、燕麦、香菇和红薯，建议每天进食一杯酸奶，调节肠道菌群，每日饮温水 1 500 ml 左右，尤其是每日空腹饮温水 200 ml，有利于刺激肠蠕动产生便意。由于疾病原因，早期若不能胃肠营养，参照指南提供 25 kcal/ (kg · d 热卡，糖脂比为 1:1，热氮比为 1:100，选择 TPN 给予静脉营养。(4) 早期床上运动护理：颅脑疾病导致患者肢体运动障碍，运动量及肠蠕动次数减少、床上排便不适及腹压下降等因素可导致排便次数减少。针对无禁忌证患者，将床头抬高 $\geq 30^\circ$ 可增加腹压；对于颈部或胸部骨折患者，则遵医嘱适当降低床头高度以达同等效果。为促进肠蠕动，可采用被动直腿抬高法、双下肢被动屈曲法及温水足浴等措施。具体操作如下：每日晚餐后 1 小时进行，每次 20 分钟，患者取半卧位。鉴于早餐后“胃-结肠反射”最为显著，此时刺激排便最易见效，故每日早餐后 30 分钟进行排便刺激训练，每次持续 10~15 分钟。腹部按摩：患者仰卧屈膝，放松腹部。操作者立于其右侧，双手重叠（右手在上，左手在下）置于右下腹，以掌根及大鱼际肌着力，沿升结肠→横结肠→降结肠→乙状结肠方向重复推按。力度由浅入深，使腹部下陷约 1cm，直至出现肠蠕动征象。(5) 药物护理：神经外科危重患者常用抗癫痫药、镇静药（如德巴金、右美托咪定）及止血药等会抑制肠蠕动，可遵医嘱酌情减量或换药。责任护士对便秘 >3d 患者，每日评估肠内营养摄入、排便及肠鸣音，遵医嘱用药：肛塞制剂（开塞露）；口服；改善肠道环境制剂（番泻叶、麻仁丸、比沙可啶、益生菌）；调整渗透压（口服甘露醇）。服药后定时检测电解质及激素，防范药物致内环境紊乱引发意识障碍。中老年患者基础体质较弱，解便后需加强生命体征巡视，防范大量排便致全身内环境紊乱。口服缓泻剂易致失禁性皮炎^[10]，应密切关注大便色、质、量，及早干预以降低发生率。(6) 中药穴位贴敷治疗：对于连续三天未解大便或者一周时间大便次数小于 3 次者，选取中药大黄与蜂蜜调制糊状，外敷于神阙穴。合谷穴属手阳明大肠经，主治腹痛、便秘等症。同时按摩合谷穴可疏通经络，从而改善肠道功能^[11]。(7) 使用分段开塞露纳肛联合体位管理：文献报道开塞露肛塞法对约半数患者无效，但毛帅等^[12]研究认为分段开塞露纳肛联合体位管理灌肠效果较好。本研究方法如下（无禁忌证时）：分段开塞露纳肛联合体位管理干预：分段给药：将 2 支开塞露(20ml)注入 50mL 注射器，连接 14F 吸痰管(石蜡油润滑)。患者左侧卧位，吸痰管插入肛内 4~5cm，推注约 5mL 开塞露；继续插入至 20~25cm，推注剩余开塞露，推注少量空气排空。体位管理：完成后，臀部抬高 10~15cm，背部垫枕使身体与床铺呈 30℃左右，保持 5~10min。后协助患者右侧卧位，背部垫枕使身体与床铺呈 30℃左右，维持 5~10min。有便意随时协助排便。

1.4 观察指标 (1) 便秘发生率比较; (2) 生活质量评分: 采用 SF-36[13] 量表评估 (含躯体疼痛、生理功能等 8 个维度, 总分 800 分, 评分越高生活质量越好); (3) 护理满意度: 采用自制量表评估 (分为非常满意、满意、不满意), 总满意率 = (非常满意 + 满意) 例数 / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 22.0 分析数据。计数资料行 χ^2 检验, 计量资料行 t 检验。P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组便秘发生情况比较 护理后, 干预组便秘发生率低于对照组 (P < 0.05)。见表 1。

