

DOI: 10.12209/CAIM202510130001

· 中西医结合临床案例 ·

中药保留灌肠联合中医辨证施护在肝恶性肿瘤并发不完全性肠梗阻患者中的病例报告

彭玉婷, 陶 茹

(上海中医药大学附属曙光医院 肝病科, 上海, 201203)

摘要: 本文回顾性分析 1 例中药保留灌肠联合中医辨证施护治疗原发性肝癌并发不完全性肠梗阻患者的病例, 以中医辨证施护为指导, 配合中药保留灌肠中医特色护理技术, 旨在缓解患者肠梗阻症状、提升舒适度与满意度, 为恶性肿瘤并发不完全性肠梗阻患者的护理提供参考。

关键词: 中药灌肠; 保留灌肠; 不完全性肠梗阻; 护理; 石军颗粒

Case Report on Herbal Retention Enema Combined with TCM Syndrome Differentiation Nursing in a Patient with Liver Malignancy Complicated by Incomplete Intestinal Obstruction

PENG Yuting, TAO Ru

(Department of Hepatology, Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai, 201203)

ABSTRACT: This study retrospectively analyzed a case of primary liver cancer complicated by incomplete intestinal obstruction treated with herbal retention enema and Traditional Chinese Medicine (TCM) syndrome differentiation nursing. Guided by TCM syndrome differentiation principles and incorporating the specialized nursing technique of herbal retention enema, the intervention aimed to alleviate intestinal obstruction symptoms, improve patient comfort and satisfaction, and provide a reference for nursing care in malignancy-related incomplete intestinal obstruction.

KEY WORDS: herbal enema; retention enema; incomplete intestinal obstruction; nursing; Shijun granules

肝恶性肿瘤作为临床常见恶性肿瘤, 进展至中晚期常因肿瘤转移压迫、腹腔粘连等并发不完全性肠梗阻^[1], 临床表现为腹痛、腹胀、恶心呕吐及排便减少或停止。该并发症不仅显著降低患者舒适度, 还因进食障碍导致营养吸收受限, 进一步削弱机体抵抗力。目前西医治疗以手术、禁食、胃肠减压及补液支持为主, 但部分体质虚弱患者对上述干预耐受性较差, 疗效常受限^[2]。

中医认为, 此类肠梗阻的核心病机在于正气虚损、腑气不通^[3]。恶性肿瘤患者多属“正虚邪实”证候, 治疗需平衡“通腑泄浊”与“扶助正气”, 避免攻邪过度耗伤正气。中药灌肠作为中医外治法的重要技术^[4], 通过灌肠器将配伍药液经肛门注入直肠或结肠, 利用肠道黏膜直接吸收药物成分发挥作用。其技术优势在于规避口服给药可能

面临的胃酸/消化酶破坏、胃肠黏膜刺激等问题, 尤其适用于禁食状态或伴吞咽困难、恶心呕吐及胃肠功能障碍(如肠梗阻)的患者。

本文基于中医辨证施护原则, 结合中药保留灌肠技术, 对 1 例肝恶性肿瘤并发不完全性肠梗阻患者实施干预, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性, 47 岁, 2025 年 06 月 24 日因“乏力 2 月余, 右上腹疼痛伴腹胀、排便困难 5 d”门诊以“肝恶性肿瘤支持治疗, 肝恶性肿瘤(TACE 术后), 慢性乙型病毒性肝炎”收治入院。既往史: 慢性乙型肝炎病史, 长期规律监测肝功能; 2024 年 04 月因乏力、右上腹痛确诊肝细胞癌合并右肾囊

收稿日期: 2025-10-13

OPEN ACCESS

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

肿,于同年04月29日接受外院规范性TACE(经导管动脉化疗栓塞术)及免疫治疗,术后定期随访;2025年06月因症状加重并发不完全性肠梗阻再次入院。

1.2 体格检查

入院查体:体温(T)36.4℃,脉搏(P)72次/min,呼吸(R)19次/min,血压(BP)123/74 mm Hg,身高157 cm,体重58.4 kg。主要症状:神清,右上腹痛,腹胀,乏力,纳差,尿量减少,排便量减少(每日<50 g,粪便干结),伴恶心、食欲减退,无呕吐及排气停止。查体示无下肢水肿,无发热及腹膜刺激征,肝区无叩痛,移动性浊音(+),肠鸣音正常(2次/min)。舌质紫暗,苔黄腻,脉弦滑。辅助检查:下腹部CT示肠淤积伴结肠壁水肿增厚,肝脏占位性病变;实验室检查:总胆红素(TBIL)17.6 μmol/L,白蛋白(ALB)30.9 g/L,凝血酶原时间(PT)21.28 s,甲胎蛋白(AFP)21.28 ng/mL。

