

DOI: 10.12209/CAIM202603260001

· 中西医结合临床案例 ·

药物联合马氏温灸治疗 1 例上消化道出血 急性期患者的护理体会

马 宁, 管艳娜

(北京朝阳中西医结合急诊抢救医院 门诊部, 北京, 100022)

摘要: 上消化道出血是消化内科急危重症, 以呕血、黑便为典型临床表现, 严重者可引发失血性休克, 危及生命。西医药物是急性期止血的基础治疗方案, 但部分患者存在疗效欠佳、易复发的问题。马氏温灸法具有温阳益气、消瘀止血的功效, 适用于脾胃相关出血病症。本文结合 1 例上消化道出血急性期患者病例, 采用西医药物联合马氏温灸治疗, 并实施针对性综合护理干预, 包括密切监测病情变化、规范温灸操作、强化饮食与情志护理等。经干预后, 患者出血症状得到有效控制, 病情逐渐好转, 于住院第 12 天康复出院。

关键词: 上消化道出血; 马氏温灸; 护理评估; 情志护理

Nursing Experience of Pharmacotherapy Combined with Ma's Warm Moxibustion for a Case of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding

MA Ning, GUAN Yanna

*(Department of Outpatient, Beijing Chaoyang Hospital of Integrated Chinese and
Western Medicine for Emergency Rescue, Beijing, 100022)*

ABSTRACT: Upper gastrointestinal bleeding (UGIB), a critical condition in gastroenterology, typically manifests as hematemesis and melena, with severe cases potentially leading to hemorrhagic shock and life-threatening consequences. While Western pharmacotherapy serves as the foundational treatment for acute hemostasis, some patients exhibit suboptimal responses or recurrent bleeding. Ma's Warm Moxibustion, characterized by its effects of warming yang, replenishing qi, resolving stasis, and stopping bleeding, is particularly suitable for hemorrhage disorders related to spleen-stomach dysfunction. This article presents a case of acute UGIB treated with integrated Western medication and Ma's Warm Moxibustion, supplemented by comprehensive nursing interventions including close vital sign monitoring, standardized moxibustion procedures, and intensified dietary and emotional care. Post-intervention, the patient achieved effective hemorrhage control, progressive clinical improvement, and was discharged on day 12 of hospitalization.

KEY WORDS: upper gastrointestinal bleeding; Ma's Warm Moxibustion; nursing assessment; emotional nursing

作为消化科常见急症, 上消化道出血指十二指肠悬韧带以上消化道的出血, 典型表现为呕血、黑便等, 严重时可引发失血性休克, 危及患者生命。60 岁以上上消化道出血患者死亡率高达 15%, 再出血率达 20%~30%^[1]。该疾病病因复杂, 多与消化性溃疡、急性胃黏膜病变、上消化道恶性肿瘤等相关。目前临床针对急性期上消化道出血主要采用药物止血、液体复苏等治疗手段, 虽

能快速控制出血, 但部分患者恢复较慢; 且常规护理模式缺乏个性化, 难以满足患者身心康复需求, 护理效果参差不齐^[2-3]。

马氏温灸是中医外治经典方法, 由马少群创立, 通过温热刺激穴位调节气血阴阳、活血通络, 已有临床案例证实其可辅助治疗急性胃出血, 促进患者康复^[4-5]。药物联合马氏温灸治疗可发挥中西医协同作用, 但马氏温灸在急性期应用时, 需

收稿日期: 2026-03-26

OPEN ACCESS

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

严格控制温度、施灸时间及穴位选择,规避烫伤、加重出血等风险,对护理操作要求较高^[6]。当前关于该联合方案在急性期患者中的针对性护理研究较少,缺乏系统的护理经验总结。基于此,本文结合 1 例上消化道出血急性期患者的诊疗护理过程,总结药物联合马氏温灸治疗的护理要点,为临床同类患者的护理提供参考。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性,58 岁,因“无明显诱因呕血、黑便 2 h”于 2026 年 01 月 3 日 11:38 就诊于我院急诊科。呕出鲜红色血液约 300 mL,伴头晕、乏力、出冷汗,随后解黑色柏油样便 1 次,量约 200 g。患者有 5 年胃溃疡病史,规律服用奥美拉唑肠溶片;吸烟 20 年,每日约 10 支;饮酒 15 年,每日饮白酒约 2 两。入院时神志清楚,精神萎靡,面色苍白,查体合作。

