

DOI: 10.12209/CAIM202509290001

· 中西医结合临床案例 ·

1 例胆囊切除术患者术后早期炎性肠梗阻的中西医结合护理体会

邢丽莎

(上海市松江区方塔中医医院 护理部, 上海, 201699)

摘要: 本文总结 1 例胆囊切除术患者术后并发早期炎性肠梗阻的中西医结合护理体会。护理过程中采用中医定向透药、普通针刺, 结合饮食护理、情志护理、导管护理及活动护理等, 有效促进患者肠功能恢复, 为临床护理实践提供参考。

关键词: 胆囊切除术; 肠梗阻; 中西医结合护理

Nursing Experience of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine for Early Inflammatory Intestinal Obstruction after Cholecystectomy: A Case Report

XING Lisha

(Department of Nursing, Fangta Hospital of Traditional Chinese Medicine,
Songjiang District, Shanghai, 201699)

ABSTRACT: This paper summarizes the nursing experience of integrated traditional Chinese and Western medicine for a patient with early inflammatory intestinal obstruction after cholecystectomy. During the nursing process, traditional Chinese medicine directional transdermal drug delivery, ordinary acupuncture, combined with dietary care, emotional care, catheter care and activity care were adopted, which effectively promoted the recovery of intestinal function and provided a reference for clinical nursing practice.

KEY WORDS: cholecystectomy; intestinal obstruction; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing

术后早期炎性肠梗阻(early postoperative inflammatory small bowel obstruction, EPISBO)由黎介寿院士首次提出,是术后早期肠梗阻的一种特殊表现形式,多发生在腹部手术后2周左右,多由创伤、炎症等因素导致肠壁水肿、渗出而形成的机械性、动力性同时存在的粘连性肠梗阻。表现为在排便、排气恢复一段时间后,因饮食摄入或进食结构改变而诱发;也可于术后即出现腹胀,伴轻度腹痛、肛门停止排气排便、恶心呕吐等肠梗阻症状^[1]。现有文献研究提示,腹部术后肠梗阻发生率约为30%,其中90%为EPISBO^[2];若EPISBO未能得到及时治疗,最终可能引发腹腔感染、肠坏死、肠瘘、吻合口漏,严重者甚至可能导致患者死亡^[3]。临床治疗以保守治疗为主,多采用禁食禁饮、胃肠减压、肠外营养支持、抗炎等方式^[4-5],但

本例患者因异物不适感拒绝胃肠减压,因此本团队采用中医定向透药、普通针刺,同时结合饮食护理、情志护理、导管护理及活动护理等护理方式。经过治疗和护理,患者肠功能恢复,顺利出院,现将护理经验总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性,74岁,因发现胆囊结石10年余,反复中上腹疼痛1周,伴腰背部放射痛,自行口服利胆药物后未见明显好转,腹部B超提示胆囊炎、胆囊结石及胆固醇结晶,于2024年10月17日收入外科病房,拟行手术治疗。患者既往肾功能不全史7年。入院时患者两便可,纳寐一般,胁下胀痛、口苦、善太息。

收稿日期:2025-09-29

OPEN ACCESS

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

1.2 查体

生命体征:体温(T)36.3℃,脉搏(P)69次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)132/66 mm Hg。西医查体:腹部平坦,双侧对称,未见腹壁浅静脉曲张;腹软,中上腹压痛、反跳痛,莫菲氏征阳性;叩诊腹部呈鼓音,听诊肠鸣音4次/min。中医查体:患者得神,形体中等,行动自如;面色红润,表情略显痛苦,白睛无黄染,舌质红,苔黄腻;言语清晰有力,时作叹息,口气秽浊;自诉右胁胀痛,伴口苦,两便可,纳寐一般;脉滑数有力;右胁下痛处固定,据按,按之痛增。

1.3 诊断

西医诊断:慢性胆囊炎急性发作,胆囊结石,肾功能不全。中医诊断:胆胀病(胆腑郁热证)。通过中医四诊合参进行辨证,患者胆腑郁热内蕴,致肝胆疏泄失常、气机阻滞,故见胁下胀痛;胆气随郁热上逆,胆汁味苦,因而口苦;肝失疏泄、气机郁滞,人体欲借叹息舒展气机,故善太息。望舌可见舌质红、苔黄腻,切脉呈滑数之象,其中“舌红”为热盛之征,“苔黄腻”提示热邪夹湿内阻,“脉滑数”是湿热相搏的典型脉象。综上,辨证为胆胀病

