

本文引用: 奉水华, 涂丽, 蔡喆焱, 刘康, 林奕, 文贞艳. 耳部刮痧-放血-压豆序贯疗法干预老年功能性便秘肠道实热证患者的临床疗效观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2026, 46(8): 1645-1651.

耳部刮痧-放血-压豆序贯疗法干预老年功能性便秘肠道实热证患者的临床疗效观察

奉水华, 涂丽*, 蔡喆焱*, 刘康, 林奕, 文贞艳

湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙 410007

〔摘要〕 **目的** 评价耳部刮痧-放血-压豆序贯疗法对老年功能性便秘(FC)肠道实热证患者的临床疗效。**方法** 选取 2025 年 1 月至 2025 年 9 月在湖南中医药大学第一附属医院肛肠科住院治疗的 126 例老年 FC 肠道实热证患者作为研究对象。采用类实验研究设计,依据收治病区对研究对象进行分组。其中,肛肠一病区收治的患者为对照组,肛肠二病区收治的患者为观察组,每组 63 例。对照组患者予以 FC 常规治疗联合专科护理干预,观察组患者在对照组的基础上,给予耳部刮痧-放血-压豆序贯疗法,两组疗程均为 4 周。治疗 4 周后,对比两组患者便秘患者症状自评量表(PAC-SYM)评分、便秘患者生活质量量表(PAC-QOL)评分及 Bristol 粪便形状量表(BSFS)评分;测定患者直肠肛管容量感觉阈值,包括直肠扩张时的初始感觉阈值(FSV)、初始排便阈值(DSV)和最大耐受阈值(MTV);检测患者血清胃动素(MTL)、P 物质、一氧化氮(NO)、丙二醛(MDA)和超氧化物歧化酶(SOD)水平;计算不良反应发生率以评估治疗安全性。**结果** 治疗后,两组患者 PAC-SYM、PAC-QOL 评分和直肠肛管容量感觉阈值 FSV、DSV、MTV 及血清 NO、MDA 水平均较治疗前降低($P<0.05$),且观察组低于对照组($P<0.05$);BSFS 评分及血清 MTL、P 物质、SOD 水平均较治疗前升高($P<0.05$),且观察组高于对照组($P<0.05$)。治疗期间,两组患者均耐受性良好,未出现不良反应。**结论** 耳部刮痧-放血-压豆序贯疗法可缓解老年 FC 肠道实热证患者的临床症状,降低排便障碍程度,改善胃肠激素及氧化应激指标,提高患者生活质量。

〔关键词〕 功能性便秘;肠道实热证;耳部刮痧;耳尖放血;耳穴压豆

〔中图分类号〕R256.35

〔文献标志码〕B

〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2026.08.015

Clinical efficacy of sequential auricular scraping, bloodletting, and seed-pressing therapy in elderly functional constipation with intestinal excess heat pattern

FENG Shuihua, TU Li, CAI Zheyi*, LIU Kang, LIN Yi, WEN Zhenyan

The First Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China

〔Abstract〕 **Objective** To assess the clinical efficacy of sequential auricular scraping, bloodletting, and seed-pressing for elderly patients with functional constipation (FC) of intestinal excess-heat pattern. **Methods** A quasi-experimental study design was adopted. A total of 126 elderly patients with FC of intestinal excess heat pattern, hospitalized in the Department of Proctology at the First Hospital of Hunan University of Chinese Medicine from January 2025 to September 2025, were enrolled and assigned to

〔收稿日期〕2026-06-10

〔基金项目〕湖南省自然科学基金项目(2026JJ81470);湖南省护理学会青苗计划资助项目(湘护会字[2024]184 号)。

〔通信作者〕* 蔡喆焱,男,主管护师,E-mail:311995@hnucm.edu.cn;涂丽,女,副主任护师,E-mail:563240416@qq.com。