1.2 查体

患者神志清,精神萎靡,呈贫血貌。头颅五官无畸形,眼睑结膜苍白,巩膜无黄染,双侧瞳孔等大等圆,对光反射灵敏。颈软无抵抗,颈静脉无怒张,甲状腺无肿大。肠鸣音 8 次/min,未闻及血管杂音。双下肢无水肿,生理反射存在,病理反射未引出。专科查体:上腹部轻压痛,无反跳痛,余腹部无明显异常;肛门指检可触及黑色柏油样便,指套染黑。

1.3 诊断

结合患者病史、症状、体征及辅助检查,明确中西医诊断。西医诊断:上消化道出血(急性期),胃溃疡并出血,失血性贫血(中度)。诊断依据:患者有胃溃疡病史,突发呕血、黑便,伴血压偏低、贫血貌;胃镜检查示胃窦部溃疡伴渗血;血常规提示血红蛋白 78 g/L;粪隐血试验强阳性。中医诊断:血证;证型:脾胃虚寒、气不摄血。诊断依据:患者病程迁延,脾胃虚弱,统血无权致血溢脉外,症见呕血、黑便,伴头晕、乏力、面色苍白、精神萎靡,舌淡苔白,脉细弱,符合脾胃虚寒、气不摄血的辨证要点。

1.4 治疗

患者入急诊后立即予西医常规急救治疗,快速建立静脉通路,补液输血,纠正电解质紊乱;同时给予抑酸、减少内脏血流量、局部止血等药物止血治疗,配合卧床、禁食等基础护理措施。入院

48 h 出血初步控制后,加用马氏温灸中医辅助治疗,同步做好病情监测、生活指导与后续复查管理。经上述中西医结合治疗及规范护理,患者出血症状完全控制,贫血、低钾等问题纠正,住院 12 d 后康复出院,治疗结束。

2 护理

2.1 护理评估

患者入急诊后立即开展全面护理评估,具体如下:①体液状态:急性上消化道大出血,呕血 300 mL、黑便 200 g,血压(BP)偏低;②休克风险:采用失血性休克评分^[7]得 3 分,提示轻度休克;③贫血与电解质:血红蛋白(Hb)78 g/L,伴面色苍白、头晕乏力,血钾 3.3 mmol/L;④疼痛:上腹部轻压痛;⑤心理状态:采用焦虑自评量表(SAS)评分^[8]得 52 分,提示轻度焦虑;⑥疾病认知:对病因、治疗方案、预防措施及温灸相关护理知识不了解;⑦皮肤状态:皮肤完整,但存在温灸烫伤风险;⑧意识状态:格拉斯哥昏迷量表(GCS)评分^[9]得 13 分,意识清楚,精神萎靡。

2.2 护理诊断

①体液不足:与上消化道大量出血导致血容量减少有关;②有失血性休克的风险:与上消化道持续出血、血容量快速下降有关;③营养失调:与上消化道出血、禁食水、消化吸收功能障碍有关;④急性疼痛:与胃溃疡急性期胃酸刺激溃疡出血面有关;⑤恐惧、焦虑:与突发呕血、黑便及担忧病情预后有关;⑥知识缺乏:与患者及家属对疾病病因、治疗方案、护理措施及预防方法不了解有关;⑦有皮肤损伤的风险:与马氏温灸操作不当有关;⑧有昏迷的风险:与上消化道大出血导致脑灌注不足、失血性休克及严重贫血有关。

2.3 护理计划

结合患者病情及治疗方案,制定针对性护理计划:动态监测生命体征、出血情况及相关实验室指标,定期评估量表评分;规范药物护理及马氏温灸操作,严格防范烫伤;做好饮食指导与卧床护理,督促患者戒烟戒酒;开展心理疏导,加强健康宣教,积极预防并发症。