(胆腑郁热证),病位在胆,涉及肝脾,治拟清泻肝胆,解郁止痛。

1.4 治疗

患者术前完善各项检查,于10月21日在全麻下行经脐入路腹腔镜下胆囊切除+肝囊肿开窗引流术,手术过程顺利。术后腹腔留置负压引流管一根,予以抑酸、护胃、保肝及营养支持治疗。患者术后第1天病情稳定,已排气,遵医嘱开放半流质饮食。术后第2天患者恶心呕吐2次,为胃内容物,伴腹胀腹痛不适,无黄疸,肛门未排气、未排便,小便自解,体温(T)36.8℃。实验室检查示感染性血象,伴血钾、营养指标进行性下降(见表1),考虑术后早期炎性肠梗阻。西医予以开塞露灌肠、胃复安止吐,并行胃肠减压、禁食、石蜡油胃管注入及补液营养支持。因患者及家属拒绝留置胃肠减压,急查腹部CT示上腹部散在少量积气影,少量腹水;小肠稍扩张、积液。经遵其意愿并综合评估后,遵医嘱予拔除胃肠减压,予中医定向透药、普通针刺以促进肠蠕动。术后第9天,患者生命体征平稳,腹部体征正常,二便正常,顺利出院。

表1 主要实验室指标动态变化

项目	术前(10月18日)	术后第2日(10月23日)	参考值
白细胞/($\times 10^9/L$)	3.82	5.20↑	4~10
中性粒细胞比率/%	55.8	82.0↑	45~77
中性粒细胞数/($\times 10^9/L$)	2.13	4.26↑	2~7.7
淋巴细胞计数/($\times 10^9/L$)	1.4	0.69↓	0.8~4
血钾/(mmol/L)	4.37	3.92↓	3.5~5.3
白蛋白/(g/L)	47.3	40.6↓	35~55
前白蛋白/(mg/L)	291	230.1↓	200~400

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 术后恢复质量评估

采用 Quality of Recovery-15 Scale (QoR-15 量表)进行评估^[6],该量表包括呼吸通畅、感觉放松、中重度疼痛、感到紧张焦虑、恶心呕吐等15项,每项0~10分,总分150分,分数越高术后恢复质量越好。QoR-15量表最小临床重要差异值(minimal clinically important difference, MCID)≥6分,认为具有重要临床意义^[7]。患者术后第2日评分由110分下降至86分。

2.1.2 腹胀评估

根据《实用肿瘤并发症诊断治疗学》^[8],将LC

手术后腹胀程度分为4级:0级指无腹胀感觉;Ⅰ级指出现轻度腹胀,腹腔内感觉有气体,腹部稍膨,腹壁张力略大;Ⅱ级指出现中度腹胀,伴恶心,腹部膨隆明显,腹壁张力较大;Ⅲ级指出现重度腹胀,伴呕吐,情绪焦躁不安及呻吟,腹部膨隆,腹壁张力大且叩诊鼓音。患者术后第2日由Ⅰ级上升为Ⅲ级。

2.1.3 腹痛评估

依据 Prince-henry 评分法^[9]评定LC术后腹痛程度:0级指咳嗽时无疼痛;Ⅰ级指咳嗽时偶尔感觉疼痛;Ⅱ级指深吸气时疼痛,但休息时无疼痛;Ⅲ级指安静状态下可忍受的疼痛感;Ⅳ级指安静状态下不可忍受的疼痛感。患者术后第2日由Ⅱ级上升为Ⅲ级。

2.1.4 肠鸣音

肠鸣音出现时间和肠鸣音恢复正常时间,即在患者腹部左上、左下、右上、右下任意两个区听诊肠鸣音频率 ≥ 3 次/min则为肠鸣音恢复正常。患者术后6 h肠鸣音出现,术后第1天肠鸣音恢复正常,第2天肠鸣音未闻及。

2.1.5 排气与排便功能评估

观察患者术后首次排气、排便时间,患者术后第1天排气恢复,无排便;术后第2天进食后排气障碍;术后第3天恢复排气并解少量成形大便。

2.1.6 焦虑评估

根据焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)^[10]评估患者焦虑水平,量表共包含20个项目,采用4级评分法(1分为没有或很少时间,2分为少部分时间,3分为相当多时间,4分为绝大部分或全部时间)。SAS标准分临界值为50分,轻度焦虑为50~59分,中度焦虑为60~69分,重度焦虑 ≥ 70 分。患者术后第2日评分由40分上升到65分,中度焦虑。