two groups according to the wards to which they were admitted. Patients admitted to Ward 1 of the Department of Proctology served as the control group, and those admitted to Ward 2 served as the observation group, with 63 cases in each group. The control group received routine FC treatment combined with specialized nursing care, while the observation group received sequential auricular scraping, bloodletting, and seed-pressing therapy in addition to the control group regimen. The treatment course was four weeks for both groups. After four weeks of treatment, scores of the Patient Assessment of Constipation Symptoms (PAC-SYM), Patient Assessment of Constipation Quality of Life (PAC-QOL), and Bristol Stool Form Scale (BSFS) were compared between the two groups. Anorectal capacity sensory thresholds were measured, including the first sensation volume (FSV), defecating sensation volume (DSV), and maximum tolerated volume (MTV) during rectal distension. Serum levels of motilin (MTL), substance P, nitric oxide (NO), malondialdehyde (MDA), and superoxide dismutase (SOD) were measured. The incidence of adverse reactions was calculated to evaluate treatment safety. **Results** After treatment, the PAC-SYM and PAC-QOL scores, anorectal sensory thresholds (FSV, DSV, MTV), and serum levels of NO and MDA significantly decreased in both groups compared with baseline ($P<0.05$), with the observation group showing lower values than the control group ($P<0.05$). The BSFS scores, serum MTL, substance P, and SOD levels significantly increased in both groups compared with baseline ($P<0.05$), with the observation group showing higher values than the control group ($P<0.05$). During the treatment period, both groups tolerated the interventions well, and no adverse reactions were observed. **Conclusion** The sequential auricular scraping, bloodletting, and seed-pressing therapy can alleviate clinical symptoms, reduce the degree of defecation difficulty, regulate gastrointestinal hormones and makers of oxidative stress, and enhance the quality of life in elderly FC patients of the intestinal excess heat pattern.

[**Keywords**] functional constipation; intestinal excess heat pattern; ear scraping; ear tip bloodletting; auricular seed-pressing

功能性便秘(functional constipation, FC)作为典型的慢性肠道功能紊乱性疾病,在临床上较为常见^[1]。该病症的主要临床表现为排便频率明显降低、粪便干结、排便费力以及排便不尽感等,这些核心症状在影响生理健康的同时亦严重降低了患者的生活质量^[2]。我国普通人群 FC 的患病率为 4%~10%,老年群体中这一比例高达 18%,且患病率随年龄增长呈上升趋势^[3]。西医治疗以容积性泻剂、渗透性泻剂和促动力药物为主,虽有一定疗效,但长期使用刺激性泻剂易产生依赖性,部分患者还会出现腹胀、电解质紊乱等不良反应,且停药后易复发^[4]。目前,老年 FC 患者多依赖泻药或接受灌肠等干预以缓解便秘症状^[5],但此类方法仅能暂时缓解,难以从根本上解决问题,病情易反复;长期便秘还可引起焦虑、抑郁等心理障碍,用力排便时甚至可诱发心脑血管意外等事件^[6-7]。FC 具有患病率高、复发率高的特点,给患者带来较重的精神和经济负担,约 50%的 FC 患者对当前的便秘管理表示不满意^[8-9]。FC 在中医中归属于“便秘”范畴,肠道实热证是其常见证型之一,多与饮食不节、情志失调、久卧少动等因素导致肠腑燥热、津液耗伤有关^[10]。研究表明,耳部与全身经

络脏腑关系密切,耳穴压豆^[11]、耳尖放血^[12]、耳部铜砭刮痧^[13]等耳穴疗法在改善 FC 患者便秘症状方面均取得较好疗效,其中耳尖放血和耳部铜砭刮痧起效迅速,可快速缓解症状,但远期疗效欠佳;耳穴压豆虽即时效应较弱,却具有明显的后续效应,可持续改善患者的便秘症状^[14]。耳部刮痧-放血-压豆序贯疗法整合了上述 3 种外治法的优势,形成阶梯式、递进性的干预模式。本研究通过规范化的流程,系统评估该疗法对老年 FC 肠道实热证患者的临床干预效果,以期临床运用提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取 2025 年 1 月至 2025 年 9 月于湖南中医药大学第一附属医院肛肠科住院的老年 FC 肠道实热证患者 126 例为研究对象。现有研究结果表明,耳部铜砭刮痧组的有效率为 76.67%,耳部铜砭刮痧联合耳尖放血组的有效率为 96.67%^[12]。在此基础上,设定双侧检验水准(α)为 0.05,检验效能($1-\beta$)为 0.90,利用 PASS 15.0 软件计算,得出每组理论样本量应为 50 例。考虑 20%的脱落/失访率,最终确

