

DOI: 10.12209/CAIM202504180003

· 中西医结合临床案例 ·

中药保留灌肠联合艾灸温灸疗法治疗1例 气血亏虚型胃排空障碍患者的护理报告

赵钰莹¹, 商 翠², 李 宁², 李月茹², 李 静²

(1. 北京市隆福医院 普外科, 北京, 100010;

2. 北京市隆福医院 护理部, 北京, 100010)

摘要: 本文总结1例中药保留灌肠联合艾灸温灸疗法治疗气血亏虚型胃排空障碍患者的护理经验。在西医保守治疗基础上结合中医辨证施护, 针对患者腹胀冷痛、气血亏虚及身心情志等问题, 予患者中药保留灌肠、艾灸温灸疗法及情志护理等措施。经治疗, 患者呕吐明显好转, 肛门已排气, 有效促进胃肠动力恢复。

关键词: 中药保留灌肠; 艾灸温灸疗法; 气血亏虚; 胃排空障碍

Nursing Report on the Treatment of a Patient with Gastric Emptying Disorder of Qi-Blood Deficiency Type by Herbal Retention Enema Combined with Moxibustion Therapy

ZHAO Yuying¹, SHANG Cui², LI Ning², LI Yueru², LI Jing²

(1. Department of General Surgery, Beijing Longfu Hospital, Beijing, 100010;

2. Department of Nursing, Beijing Longfu Hospital, Beijing, 100010)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of a patient with gastric emptying disorder of qi-blood deficiency type treated with herbal retention enema combined with moxibustion therapy. Based on conservative Western medical treatment, integrated Traditional Chinese Medicine (TCM) syndrome differentiation and nursing interventions were applied, including herbal retention enema, moxibustion therapy, and emotional counseling, targeting symptoms such as cold abdominal distension, qi-blood deficiency, and psychological distress. After treatment, the patient showed significant improvement in vomiting, resumed anal exhaust, and achieved effective restoration of gastrointestinal motility.

KEY WORDS: herbal retention enema; moxibustion therapy; qi-blood deficiency; gastric emptying disorder

胃排空障碍包括糖尿病性胃轻瘫、术后胃排空障碍、功能性消化不良等。术后胃排空障碍(如胃大部切除术后)的发病率约为0.6%~10%,其中胰十二指肠切除术后发生率可达10%~46%^[1]。目前临床上治疗胃排空障碍仍以非手术治疗为主,虽然胃排空障碍一般不会危及病人的生命,但是对患者的心理健康及生活质量有严重的影响^[2]。患者的临床表现常为腹胀、上腹部疼痛及恶心伴有呕吐,呕吐常见深绿色胃液,同时具有迁延难愈的特点^[3]。而中药保留灌肠具有促进肠道功能恢复、减轻腹胀、药物吸收快且直接、整体调节机体机能等优点^[4]。胃肠术后采用艾灸温

灸疗法配穴中脘、足三里辅助治疗可有促进胃肠蠕动,缓解腹部疼痛,改善胃肠血液循环的功效^[5]。中西医结合护理可使患者症状缓解速度提升,生活质量改善显著,单次住院费用降低,长期可减少并发症相关支出。本文报告1例气血亏虚型的胃排空功能障碍患者的护理效果分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女性,37岁,患者12d前于外院行腹腔镜转开腹根治性全胰切除术+脾切除术+肠系膜上静脉重建术,术后第7天患者出现腹胀,恶心伴

收稿日期:2025-04-18

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

有呕吐,胃肠减压及口服多潘立酮治疗无明显改善后,主因“胃排空障碍”于03月12日收入我院进一步治疗。患者既往体健,无药物过敏史。现病史:患者现频繁恶心呕吐,胃排空障碍。

1.2 体格检查

患者神清,精神可,留置胃管,禁食水,小便可。舌暗红,苔薄白,脉弦细。体温(T)36.5℃,脉搏(P)88次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)96/75 mm Hg,发育正常,体型适中,自主体位,步入病区,正常面容,表情自然,意识清晰,精神状态正常,检查合作。患者腹部伤口可见敷料覆盖,留置引流管一根,PTCD引流已夹闭,上腹部压痛,叩诊鼓音,胃管引流每日引流量800~1000 mL,呈深绿色。