1.3 诊断

中医诊断:肠结(湿热蕴结证)。辨证依据:①症状:腹胀、排便困难、肠鸣音不亢,提示湿热内停、气机阻滞;②舌脉:紫暗舌、黄腻苔、弦滑脉为湿热内蕴之象;③影像学:肠淤积及结肠壁水肿增厚符合肠腑湿热壅阻病机。西医诊断:肝恶性肿瘤(TACE术后),慢性乙型病毒性肝炎,不完全性肠梗阻(机械性,低度梗阻)。

1.4 治疗

西医治疗:基础处理:Ⅱ级护理、禁食,完善血生化、影像学评估。药物方案:静脉营养支持(脂溶性维生素Ⅱ+多种维生素13+氯化钾)、胰腺炎预防(甲磺酸加贝酯)、抑酸护胃(艾普拉唑钠)、免疫调节(胸腺肽)、抗肿瘤辅助(复方苦参注射液)、保肝(硫普罗宁)。中医治疗:石军颗粒(沪药制备字Z20210036000)保留灌肠,治法通腑泄浊、理气活血。辨证施护:体位调整(半卧位促进肠蠕动)、活动指导(床边踏步训练)、膳食干预(清热化湿药膳)、情志疏导(五行音乐疗法)。治疗28 d后(2025年07月24日),患者腹胀、排便困难等症状显著改善,顺利出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 焦虑评估

焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)是国际通用的焦虑症状自我评估工具。Wu

等人^[4]指出,该量表由美国杜克大学医学院William W. K. Zung于1965年编制,用于量化被测者当前主观焦虑感受的轻重程度。根据中国常模结果,SAS标准分界值为50分,总分>50分提示可能存在焦虑问题,分值越高焦虑倾向越明显。50分以下为正常状态,50~59分为轻度焦虑,60~69分为中度焦虑,70分以上为重度焦虑。本例患者SAS测评得分为60分,结合临床观察(因肝恶性肿瘤病史长、并发肠梗阻后症状反复,多次询问“病情是否会加重”“能否正常排便”,夜间入睡困难),表现出明显担忧与不安,判定为中度焦虑。

2.1.2 疼痛评估

采用视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale, VAS)评估疼痛程度,该方法最早应用于心理学研究^[5],向患者说明0分代表无疼痛,10分代表最剧烈疼痛,由患者根据主观感受评分。0分为无疼痛,1~3分为轻度疼痛,4~6分为中度疼痛,7~10分为重度疼痛。本例患者VAS疼痛评分为3分。

2.1.3 腹胀评估

通过患者主诉、腹部体格检查及影像学结果综合评估腹胀程度,并单独评估伴随疼痛。患者主诉右上腹持续性胀痛,平卧时加重,半卧位后稍缓解;腹部触诊示腹围较入院时增加3 cm(入院85 cm,评估时88 cm);腹部叩诊呈鼓音,肠鸣音减弱(1~2次/min),符合“肠道气机阻滞、肠内容物排出不畅”的中医腹胀病机,结合症状严重程度及腹围变化,判定为轻度腹胀。

2.1.4 排便功能评估

通过排便情况询问、粪便性状观察及影像学检查评估排便功能。患者自述每日排便量<50 g,粪便干结呈球状,排便费力且难以排出,连续3 d未正常排气;腹部CT示“肠淤积”,提示肠动力不足,中医辨证为湿热蕴结,湿热阻滞肠道进一步加重排便困难,临床表现为大便难行。

2.1.5 乏力评估

通过主观感受及活动耐力观察评估乏力程度。患者主诉乏力症状持续2月余,入院后加重,无法自主完成床边站立;实验室检查示白蛋白(ALB)30.9 g/L(低于正常范围),提示营养供给不足,加之疾病长期消耗导致机体能量储备减少,临床表现为乏力。

