

DOI: 10.12209/CAIM202501290004

· 中西医结合临床案例 ·

中药灌肠联合多模态中医护理技术 治疗中毒性巨结肠的个案护理

张思佳¹, 云逸飞¹, 韩璐²

(1. 北京市中医药大学东方医院 重症监护室, 北京, 100078;

2. 首都医科大学附属北京友谊医院(西城院区) 急诊外科, 北京, 100050)

摘要: 本文报告1例多模态中医护理技术治疗中毒性巨结肠(腹压25~28 mmHg, IV级)患者的个案护理。患者因肠麻痹导致72 h无排便排气, 且存在腹腔间隔室综合征高风险。护理团队基于“六腑以通为用”的中医理论, 采用多模态中医护理技术(中药灌肠+中药膏摩+耳穴贴压)进行干预。经治疗, 患者于第6日恢复排气排便(1~2次/d); 尿动力监测仪显示, 24 h后腹压从25~28 mmHg显著降至18~23 mmHg, 第7日进一步稳定在11~15 mmHg。

关键词: 中毒性巨结肠; 中药灌肠; 中药膏摩; 多模态中医护理技术; 耳穴贴压

Case Report on Integrated Traditional Chinese Medicine Enema with Multimodal TCM Nursing Techniques for Toxic Megacolon

ZHANG Sijia¹, YUN Yifei¹, HAN Lu²

(1. Intensive Care Unit, Dongfang Hospital Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100078;

2. Department of Emergency Surgery, Beijing Friendship Hospital, Capital Medical University
(Xicheng Branch), Beijing, 100050)

ABSTRACT: This paper reports a case of multimodal Traditional Chinese Medicine (TCM) nursing interventions for a patient with toxic megacolon (intra-abdominal pressure: 25 – 28 mmHg, Grade IV). The patient presented with intestinal paralysis, manifesting as 72 hours of absent defecation and flatus, alongside a high risk of abdominal compartment syndrome. Guided by the TCM theory of "unblocking the six fu organs for functional recovery," the nursing team implemented a multimodal TCM approach (herbal enema + herbal ointment massage + auricular acupressure). By the sixth day of treatment, the patient regained daily bowel movements (1 – 2 times/day). Urodynamic monitoring revealed a significant reduction in intra-abdominal pressure from 25 – 28 mmHg to 18 – 23 mmHg within 24 hours, stabilizing further at 11 – 15 mmHg by the seventh day.

KEY WORDS: toxic megacolon; TCM herbal enema; herbal ointment massage; multimodal TCM nursing techniques; auricular acupressure

感染性腹泻作为消化系统常见病和多发病, 是由微生物感染引发的胃肠道疾病, 临床可分为细菌性和病毒性感染, 其中细菌性感染更为普遍。病原菌通过食源或接触传播, 导致消化道功能障碍, 表现为腹泻、呕吐、恶心等症状, 常伴随水电解质失衡及营养不良, 严重时危及生命^[1]。中毒性巨结肠(toxic megacolon, TMC)是肠道感染及

炎症性肠病的严重并发症, 其发生与结肠黏膜剧烈炎症反应及屏障功能破坏密切相关^[2-3]。本案例患者因重症肠道感染入院, 病情迅速进展为中毒性巨结肠等危重症, 并引发多脏器功能损害。针对其并发的腹腔高压症状, 西医治疗手段存在局限性, 而传统医学基于“六腑以通为用”理论的干预策略展现出独特优势。本文报道的多模态

收稿日期: 2025-01-29

基金项目: 中央高水平中医医院临床科研业务费资助(DFRCGC-2024QHTS-QD013)

OPEN ACCESS

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

中医护理技术对中毒性巨结肠合并腹腔高压的治疗效果,正是这一优势的实践体现。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女,74岁,主因“腹泻6 d伴发热2 d”于2024年12月15日由急诊以“腹泻原因待查”收入我院。入院后患者出现咳嗽、喘促,近3 d无排气排便,予肛管排气、甘油剂灌肠后仅有少量排气,未排便,而后患者喘憋加重,呼吸频率快,腹部膨隆较前加重,平卧位腹腔压力数值为28 mm Hg。转入后急查:艰难梭菌谷氨酸脱氨酶抗原测定阳性(+);肠道菌群检查(大便球杆比):细菌数量减少,仅见少量革兰阳球;便常规+潜血:白细胞4~6/HP,潜血阳性;全血细胞分析+CRP:C-反应蛋白214.6 mg/L,白细胞计数 $25.01 \times 10^9/L$;血气分析+急诊生化(氧浓度80%)乳酸2 mmol/L, $PaCO_2$ 41.4 mm Hg, PaO_2 134 mm Hg,肌酐96.1 μ mol/L;上下腹部+盆腔CT:结肠、直肠弥漫性病变,考虑炎症性肠病可能。患者病情进行性进展,腹腔高压未缓解,病情继续进展为腹腔间隔室综合征风险高,于2024年12月20日14:00转入ICU继续治疗。