定每组纳入 63 例患者。采用类实验研究设计,根据收治病区划分组别,肛肠一病区收治的患者为对照组($n=63$),肛肠二病区收治的患者为观察组($n=63$)。两组患者基线资料(年龄、性别、病程、学历、平均每周排便次数)经比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。详见表 1。两组患者均为老年患者,所服用的降压药物(以钙通道阻滞剂为主)及其他可能影响排便的伴随用药(如阿片类、抗胆碱能药物等)属于该人群的常规治疗用药,两组患者基础疾病谱相近,上述药物使用情况具有同质性;且纳入标准已排除入组前 1 周内使用任何中医外治技术及口服导泻药物的患者,故伴随用药对组间比较的干扰有限。患者因干预方式无法设盲,但被告知研究目的为比较两种治疗方案,不刻意强调组间差异。此外,本研究对结局评估者和数据统计分析者实施了盲法,结局指标测评、数据录入及统计分析均由未参与患者分组及临床干预的专业人员完成,以减少主观偏倚。本研究已通过湖南中医药大学第一附属医院伦理审查委员会批准(批号为 HN-LL-KTSB-2024-35)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参考《中国慢性便秘临床诊断与治疗规范》^[15]。(1)必须符合下列 2 个或 2 个以上的症状:至少 25%的排便过程存在费力;至少 25%的粪便性状为干球状、坚硬粪便;至少 25%的排便存在排便不尽感;至少 25%的排便存在肛门直肠阻塞感;至少 25%的排便需用手辅助;每周自主排便频率 <3 次。(2)在不使用任何通便类药物的情况下极少出现稀溏便。(3)排除罗马 IV 标准中的肠易激综合征,即排除近 3 个月内平均每周至少 1 d 出现腹痛,且腹痛与 2 项及以上下列情况相关:与排便有关、伴排便频率改变、伴粪便性状(外观)改变^[16]。相关症状持续时间 ≥ 6 个月,且近 3 个月症状符合

上述诊断标准。

1.2.2 中医诊断标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^[17]中 FC 肠道实热证诊断标准,主症:(1)大便干结或不甚干结,排便不爽;(2)腹胀伴或不伴腹痛。次症:(1)胸胁满闷;(2)嗝气频作;(3)面色少华;(4)口唇色淡。舌脉象:舌红,苔薄,脉弦细。具备上述所有主症,且包含两项及以上次症,结合舌脉即可确诊。

1.3 纳入标准

(1)符合 FC 西医诊断标准且中医辨证属肠道实热证;(2)病史 ≥ 6 个月;(3)年龄 ≥ 60 岁,男女不限;(4)治疗前 1 周末使用任何中医外治技术及口服导泻药物;(5)自愿参与并签署知情同意书,常住本地,并能够配合完成既定治疗方案及后续随访。

1.4 排除标准

(1)耳部皮肤存在破溃、感染、过敏等不宜进行刮痧、放血、贴压的情况;(2)合并凝血功能障碍者(研究前血小板计数 $<100\times 10^9/L$ 或凝血酶原时间 >15 s 者予以排除);(2)经检查,确诊结直肠、肛门存在器质性病变;(3)因其他疾病、药物副作用引发的继发性便秘;(4)近 3 个月内参与或正在参与其他临床研究。

1.5 脱落/剔除标准

(1)出现严重不良事件和(或)不良反应;(2)患者依从性较差;(3)服用非规定药物或其他干扰试验顺利进行的情况。

1.6 干预方法

1.6.1 对照组 予以 FC 常规治疗联合专科护理干预。(1)遵医嘱使用口服乳果糖等药物或开塞露灌肠帮助排便。(2)排便训练:指导每天进行 1~2 次餐后 30 min 左右(利用胃结肠反射)的排便尝试,每次排便时间控制在 5~10 min,避免久蹲努挣,逐步养成定时排便习惯。(3)健康指导:指导增加摄入富含粗纤维的蔬果,摄入充足水分,晨起或饭后可散步;鼓

表 1 两组患者基线资料比较($n=63$)

Table 1 Comparison of baseline characteristics between two groups ($n=63$)

组别	性别[例(%)]		年龄/($\bar{x}\pm s$, 岁)	病程/($\bar{x}\pm s$, 年)	学历[例(%)]		平均每周排便次数/ ($\bar{x}\pm s$, 次)
	男	女			小学及以下	初中及以上	
观察组	32(50.79)	31(49.21)	61.38 $\pm$ 9.25	3.98 $\pm$ 0.73	49(77.78)	14(22.22)	1.76 $\pm$ 0.59
对照组	33(52.38)	30(47.62)	63.91 $\pm$ 8.26	4.14 $\pm$ 0.89	54(85.71)	9(14.29)	1.94 $\pm$ 0.68
χ^2/t 值	0.032		1.619	1.103	1.330		1.587
P 值	0.859		0.108	0.272	0.249		0.115