2.4 护理措施

2.4.1 体液不足护理

为患者建立多条有效静脉通路,遵医嘱快速补液、输血、补充电解质,迅速恢复有效循环血量;严格记录 24 h 出入量,密切观察并准确记录呕血、

黑便的颜色、性状、次数及总量,动态监测血压、脉搏、呼吸等生命体征,及时判断出血是否停止,防止体液进一步丢失。

2.4.2 休克护理

实施特级护理,急性期每 30 min 监测一次生命体征,病情平稳后改为 1 次/h;重点观察患者意识状态、面色、肢端温度及尿量变化,警惕脉搏细速、血压骤降、皮肤湿冷等休克早期表现;备好抢救药品与器械,一旦出现休克征象,立即配合医生开展抗休克、止血等急救处理,保障患者生命安全。

2.4.3 营养护理

出血急性期严格执行禁食水医嘱,做好口腔护理,预防感染;出血停止后遵循“温凉流质→半流质→软食”的循序渐进原则恢复饮食,少量多餐,避免过热、粗糙及刺激性食物;定期监测血红蛋白、电解质、白蛋白等指标,遵医嘱给予营养支持,纠正贫血与低钾血症,改善机体营养状况。

2.4.4 疼痛护理

遵医嘱按时、规范使用抑酸、保护胃黏膜药物,抑制胃酸分泌,减轻溃疡面刺激;协助患者取舒适卧位,减少活动,避免腹压增高;密切观察腹痛部位、性质、程度及持续时间,及时评估疼痛缓解效果,规避诱发疼痛的因素,提升患者舒适度。

2.4.5 心理护理

开展个性化心理疏导,主动与患者沟通,倾听其诉求,讲解疾病相关知识、治疗方案及护理要点,缓解其焦虑、恐惧情绪,增强治疗信心;鼓励家属陪伴患者,给予情感支持。

2.4.6 健康教育

加强健康宣教,采用通俗易懂的语言,向患者及家属讲解胃溃疡及上消化道出血的诱因、预防措施,指导患者遵医嘱规律服药,不可擅自停药或更改剂量;告知马氏温灸的注意事项、复查时间及复查项目。

2.4.7 皮肤护理

急性期温灸护理:以益气固摄、缓急止血为原则,禁止腹部施灸,避免加重出血。选取双侧足三里、双侧隐白为施灸穴位,患者取平卧位,充分暴露穴位并确认皮肤完整无破损。采用马氏温灸专用灸盒,内置大小适宜的艾绒,点燃后固定于穴位表面,温度控制在 40~45℃,以局部温热无灼痛为度;采用静灸法,灸盒固定不移位、不按压,每穴施灸 15 min,1 次/d。施灸过程中持续观察患者面

色、心率、意识及腹痛、出血情况,若出现头晕、心慌、呕血加重等情况立即停止操作。施灸后擦干皮肤,做好保暖,嘱施灸部位 4 h 内不沾水、不洗澡,防止受凉。

稳定期温灸护理:以温阳健脾、益气摄血、预防复发为主。在急性期穴位基础上,增加双侧三阴交、气海、关元、双侧脾俞及胃俞。施灸时先取仰卧位操作足三里、三阴交、气海及关元,再取侧卧位/俯卧位操作脾俞、胃俞,全程注意保暖避风;灸盒艾绒填充均匀,固定稳妥,温度维持 40~45℃,采用静灸法持续温热渗透,每穴施灸 20 min,1 次/d,连续 7~10 d 至出院。施灸中监测出汗情况、腹部不适及大便性状,饭后 1 h 内不施灸。施灸后检查皮肤有无潮红、烫伤,记录局部反应,指导患者温凉饮水,施灸部位 4 h 内禁止洗澡与直吹冷风,避免寒湿入侵影响疗效。