2.1.6 潜在并发症风险评估

电解质紊乱(低钾风险):患者血钾

4.06 mmol/L(正常范围),但因不完全性肠梗阻进食受限,仅依赖静脉补液补充电解质,且肠道功能紊乱可能影响钾吸收,存在低钾潜在风险。肠梗阻加重风险:患者目前为不完全性肠梗阻,下腹部CT示“肠淤积,结肠壁水肿、增厚”,肠鸣音减弱(1~2次/min)。若梗阻未及时缓解,可能进展为完全性肠梗阻,表现为排气排便完全停止、腹胀腹痛加重。

2.2 护理诊断

便秘:与肠动力不足、湿热阻滞肠道有关;临床表现为每日排便量<50 g,粪便干结呈球状,排便费力,连续3 d未正常排气,腹部CT示肠淤积。焦虑:与肝恶性肿瘤病史迁延、病情反复及肠梗阻所致躯体不适相关;临床表现为SAS评分60分(中度焦虑),频繁向医护人员询问病情,夜间入睡困难。乏力:与疾病长期消耗、营养供给不足(白蛋白(ALB)30.9 g/L,低于正常水平)导致机体能量储备减少有关;临床表现为乏力症状持续2月余,入院后加重,无法自主完成床边站立。有电解质紊乱(低钾)的风险:与不完全性肠梗阻致进食受限、肠道功能紊乱影响钾吸收有关;目前血钾4.06 mmol/L处于正常范围,但患者仅通过静脉补液维持电解质摄入,仍存在低钾潜在风险。有肠梗阻加重的风险:与当前不完全性肠梗阻状态、腹部CT示肠淤积及结肠壁水肿增厚、肠鸣音减弱(1~2次/min)有关;存在进展为完全性肠梗阻的可能。

2.3 护理计划

根据患者病情制定如下护理目标:肠道症状缓解:72 h内腹痛腹胀减轻,VAS疼痛评分较基线降低≥3分,恢复少量排气或排便;1周内肠鸣音维持在3~5次/min,疾病不进展为完全性肠梗阻。营养与代谢稳定:住院期间白蛋白(ALB)维持≥30 g/L,电解质(钾、钠、氯)水平在正常范围,无脱水相关体征。并发症预防:住院期间无肠穿孔、感染(体温维持正常)、压疮等并发症发生,皮肤保持完整。舒适度提升:24 h内呕吐发作≤1次,患者自述疼痛、焦虑感可耐受。照护能力掌握:家属能准确识别并说出肠梗阻加重的预警信号(如停止排气排便、突发剧烈腹痛等),能配合落实饮食管控要求。

2.4 护理措施

2.4.1 基础治疗配合护理

2.4.1.1 一般治疗配合

严格遵医嘱执行Ⅱ级护理,协助患者完成各

项检查。提前告知患者血、尿、粪三大常规+隐血试验(OB)+C反应蛋白(CRP),肝肾功能、电解质、血糖、血脂、凝血功能、肿瘤标志物等实验室检查的注意事项。陪同患者完成心电图、胸部CT平扫、肝胆胰脾及胸腹水超声、上腹部MRI增强扫描、心脏超声、颈动脉超声等影像学检查,途中密切观察患者腹胀、乏力症状,避免剧烈活动加重不适。执行禁食医嘱,向患者及家属解释禁食的目的(如减少肠道负担、促进肠功能恢复),告知禁食期间将通过静脉补液维持营养供给,缓解其对“饥饿”的担忧。