1.3 诊断

中医诊断:患者青年女性,慢性起病,病属胰癌,证属气血亏虚;西医诊断:胰十二指肠术后,胃肠功能障碍。参照《中医内科学》,气血亏虚证是气虚与血虚并见的证候,核心病机为“气虚血少,脏腑失养”。患者素体历手术后致气血受损,现胃排空障碍,病势较缓。超声诊断:胃窦液体排空延迟(30 min排空率28%),胃窦收缩频率减慢(1.5次/min),胃内持续潴留,符合胃排空障碍超声表现。

1.4 治疗

中医治疗:根据院内中药保留灌肠协定方,其中包括茯苓30 g、煅龙骨40 g、火麻仁20 g及大黄15 g等,煎煮30 min后过滤取汁,药渣再加适量水重复煎煮20 min,合并两次药液浓缩至400 mL,并用纱布过滤去除杂质,保留灌肠治疗1次/d。煅龙骨具有收敛固涩、镇静安神的功效,可帮助改善气血亏虚引起的体虚多汗、失眠等症状;茯苓则能利水渗湿、健脾宁心,有助于增强体质,改善消化功能。两药结合,可缓解气血亏虚的基础症状。火麻仁润肠通便,大黄攻下积滞、泻火解毒,对于胃排空障碍引起的便秘、腹胀等症状有一定的改善作用。两药合用,可增强肠道蠕动,缓解便秘症状。根据《针灸甲乙经》记载,中脘与足三里的配伍体现“募原配穴”和“上下配穴”原则。募原配穴:中脘为胃之募穴,足三里为胃经合穴,二者通过经脉联系形成“内—外”协同作用。上下配穴:中脘属上焦,足三里属下焦,符合《灵枢·经脉》“上病下取”理论,遂用百笑灸选取中脘穴及双侧足三里穴,每穴温灸20 min,1次/d。

西医治疗:保留胃管并持续胃肠减压,遵医嘱予患者脂肪乳氨基酸等肠外静脉营养支持;艾司奥美拉唑40 mg,盐酸昂丹司琼4 mg静脉输入,2次/d,以抑酸止吐治疗;遵医嘱予患者口服多潘立酮片10 mg及枸橼酸莫沙必利5 mg口服,3次/d。患者于04月10日呕吐明显好转,肛门已排气,可过渡饮食。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 中医四诊

中医四诊内容及结果,具体如下:望诊:面色苍白萎黄、眼睑苍白;闻诊:言语低微,气短乏力;问诊:食欲不振,腹胀,消化不良,活动无耐力,畏寒头晕;切诊:弦细脉。本例患者证属气血亏虚证。

2.1.2 常规评估

本例患者自理能力评估表(Barthel指数评定量表)评分为80分,日常生活活动能力为I级,属轻度功能障碍;数字分级评分法(numerical rating scale, NRS)评分为3分,属轻度疼痛,不影响睡眠;跌倒坠床风险因素评估评分为1分,属轻度危险;Braden压疮风险评估表评分为17分,属轻度危险;微型营养评价(Mini Nutritional Assessment, MNA)评估得分为7分,属营养不良。患者肠鸣音消失,持续3~5 min未闻及。

2.1.3 心理状况评估

采用焦虑自评表(SAS)评估患者焦虑程度,SAS总分<50分为正常,50~60分为轻度焦虑,61~70分是中度焦虑,评分>70分属于重度焦虑。患者因频繁恶心呕吐及伤口疼痛导致紧张焦虑,患者SAS评分为63分,属中度焦虑。