2.1.7 恶心呕吐评估

根据世界卫生组织恶心呕吐分级标准^[11],恶心呕吐分为4个等级:I级无恶心呕吐;II级轻微恶心,略不适,但无呕吐;III级见明显恶心,但无呕吐物;IV级呕吐严重,有胃内容物吐出,必须用药予以控制。患者术后第2日分级为IV级。

2.1.8 导管评估

采用《住院患者非计划拔管危险因素评估表》进行评估,患者术后腹腔留置负压引流管一根,属于II类导管,风险评分为2分。术后第7天,患者引流液少,约2 mL,呈淡红色,遵医嘱予以拔除负压引流管。

2.2 护理诊断

结合患者具体情况,护理诊断具体如下:①舒适的改变:与术后肠麻痹导致肠内容物与气体聚集有关;②疼痛:与腹腔镜手术创伤、肠管扩张牵拉有关;③焦虑:与病情变化、治疗过程中的不适有关;④体液不足:与恶心呕吐、禁食有关;⑤有导管滑脱的危险:与患者活动、体位变化有关。

2.3 护理计划

结合患者具体情况,制订如下护理计划:①严密监测患者术后恢复质量、腹胀腹痛、恶心呕吐程度、肠鸣音及排气排便等情况;②遵医嘱予中医特色治疗,缓解腹胀、腹痛,评估中医治疗效果;③密切观察患者情绪状态,通过沟通及情志护理缓解

焦虑,提高治疗配合度;④监测恶心呕吐症状变化,及时对症处理;⑤遵循饮食过渡原则,监测进食后反应,保障营养摄入的同时,避免加重胃肠负担;⑥加强腹腔引流管的护理,固定稳妥并观察引流液性状,预防脱落及感染。

2.4 护理措施

2.4.1 中医特色护理

遵医嘱予中医定向透药疗法联合普通针刺治疗,具体如下。①中医定向透药疗法:使用中医定向治疗仪(南京鼎世医疗器械有限公司DS-MF2B型),1次/d,5次为一个疗程。药贴制作方法:将自拟方(大黄9 g、木香6 g、牵牛子3 g、冰片3 g、桃仁9 g、赤芍6 g)浓煎,每次取适量中药汁浸润专用棉片,将棉片固定于定向透药仪专用电极上,贴敷于双侧足三里穴。开机后选择“导入模式”及处方“01-配合药物导入治疗”,治疗强度以皮肤和肌肉感觉舒适为宜(40以内),每次治疗时间20 min。治疗结束后取下电极板,擦干局部皮肤并观察皮肤情况。方中大黄行气攻积,木香行气调中,牵牛子泻下行气,冰片开窍醒神,桃仁活血祛瘀,赤芍清热凉血。

②普通针刺:患者取仰卧位,选取百会、双侧曲池、合谷、足三里、上巨虚、下巨虚、三阴交及太冲。选定穴位后局部皮肤常规消毒,使用无菌针灸针以直切法垂直进针,深度2~3 cm,得气后留针20 min,期间每隔10 min行针一次,以患者自觉酸胀为度。治疗1次/d,3次为一个疗程。治疗过程中密切观察患者反应,及时调整针刺手法,确保安全有效。

2.4.2 常规护理

2.4.2.1 饮食护理

患者于术后第1天短暂开放饮食后于术后第2天继续禁食,后逐步过渡到流质饮食到出院时的半流质饮食。在患者恢复饮食过程中,需要密切监测病情变化,防止病情反复,进食过程中需注重少食多餐,以稀饭、清汤及面条等清淡、易消化食物为主。患者术后并发肠梗阻,症见腹胀腹痛拒按、恶心呕吐、停止排气排便、口苦、舌红苔黄腻、脉滑数。此乃肝胆湿热未清,术后影响脾胃气机,湿热蕴结中焦,壅滞腑气所致,符合“腹痛”病之“湿热壅滞”证候特点。饮食护理需遵循清热利湿、通腑导滞、清淡易消化原则,宜食绿豆、冬瓜、芹菜、小米粥、软面条及鸡肉、鱼肉等低脂肪蛋白,忌食辛辣刺激、肥甘厚味等加重湿热之品,生冷食

