

浮针治疗化疗相关性便秘医案1则

吴春雨, 符仲华

广州中医药大学针灸康复临床医学院, 广东 广州 510006

[关键词] 浮针; 患肌; 化疗相关性便秘

[中图分类号] R249

[文献标志码] B

[文章编号] 0256-7415 (2025) 24-0215-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2025.24.038

化疗相关性便秘是恶性肿瘤患者接受化疗后最常见的并发症之一, 发病率可达30%~90%^[1]。化疗相关性便秘不仅可导致患者腹胀、腹痛、食欲减退等症状, 还可能诱发肠梗阻、肛裂等严重并发症, 显著降低患者生活质量及抗肿瘤治疗耐受性。目前, 西医治疗以刺激性泻药(如番泻叶)、渗透性泻药(如乳果糖)为主, 但长期使用易导致电解质紊乱、药物依赖性, 且对晚期癌症患者的难治性化疗相关性便秘疗效有限^[2]。浮针疗法是一种基于患肌理论的现代皮下针刺技术, 以安全高效为显著特点, 其通过皮下扫散等操作松解患肌, 改善局部血供和功能, 从而间接治疗内脏相关性疾病^[3]。现报道1例运用浮针成功治疗胆管细胞癌难治性化疗相关性便秘的医案, 介绍如下。

1 医案

肖某, 男, 43岁, 主诉: 胆管癌7个月余, 伴便秘、胃胀加重2个月余。2023年8月患者体检时发现肝S7/S8段5.7 cm×3.8 cm占位, 确诊胆管癌伴淋巴结转移。2023年9月至11月接受3次TACE(表柔比星50 mg)联合FOLFOX方案灌注化疗(含奥沙利铂), 并行阿替利珠单抗联合贝伐珠单抗治疗; 2023年12月接受阿替利珠单抗维持治疗; 2024年1月于广州医科大学附属第二医院行TARE(Y90-树脂微球)治疗。首次化疗后1周(2023年9月)即出现排便费力、便质偏干, 期间症状反复存在; 2024年2月(TARE术后1个

月)起上述便秘症状显著加重, 发展为需每日依赖乳果糖和开塞露辅助排便, 伴有胃胀无痛、恶心呕吐、咳嗽咳痰等不适。2024年4月7日因上述症状就诊, 门诊以胆管细胞癌收入住院。入院症见: 患者神清, 精神疲倦, 肢体乏力, 恶心欲呕, 呕吐酸水, 胃胀显著, 排便费力(完全依赖通便药物), 偶有咳嗽咳痰, 间歇性自汗出, 舌淡红、苔薄白, 脉沉细。既往高血压病史, 曾自行停药, 血压控制尚可, 否认糖尿病、甲状腺功能异常。查体: 腹软, 上腹部压痛(+), 无反跳痛及肌紧张, 肠鸣音强度减弱(2~3次/min), 肛门直肠指检未发现明显器质性病变及粪便嵌塞, 余无特殊。辅助检查: 外院CT排除器质性肠梗阻可能, 提示肺部少许炎症。血白细胞计数(WBC) $7.94 \times 10^9/L$, C-反应蛋白(CRP) 4.3 mg/L, 钾离子3.45 mg/L, 氯离子113.8 mg/L, 钠离子148.0 mg/L。患者近期末使用降压药、阿片类止痛药、止吐药, 未服用致便秘药物, 其便秘症状符合罗马IV标准, 与化疗药物(奥沙利铂、阿替利珠单抗)及介入治疗时间明确相关, 且排除电解质紊乱、代谢疾病、肠梗阻等其他病因^[4-5], 故西医诊断: 化疗相关性便秘。中医诊断: 气虚秘。治疗上积极纠正电解质紊乱, 但便秘症状未见明显改善。

2024年4月8日首诊: 患者取仰卧位并维持双下肢屈髋屈膝120°体位, 经系统性腹部肌群触诊评估, 确认双侧腹直肌上段(++++)、腹直肌下段(+++)及腹

[收稿日期] 2025-07-01

[修回日期] 2025-11-02

[基金项目] 广东省针灸重点实验室开放基金重点项目(202101); 深圳市宝安区中医院院校联合合作项目(GZYBA2024XKG03)