2.2 护理诊断

体液不足与频繁呕吐可导致大量胃液丢失,引起水和电解质紊乱有关;舒适度改变与术后伤口,留置引流管及腹胀、恶心有关;活动无耐力与营养摄入不足和身体虚弱,患者常感到乏力、疲倦,活动耐力下降有关;焦虑与疾病的长期困扰、对治疗效果的担忧以及生活质量的下降,对疾病的治疗和康复缺乏信心有关;知识缺乏,患者对胃排空障碍疾病的知识了解不足,不能正确遵循医嘱进行饮食调整和治疗,对疾病的自我管理能力较差有关;营养失调,与低于机体需要量与胃排空障碍导致食物不能正常进入肠道被消化吸收,影响营养物质的摄入有关^[6]。

2.3 护理计划

综合中医特色治疗、饮食管理、胃肠减压、药物治疗、营养支持、心理干预及适度运动,以达到逐步恢复患者胃肠功能的目的。

2.4 护理措施

2.4.1 病情观察

密切观察患者生命体征,包括体温、脉搏、呼吸、血压等,以及意识状态和面色变化。每日监测患者肠鸣音共4次,5 min/次(艾灸温灸治疗前后各测1次,后每6 h监测1次),以便评估患者胃肠功能的恢复情况。关注患者呕吐次数、呕吐物颜色、性质和量,准确记录24 h出入量,以便及时发现水、电解质紊乱和酸碱失衡等问题。此外,遵医嘱予患者肠外静脉营养支持。

2.4.2 中医特色护理

2.4.2.1 中药保留灌肠

①评估患者:评估患者意识状态、过敏史与肛周皮肤黏膜情况,以及患者对灌肠耐受程度和配合程度。②用物准备:根据医嘱配置好灌肠汤药(水温计监测维持在38℃左右)、一次性灌肠袋、润滑油及治疗巾等;保持治疗环境安静、整洁、温暖,关闭门窗,必要时拉好床帘或屏风遮挡,以保护患者隐私。③协助患者取左侧卧位,双膝屈曲,臀部移至床沿,臀下垫治疗巾;润滑肛管前端,排尽空气;分开患者臀部,暴露肛门,将肛管轻轻插入肛门,插入深度一般为10~15 cm(肛管插入深度可根据个体调整,如体型适中者12 cm),插入过程中要注意动作轻柔,避免损伤肠黏膜;固定肛管,打开灌肠袋开关,使药液缓慢流入直肠;灌肠速度不宜过快,以免引起患者不适或导致药液反流;药液灌注完毕后,夹紧肛管,用卫生纸包裹肛管末端,轻轻拔出肛管;嘱患者尽量保留药液,保留时间一般为30~60 min,左侧卧位15 min后可改为平卧位,提高药液保留效果,以便药液充分被肠道吸收;如果患者有便意,可指导其做深呼吸,放松腹部,以减轻便意;治疗1次/d,需连续灌肠2~3个疗程(每疗程14 d)。④观察患者灌肠后反应,有无腹痛、腹胀、腹泻等不适症状,如有异常情况,及时报告医生并进行相应处理。

2.4.2.2 艾灸温灸疗法

①评估患者病情、年龄、体质、过敏史及施灸部位的皮肤状况等。②用物准备:百笑灸艾柱、艾灸盒、镊子、打火机、纱布及弯盘等;选择安静、温暖、通风良好的房间,避免患者在施灸过程中受风着凉,并让患者采取舒适的体位。③操作步骤:将艾柱插入艾灸盒的固定装置中,调整好艾柱的位置和高度,将艾柱点燃;固定艾灸盒,将艾灸盒放置在选定穴位上,中脘位于脐上4寸,足三里位于外膝下3寸,用百笑灸自带固定贴将其固定在皮肤上,使艾灸盒保持稳定。④调节温度:根据患者耐受程度,通过调节艾灸盒上通风孔来控制温度,避免过热或过冷,以局部温热无灼痛为宜。一般每次灸20~30 min,1次/d,需持续治疗1~2个疗程(每疗程14 d)。灸完后,取出艾柱熄灭,取下艾灸盒,观察皮肤有无异常。⑤注意事项:查看施灸部位皮肤情况,如有无发红、烫伤等,若皮肤出现轻微发红,一般属于正常现象,可自行消退;若出现小水泡,无需特殊处理,保持局部清洁,避免感染,小水泡会自然吸收;若水泡较大,可用消毒后的注射器将泡内液体抽出,再涂上碘伏等消毒药水,用纱布包扎,防止感染,并嘱患者注意休息和保暖。艾灸温灸疗法前后对比情况,如表1所示。