励患者保持健康心态,及时疏导焦虑抑郁等负性情绪。连续治疗 4 周。

1.6.2 观察组 在对照组的基础上给予耳部刮痧-放血-压豆序贯疗法,每周 2 次,连续 4 周。所有操作均由经统一培训并考核合格的中医护理人员执行,具体操作方法如下。(1)耳部刮痧:患者取坐位或半卧位,暴露耳郭。操作者以 75%乙醇棉签由内向外、由上向下消毒耳郭正面及背面皮肤 2 遍,待自然干燥后,均匀涂抹适量刮痧油。选用边缘光滑、无缺损的铜制刮痧板,沿大肠、直肠、交感、脾、胃、肾、肺、三焦、皮质下等耳穴反射区进行单向刮拭,施以轻中度手法,每区刮拭约 30 次,以局部皮肤潮红、患者有温热感且皮肤无破损、无出血为度。刮痧板使用后,先以流动水去除油污,再以 75%乙醇棉片擦拭消毒,置于清洁容器内干燥保存,严格执行一人一用一消毒。(2)耳尖放血:耳部刮痧结束后,操作者以 75%乙醇棉签消毒一侧耳尖部皮肤 2 遍,取一次性无菌三棱针快速点刺耳尖 1~2 mm,轻轻挤压使血液自行流出 3~5 滴,随即以无菌干棉球压迫止血 3~5 min,双耳交替进行。同时明确不良反应处理预案:若出血不止,延长无菌棉球压迫时间并局部加压包扎,必要时报告医师;若患者出现晕针/晕血反应(如面色苍白、出冷汗、心悸等),立即停止操作,协助患者取平卧位,给予温糖水饮用,必要时吸氧并对症处理。(3)耳穴压豆:耳尖放血结束后,操作者用 75%乙醇棉签擦拭耳郭皮肤,待自然干燥后,将王不留行籽贴压于单侧耳部大肠、直肠、脾、胃、交感、皮质下、便秘点、神门等穴位。嘱患者每日自行按压 3~5 次,每次每穴 1~2 min,按压力度以局部产生酸、麻、胀、痛感且能耐受为度,双耳交替贴压。若贴压期间出现耳郭皮肤红肿、瘙痒、破损或疼痛难忍,立即揭除并消毒处理。

1.7 评价指标

1.7.1 便秘患者症状自评量表(patient assessment of constipation symptom, PAC-SYM)^[18]评分 治疗前后,采用该量表对两组患者的便秘症状进行评估。该量表根据粪便性状、直肠局部感受和腹部症状 3 个维度,设计 12 个测评条目。量表总分为 0~48 分,总分越高,说明便秘症状越严重。

1.7.2 便秘患者生活质量量表(patient assessment of constipation quality of life, PAC-QOL)^[19]评分 治疗前后,采用该量表对两组患者的生活质量进行评估。

该量表通过躯体不适、心理社会不适、担忧/焦虑及满意度 4 个维度进行综合衡量,共包含 28 个独立评估项目。每个项目的评分范围为 0~4 分,采用 5 级量表进行量化。总分越高,说明便秘对患者日常生理功能及社会交往能力的干扰程度越深。

1.7.3 直肠肛管容量感觉阈值^[20] 治疗前后,采用 XDJ-S8CT 型消化道动力检测仪(合肥凯利光电科技有限公司)测定患者直肠肛管容量感觉阈值。要求患者检查前通过排便将肠道内宿便完全排出,并在身心放松的条件下采取左侧卧位,将充分润滑的检测探头缓慢经肛门推进直肠,直至其前端达到 6 cm 深度并稳定固定。检测阶段以 5 mL 作为充气增量单位,由操作者均匀控制速率向探头内置气囊注入空气,同时全程监测并记录直肠扩张感知过程中的 3 个关键指标:初始感觉阈值(first sensation volume, FSV)、初始排便阈值(defecating sensation volume, DSV)和最大耐受阈值(maximum tolerable volume, MTV)。此检测方法中,各阈值数值与个体直肠对扩张刺激的敏感度呈负相关,即测量值越小,表明其感知扩张刺激的灵敏性越高,更易产生便意或不适反应。