物等寒凉凝滞之物,甜瓜、芒果等高糖壅滞之品及过量难消化食物,且饮食需循序渐进,适量摄入水分,密切观察进食后反应,以防加重病情。

2.4.2.2 情志护理

患者因术后腹胀、腹痛等不适易产生焦虑、烦躁情绪,而恼怒忧思会进一步导致肝气郁结,加重湿热壅滞、腑气不通,形成“情志不畅—气机阻滞—腹痛加剧”的恶性循环。护理中应主动与患者沟通,耐心解释病情演变及治疗思路,减轻其对病情的担忧;营造安静舒适的环境,避免不良刺激诱发情绪波动;可通过引导患者听舒缓音乐、进行深呼吸等放松训练转移注意力,缓解紧张焦虑;同时鼓励家属多给予情感支持,帮助患者保持平和心态,避免郁怒伤肝,以利肝气疏泄、气机通畅,辅助湿热之邪宣泄及腑气通调,促进病情恢复。

2.4.2.3 维持体液平衡

动态观察患者生命体征、皮肤弹性及尿量等情况,为评估体液平衡提供依据;遵医嘱给予静脉输液,合理安排晶体、胶体液及电解质的输入顺序和速度,保证水、电解质及酸碱平衡;患者呕吐严重时及时通知医生,遵医嘱给予止吐药物,积极治疗原发病,解除禁食。

2.4.2.4 导管护理

患者术后留置腹腔引流管,恢复过程中关注

引流管的固定情况,引流是否通畅,引流液色、质、量是否正常,有无突然引流液增加颜色变红等情况,避免导管扭曲、折叠、受压。

2.4.2.5 活动护理

早期活动是加速康复外科术后护理方案的重要组成部分,对预防及治疗 EPISBO 至关重要^[12]。遵循安全评估、循序渐进原则,根据患者耐受度及病情动态调整。术后当天以卧床休息为主,生命体征平稳后鼓励患者床上活动,如踝泵运动、四肢关节屈伸及定时翻身。术后第1天清晨评估耐受性后,协助患者床边坐起、站立,床边行走,无不适宜。术后第2天患者出现 EPISBO,急性发作期以卧床休息为主,除床上活动外,指导患者家属进行手部经络操(揉捏合谷穴、按压劳宫穴、推拿内关穴、按揉外关穴、按摩太渊穴),调节经络气血,促进血液循环^[13-14]。术后第3天患者腹胀腹痛显著减轻,积极下床活动,分次短距离行走,活动总时间>30 min。术后第4天至出院,逐步过渡到日常活动。

2.5 护理评价

患者住院期间对治疗效果表示满意,分别对患者术后恢复质量、腹胀、腹痛、肠鸣音、排气、排便、焦虑、恶心呕吐及引流液情况进行护理效果评价,详见表2。

表2 疗效评估

评估时间	QoR-15量表/分	腹胀程度/级	Prince-henry 评分法/级	肠鸣音/(次/min)	排气	排便	SAS/分	恶心呕吐/级	引流液/mL
术后6 h	77	I	II	1	无	无	49	II	10
术后12 h	86	I	II	2	无	无	45	I	15
术后第1天	110	I	II	3	有	无	40	I	60
术后第2天	86	III	III	0	无	无	65	IV	410
术后第3天	100	I	II	3	有	有	58	I	140
术后第4天	117	0	I	4	有	有	51	I	70
术后第6天	126	0	I	5	有	有	40	I	70
术后第7天	137	0	0	4	有	有	39	I	2
术后第9天	143	0	0	5	有	有	29	I	/

3 结果和随访

患者出院前 QoR-15 量表评分 143 分,术后恢复质量可;术后第4天腹胀缓解,术后第7天引流液约 2 mL,呈淡血性,遵医嘱拔除引流管,腹痛缓解;术后每 2 h 评估一次肠鸣音,术后 24 h 肠鸣音恢复至 3 次/min,但进食后术后第2天肠鸣音消失,术后第3天肠功能恢复,术后第3天排气排便恢复;术后第6天情绪调畅,SAS 得分为 40 分;术后第3天患者无恶心呕吐的发生;患者于术后第9