表 1 两组便秘发生情况

组别	n	便秘 (例)	发生率 (%)
对照组	80	41	51.25%
干预组	80	25	31.25%
		x 2	18.152
		P	<0.05

2.2 两组护理干预前的 SF-36 评分比较 差异无统计学意义 (P > 0.05)。护理干预后, 两组评分均较干预前显著升高 (P < 0.05), 且对照组评分显著高于干预组 (P < 0.05)。结果见表 2。

表 2 两组护理干预前的 SF-36 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	护理前	护理后
对照组	80	374.45 \pm 38.26	464.71 \pm 51.1

干预组	80	374.45 ± 38.26	524.16 ± 63.83
t		0.259	4.848
P		>0.05	<0.05

2.3 两组护理满意度比较 干预组护理满意度明显高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组护理满意度比较

组别	n	非常满意 (例)	满意 (例)	不满意 (例)	总满意[例 (%)]
对照组		30	30	20	(60) 75%
干预组		50	22	8	(72) 90%
χ^2					5.6
P					<0.05

3 讨论

神经外科住院患者因脑肠轴功能障碍、药物副作用及活动受限等因素，便秘发生率显著高于普通人群 (30%~60%)^[4]。便秘不仅引发腹胀、腹痛等不适，更可能因排使用力导致颅内压骤升，加重原发病情，甚至诱发心脑血管意外^[5-6]。本研究通过结构化中西医结合护理方案，证实了其在降低便秘发生率、提升生活质量和护理满意度方面的综合效益。

3.1 中西医结合护理对便秘发生率的防控作用

干预组便秘发生率（31.25%）显著低于对照组（51.25%）（ $P<0.05$ ），这一结果得益于多维度干预策略：风险预判机制：采用标准化便秘风险评估工具[7]和CAS量表[8]，实现高危患者早期识别（评分 ≥ 17 分者），为针对性干预提供依据；

中医特色技术协同：腹部按摩通过机械刺激增强肠蠕动；神阙穴贴敷大黄蜂蜜糊剂借药力渗透调节肠道功能^[11]；合谷穴按摩疏通经络，协同促进排便反射；

分段开塞露灌肠优化：借鉴毛帅等^[12]方法，通过深度插管分段给药联合体位管理（30°侧卧+臀高位），显著提升通便效率，解决传统肛塞法失败率高的问题；

药物精准化管理：对镇静剂、抗癫痫药等致便秘药物实施剂量优化，同时规范缓泻剂使用并监测电解质，避免药物性并发症^[10]。

3.2 生活质量改善的双重机制

干预组SF-36评分提升幅度显著高于对照组（ 524.16 ± 63.83 vs 464.71 ± 51.10 ， $P<0.05$ ），源于：便秘症状缓解减轻了腹胀、腹痛等躯体痛苦（SF-36躯体疼痛维度改善）；早期床上运动（抬腿屈膝、早餐后排便训练）增强患者自理能力；足浴与按摩促进身心放松；个性化饮食方案（高纤维膳食+益生菌）优化营养状态，共同提升生理功能与社会角色适应能力。

3.3 护理满意度的驱动因素

干预组满意度达90%，高于对照组的75%（ $P<0.05$ ），核心原因为：中医技术的人文关怀属性：穴位贴敷、按摩等非侵入性操作易被患者接受，减少口服药物导致的焦虑；