1.7.4 Bristol 粪便性状量表(Bristol stool form scale, BSFS)^[21]评分 治疗前后,采用该量表对两组患者的粪便形状进行评估。该量表通过标准化的图片与文字描述对粪便形态进行分型。将 1~7 型分别对应 1~7 分,其中 1~2 型提示便秘,3~5 型为正常,6~7 型提示腹泻,4 型为理想粪便性状。

1.7.5 实验室指标 治疗前后,分别采集空腹静脉血 5 mL,离心 10 min 后取血清,于 -80 ℃ 保存待测。用 ELISA 检测血清胃动素(motilin, MTL)、P 物质、一氧化氮(nitric oxide, NO)、丙二醛(malondialdehyde, MDA)和超氧化物歧化酶(superoxide dismutase, SOD)的水平。

1.7.6 安全性评价 密切观察并记录治疗期间患者出现的局部血肿、局部皮肤损伤、感染、疼痛、晕针等相关不良反应,并据此计算不良反应发生率。不良反应发生率(%)=(不良反应病例数/总病例数)×100%。

1.8 质量控制

研究实施过程中,两组患者均严格执行相同的便秘常规治疗、护理方案及健康指导标准,药物使用、排便训练、饮食运动指导内容完全统一。护士长

对 5 名负责实施具体干预措施的中医治疗专科护士进行统一培训,直至同质化考核合格;并对研究实施人员进行不定期的现场督导和随机抽查,收集实施过程中的问题,确保干预方案按计划实施。干预结束后,随机抽取部分受试者进行访谈,从患者层面反向验证干预实施质量。

1.9 统计学分析

运用统计分析软件 SPSS 26.0 对系统收集的数据进行分析处理。所有计量资料先行正态性检验及方差齐性检验,符合正态分布的数据以“ $\bar{x}\pm s$ ”表示,组间比较采用独立样本 t 检验;不符合正态分布的数据则采用“ $M(P25,P75)$ ”表示,组间比较采用非参数秩和检验;计数资料以例(%)表示,采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 PAC-SYM、PAC-QOL 评分比较

治疗前,两组患者 PAC-SYM、PAC-QOL 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者 PAC-SYM、PAC-QOL 评分均较治疗前降低($P<0.05$);且观察组低于对照组($P<0.05$)。详见表 2。

2.2 两组患者直肠肛管容量感觉阈值比较

治疗前,两组患者直肠肛管容量感觉阈值 FSV、DSV、MTV 比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者直肠肛管容量感觉阈值 FSV、DSV、MTV 均较治疗前降低($P<0.05$);且观察组低于对照组($P<0.05$),详见表 3。

2.3 两组患者 BSFS 评分比较

治疗前,两组患者 BSFS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者 BSFS 评分均较治疗前升高($P<0.05$);且观察组高于对照组($P<0.05$)。详见表 4。

2.4 两组患者血清 MTL、P 物质、NO、SOD、MDA 水

表 2 两组患者治疗前后 PAC-SYM、PAC-QOL 评分比较
[$n=63, M(P25, P75), \bar{x}\pm s$, 分]

Table 2 Comparison of PAC-SYM and PAC-QOL scores between two groups before and after treatment
[$n=63, M(P25, P75), \bar{x}\pm s$, points]

组别	PAC-SYM 评分		PAC-QOL 评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	18.00(9.00, 20.00)	9.00(5.50, 11.00)*	59.65±10.18	49.98±10.75*
观察组	17.00(9.50, 18.00)	4.00(1.00, 6.00)*	56.73±14.25	30.49±12.12*
z/t 值	-1.746	-6.819	1.324	9.549
P 值	0.081	<0.001	0.188	<0.001

注:与治疗前比较,* $P<0.05$ 。

平比较

治疗前,两组患者血清 MTL、P 物质、NO、SOD、MDA 水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者血清 MTL、P 物质、SOD 水平均较治疗前升高($P<0.05$),且观察组高于对照组($P<0.05$);NO、MDA 水平均较治疗前降低($P<0.05$),且观察组低于对照组($P<0.05$)。详见表 5。

2.5 两组患者不良反应情况比较

治疗期间,两组患者均耐受性良好,未出现不良反应。所有人组患者均按计划完成治疗,无脱落病例。

3 讨论

老年人群因机体衰老导致身体功能退化、活动减少、营养摄入不足、社会支持减弱,加之多种慢性病共存需长期服药等因素,致使肠道蠕动减缓、排便反射减弱,便秘发生率升高^[22]。FC 肠道实热证的核心病机在于肠道津液亏虚与热邪内结,导致肠蠕动减慢、粪便在结肠停留时间延长,水分过度吸收而干结坚硬,难以排出^[23]。因此,清热润肠是治疗热证便秘的根本治则,临床治疗以清热导滞、攻下腑实、润肠通便为原则^[24]。