2.4.3 药物护理

遵医嘱准确予促进胃动力药物,如多潘立酮、莫沙必利等,观察药物疗效和不良反应。对于胃酸分泌过多及频繁恶心呕吐的患者,可遵医嘱予抑酸药物,如奥美拉唑、法莫替丁等,以减轻胃酸对胃黏膜的刺激^[7]。

2.4.4 情志护理

向患者介绍胃排空障碍相关知识,让患者及家属了解病情,或向患者讲述治愈案例增强其战胜疾病信心。鼓励患者在床上进行翻身、四肢活动等,以促进胃肠蠕动和血液循环。通过正确采用正念减压疗法,辅助患者缓解压力、改善情绪及身心状态,治疗2次/d,15 min/次,具体如下。针对患者紧张与失眠症状,可使用芳香疗愈方法,选取薰衣草精油1:5稀释于基础油,可有助于患者放松情绪和助眠,具体可采用香薰法(通过熏香

表1 艾灸温灸疗法前后对比

观察指标	治疗前	治疗后	变化机制
胃脘部温度	偏低(33~35℃)	升高(36~37℃)	温热刺激扩张血管,促进局部血液循环,加速代谢
肠鸣音频率	减少(<2次/min)	增加(接近正常,4~5次/min)	艾灸激活迷走神经,增强胃肠平滑肌收缩,调节肠道蠕动节律
VAS(腹胀)	4~5分(中度腹胀)	1~3分(轻度腹胀)	直接调节肠道节律性运动,缓解因胃肠动力不足导致的腹胀

器、蜡烛或香薰灯等工具加热精油,使其挥发到空气中,以嗅觉系统吸收)、按摩法(将稀释后的精油涂抹在皮肤上,通过按摩手法促进吸收,同时刺激淋巴系统和血液循环)及吸入法(将精油滴在纸巾或手帕上,通过深呼吸直接吸入精油香气,快速缓解紧张情绪)。

2.4.5 管路护理

患者PICC管路要按时维护,定期更换输液接头,每日规范开管、封管,以预防堵塞,并予患者每7 d换药1次。留置胃管妥善固定,避免打折脱落,遵医嘱予患者生理盐水20 mL,每4 h冲洗胃管1次,避免堵塞,以保证胃液引流通畅。

2.5 护理评价

患者通过西医方面的禁食水、抑酸、止吐及持续胃肠减压等保守治疗,加上中药保留灌肠和艾灸温灸辅助治疗,以及心理指导等方面的综合护理下,患者症状明显改善,于入院后第7天胃肠功能恢复,肠鸣音中等响度,规律断续,且可达4次/min。于入院后第13天,患者已拔除胃管,恶心呕吐等症状明显减轻,直至恢复胃肠功能,营养状态逐渐好转,可从禁食水过渡至流食。患者营养状态好转,焦虑情绪已明显消除。患者出院后以清淡流食为主,于1周后门诊复诊,患者饮食无恶心、呕吐及腹胀等症状,肠鸣音可达5次/min。患者1月后复查超声示患者胃壁可见规律的收缩波,蠕动频率正常,收缩波从胃体向胃窦方向推进,胃内无大量液体或食物残渣潴留,胃腔形态正常,无扩张。