2.4.1.2 西医治疗配合

根据表1西医治疗方案,精准执行静脉用药护理(包括用药剂量、滴速、配伍禁忌核查等),确保治疗安全有效。

2.4.1.3 中医诊疗配合

以“通腑泄浊、理气活血”为治则,规范执行石军颗粒保留灌肠操作。灌肠前准备:药物配置:取石军颗粒(上海中医药大学附属曙光医院,沪药制备字Z20210036000)30 g,兑入0.9%氯化钠注射液100 mL中,搅拌至完全溶解,过滤后加热至38~40℃(以接近体温为宜)。患者准备:协助患者取左侧卧位,下肢屈曲,暴露肛门,垫一次性护理垫;向患者解释灌肠目的(如促进肠内容物排出、缓解腹胀),缓解其紧张情绪,告知配合要点(如放松腹部、避免用力排便)。灌肠中操作:戴无菌手套,用石蜡油充分润滑肛管前端,缓慢插入肛门5~7 cm,固定肛管位置;缓慢注入加热后的灌肠液(速度控制在60~80滴/min);灌肠过程中密切观察患者反应,若出现剧烈腹痛、心慌、出汗或药液无法保留(立即排出),立即停止操作,报告医生并记录。灌肠后护理:协助患者保持左侧卧位30 min以上,之后可根据腹胀情况调整为半卧位或右侧卧位;1~2 h内避免剧烈活动,观察患者有无排气、排便,记录排便次数、性状;排便后用温水清洁肛周皮肤,保持干燥,预防肛周破损。

2.4.2 辨证施护干预

2.4.2.1 体位与活动护理

腹胀明显时:协助患者取半卧位,以减轻腹腔压力对肠道的压迫,缓解呼吸不畅,每日测量腹围并记录变化。日常体位管理:每2 h协助患者更换体位(左侧卧→右侧卧交替),避免长期卧床导致肠道蠕动减慢;更换体位时动作轻柔,防止牵拉腹部加重不适。活动指导:病情稳定时,每日协助患

表1 西医治疗方案

治疗类别	用药方案	护理要点
营养支持	注射用脂溶性维生素Ⅱ 10 mL+注射用多种维生素 5 mL+氯化钾注射液 1.5 g, 兑入 500 mL 复方电解质醋酸钠中, 每日 1 次静脉滴注	①氯化钾需充分溶解, 避免药液浓度过高刺激血管; ②控制滴速 (40~60 滴/min), 防止短时间内血钾骤升; ③每日监测电解质 (钾、钠、氯), 观察患者有无乏力加重、心律失常 (如心慌), 预防低钾/高钾风险
预防胰腺炎	注射用甲磺酸加贝酯 0.1 g 兑入 5% 葡萄糖注射液 500 mL 中, 每日 1 次静脉滴注	①用药前核对过敏史, 首次输注时观察 15 min, 警惕过敏反应 (如皮疹、寒战); ②保持输液通路通畅, 避免药液外渗导致局部刺激
止血	醋酸奥曲肽注射液 0.1 g 兑入 5% 葡萄糖注射液 250 mL 中, 每 12 小时 1 次静脉滴注	①严格按照时间间隔给药 (如 8:00、20:00), 确保血药浓度稳定; ②观察患者有无腹痛加重、黑便, 评估止血效果
抑酸护胃	注射用艾普拉唑钠 10 mg 兑入 0.9% 氯化钠注射液 100 mL 中, 每日 1 次静脉滴注	①药液现配现用, 避免放置过久影响药效; ②观察患者有无恶心、呕吐缓解情况, 记录呕吐次数 (目标 24 h 内 ≤1 次)
增强免疫	注射用胸腺肽 200 mg 兑入 0.9% 氯化钠注射液 100 mL 中, 每日 1 次静脉滴注	①输注速度不宜过快 (30~40 滴/min), 防止出现发热、头晕; ②用药后观察患者精神状态, 评估乏力症状是否改善
清热抗肿瘤	复方苦参注射液 20 mL 兑入 0.9% 氯化钠注射液 250 mL 中, 每日 1 次静脉滴注	①药液需避光保存, 避免药效降低; ②观察患者有无局部静脉炎 (如穿刺部位红肿、疼痛), 定期更换穿刺部位
保肝	注射用硫普罗宁 0.2 g 兑入 0.9% 氯化钠注射液 250 mL 中, 每日 1 次静脉滴注	①用药前告知患者可能出现的轻微胃肠道反应 (如恶心), 减轻其焦虑; ②定期复查肝功能 (如总胆红素、白蛋白), 评估保肝效果

者进行温和活动 (如床边站立、缓慢行走), 10~15 min/次, 2 次/d; 无法下床者, 指导家属顺时针轻揉患者腹部 (力度适中, 避开切口), 10~15 min/次, 2~3 次/d, 促进肠道蠕动。