[作者简介] 吴春雨(1999-), 女, 硕士研究生, E-mail: 1402998226@qq.com。

[通信作者] 符仲华(1965-), 男, 医学博士, 博士研究生导师, E-mail: fsh@fuzhen.com.cn。

斜肌(+++)存在典型紧、僵、硬、滑患肌征象^[6],遂对患肌区域实施常规消毒准备浮针治疗。具体治疗操作:①进针。在上述患肌中触及条索状最明显的皮肤周围 5 cm 左右处,针尖朝向患肌方向(见图 1),避开周围浅表血管,左手拇食二指捏起进针点周围皮肤组织使其与进针器形成夹角,随后按压进针器按钮快速完成皮下穿刺,右手平稳退出进针装置。②运针。右手将浮针稍提起,使针尖在皮下疏松结缔组织层内平行推进,操作过程中需密切观察患者反应,确保无酸胀等不适感,若患者诉疼痛应立即回退针体并调整角度后继续推进。③扫散动作。先将针尖收纳入套管,用拇指贴合针座凸点面,中指与无名指固定对侧,通过食指与无名指交替按压的方式,使针座在水平面作 30°~45°的钟摆式运动,频率≤100 次/min,时间为 5 min。④再灌注活动。腹直肌:指导患者将下肢伸直抬离床面约 30°并保持悬空,同时在大腿处垂直施加对抗但不引起代偿动作的阻力,要求患者对抗阻力维持 10 s 后放松;腹斜肌:屈髋屈膝体位,患者双下肢并拢,先抬起上半身,然后旋转躯干使上肢触碰对侧膝盖外侧,每侧维持 10 s 后放松,左右交替进行。⑤拔针。轻轻将针拔出,使用输液贴贴在针口防止出血。治疗即刻显现显著效果,患者自觉胃胀明显缓解,体格检查示上腹部压痛消失,并在治疗结束后产生强烈便意。后续观察发现,虽然患者当晚 19 时仍未实现完全自主排便,但在仅临时使用开塞露 1 次(未再服用乳果糖)的情况下顺利排便。

2024 年 4 月 9 日二诊:胃胀较首诊时缓解,进食量稍增多。经评估,患肌部位及紧张程度同首诊,遂采用相同治疗方案再次施治。治疗后即刻反馈显

示患者胃胀感和恶心欲呕症状均得到缓解。值得注意的是,虽然治疗当日未排便,但在未使用任何通便药物的情况下,患者于次日凌晨 2 时(治疗后约 18 h)首次实现自主排便。

2024 年 4 月 10 日三诊:胃胀感反弹,经全面评估,除原有患肌[双侧腹直肌上段、下段(+++),以及腹斜肌(+++)]外,新发现左侧大收肌上段(+++)病理性紧张。据此,在首诊治疗方案的基础上增加对左侧大收肌上段的浮针干预:在左侧股骨内上髁处将针尖朝向近端进针,配合扫散手法及抗阻内收髋关节的再灌注活动。治疗结束即刻患者胃胀缓解且无恶心感,并在未使用乳果糖和开塞露的情况下于当晚 23 时顺利排便。

2024 年 4 月 11 日四诊:胃胀感整体较前改善,排便时间缩短,显示治疗呈现向好趋势。本次改用侧卧位深度评估腹部肌肉,除确认原患肌[双侧腹直肌上段(++),腹直肌下段(++),腹斜肌(+++),左大收肌(++)]持续存在外,新发现左侧胫骨前肌(++)呈患肌征象。治疗方面,守三诊治疗方案基础上增治胫骨前肌。在腓骨小头前下方处针尖朝向远端进针(见图 2),配合扫散和足背屈抗阻再灌注活动。治疗后即刻患者反馈胃胀再次减轻。此外,在未使用任何通便措施的情况下,患者于当晚 22:30 自主排便,随后在次日(4 月 12 日)凌晨 3:00 再次排少量粪便。

2024 年 4 月 12 日五诊:胃胀症状持续改善,排便无力感减轻,效不更方。治疗后即刻疗效示患者胃胀感得到明显缓解且当晚 20 时再次实现自主排便(胃胀、便秘的浮针疗效见图 3、图 4)。治疗结束后 3 日内患者仍可不时自主排便。后因病情急剧变化转至其他医疗机构继续治疗导致失访。