3 讨论

脾胃为气血生化之源,气血亏虚常伴有脾胃功能虚弱,这是因为脾胃运化功能减弱,不能很好地消化食物和吸收营养。胃排空障碍患者常见腹胀冷痛、喜温喜按,艾灸温灸中脘作用于胃排空障碍的患者,可促进气血运行、温通经络、增强脾胃功能等^[8],亦可温补中焦阳气,缓解因寒凝气滞导致的胃蠕动减弱。艾灸温灸足三里穴可健运脾胃,促进营养吸收,从而改善气虚^[9]。艾灸温灸疗法通过温热刺激、神经内分泌调节和直接促进胃肠蠕动等多重机制改善胃肠血流,其作用具有穴位特异性(如足三里、中脘)和疾病针对性(如FD、术后并发症),为中医治疗胃肠疾病提供新的思路^[10]。中药保留灌肠中,药中的活性成分,如多糖、黄酮及生物碱等可作为益生元,促进有益菌生

长,抑制有害菌,同时具有抗菌或抗炎作用,减少肠道炎症,改善菌群失衡。通过调节肠道神经或内分泌系统,改善肠道蠕动,促进菌群平衡。中药可影响肠道黏膜屏障功能,减少有害物质吸收,维持菌群状态^[11],直接作用于患处,可使肠道直接吸收,具有刺激肠道神经,促进血液循环的功效^[12]。通过艾灸温灸的局部温补与中药灌肠的全身调理结合,形成“内外同治”的气血恢复模式,既能直接改善胃肠功能,又能从整体上补益气血、调节神经内分泌,为气血亏虚型胃肠功能障碍患者提供高效、安全的综合治疗方案。

以往临床护理经验表明,中西医结合护理对于胃瘫胃排空障碍患者有着显著疗效^[13],中西医结合治疗胃排空障碍通过“快速控制+整体调理+心理支持”的多维度干预,显著优于单一治疗模式。其核心优势在于整合西医的即时疗效与中医的长效调节,同时降低副作用和医疗成本,是术后胃排空障碍的优选方案^[14]。基于此案例经验建议,可制定中西医结合护理胃排空障碍的标准化流程。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 郭晋锋,张勇,吴耿聪,等. 基于加速康复外科理念的针刺对胃癌术后残胃排空功能障碍的影响[J]. 中国针灸, 2023, 43(2): 141-143.
GUO J F, ZHANG Y, WU G C, et al. Effect of acupuncture on functional delayed gastric emptying after gastric cancer surgery based on enhance recovery after surgery [J]. Chin Acupunct Moxibustion, 2023, 43(2): 141-143. (in Chinese)
- [2] 石浩伟,邢骋,宋京海. 胰十二指肠切除术后胃排空障碍的研究进展[J]. 临床普外科电子杂志, 2023, 11(4): 11-16.
SHI H W, XING C, SONG J H. Research progress on the delayed gastric emptying after pancreaticoduodenectomy [J]. J Gen Surg Clin Electron Version, 2023, 11(4): 11-16. (in Chinese)
- [3] 潘军平,吴亚夫,朱新华. 早期肠内营养结合肠外营养对胰十二指肠切除术后患者的影响[J]. 中国临床研究, 2023, 36(2): 176-181.
PAN J P, WU Y F, ZHU X H. Effect of early enteral nutrition combined with parenteral nutrition on patients after pancreaticoduodenectomy [J]. Chin J