1.2 查体

患者心率(HR)115次/min,呼吸(R)45次/min,血压(BP)189/101 mm Hg,呈嗜睡状态,偶可自主睁眼,精神差,交流困难,双肺呼吸音粗,未闻及干湿啰音;心律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音;腹部膨隆,腹壁绷紧,全腹压痛,未闻及肠鸣音;双下肢轻度水肿;舌暗红,苔黄微燥,脉弦细。

1.3 诊断

中医诊断:泄泻病,大肠湿热证;西医诊断:重症肠道感染,中毒性巨结肠,腹腔高压,重症肺炎,I型呼吸衰竭。

1.4 治疗

患者转入后予ICU护理常规,重症监护,病重通知。患者呼吸及循环极不稳定,予气管插管接有创呼吸机辅助呼吸,去甲肾上腺素泵入升压稳定循环。患者腹部膨隆,腹壁绷紧,腹胀分级为Ⅲ级重度,予尿动力监测仪持续腹压监测,随机卧位腹压数值 ≥ 25 mm Hg,腹压分级为Ⅳ级,考虑腹腔间隔室综合征不排除,尽快降低腹压,对于改善预后至关重要。予患者中西医结合治疗促胃肠蠕动、通腑排便等治疗。中医治疗方面,患者湿热积

郁大肠,久而损络伤阴,瘀血内停,瘀热互结,兼有阴伤,大肠气化不利,腑气不通,不通则痛,故见腹胀腹痛、大便秘结难下。予肛管排气、中药灌肠及中药膏摩、耳穴贴压联合基本手法推拿治疗,共奏理气通腑之功。经治疗干预,2024年12月27日患者腹压维持在11~15 mm Hg,腹胀分级降至Ⅱ度,每日排气排便(1~2次/d)。

2 护理

2.1 护理评估

腹胀分级:Ⅰ度(轻度):腹部隆起略高于胸部,质软;叩诊呈低调鼓音,肠鸣音可减弱或稍有亢进。Ⅱ度(中度):腹部隆起明显高于胸部,张力较大;叩诊呈中调鼓音,肠鸣音多减弱。Ⅲ度(重度):全腹部明显隆起呈球形,压之硬而不适,无反跳痛;叩诊呈高调鼓音,肠鸣音明显减弱或消失。本例患者治疗前评估腹胀分级为Ⅲ级。

腹内压分级:Ⅰ级:腹内压为12~15 mm Hg,腹内压略有升高,但通常不会立即引起严重的临床后果。Ⅱ级:腹内压为16~20 mm Hg,属于腹内高压的范畴,需要考虑积极的治疗措施。Ⅲ级:腹内压为21~25 mm Hg,需要紧急处理。Ⅳ级:腹内压大于25 mmHg,可能与腹腔间隔室综合征(ACS)相关,危及生命。本例患者治疗前评估腹压分级为Ⅳ级。

便秘评估:根据Wexner便秘评分表评估标准(总分 ≥ 15 分可诊断为便秘,分值越高提示便秘程度越重),患者转入时评分为16分,符合便秘诊断标准。

2.2 护理诊断

腹胀便秘与肠麻痹及结肠运动功能紊乱有关;清理呼吸道无效与人工气道有关。

2.3 护理计划

经医护一体化查房评估后,在常规症候护理基础上实施中西医结合精准干预:中医特色护理方案:采用耳穴贴压、中药膏摩及中药灌肠形成多模态治疗;先通过推拿疏通经络,再行药液灌注以增强吸收,促进肠道积气与燥屎排出,实现“通腑泻浊”效应。重症气道管理:气管插管期间严格执行声门下吸引、体位引流等措施,维持气道通畅;结合口腔护理与呼吸机管路管理,降低VAP发生率。