图 1 腹直肌进针点



图 2 胫骨前肌进针点及再灌注

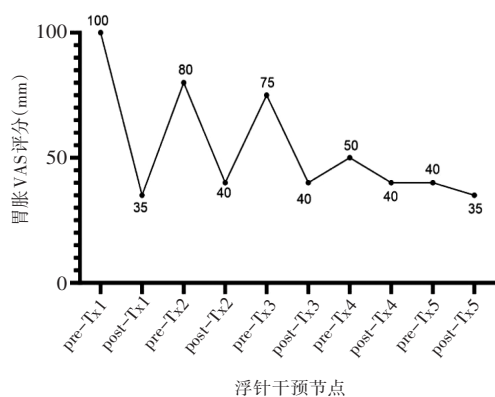
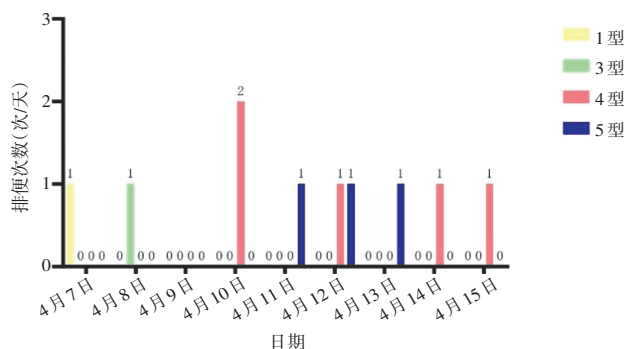


图3 浮针干预前后的胃胀评分



注: Bristol大便分型: 1型呈分离的硬质团块; 2型呈表面凹凸不平的香肠状团块; 3型呈表面带纵向裂纹的香肠状便; 4型呈光滑柔软的长条蛇状便; 5型呈边缘清晰的软团块; 6型呈蓬松的碎片状糊便; 7型呈水样便。

图4 浮针干预前后的排便次数及粪便分型

2 讨论

化疗相关性便秘是指肿瘤患者因化疗药物或相关辅助用药所引发的阶段性便秘综合征,以腹胀、排便频率降低及粪便性状异常为主要特征^[7]。其发生机制复杂,涉及多因素协同作用:例如奥沙利铂等化疗药物可损伤肠道神经、显著抑制蠕动功能;止吐药如昂丹司琼会进一步抑制神经信号传导,延缓肠动力;同时,化疗常伴发电解质紊乱,低钾、高钠促使大便变干,而全身炎症反应(如合并肺炎)又可经神经-免疫机制削弱肠动力。此外,若患者因癌痛使用阿片类药物,该类物质本身抑制蠕动,加之治疗期间活动减少,共同导致肠道传输显著减慢^[8-9]。本案患者即呈现上述多重机制叠加:奥沙利铂的神经毒性直接导致肠蠕动抑制,TARE术后易诱发邻近肠段水肿增加排出阻力,高钠血症和低钾血症扰乱水平衡与平滑肌功能,系统性炎症进一步干扰神经调控,最终致使肠道几乎丧失自主蠕动能力,完全依赖药物通便。

患肌理论是浮针医学的核心理论,认为在神经功能正常时仍持续紧张并带有筋膜触发点的异常肌肉(患肌)是许多病症的根源。浮针医学认为便秘属于肌肉病变,主要与腹部患肌病理性紧张有关,造成肠道传导障碍,通过浮针扫散、再灌注方法,可有效改善临床症状^[3]。

首诊触诊患者腹直肌和腹斜肌肌肉紧张明显,笔者认为,这将直接压缩胃与结肠空间,迫使胃体扭曲变形而排空延迟,食物滞留发酵产气致胃胀。此外,二者为腹部核心肌群,具有协同推高腹内压的作用,推测腹腔神经丛与肠系膜神经丛会被压迫,导致肠道神经递质释放异常,胃肠道平滑肌收缩功能下降,内容物传输时间延长,从而诱发便秘发生^[10]。基于气血新论视角,这种持续性肌紧张本质是“形瘀”的外在表现——肌肉长期痉挛引发局部微循环障碍与血液淤滞,阻碍中焦脾胃斡旋气机的核心职能^[11]。当中焦枢纽失职时,胃气壅滞不降则脘腹胀满,大肠津液输布受阻则传导滞涩,形成便秘的核心病机。患者治疗前的胃胀与排便困难,正是此“形瘀致壅”病机的典型呈现;而浮针松解患肌后,通过改善局部微循环,促进胃肠动力恢复,使患者治疗后即刻胃胀缓解并产生了便意。多项现代临床研究也显示,浮针疗法能在多种胃肠道疾病中发挥调理气机和促进胃肠动力恢复的功效,疗效确切且安全性高^[12]。

二诊患者胃胀感较首诊缓解,表明首次治疗效果得到部分维持,且在继续浮针干预(未处理新患肌)后实现首次自主排便,提示核心腹肌的持续松解可能具有延迟性神经调节效应。

三诊患者胃肠蠕动虽增强、胃胀感减轻,但症状仍有波动,笔者考虑与久病气血不足致血环境不良有关,故加强营养支持。此次同时处理大收肌并强化扫散操作,因该肌解剖上通过筋膜与盆底肌群(如耻骨直肠肌)形成力学连接,干预后可间接促进结直肠产生高幅推进性蠕动波,从而进一步改善排便^[13]。