表 3 两组患者治疗前后直肠肛管容量感觉阈值 FSV、DSV、MTV 比较[$n=63, \bar{x}\pm s$, 分]

Table 3 Comparison of anorectal sensory thresholds (FSV, DSV, MTV) between two groups before and after treatment [$n=63, \bar{x}\pm s$, points]

组别	FSV		DSV		MTV	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	35.25±4.94	32.43±4.62*	86.71±7.75	80.63±7.52*	156.90±16.41	137.86±15.23*
观察组	35.60±5.77	27.51±4.53*	86.70±8.26	72.54±7.38*	157.29±16.25	122.37±14.64*
t 值	-0.365	6.037	0.011	6.099	-0.131	5.820
P 值	0.716	<0.001	0.991	<0.001	0.896	<0.001

注:与治疗前比较,* $P<0.05$ 。

表 4 两组患者治疗前后 BSFS 评分比较[$n=63, \bar{x} \pm s$, 分]

Table 4 Comparison of BSFS scores between two groups before and after treatment [$n=63, \bar{x} \pm s$, points]

组别	治疗前	治疗后
对照组	2.16±0.77	3.03±0.90*
观察组	2.05±0.87	3.65±0.95*
<i>t</i> 值	0.761	3.753
<i>P</i> 值	0.448	<0.001

注:与治疗前比较,* $P<0.05$ 。

《灵枢·口问》载“耳者,宗脉之所聚也”,手阳明大肠经、足阳明胃经、足太阴脾经等均上络于耳。耳部作为人体重要的全息反射区,其上的穴位与全身各脏腑经络存在密切对应关系,刺激耳部特定穴位可靶向调节相应脏腑功能^[25]。本研究采用铜制刮痧板快刮疏通耳部经络,刺激大肠、直肠、交感、脾、胃等耳穴,发挥通腑泻热、调畅脏腑气机的功效,进而促进肠道蠕动,实现通便效果^[26]。研究表明,耳部刮痧可促使耳部升温,血运增加,有利于局部经络气血畅通,并为后续耳尖放血和耳穴压豆操作提供良好的局部微环境^[26-27]。耳尖作为“上焦热邪”的重要排泄通道,在耳部刮痧通络开道的基础上,耳尖放血可进一步发挥“泻热祛邪”之效^[28]。本研究结果显示,观察组 MDA 水平低于对照组、SOD 水平高于对照组,提示耳尖放血可能通过清泄上焦及肠腑实热之邪,降低机体氧化应激反应,减少脂质过氧化产物生成,增强抗氧化能力,进而下调炎症因子表达,减轻实热证患者津液耗伤^[29-30]。研究发现,长期持续的耳穴刺激可调节下丘脑-垂体-肾上腺轴功能,促进胃肠激素的规律性分泌,重建肠道正常的节律性运动模式^[31]。胃肠动力的正常运行依赖于肠神经递质的平衡,耳部刮痧、耳尖放血及耳穴压豆可能通过刺激耳穴,激活迷走神经,促进 MTL、P 物质分泌,降低 NO 水平,

降低直肠肛管容量感觉阈值,进而加快胃排空及肠道传输速度^[32]。此外,通过耳穴压豆持续刺激大肠、直肠、脾、胃、便秘点等穴反射区,或可长效维持大肠蠕动的稳定性,发挥健脾益胃、生津润燥的作用,从而调节机体内环境,从根本上改善肠道津液亏虚的状态^[13]。本研究结果显示,治疗后,两组患者 PAC-SYM 评分均较治疗前降低,且观察组低于对照组;两组患者 BSFS 评分均较治疗前升高,且观察组高于对照组。这与陆小娇等^[13]、习亚炜等^[33]研究结果一致,且疗效优于单一刮痧干预方案。治疗后,观察组 PAC-QOL 评分低于对照组,说明耳部刮痧-放血-压豆序贯疗法在 4 周治疗期内可改善排便症状,减轻便秘对患者心理社会功能的影响,提升生活质量,这与张晓辰^[34]等研究结论一致,其机制可能与降低内脏高敏感性、减轻腹部不适感有关。治疗后,观察组 FSV、DSV、MTV、NO 水平均低于对照组,血清 MTL、P 物质水平平均高于对照组,提示耳部刮痧-放血-压豆序贯疗法可能通过调节 MTL、P 物质、NO、SOD、MDA 等水平改善胃肠动力,降低肛门压力阈值,促进排便。