2.4.2.2 辨证施膳护理

腹胀调理: 给予理气消胀类食物, 如萝卜汤 (去渣, 温热服用)、陈皮粥 (陈皮 5 g 煮粥)、金橘汁 (稀释后饮用); 忌产气食物 (豆类、洋葱、红薯) 及油腻食物 (油炸食品、肥肉), 防止加重肠道气机阻滞。大便难行调理: 针对患者湿热阻滞肠道证型, 给予清热润燥饮食, 如银耳百合粥 (银耳 10 g、百合 10 g 煮粥)、冬瓜汤 (清淡少油); 避免辛辣刺激食物 (辣椒、花椒)。乏力调理: 给予补气养血类食物, 如黄芪山药粥 (黄芪 5 g、山药 15 g 煮粥)、红枣小米粥 (红枣 3 颗、小米 30 g 煮粥); 忌生冷食物 (冰淇淋、凉拌菜) 及难消化食物 (年糕、粽子), 以减轻胃肠负担。饮食管理: 患者恢复少量进食后, 遵循“少量多餐、由稀到稠”原则, 首次进食量 50~100 mL (如米汤), 观察无腹胀、呕吐后逐渐增加, 5~6 餐/d, 记录进食量及餐后反应。

2.4.2.3 情志与舒适护理

情志疏导: 基于中医“疏肝解郁”理论, 每日与患者沟通 15~20 min, 倾听其对病情、治疗的顾虑, 用“情绪畅达则肝气调顺, 有助肠腑通利”等通俗语言建立认知, 鼓励患者表达感受; 邀请家属每日陪伴聊天, 减少孤独感, 缓解焦虑情绪。音乐疗法: 依据“五音入五脏”理论 (角音属木, 对应肝脏, 能疏肝理气), 每日上午 10 点、下午 4 点为患者播放角调式舒缓音乐 (如《春江花月夜》《梅花三

弄》), 20 min/次, 音量调至 30~40 dB; 协助患者取舒适体位闭目静听, 引导随音乐节奏深呼吸 (吸气 4 s、屏息 2 s、呼气 6 s)。香薰辅助: 选用薰衣草、佛手柑精油 (稀释后浓度 5%), 通过香薰机在病室扩散香气, 1 次/d, 30 min/次, 病室保持通风良好, 避免浓度过高引起不适; 或取少量稀释精油涂抹于患者手腕内侧、太阳穴 (避开皮肤破损处), 借助气味舒缓神经。疼痛护理: 若患者腹痛 VAS 评分 >3 分, 及时报告医生, 遵医嘱使用镇痛药物, 用药后 30 min 复评 VAS 评分, 记录疼痛缓解情况; 通过分散注意力 (如听音乐、聊天) 减轻疼痛感知。

2.4.2.4 病情观察与并发症预防

肠道症状观察: 每日记录患者排便、排气次数及性状, 监测肠鸣音 (3 次/d, 1 min/次, 固定于脐周); 若出现排气排便突然减少、腹胀加重 (VAS 评分升高)、肠鸣音 <3 次/min 或 >5 次/min, 及时报告医生。电解质与营养监测: 每日查看实验室检查结果 (白蛋白、钾、钠、氯), 若白蛋白 <30 g/L, 报告医生调整营养支持方案; 若血钾 <3.5 mmol/L, 观察患者有无肌肉无力、心律失常, 遵医嘱补充氯化钾。并发症预防: ①肠穿孔: 观察患者有无突发剧烈腹痛 (VAS 评分 >7 分)、腹肌紧张, 若出现立即禁食、禁水, 协助医生完善检查; ②感染: 每日监测体温 4 次 (8:00、12:00、16:00、20:00), 若体温 >37.3℃, 排查感染原因 (如肛周皮肤破损、输液部位炎症); ③压疮: 每 2 h 协助患者翻身, 评估皮肤状况 (尤其骶尾部、足跟), 保持床单平整、干燥, 对皮肤薄弱部位 (如肩胛部) 垫软

枕保护。家属指导:向家属讲解肠梗阻加重信号(如停止排便排气、突发剧烈腹痛、呕吐频繁),演示腹部按摩方法及饮食禁忌,确保家属能准确识别异常情况并及时告知医护人员,配合护理措施执行。