全程化管理模式：从入院风险评估到便秘后个体化对策，形成闭环管理链条，体现护理的专业性和主动性；

家属参与机制：每日向陪护人员宣教便秘防治知识，强化社会支持系统，提升患者安全感。

3.4 研究的创新性与临床意义

创新点：首次将便秘风险评估工具^[7]、Bristol大便分型^[9]与中医通便技术（穴位贴敷、经络按摩）整合为结构化流程，实现“评估-预警-干预-评价”闭环管理；**实践价值：**为解决神经外科患者药物性便秘难题提供了非药物干预路径，降低甘露醇等渗透性泻剂的依赖风险；**效益成本比：**中医外治法（如中药贴敷）操作简便且费用低廉，适合基层医院推广。

3.5 局限性与展望

局限性：单中心研究且样本量有限；未评估干预对颅内压、住院时长等指标的影响；

未来方向：开展多中心大样本研究，探索不同中医技术（如耳穴压豆、艾灸）的增效作用；长期随访观察对出院后便秘复发率的防控效果。

结论

本研究证实，基于风险评估的中西医结合早期护理干预能显著降低神经外科住院患者便秘发生率，并通过身心协同调节机制提升

生活质量与护理满意度。建议将结构化便秘管理流程纳入神经外科护理常规，尤其需强化中医外治技术的规范化应用，以实现并发症防治的关口前移。

参考文献:

- [1] SUN Y, LIN YJ, WANG JH, et al. Risk factors for constipation in patients with acute and subacute ischemic stroke: a retrospective cohort study [J]. Journal of Clinical Neuroscience, 2022, 106: 91-95.
- [2] 王欢, 陈然然, 等. 中西医护理早期干预对神经外科重症患者便秘的影响[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(03): 149-151. DOI: 10.13638/j.issn.1671-4040.2021.03.073.
- [3] 姚娟, 徐彩梅, 祝秋萍, 等. 脑卒中患者便秘的中西医防治进展[J]. 中西医结合护理(中英文), 2019, 5(4): 67-70.
- [4] ALI JANPOURS, ALI MOHAMADIN, KHAFRIS, et al. Caspian nursing process: impactions on new-onset constipations in admission, discharge, and follow-up of acute stroke patients [J]. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 2022, 27(6): 50

9 — 5 1 6

[5]陈金桃. 临床分析脑卒中患者便秘原因及护理 [J] . 健康必读, 2020 (5) : 28-29.Chen JT. Clinical analysis of cerebral apoplexy patients constipation causes and nursing [J] . Healthmust-Read magazine, 2020 (5) : 28-29.

[6]吕恒刚,宋云平,郭莘.便秘的危害及预防[J].解放军预防医学杂志, 2019,37(8):198.

[7]陈玲, 曹贤轩. 神经外科卧床患者便秘原因分析及降低发生率的护理干预措施 [J] . 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2 (44) : 60.

[8]WONG W K, QIN J, BRESSINGTON D, et al. Cross-cultural adaptation and psychometric validation of the constipation assessment scale among Chinese adult psychiatric patients [J]. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2023, 20 (3) : 2703.

[9]BLAKE M R, RAKERJM, WHELANK. Validity and reliability of the Bristol Stool Form Scale in healthy adults and patients with diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome [J]. Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 2016, 44 (7) : 693-703.

[10]岑德宁,黎伟珍.护理干预对老年脑血管病患者便秘的影响[J].中国中医药咨讯,2010,2(12):8

[11]崔玉霞,张建男,吴梅.穴位贴敷联合穴位按摩对神经外科患者便秘疗效及胃肠功能的影响[J].基

层医学论坛,2024,28(06):140-142.DOI:10.19435/j.1672-1721.2024.06.044.

[12]毛帅.分段开塞露纳肛联合体位管理用于脑出血便秘患者的效果观察[J].中国肛肠病杂志,2024,44(12):62-64.

[13]李小萌,任丽萍,孙飞霞,等.应用 SF-36 量表分析尘肺病患者生命质量的影响因素[J].职业与健康,2023,39(23):3169-3173.DOI:10.13329/j.cnki.zyyjk.20230817.001.