四诊浮针对胫骨前肌的干预机制,可尝试从足阳明胃经气血运行的理论视角进行探讨。《灵枢·经筋》载足阳明经筋“上结于膝外廉”,其循行路径与胫骨前肌的体表投影区存在邻近或重叠关系。现代研究提示,针刺足三里穴可能通过调节自主神经通

路改善大鼠胃肠动力障碍,同时发挥疏通经气的作用^[14]。

四诊观察到患者胫骨前肌呈患肌化(++)状态,从经筋理论看,可理解为“横络盛加于大经”的病机表现,即肌筋膜张力异常增高可能对穿行其间的腓深神经分支(该神经与胃经循行存在解剖相关性)产生机械影响。这种局部张力变化可能干扰足阳明经气的正常下行,进而从中医角度解释中焦浊气上逆所致的反复胃胀症状。操作时选择腓骨小头前下方进针解结,配合足背屈抗阻活动,旨在松解经筋对局部气血通路的异常束缚。治疗后患者胃胀即时缓解,并在6 h内连续两次自主排便,这一现象反映出《素问·五脏别论》中所载的“胃实而肠虚”的胃肠传化节律可能得到改善。

五诊患者不适症状显著改善,维持当前浮针治疗方案。

3 结语

综上所述,本案例通过动态评估和个体化治疗方案,成功改善了患者的胃胀、排便频率及粪便性状等核心症状。这一结果提示,浮针疗法可能成为化疗相关性便秘的一种新型辅助治疗手段,其通过调节肌肉状态改善肠道功能的独特机制值得深入探讨。从临床应用角度来看,对于常规治疗无效的化疗相关性便秘患者,在严密监测下可考虑尝试浮针干预。

[参考文献]

[1] PHUNG T H, PITT E, ALEXANDER K, et al. Non-pharmaco-

logical interventions for chemotherapy-induced diarrhoea and constipation management: A scoping review[J]. Eur J Oncol Nurs, 2024, 68: 102485.

[2] 尹怡,王祥麒,张思源. 化疗相关性便秘的中医治疗进展[J]. 中国中医药科技, 2025, 32(2): 394-397.

[3] 符仲华. 浮针医学纲要[M]. 北京:人民卫生出版社, 2017.

[4] GIBSON R J, KEEFE D M. Cancer chemotherapy-induced diarrhoea and constipation: mechanisms of damage and prevention strategies[J]. Support Care Cancer, 2006, 14(9): 890-900.

[5] CALSINA-BERNA A, GONZÁLEZ-BARBOTEJO J, JULIÁ-TORRAS J. Antitumoral Agent-Induced Constipation: A Systematic Review[J]. Cancers(Basel), 2023, 16(1): 99.

[6] 符仲华. 肌肉学概要[M]. 北京:人民卫生出版社, 2023.

[7] 高瞻. 化疗相关性便秘的中医护理技术研究进展[J]. 护理研究, 2024, 38(2): 323-326.

[8] MAO T, LIU X, CHENG Q, et al. Transcutaneous acupoint electrical stimulation on chemotherapy-induced constipation for non-small cell lung cancer patients: a randomized controlled trial[J]. Asia Pac J Oncol Nurs, 2021, 8(4): 385-392.

[9] 杨椿浩,黄学宽,杨英姿. 恶性肿瘤化疗相关性便秘中医药外治法临床研究进展[J]. 内蒙古中医药, 2024, 43(2): 152-155.

[10] 姜亚欣,刘俊红,刘翔,等. 加味枳术汤联合浮针治疗慢传输型便秘脾虚气滞证[J]. 中医学报, 2025, 40(3): 661-667.

[11] 符仲华,甘秀伦,吴凤芝,等. 气血新论[J]. 现代中医临床, 2020, 27(3): 68-70, 74.

[12] 何元琴,刘家峰,刘浩鑫. 针刺治疗慢传输型便秘作用机制的研究进展[J]. 针刺研究, 2023, 48(4): 411-414.

[13] 陈金群,于永铎. 浮针结合再灌注治疗慢传输型便秘的研究进展[J]. 实用中医内科杂志, 2025, 39(3): 109-112.

[14] 李雯,韩旭,余芝,等. 电针、温和灸足三里穴区对大鼠胃运动及迷走神经胃支放电频率的影响[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(4): 1921-1925.

(责任编辑:刘淑婷)