2.4.8 昏迷预防护理

持续监测意识状态、瞳孔变化及格拉斯哥昏迷量表(GCS)评分,保持呼吸道通畅,防止误吸;积极配合医生止血、纠正贫血与休克,改善脑部灌注;绝对卧床休息,避免体位突然改变,预防脑供血不足引发意识障碍;全程加强安全防护,防止坠床、意外伤害。

2.5 护理评价

患者转入病房后 48 h 出血成功控制,呕血、黑便症状完全消失,头晕、乏力等贫血表现于护理干预 7 d 后改善,住院 12 d 康复出院;血红蛋白从 78 g/L 逐步回升,血钾恢复至正常范围,凝血功能无异常。量表评估显示,患者焦虑自评量表(SAS)评分从 52 分降至 33 分,焦虑情绪缓解,详见表 1。温灸操作全程无烫伤等皮肤损伤不良事件发生,整体护理过程中,患者病情无反复,对治疗护理依从性良好,各项护理目标均顺利达成。

表 1 疗效评估

评价指标	护理/治疗前(入院时)	护理/治疗后(出院前)
体液不足	呕血黑便,血容量不足	出血停止,血容量恢复
失血性休克评分	3 分	0 分
血红蛋白(Hb)	78 g/L	106 g/L
血钾	3.3 mmol/L	4.1 mmol/L
疼痛	上腹部轻压痛	无腹痛、无压痛
SAS	52 分	33 分
知识缺乏	疾病与护理知识缺乏	掌握健康知识,依从性好
皮肤情况	完整	完整,无烫伤、破损
GCS	13 分	15 分

3 结果和随访

患者经西医药物止血联合马氏温灸及系统化综合护理干预后,入院 48 h 出血即得到有效控制,呕血、黑便症状完全消失,头晕、乏力、贫血表现逐步改善;住院第 12 天生命体征平稳,血常规、电解质等实验室指标恢复正常,焦虑情绪缓解,未发生休克、昏迷、再出血及皮肤烫伤等并发症,达到临床治愈标准,于住院第 12 天结束治疗并康复出院。出院后采用电话联合门诊复查方式,分别于出院 1 个月、3 个月完成随访,随访内容包括饮食作息、烟酒管控、用药依从性、有无呕血黑便等不适症状及血常规、粪隐血复查结果;随访显示患者已戒烟戒酒,能规律服药与饮食,未出现上消化道出血复发,溃疡愈合良好,生活质量良好。

4 讨论

上消化道出血作为消化内科急危重症,急性期以快速止血、纠正血容量不足为治疗原则,西医常规采用抑酸、减少内脏血流量、局部止血及液体复苏等手段,可快速遏制出血症状。本个案中患者入院后经埃索美拉唑钠、生长抑素等药物治疗 48 h,出血即初步控制,印证了西医药物在急性期止血的基础作用^[10]。但临床中部分胃溃疡所致上消化道出血患者,因脾胃功能虚弱、气血失调,单纯西医治疗存在恢复较慢、再出血风险较高的问题;而马氏温灸作为中医外治经典方法,具有温阳益气、消瘀止血、调理脾胃之效。

本次研究的 58 岁上消化道出血急性期患者,既往有胃溃疡病史且存在长期烟酒史,为上消化道出血的高危因素;其发病后表现为呕血、黑便伴中度失血性贫血,辨证属脾胃虚寒、气不摄血。临床采用西医药物联合马氏温灸的中西医结合治疗方案,并实施针对性综合护理,最终患者出血得到有效控制,12 d 康复出院,该个案护理过程为临床同类患者的诊疗护理提供了实践参考。

周丹艳等^[11]将 128 例肝硬化继发上消化道出血患者随机分为对照组与观察组,对照组实施常规护理,观察组采用中西医结合护理(包含情志护理、穴位护理、针灸护理及出血护理)。结果显示,护理后观察组抑郁自评量表(SDS)、SAS 评分低于对照组,健康调查简表(SF-36)各维度评分均高于对照组($P < 0.05$),表明中西医结合护理可有效缓解患者焦虑抑郁情绪,提升生活质量,与本