2.4 护理措施

2.4.1 耳穴贴压

治疗取穴肺,腹,大肠,三焦及皮质下,治疗开

始前对患者进行全耳按摩,从而刺激相应的耳部穴位,激发经气,疏通经络,调理气血,使耳廓得以充血发热,以便于耳穴贴压。揉搓耳部3~5 min,清醒患者以耐受为度,局部微胀感为宜。本病患者为经口气管插管,操作时动作轻柔,观察面部表情,表现出皱眉即可。选穴原则依照“急则通腑”选肺可清热通便;腹可镇痛,解除肠痉挛;大肠,直肠为相应部位,可增加肠蠕动,疏通脏腑,顺其导滞;三焦化气输精,促进运化之功能;皮质下可调节胃肠功能。使用75%酒精消毒耳廓,王不留行籽贴压,每穴按压1 min(拇指+食指对捏),双耳交替,左、右耳每日轮换,5 d为一个疗程。

2.4.2 中药灌肠联合中药膏摩

中药灌肠方:茯苓30 g、番泻叶6 g、姜厚朴30 g、白芍30 g、麸炒枳壳15 g、麸炒枳实15 g、白术30 g及大黄30 g,加水煎至100 mL,制成中药灌肠药液。中药膏摩方:大黄15 g、麸炒苍术9 g、白术10 g、茯苓15 g、姜厚朴10 g、陈皮10 g、醋青皮10 g及麸炒枳实10 g,打成粉状加入适量香油及醋调和成细腻膏状。实施流程:中药灌肠前30 min予腹部膏摩按摩,选穴以脐周神阙穴为中心,重点按摩天枢穴及关元穴。掌心涂抹中药膏剂(厚度约2 mm),顺时针环形按摩20圈,直径10~15 cm,总时长≥5 min,手法轻重适度,以腹部轻微震动为宜。中药灌肠药液加热至39~41℃(水温计监测),协助患者左侧卧位,肛管润滑后插入15~20 cm,以60滴/min注入,注入后保持臀部垫高10 cm,左侧卧位保持30 min^[5]。治疗3次/d,5 d为一个疗程。

2.4.3 气道管理

床头抬高30~45°,按需吸痰及时清理气道、声门下分泌物,观察颜色、量,保持气囊压力在25~30 cmH₂O;每日两次中药口腔护理,并观察患者舌苔、口腔黏膜,及时清除口腔内分泌物;呼吸机管路位置应低于人工气道,合理固定,及时清除螺纹管及集水杯(最低点)冷凝水,防止回流,预防呼吸机相关性肺炎(VAP);保持加温湿化罐功能状态,湿化罐内液面在正常范围内,温度为37℃。

2.5 护理评价

中医护理辅助治疗干预24 h后腹压从25~28 mm Hg降至18~23 mm Hg;12月26日腹压稳定于12~15 mmHg,每日规律排便排气1~2次/d;12月27日维持在11~15 mmHg(I级),腹胀分级降至Ⅱ度(中度),Wexner评分为10分,气管

插管期间有效清除患者气道分泌物保证有效通气,未发生呼吸机相关性肺炎(VAP),其余治疗同前。

3 讨论

在传统医学理论框架下,肠道感染可归属于“腹痛”“泄泻”及“肠结病”等范畴,其临床表现因患者体质差异而呈现多样性,或见便秘,或见便下稀水^[6],但核心病机均与脾虚湿盛、脾胃运化功能失调导致的肠道传导功能障碍密切相关。本案基于中医整体观念与辨证论治原则,针对重症肠道感染继发中毒性巨结肠患者,创新性地整合中药灌肠、中药膏摩和耳穴贴压三种中医外治技术。其中,中药灌肠通过直肠直接给药使药物有效成分经肠黏膜吸收;中药膏摩结合药膏外敷与推拿手法,通过机械压力刺激增强肠蠕动^[7-8];耳穴疗法则基于全息理论刺激特定穴位调节脏腑功能^[9]。这三种疗法协同作用,在本病例中展现出显著疗效。虽然目前关于中医护理在中毒性巨结肠中的应用仍缺乏大样本研究支持,但本案例的成功实践不仅验证传统医学“异病同治”理论的临床价值,也为重症肠道功能障碍性疾病的中西医结合治疗提供新思路,特别是在常规西医治疗效果不佳时,中医外治技术展现出的“速效减毒”优势值得进一步探索和推广^[10]。未来研究应着重解决操作标准化、疗效评价体系建立等关键问题,以推动中医护理技术在该领域的规范化应用。