天顺利出院。出院一周后对患者进行电话随访,患者反馈身体无不适,饮食、夜寐、两便正常,精神状态可。给予患者相关生活建议,饮食宜清淡、易消化,多食新鲜蔬菜、水果,避免暴饮暴食、忌肥腻、生冷、产气等食物,养成良好的生活习惯,同时适当增加运动量,如散步等。

4 讨论

中医学将 EPISBO 归于“肠结”“腹痛”及“关格”等范畴,认为腹部手术往往会损伤局部气血,

引发气血亏虚、运行滞涩。如损伤肠腑,就会引起肠腑的气机失调、气滞血瘀,瘀久化热,热邪郁闭,肠腑通降不利,进而出现腹胀腹痛、便秘等症状^[15-16]。本例患者EPISBO的发生与手术创伤及中医证候密切相关。腹腔镜胆囊切除术中,CO₂气腹的机械性刺激及器械牵拉可直接引发肠管炎性水肿,同时胆汁持续排泄进一步刺激肠黏膜,导致术后第2天引流液骤增至410 mL(淡血性),反映肠壁毛细血管通透性增加。术前存在的胆腑郁热在术后转化为湿热壅滞证,湿热与瘀血互结,阻滞肠腑气机。本病病位在肠,属腑,因此在治疗时以“六腑以通为用”为原则,即以活血行气、泻热通便、消积除胀为主要治则,补虚泻实,调整脏腑气机^[17]。中医定向透药疗法利用中频电流产生的电场效应,促进药物离子定向渗透,提高机体对药物的吸收效率;同时,治疗过程中产生的温热效应能够扩张局部毛细血管,改善血液循环,进一步增强药物作用效果^[18]。根据“六腑以通为用”原则,中医定向透药选取大黄、木香、牵牛子、桃仁、赤芍、冰片组方,经足三里穴透皮导入。足三里穴为胃之下合穴,具有和胃降逆、健脾养胃、促进胃肠蠕动的作用,主要治疗胃痛、腹胀、恶心呕吐、痢疾等^[18]。药方中大黄(君药)通腑泄热攻积;牵牛子泻下行气,助大黄荡涤肠腑积滞;木香(臣药)行气导滞调中,疏解气机壅塞;桃仁、赤芍(佐药)活血化瘀兼清热凉血,改善肠壁炎性水肿;冰片(使药)开窍透络,增强药物经皮吸收。该疗法通过足三里穴定向透药,既发挥穴位刺激作用以健脾和胃,又通过局部给药避免口服对术后胃肠的刺激。

针刺凭借疗效确切、安全性良好、成本低廉的特点,在术后肠梗阻治疗中逐渐获得更多患者的认可。现有临床研究证实,针刺治疗能有效缩短术后肠梗阻的持续时间,同时减少患者的住院周期^[19]。足三里、上巨虚、下巨虚为临床治疗术后肠梗阻使用频次前5位的核心穴位,作为胃经及大小肠下合穴,“合治内腑”可调和肠胃、行气导滞,其神经支配区与胃肠系统支配区高度重叠,能通过神经反射促进胃肠蠕动、改善微循环,为肠腑通降提供重要支撑^[20]。百会穴通过调节中枢神经系统,抑制下丘脑—垂体—肾上腺轴过度激活,减少应激对肠道动力的抑制;曲池、合谷属手阳明经,借助肠神经系统激活“肠—脑”反射,促进兴奋性脑肠肽释放,增强肠道平滑肌收缩;三阴交可改善“肠神经系统—Cajal间质细胞—平滑肌”网络功

能,调节肠道菌群稳态平衡;太冲则通过降低应激相关因子表达,缓解情绪异常对肠道蠕动的抑制^[21]。

综上所述,对胆囊切除术后早期炎性肠梗阻患者采用中西医结合护理,通过中医定向透药与针刺的特色干预,配合饮食过渡、情志疏导、导管维护及阶梯式活动指导等,可针对性缓解腹胀腹痛、促进肠功能恢复,有效改善患者术后恢复质量。该护理模式既遵循中医“六腑以通为用”理论,又结合现代康复理念,在减轻患者不适、提高治疗配合度方面优势显著,为胆囊切除术后早期炎性肠梗阻的临床护理提供了实践参考,符合中西医协同促进术后康复的发展趋势,值得进一步推广应用。