研究结果一致。本研究病例为胃溃疡所致非静脉曲张性上消化道出血,证属脾胃虚寒、气不摄血,采用西医药物联合马氏温灸及系统化综合护理,二者均证实中西医结合护理可改善情绪、提升疗效。

在出血初步控制后予足三里、三阴交、气海、关元、脾俞及胃俞等穴位温灸,通过温热刺激疏通经络、调和气血,可增强脾胃运化功能,提升气的固摄作用,从病机层面减少出血复发可能,实现中西医结合治疗的协同增效。药物联合马氏温灸治疗方案的临床应用,对护理工作提出了更高的要求^[12]。一方面,急性期需持续动态监测患者生命体征、呕血黑便情况及实验室指标,快速识别失血性休克风险,及时落实补液、止血等护理措施;针对患者轻度焦虑的情绪状态开展心理干预,缓解其因突发急症产生的恐惧心理,为治疗创造良好的身心条件^[13]。另一方面,马氏温灸操作需严格遵循中医护理规范,控制灸疗温度 40~45℃、15~20 min/穴的操作标准,选穴避开腹部,操作中密切观察患者皮肤反应及主观感受,规避烫伤、加重出血等护理风险,这是保证温灸辅助治疗效果的关键。此外,饮食护理的阶段性调整、戒烟戒酒的健康指导及出院后的随访规划,也为患者病情恢复、降低再出血风险提供了保障。

综上,对于脾胃虚寒、气不摄血型上消化道出血急性期患者,在西医常规药物治疗基础上联合马氏温灸,同时实施综合护理,可有效控制出血症状、促进患者康复、降低护理风险。但本研究为单个案研究,后续仍需积累更多临床病例,进一步优化药物联合马氏温灸治疗上消化道出血的护理流程与操作规范,为临床提供系统、完善的护理方案。

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] 张晶晶,刘爽,董佳丽.基于PMT的健康教育结合舒适护理在消化性溃疡致上消化道出血患者中的应用[J].国际护理学杂志,2025,44(7):1298-1303.
ZHANG J J, LIU S, DONG J L. Application of PMT-based health education combined with comfortable nursing in patients with upper gastrointestinal