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] SICILIANO V, NISTA E C, ROSÀ T, et al. Clinical management of infectious diarrhea[J]. Rev Recent Clin Trials, 2020, 15(4): 298-308.
- [2] 谢军, 张溪, 李昌林. 中药方剂通过修复肠黏膜屏障治疗溃疡性结肠炎的最新进展[J/OL]. 辽宁中医药大学学报, 2025: 1-14. (2025-01-16). <https://kns.cnki.net/KCMS/detail/detail.aspx?filename=LZXB20250116008&dbname=CJFD&dbcode=CJFQ>.
- XIE J, ZHANG X, LI C L. Recent advances in the treatment of ulcerative colitis with Chinese herbal remedies by repairing the intestinal mucosal barrier[J/OL]. J. Liaoning Univ. Tradit. Chin. Med.,

- 2025; 1-14. (2025-01-16). <https://kns.cnki.net/KCMS/detail/detail.aspx?filename=LZXB20250116008&dbname=CJFD&dbcode=CJFQ>. (in Chinese)
- [3] 王蒲春, 刘德志, 范新. 血清基质 Gla 蛋白与溃疡性结肠炎患者黏膜炎症程度的关系及对中毒性巨结肠的预测研究[J]. 北京医学, 2021, 43(12): 1188-1191.
- WANG P C, LIU D Z, FAN X. Study on the relationship between serum matrix Gla protein and mucosal inflammation in patients with ulcerative colitis and the prediction of toxic megacolon [J]. Beijing Med J, 2021, 43(12): 1188-1191. (in Chinese)
- [4] 王欣彤, 厉励, 王永生, 等. 符为民教授基于“六腑以通为用”与脑-肠轴理论治疗卒中后抑郁经验[J]. 中国医药导报, 2023, 20(1): 137-140.
- WANG X T, LI L, WANG Y S, et al. Professor Fu Weimin's experience in the treatment of post-stroke depression based on the theory of "six fu-organs function well when unobstructed" and brain-gut axis [J]. China Med Her, 2023, 20(1): 137-140. (in Chinese)
- [5] 刘嘉斌. 通腑逐瘀汤保留灌肠温度对急性重症胰腺炎患者腹胀腹痛、排便改善效果及血清 AMS、LPS 的影响[J]. 四川中医, 2022, 40(12): 219-221.
- LIU J B. Effect of tongfu Zhuyu decoction retention enema temperature on abdominal distension, abdominal pain, defecation and serum AMS, LPS for patients with severe acute pancreatitis [J]. J Sichuan Tradit Chin Med, 2022, 40(12): 219-221. (in Chinese)
- [6] 李智慧, 李钰慧, 蔡春江. 不完全肠梗阻(肠结病)的中医理论探源[J]. 中国中医药现代远程教育, 2019, 17(1): 103-105.
- LI Z H, LI Y H, CAI C J. Discussion on the traditional Chinese medicine origin of incomplete intestinal obstruction (intestinal disease) [J]. Chin Med Mod Distance Educ China, 2019, 17(1): 103-105. (in Chinese)
- [7] 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)
- [8] 钟铁刚, 陈一杰, 施建设, 等. 腹腔负压装置在严重创伤和腹腔感染合并腹腔高压综合征中对胃肠道功能的影响[J]. 中国现代普通外科进展, 2024, 27(5): 390-392.
- ZHONG T G, CHEN Y J, SHI J S, et al. Effects of negative pressure device on gastrointestinal function in severe trauma and intra-abdominal infection complicated with abdominal compartment syndrome [J]. Chin J Curr Adv Gen Surg, 2024, 27(5): 390-392. (in Chinese)
- [9] 高永前, 卢春茜, 刘福生, 等. 穴位贴敷治疗 2 型糖尿病胃轻瘫所致便秘的随机对照研究[J]. 天津中医药, 2018, 35(11): 829-832.
- GAO Y Q, LU C Q, LIU F S, et al. A randomized controlled study of type 2 diabetic gastropareses constipation by acupoint application therapy [J]. Tianjin J Tradit Chin Med, 2018, 35(11): 829-832. (in Chinese)
- [10] 宋金坤, 张新晨. 成人巨结肠的病因分析及治疗的现状与展望[J]. 中国医刊, 2023, 58(4): 352-356.
- SONG J K, ZHANG X C. Present situation and prospect of etiology analysis and treatment of adult megacolon [J]. Chin J Med, 2023, 58(4): 352-356. (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。