2.5 护理评价

经护理,患者症状及功能状态明显改善,具体如下。症状缓解:腹胀 VAS 评分由入院时 3 分降至 2 分,腹部膨隆明显减轻,腹围从 85 cm 缩小至 82 cm,移动性浊音由阳性(+)转为弱阳性(±);肠道功能恢复:由入院时每日排便量 < 50 g、粪便干结且连续 3 d 未正常排气,转变为每日排便 1~2 次(质软),肛门排气正常,肠鸣音频率从 1~2 次/min 提升至 4 次/min;营养与代谢改善:血清白蛋白水平从 30.9 g/L 升至 34 g/L,肝功能指标好转(总胆红素 17.6 μ mol/L 降至 15.2 μ mol/L);内环境维持稳定,血钾(4.06 mmol/L $\rightarrow$ 4.1 mmol/L)、血钠(140 mmol/L $\rightarrow$ 141 mmol/L)、血氯(105 mmol/L $\rightarrow$ 104 mmol/L)均在正常范围,无低钾等电解质紊乱风险;肾功能(尿素 2.4 mmol/L $\rightarrow$ 2.3 mmol/L、肌酐 90 μ mol/L $\rightarrow$ 88 μ mol/L)及凝血功能(凝血酶原时间 21.28 s $\rightarrow$ 20.5 s)趋于稳定,肿瘤相关指标甲胎蛋白从 21.28 ng/mL 降至 20.8 ng/mL,整体病情控制良好;功能与心理状态提升:患者活动耐力显著改善,从入院时乏力明显、需卧床休息,转变为可自行起身、缓慢行走;焦虑情绪有效缓解,SAS 评分由中度焦虑的 60 分降至正常范围(50 分),治疗依从性及配合度明显提高。

3 结果和随访

3.1 治疗结果

患者经石军颗粒中药保留灌肠联合中医辨证施护干预后,入院时存在的腹胀、排便困难、焦虑等症状显著改善。治疗 7 d 后腹胀 VAS 评分降至 2 分,SAS 评分降至 50 分,肠功能及营养相关指标趋于正常,住院期间无并发症发生,于 2025 年 07 月 24 日达到出院标准,顺利出院。

3.2 随访情况

出院后 1 个月对患者进行电话随访,询问腹胀、排便及饮食情况,得知患者无肠梗阻复发,每日正常排便 1~2 次,可进食软食,乏力症状减轻,精神状态良好;复查肝功能及电解质指标均在正常范围。

4 讨论

肝恶性肿瘤中晚期患者易因肿瘤压迫、腹腔粘连并发不完全性肠梗阻,常表现为腹痛、腹胀、排便障碍;由于患者体质虚弱,对西医手术、胃肠减压等干预措施耐受性较差,疗效受限^[6]。中医理论认为其核心病机为“正虚邪实、腑气不通”,治疗需兼顾“通腑泄浊”与“扶正固本”^[7]。中药灌肠作为中医特色外治法,可避免口服药物对胃肠黏膜的刺激及胃酸对药效的破坏,适用于禁食或胃肠功能紊乱患者,在急危重症领域应用广泛,为该类患者提供了微创干预思路^[8]。本病例的优势与局限性,具体如下。优势:采用石军颗粒保留灌肠(主要成分为大黄、厚朴等),可发挥通腑泻下、行气导滞之效,使药物直达病所;联合辨证施护(包括体位护理、辨证施膳、情志疏导等),实现“局部通腑+整体调理”,契合患者低蛋白、贫血的虚弱状态,较单纯西医治疗更具温和性,能有效改善临床症状且无明显不良反应^[9]。局限性:本研究为单病例回顾性分析,样本量较小,个体差异较大,研究结果可能无法完全适用于所有肝恶性肿瘤并发不完全性肠梗阻患者,需通过大样本临床研究进一步验证其疗效。

本病例证实,中药保留灌肠联合中医辨证施护可有效缓解此类患者的肠梗阻症状,改善营养状态及心理焦虑,为临床提供“病证结合、药护协同”的护理方案;尤其对于西医治疗耐受差的患者,该方案具有安全性高、操作简便等优势,可作为临床护理的补充参考,丰富此类并发症的干预手段^[10]。综上,本病例通过石军颗粒中药保留灌肠联合中医辨证施护,有效改善了肝恶性肿瘤并发不完全性肠梗阻患者的症状与营养状态,提示该方案在临床护理中具有一定可行性;临床应用时需结合患者个体情况辨证实施,同时需更多高质量研究验证其普适性。