- bleeding caused by peptic ulcer [J]. *Int J Nurs*, 2025, 44(7): 1298–1303. (in Chinese)
- [2] 柴蕴珠, 王睿, 白亚平, 等. 基于 Rockall 评分系统的护理措施联合 SBAR 沟通模式在急性上消化道出血患者中的应用研究[J]. *中华现代护理杂志*, 2025, 31(33): 4584–4588.
- CHAI Y Z, WANG R, BAI Y P, et al. Application of nursing measures based on the Rockall scoring system combined with the SBAR communication model in patients with acute upper gastrointestinal bleeding [J]. *Chin J Mod Nurs*, 2025, 31(33): 4584–4588. (in Chinese)
- [3] 曹俊, 肖文, 周金. 中医辨证治疗联合生长抑素对急性上消化道出血患者外周血血红蛋白、高敏 c 反应蛋白、白介素-6 水平及再次出血风险的影响[J]. *四川中医*, 2022, 40(11): 115–118.
- CAO J, XIAO W, ZHOU J. Effect of traditional Chinese medicine dialectical therapy combined with somatostatin on levels of peripheral blood hemoglobin, high-sensitivity C-reactive protein and interleukin-6 and risk of rebleeding for patients with acute upper gastrointestinal bleeding [J]. *J Sichuan Tradit Chin Med*, 2022, 40(11): 115–118. (in Chinese)
- [4] 陈祥华, 林平, 何友成, 等. 基于唐宗海“治血四法”探讨急性非静脉曲张性上消化道出血的诊疗思路[J]. *世界中医药*, 2022, 17(15): 2216–2218.
- CHEN X H, LIN P, HE Y C, et al. Exploration of the treatment ideas of acute non-varices upper gastrointestinal bleeding based on TANG rongchuan's “four methods of treating blood” [J]. *World Chin Med*, 2022, 17(15): 2216–2218. (in Chinese)
- [5] 陆小蕾. 危机式护理管理联合规范化护理在上消化道出血患者护理中的应用[J]. *中国标准化*, 2025(22): 309–312.
- LU X L. Application of crisis nursing management combined with standardized nursing in nursing of patients with upper gastrointestinal hemorrhage [J]. *China Stand*, 2025(22): 309–312. (in Chinese)
- [6] 张雪萍, 白兴华. 从自主神经角度分析胃食管反流病的消化道动力障碍以及针灸治疗机制[J]. *中国针灸*, 2022, 42(11): 1299–1303.
- ZHANG X P, BAI X H. Analysis on the gastrointestinal motility disorder of gastroesophageal reflux disease and the mechanism of acupuncture-moxibustion from the perspective of autonomic nervous system [J]. *Chin Acupunct Moxibustion*, 2022, 42(11): 1299–1303. (in Chinese)
- [7] 中国人民解放军急救医学专业委员会, 中国医师协会急诊医师分会, 北京急诊医学学会, 等. 创伤失血性休克中国急诊专家共识(2023)[J]. *中国急救医学*, 2023, 43(11): 841–854.
- The Emergency Medicine Professional Committee of the People's Liberation Army of China, the Emergency Medicine Branch of the Chinese Medical Association, and the Beijing Emergency Medicine Society, et al. Expert consensus on the diagnosis and treatment of traumatic hemorrhagic shock in China (2023) [J]. *Chin J Crit Care Med*, 2023, 43(11): 841–854. (in Chinese) [8] DUNSTAND A, SCOTT N. Norms for zung's self-rating anxiety scale [J]. *BMC Psychiatry*, 2020, 20(1): 90.
- [9] 伍华兵, 张金波, 李聪, 等. 基于“医-护-技”一体化管理模式促醒脑昏迷患者的临床研究[J]. *重庆医学*, 2024, 53(S2): 1–4.
- WU H B, ZHANG J B, LI C, et al. Clinical study on awakening of coma patients based on the integrated management model of “medico-nurse-technology” [J]. *Chongqing Med J*, 2024, 53(S2): 1–4. (in Chinese)
- [10] 张雪萍, 白兴华, 武文玉, 等. 基于“土虚木乘”病机探讨十二指肠胃食管反流及其针灸证治思路[J]. *陕西中医*, 2025, 46(10): 1376–1381.
- ZHANG X P, BAI X H, WU W Y, et al. Discussion on the pathogenesis of duodeno gastroesophageal reflux based on the theory of “earth deficiency and wood overacting” and the acupuncture treatment approach [J]. *Shaanxi J Tradit Chin Med*, 2025, 46(10): 1376–1381. (in Chinese)
- [11] 周丹艳, 杨金凯, 沈方红. 中西医结合护理干预肝硬化继发上消化道出血临床研究[J]. *新中医*, 2020, 52(15): 170–172.
- ZHOU D Y, YANG J K, SHEN F H. Clinical study on integrated Chinese and western medicine nursing on upper gastrointestinal bleeding secondary to cirrhosis [J]. *J New Chin Med*, 2020, 52(15): 170–172. (in Chinese)
- [12] 程丽, 艾华, 宋丹丹. 基于 Pender 健康促进模式的多维度护理干预在消化道出血患者中的应用[J]. *中华现代护理杂志*, 2025, 31(30): 4185–4189.
- CHENG L, AI H, SONG D D. Application of a multidimensional nursing intervention based on Pender's Health Promotion Model in patients with gastrointestinal bleeding [J]. *Chin J Mod Nurs*, 2025, 31(30): 4185–4189. (in Chinese)
- [13] 朱亚会, 任树荣, 魏星. 血小板-白蛋白-胆红素评分系统为主的分层护理对消化道出血患者心理及

预后的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2025, 34 (17): 2475-2478, 2482.

ZHU Y H, REN S R, WEI X. Effect of stratified nursing based on platelet-albumin-bilirubin scoring

system on psychology and prognosis of patients with gastrointestinal bleeding [J]. Mod J Integr Tradit Chin West Med, 2025, 34(17): 2475-2478, 2482. (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。