本研究结果提示,耳部刮痧-放血-压豆序贯疗法可能对改善老年 FC 肠道实热证患者的临床症状、生活质量、胃肠功能相关指标及氧化应激指标具有一定作用,但其有效性仍需大样本、多中心随机对照试验进一步验证。然而,本研究仍存在以下局限性,首先本研究观察时间仅为 4 周,难以评估长期疗效;其次,本研究按病区分组的类实验设计可能存在选择偏倚,尽管两组基线资料比较差异无统计学意义,但本研究样本量相对有限且来自单一中心。今后,可进一步延长随访时间,采用多中心、大样本的随机对照试验设计,观察耳部序贯疗法对老年 FC 肠道实热证患者的长期疗效,并探讨其可能的作用机制。

参考文献

表 5 两组患者治疗前后血清 MTL、P 物质、NO、SOD、MDA 水平比较[$n=63, \bar{x} \pm s$, 分]

Table 5 Comparison of serum MTL, substance P, NO, SOD, and MDA levels between two groups before and after treatment [$n=63, \bar{x} \pm s$, points]

组别	MTL		P 物质		NO		MDA		SOD	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	150.46±18.63	181.83±19.19*	29.25±3.60	33.32±3.75*	80.10±13.35	73.19±12.53*	7.45±0.76	6.18±1.02*	18.24±1.89	24.32±2.07*
观察组	154.75±20.74	243.70±23.90*	30.33±3.96	38.05±4.18*	82.59±14.54	62.75±11.40*	7.73±1.25	4.20±1.41*	18.08±2.35	27.73±2.01*
<i>t</i> 值	1.220	16.025	1.602	6.683	1.002	4.893	1.523	9.005	0.418	9.389
<i>P</i> 值	0.225	<0.001	0.112	<0.001	0.318	<0.001	0.131	<0.001	0.677	<0.001