- Clin Res, 2023, 36(2): 176–181. (in Chinese)
- [4] 薛小卫, 刘倩, 张乐平, 等. 中药灌肠治疗肠梗阻的临床研究进展[J]. 中国民间疗法, 2021, 29(6): 120–123.
- XUE X W, LIU Q, ZHANG L P, et al. Clinical research progress of traditional Chinese medicine enema in treating intestinal obstruction[J]. China's Naturopathy, 2021, 29(6): 120–123. (in Chinese)
- [5] 张晓, 廖若夷. 吴茱萸热奄包联合艾灸预防腰椎全麻术后胃肠道反应的疗效观察[J]. 中医药导报, 2019, 25(7): 91–93.
- ZHANG X, LIAO R Y. Observation on preventing gastrointestinal reaction after lumbar general anesthesia by evodia rutaecarpa heat package combined with moxibustion [J]. Guid J Tradit Chin Med Pharm, 2019, 25(7): 91–93. (in Chinese)
- [6] 王曼利, 刘艳. 胃癌术后功能性胃排空障碍患者营养护理应用效果分析[J]. 现代诊断与治疗, 2024, 35(20): 3134–3135, 3138.
- WANG M L, LIU Y. Effect analysis of nutritional nursing for patients with functional gastric emptying disorder after gastric cancer surgery[J]. Mod Diagn Treat, 2024, 35(20): 3134–3135, 3138. (in Chinese)
- [7] 乔增运. 胰头十二指肠切除术术后胃排空障碍的危险因素分析[D]. 沈阳: 中国医科大学, 2024.
- [8] 康春卯, 赵辉, 杨绍威, 等. 艾灸联合疏肝助阳汤辅以低频脉冲电刺激治疗男性勃起功能障碍[J]. 长春中医药大学学报, 2023, 39(10): 1129–1132.
- KANG C M, ZHAO H, YANG S W, et al. Efficacy of moxibustion combined with Shugan Zhuyang decoction and low-frequency pulse electrical stimulation as auxiliary therapy in the treatment of male patients with erectile dysfunction [J]. J Changchun Univ Chin Med, 2023, 39(10): 1129–1132. (in Chinese)
- [9] 彭艳红. 温和灸治疗脾胃虚寒型慢性胃炎临床研究[J]. 中医学报, 2015, 30(11): 1680–1682.
- PENG Y H. Clinical observation of mild moxibustion in treating chronic gastritis patients with spleen–stomach deficiency–cold pattern [J]. China J Chin Med, 2015, 30(11): 1680–1682. (in Chinese)
- [10] 杨丽娜, 郭永俊, 张芮斌. 加味黄龙汤联合艾灸治疗脓毒症合并急性胃肠损伤的临床研究[J]. 中医药信息, 2024, 41(5): 64–68, 81.
- YANG L N, GUO Y J, ZHANG R B. Clinical study on the treatment of sepsis complicated with acute gastrointestinal injury by modified yellow dragon decoction combined with moxibustion [J]. Inf Tradit Chin Med, 2024, 41(5): 64–68, 81. (in Chinese)
- [11] 陈亚琳, 余丹丹, 潘研, 等. 肠道菌群失调的中医药治疗[J]. 世界中西医结合杂志, 2018, 13(6): 879–882.
- CHEN Y L, YU D D, PAN Y, et al. Treatment of intestinal flora imbalance with traditional Chinese medicine [J]. World J Integr Tradit West Med, 2018, 13(6): 879–882. (in Chinese)
- [12] 任列钰. 十灰散加灌肠治疗溃疡性结肠炎 1 例[J]. 浙江中医杂志, 2021, 56(7): 502.
- REN L Y. A case of ulcerative colitis treated by modified Shihui Powder enema [J]. Zhejiang J Tradit Chin Med, 2021, 56(7): 502. (in Chinese)
- [13] 薛建军, 徐紫清, 侯怀晶, 等. 中西医结合防治术后胃肠功能紊乱临床实践指南(2023 版)[J]. 北京医学, 2024, 46(11): 905–919.
- XUE J J, XU Z Q, HOU H J, et al. Clinical practice guidelines for prevention and treatment of post-operative gastrointestinal dysfunction by integrated traditional Chinese and western medicine (2023 edition) [J]. Beijing Med J, 2024, 46(11): 905–919. (in Chinese)
- [14] 杨超凡, 蒋谷芬, 赵晨, 等. 中医外治法治疗消化道肿瘤术后胃瘫综合征的网状 Meta 分析[J]. 湖南中医杂志, 2024, 40(12): 142–149.
- YANG Y F, JIANG G F, ZHAO C, et al. Reticular meta-analysis of TCM external treatment for gastroparesis syndrome after digestive tract tumor surgery [J]. Hunan J Tradit Chin Med, 2024, 40(12): 142–149. (in Chinese)

声明: 此案例经过本平台同行评议, 全文开放获取, 采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。