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] 丁夏楠,郭秀娟,郭丽.化瘀理气汤治疗腹部术后早期炎性肠梗阻的效果[J].吉林中医药,2025,45(2):191-195.
DING X N, GUO X J, GUO L. Effect of Huayu Liqi Decoction enema plus oral administration in the treatment of early inflammatory intestinal obstruction after abdominal surgery[J]. Jilin J Chin Med, 2025, 45(2): 191-195. (in Chinese)
- [2] WU Z Y, WANG S B, YUAN S F, et al. Clinical efficacy and safety of somatostatin in the treatment of early postoperative inflammatory small bowel obstruction: a protocol for systematic review and meta analysis[J]. Medicine, 2020, 99(20): e20288.
- [3] 李合,周晓华,陈兴超.四十例术后炎性肠梗阻诊疗分析[J/OL].中华普外科手术学杂志(电子版),2021,15(1):101-103.
LI H, ZHOU X H, CHEN X C. Clinical analysis of the diagnosis and treatment of early postoperative inflammatory intestinal obstruction, report of 40 cases [J/OL]. Chin J Oper Proced Gen Surg Electron Ed, 2021, 15(1): 101-103. (in Chinese)
- [4] 王非,李大伟,魏星.中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻临床观察[J].山东中医杂志,2011,30(6):408-409.
WANG F, LI D W, WEI X. Clinical observation on integrated traditional Chinese and western medicine for the treatment of early postoperative inflammatory

- bowel obstruction[J]. *Shandong J Tradit Chin Med*, 2011, 30(6): 408-409. (in Chinese)
- [5] 周小琴, 王秋丽. 中药穴位贴敷结合穴位按摩治疗腹部术后胃肠功能障碍的临床观察[J]. *中国中医药科技*, 2022, 29(4): 645-646.
- ZHOU X Q, WANG Q L. Clinical observation of Chinese herbal acupoint patching combined with acupoint massage for postoperative gastrointestinal dysfunction after abdominal surgery [J]. *Chin J Tradit Med Sci Technol*, 2022, 29(4): 645-646. (in Chinese)
- [6] STARK P A, MYLES P S, BURKE J A. Development and psychometric evaluation of a postoperative quality of recovery score: the QoR-15[J]. *Anesthesiology*, 2013, 118(6): 1332-1340.
- [7] MYLES P S, MYLES D B. An updated minimal clinically important difference for the QoR-15 scale [J]. *Anesthesiology*, 2021, 135(5): 934-935.
- [8] 王丹, 吴军. 耳穴揸针对腹腔镜胆囊切除术后胃肠道反应的干预效果[J]. *河北中医*, 2023, 45(6): 1016-1020.
- WANG D, WU J. Intervention effect of auricular point thumbtack needle for gastrointestinal reactions after laparoscopic cholecystectomy [J]. *Hebei J Tradit Chin Med*, 2023, 45(6): 1016-1020. (in Chinese)
- [9] LI Q, LARISSA T, LIU H, et al. Effectiveness of an immediate postoperative electroacupuncture session for the recovery of gastrointestinal function after laparoscopic cholecystectomy: a randomized controlled trial [J]. *Acupunct Med*, 2025, 43(3): 127-136.
- [10] 王倩, 沙志惠, 王捷虹. 行气通腹饼灸外治法辅助治疗粘连性肠梗阻的临床疗效分析[J]. *新疆医科大学学报*, 2020, 43(6): 804-807.
- WANG Q, SHA Z H, WANG J H. Clinical analysis of treatment of adhesive intestinal obstruction with the treatment of Qi Tong abdominal cake moxibustion [J]. *J Xinjiang Med Univ*, 2020, 43(6): 804-807. (in Chinese)
- [11] 马苗苗, 戴黎珺, 徐婷, 等. 揸针疗法防治妇科腹腔镜术后患者恶心呕吐的疗效观察[J]. *复旦学报(医学版)*, 2025, 52(1): 114-118.
- MA M M, DAI L J, XU T, et al. Therapeutic effect of pressing needle therapy on nausea and vomiting in patients after gynecological laparoscopic surgery [J]. *Fudan Univ J Med Sci*, 2025, 52(1): 114-118. (in Chinese)
- [12] SCHULZ G B, VOLZ Y, JOKISCH F, et al. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) after radical cystectomy-current data [J]. *Urologe A*, 2021, 60(2): 162-168.
- [13] 周婷, 王丽娜, 蔡开丽. 手部经络操联合综合性护理干预晚期胃癌患者5-HT3受体拮抗剂相关性便秘的研究[J]. *现代中西医结合杂志*, 2023, 32(14): 2017-2020, 2024.
- ZHOU T, WANG L N, CAI K L. A study on the combination of hand meridian exercises and comprehensive nursing intervention for 5-HT3 receptor antagonist-related constipation in patients with advanced gastric cancer [J]. *Mod J Integr Tradit Chin West Med*, 2023, 32(14): 2017-2020, 2024. (in Chinese)
- [14] 石卉, 黄德伍, 周瑾. 焦点式心理护理联合手部经络操对肠梗阻患者心理状况及康复效果的影响[J]. *中国医药导报*, 2024, 21(18): 164-168.
- SHI H, HUANG D W, ZHOU J. Effect of focused psychological nursing combined with hand meridian exercise on psychological status and rehabilitation outcomes of patients with intestinal obstruction [J]. *China Med Her*, 2024, 21(18): 164-168. (in Chinese)
- [15] 孟莹, 刘宝清, 李乔, 等. 小承气合黄芩建中汤灌肠对术后早期炎性肠梗阻大鼠胃肠激素及Cajal间质细胞的影响[J]. *中国中医急症*, 2023, 32(5): 786-790.
- MENG Y, LIU B Q, LI Q, et al. Effect of enema with xiaochengqi decoction plus Huangqi Jianzhong decoction on gastrointestinal hormones and interstitial cells of Cajal in rats with early postoperative inflammatory small bowel obstruction [J]. *J Emerg Tradit Chin Med*, 2023, 32(5): 786-790. (in Chinese)
- [16] 胡仕祥, 管俊芳, 赵洪飞, 等. 中医辨证诊治术后早期炎性肠梗阻方法研究[J]. *中国中西医结合急救杂志*, 2021, 28(2): 129-131.
- HU S X, GUAN J F, ZHAO H F, et al. Methods of diagnosis and treatment of early postoperative inflammatory intestinal obstruction based on traditional Chinese medicine syndrome differentiation [J]. *Chin J Integr Tradit West Med Intensive Crit Care*, 2021, 28(2): 129-131. (in Chinese)
- [17] 于王子. 中医药治疗腹部术后胃肠功能障碍研究进展[J]. *辽宁中医杂志*, 2021, 48(9): 218-220.
- YU W Z. Research progress of traditional Chinese medicine in treatment of gastrointestinal dysfunction