注:与治疗前比较,** $P<0.05$ 。

- [1] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组, 中华医学会消化病学分会功能性胃肠病协作组. 中国慢性便秘专家共识意见(2019, 广州)[J]. 中华消化杂志, 2019, 39(9): 577-598.
- [2] 王俊萍, 段丽萍, 叶红军, 等. 功能性便秘患者的精神心理状况及生活质量评估[J]. 中华内科杂志, 2008, 47(6): 460-463.
- [3] Chu H K, Zhong L K, Li H, et al. Epidemiology characteristics of constipation for general population, pediatric population, and elderly population in China[J]. Gastroenterology Research and Practice, 2014, 2014(1): 532734.
- [4] Aziz I, Whitehead W E, Palsson O S, et al. An approach to the diagnosis and management of Rome IV functional disorders of chronic constipation[J]. Expert Review of Gastroenterology & Hepatology, 2020, 14(1): 39-46.
- [5] 史佳强, 郑松柏. 老年人慢性便秘危害的研究进展[J]. 老年医学与保健, 2022, 28(5): 1157-1160.
- [6] Zhao Z F, Bai B, Wang S Q, et al. Association of depression, anxiety, and somatic symptom with refractory constipation[J]. Neurogastroenterology & Motility, 2026, 38(5): e70162.
- [7] 张曙, 朱丽群, 韦玉洁, 等. 足三里穴位注射联合应用胃肠起搏仪改善老年人功能性便秘的效果观察[J]. 护理研究, 2023, 37(10): 1866-1869.
- [8] 杨正云, 王静, 李婵, 等. 中医非药物疗法在老年功能性便秘的应用[J]. 光明中医, 2025, 40(9): 1874-1877.
- [9] Colbran R, Neshatian L. Laxative logic: When lifestyle is not enough[J]. Current Opinion in Gastroenterology, 2026, 42(1): 33-42.
- [10] 中华中医药学会脾胃病分会. 便秘中医诊疗专家共识(2024)[J]. 中医杂志, 2025, 66(3): 321-328.
- [11] 孙红雁. 耳部全息铜砭刮痧联合耳穴贴压干预气滞型功能性便秘的临床研究[D]. 南宁: 广西中医药大学, 2025.
- [12] 顾建丽, 杨蓓, 秦素萍. 耳部全息铜砭刮痧联合耳尖放血治疗脑卒中后肠道热结型便秘患者的效果观察[J]. 实用临床医药杂志, 2023, 27(2): 97-100.
- [13] 陆小娇, 陆丽荣, 葛献霞, 等. 中医辨证取穴和刮痧手法的耳部铜砭刮痧疗法治疗老年功能性便秘的效果观察[J]. 中国医刊, 2025, 60(9): 1063-1066.
- [14] 杨德莉. 深刺天枢穴加耳穴压豆治疗功能性便秘临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2021, 19(8): 135-136.
- [15] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组 功能性胃肠病协作组 食管疾病协作组. 中国慢性便秘临床诊断与治疗规范[J]. 中华消化杂志, 2024, 44(10): 649-658.
- [16] Drossman D A. Functional gastrointestinal disorders: History, pathophysiology, clinical features, and Rome IV[J]. Gastroenterology, 2016, 150(6): 1262-1279, e2.
- [17] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2019: 212-213.
- [18] 宋玉磊, 林征, 林琳, 等. 中文版便秘患者症状自评量表的信度与效度研究[J]. 护理学杂志, 2012, 27(7): 73-76.
- [19] Eypasch E, Williams J I, Wood-Dauphinee S, et al. Gastrointestinal Quality of Life Index: Development, validation and application of a new instrument[J]. BJS (British Journal of Surgery), 1995, 82(2): 216-222.
- [20] 刘淑萍, 王田, 李晓菲, 等. 芒针深刺联合穴位贴敷治疗卒中后排便障碍的效果及对肠道 SCFAs 的影响[J]. 湖南中医药大学学报, 2023, 43(2): 343-348.
- [21] Lewis S J, Heaton K W. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time[J]. Scandinavian Journal of Gastroenterology, 1997, 32(9): 920-924.
- [22] Liang J J, Zhao Y M, Xi Y, et al. Association between depression, anxiety symptoms and gut microbiota in Chinese elderly with functional constipation[J]. Nutrients, 2022, 14(23): 5013.
- [23] 谢雯婷, 祁万梅, 陈玉竹, 等. 合募配穴法埋线治疗肠道实热型功能性便秘: 随机对照试验[J]. 中国针灸, 2025, 45(3): 295-299.
- [24] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 功能性便秘中西医结合诊疗专家共识(2025年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2025, 33(3): 195-216.
- [25] 徐佳, 刘璇, 范春艳, 等. 基于全息理论耳部三联疗法治疗气滞血瘀型原发性头痛临床研究[J]. 河北中医, 2025, 47(6): 1006-1009.
- [26] 梅馨怡, 陆小娇, 陆丽荣, 等. 择时耳部刮痧联合艾灸对老年功能性便秘患者的疗效观察[J]. 中国老年保健医学, 2025, 23(2): 157-161.
- [27] 艾丽娟, 边雪梅, 石吉芬, 等. 肝火亢盛型高血压危象患者行耳部刮痧-放血-压豆序贯疗法的效果研究[J]. 中华急危重症护理杂志, 2025, 6(1): 17-23.
- [28] 曾润颜. 耳尖针刺放血疗法在中医实热证中的应用分析[J]. 中国实用医药, 2018, 13(34): 144-145.
- [29] 宋庆雨, 王喆, 刘振宇, 等. 基于文献计量学的耳尖放血病谱与适宜病症研究[J]. 军事护理, 2024, 41(3): 79-81, 85.
- [30] 张维维, 吕燕, 郭敬, 等. 耳尖放血疗法的研究现状[J]. 中国中医基础医学杂志, 2024, 30(12): 2158-2160.
- [31] 王振宇, 王玺玺, 焦巍娜, 等. 耳穴压豆治疗社区老年功能性便秘疗效观察[J]. 光明中医, 2022, 37(5): 844-846.
- [32] 吴谊锋. 牛黄上清胶囊联合培菲康治疗中老年慢性功能性便秘效果及对胃肠激素水平的影响[J]. 浙江中医杂志, 2025, 60(8): 675-677.
- [33] 习亚伟, 李莉, 王颖, 等. 电热砭石热熨技术在改善老年患者脾肾阳虚型功能性便秘中的应用[J]. 中国护理管理, 2024, 24(9): 1303-1307.
- [34] 张晓辰, 刘凤珍, 余峰, 等. 耳穴磁珠贴压联合针灸治疗老年功能性便秘的疗效及对中医证候积分、直肠感觉功能的影响[J]. 河南中医, 2022, 42(2): 306-309.