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] 姚文亿,张跃,吴孝雄.扶正攻下法治疗晚期肝癌恶性肠梗阻经验体会[J].亚太传统医药,2023,19(5):119-121.
YAO W Y, ZHANG Y, WU X X. Experience of

- strengthening body resistance and purgation method in the treatment of malignant bowel obstruction of advanced liver cancer[J]. *Asia Pac Tradit Med*, 2023, 19(5): 119–121. (in Chinese)
- [2] 孙楼迅, 章颖逸, 张翼. 结直肠癌合并肠梗阻的外科治疗进展[J]. *现代消化及介入诊疗*, 2025, 30(4): 497–500.
SUN L X, ZHANG Y Y, ZHANG Y. Progress in surgical treatment of colorectal cancer complicated with intestinal obstruction [J]. *Mod Interv Diagn Treat Gastroenterol*, 2025, 30(4): 497–500. (in Chinese)
- [3] 刘泽豪, 谢虹亭, 安宸, 等. 基于“温通三结法”探讨恶性肠梗阻中医病机及外治思路[J]. *中医肿瘤学杂志*, 2025, 7(1): 72–77.
LIU Z H, XIE H T, AN C, et al. Exploration on traditional Chinese medicine pathogenesis and external treatment approach of malignant bowel obstruction with “warming and promoting circulation of three junctions method” [J]. *J Oncol Chin Med*, 2025, 7(1): 72–77. (in Chinese)
- [4] WU Z Y, LIU C Y, PENG Y B, et al. Traditional Chinese herbal medicine retention enema combined with perineal massage (THREM): a promising therapeutic strategy for refractory chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS) [J]. *Transl Androl Urol*, 2024, 13(5): 759–768.
- [5] HAN L, TANG K, FANG X L, et al. Kuicolong-yu enema decoction retains traditional Chinese medicine enema attenuates inflammatory response ulcerative colitis through TLR4/NF- κ B signaling pathway [J]. *World J Gastrointest Surg*, 2024, 16(4): 1149–1154.
- [6] 张红. 中药联合肠道益生菌保留灌肠治疗急性胰腺炎的效果[J]. *医药前沿*, 2025, 15(14): 87–90.
ZHANG H. Effect of traditional Chinese medicine combined with intestinal probiotics retention enema in the treatment of acute pancreatitis [J]. *Yiyao Qianyan*, 2025, 15(14): 87–90. (in Chinese)
- [7] 程春芳, 云洁, 吴婷婷, 等. 中药灌肠联合人工肝支持系统治疗肝功能衰竭疗效的 Meta 分析[J]. *中国民族民间医药*, 2025, 34(1): 103–108.
CHENG C F, YUN J, WU T T, et al. Efficacy of traditional Chinese medicine enema combined with artificial liver support system in treatment of patients with liver failure: a meta-analysis [J]. *Chin J Ethnomed Ethnopharmacy*, 2025, 34(1): 103–108. (in Chinese)
- [8] 熊艳斌. 黄龙净腹液保留灌肠治疗慢性肾功能衰竭疗效观察[J]. *山西中医*, 2025, 41(5): 44–45.
XIONG Y B. Observation on therapeutic effect of Huanglongjing abdominal liquid retention enema on chronic renal failure [J]. *Shanxi J Tradit Chin Med*, 2025, 41(5): 44–45. (in Chinese)
- [9] 刘国红, 汪东明, 高满红, 等. 自拟中药保留灌肠配合热奄包治疗慢性肠炎的临床观察[J]. *中国当代医药*, 2025, 32(13): 97–101.
LIU G H, WANG D M, GAO M H, et al. Clinical observation on the treatment of chronic enteritis with self-made traditional Chinese medicine retention enema combined with hot package [J]. *China Mod Med*, 2025, 32(13): 97–101. (in Chinese)
- [10] YANG Y, ZHANG Y, TANG J L, et al. Chinese herbal retention enema for the treatment of ulcerative colitis [J]. *JoVE*, 2025(219): 25–27.

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。