- after abdominal surgery [J]. Liaoning J Tradit Chin Med, 2021, 48(9): 218–220. (in Chinese)
- [18] 侯华芳, 张哲, 李晓琴, 等. 中药敷贴治疗仪联合肠通膏穴位贴敷治疗腹部手术后胃肠功能障碍的临床疗效观察[J]. 实用医院临床杂志, 2022, 19(3): 184–186.
- HOU H F, ZHANG Z, LI X Q, et al. Clinical efficacy of Chinese herbal compress therapy instrument combined with intestinal Tongxiao acupressure in the treatment of gastrointestinal dysfunction after abdominal surgery [J]. Pract J Clin Med, 2022, 19(3): 184–186. (in Chinese)
- [19] 叶子, 魏绪强, 冯寿全, 等. 针刺治疗术后肠梗阻的系统评价再评价[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2022, 24(2): 867–877.
- YE Z, WEI X Q, FENG S Q, et al. Acupuncture treatment for postoperative ileus: an overview of systematic reviews [J]. World Sci Technol Mod Tradit Chin Med, 2022, 24(2): 867–877. (in Chinese)
- [20] 刘婷婷, 张丽丽, 杨莹萍, 等. 基于数据挖掘针刺治疗术后肠梗阻取穴组方规律分析[J]. 云南中医学院学报, 2020, 43(6): 46–50.
- LIU T T, ZHANG L L, YANG Y P, et al. Discussion on law of acupoint selection in acupuncture treatment of postoperative ileus based on data mining [J]. J Yunnan Univ Tradit Chin Med, 2020, 43(6): 46–50. (in Chinese)
- [21] 宁静, 安成飞, 张嘉程, 等. 基于脑肠互动探析针刺治疗功能性便秘的作用机制[J]. 世界中医药, 2024, 19(20): 3131–3136.
- NING J, AN C F, ZHANG J C, et al. Mechanism of acupuncture in treatment of functional constipation based on brain-gut axis theory [J]. World Chin Med, 2024, 19(20): 3131–3136. (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 BY 4.0)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。