

DOI: 10.12209/CAIM202605120001

· 中西医结合临床案例 ·

三法联用治疗 1 例肠癌术后肠造口患者肠梗阻护理体会

来甜甜¹, 何文华², 徐晓利², 徐玫玫¹

(1. 中国中医科学院望京医院 骨关节二科, 北京, 100102;

2. 中医药大学东直门医院通州院区 普外科二区, 北京, 101121)

摘要: 本文总结中药保留灌肠联合耳穴压丸及温灸器灸对肠癌术后肠造口腑气不通证肠梗阻患者的护理体会。对 1 例 71 岁直肠癌根治术后、辨证为气血两虚兼腑气不通证的肠梗阻患者, 在常规护理基础上实施中药保留灌肠、耳穴压丸及温灸器灸三联中医护理干预, 观察患者排便排气、腹胀腹痛、焦虑情绪及中医证候改善情况。结果显示, 该干预可缓解患者腹胀腹痛, 减轻焦虑情绪, 提升生活质量, 且安全性良好, 适用于老年体虚术后患者, 值得临床推广。

关键词: 中医三联护理; 肠癌术后; 肠造口术; 肠梗阻

Nursing Experience of Triple Therapy for Intestinal Obstruction in a Patient with Postoperative Enterostomy following Colorectal Cancer Surgery: A Case Study

LAI Tiantian¹, HE Wenhua², XU Xiaoli², XU Meimei¹

(1. Second Department of Bone and Joint, Wangjing Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100102;

2. Second Ward of General Surgery, Tongzhou Branch of Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 101121)

ABSTRACT: This paper summarizes the nursing experience of applying Traditional Chinese Medicine (TCM) retention enema combined with auricular acupoint pressing and warm moxibustion device therapy in the treatment of intestinal obstruction with fu-qi obstruction syndrome in a patient following postoperative enterostomy for colorectal cancer. A 71-year-old patient with intestinal obstruction after radical surgery for rectal cancer, differentiated as qi and blood deficiency with concomitant fu-qi obstruction syndrome according to TCM syndrome differentiation, received triple TCM nursing interventions—including TCM retention enema, auricular acupoint pressing, and warm moxibustion device therapy—on the basis of routine nursing care. The patient's defecation and flatus, abdominal distension and pain, anxiety, and improvement in TCM syndromes were observed. The results demonstrated that this intervention effectively alleviated the patient's abdominal distension and pain, reduced anxiety, enhanced quality of life, and exhibited a favorable safety profile. It is particularly suitable for elderly, physically debilitated postoperative patients and merits broader clinical application.

KEY WORDS: triple TCM nursing intervention; postoperative colorectal cancer; enterostomy; intestinal obstruction

结(直)肠癌是世界上第五大常见的恶性肿瘤。在我国, 结肠癌的发病率和病死率均位列所有恶性肿瘤第 5 位, 患者主要临床表现为排便梗阻、身体消瘦以及大便带血等, 根治术后可能出现

肠粘连、肠梗阻、吻合口瘘及吻合口狭窄等并发症。临床主要采用手术治疗该病, 但术后患者易发生感染、腹痛及呕吐等不良反应^[1]。肠造口术是结直肠癌外科治疗中极为关键的常用术式, 多

收稿日期: 2026-05-12

通信作者: 何文华, E-mail: 2659450213@qq.com

OPEN ACCESS

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

用于低位直肠癌保肛、降低吻合口瘘风险、肠道临时转流等场景,通过在腹壁建立人工排泄通道,替代原有肛门排便排气功能,可有效分流肠内容物、保护远端吻合口愈合,最大程度保留消化道基本生理运转、维持机体营养与代谢稳态^[2]。肠梗阻为腹部肛肠外科术后常见急腹症与严重并发症,现代医学将其定义为任何原因导致肠内容物运行障碍、无法顺利通过肠道而引发的一组临床综合征^[3]。目前我国肠梗阻年发病率可达10~20/10万,占全部外科急腹症住院病例的15%~20%;而在结直肠癌根治术人群中,肠梗阻总体发生率高达7%~28%,是影响患者术后康复、增加住院风险的首位常见并发症^[4]。

中医认为,肠癌术后正气亏虚、脾胃虚弱、气机不畅,加之饮食不节、外邪侵袭,致气滞血瘀、腑气不通、肠道传导失司,发为“肠结”^[5]。其病因病机主要包括正气亏虚,年老体弱或久病致五脏虚衰,尤以脾肾虚弱为主;情志失调,忧思郁怒致胃肠失和、气机不畅、气滞血瘀久而成块,或情志不畅、肝气郁结侵脾犯胃,致运化失司、湿热邪毒蕴结肠道日久发病;外邪因素,久坐湿地或寒温失节致湿邪浸淫肠道,外邪损伤脾胃致升降失司、气机不畅、气滞血瘀结于肠道,与外邪相搏结发病。本研究对1例肠癌术后肠造口腑气不通证肠梗阻患者采用三联中医护理干预,现报告如下。

1 病例资料

1.1 一般资料

患者女,71岁,主因“腹痛、腹胀伴恶心呕吐1 d,造口5 d未见气体排出及排便”就诊。患者于2026年03月11日入院,入院后生命体征平稳,符合手术标准,于03月16日行直肠癌根治术;术后第24天,即04月09日出现腹痛、腹胀伴恶心呕吐1 d,造口5 d未见气体排出及排便。既往有高血压病史5年,血压最高达160/90 mmHg,规律口服氯沙坦钾氢氯噻嗪片(100 mg:25 mg),1次/d,琥珀酸美托洛尔缓释片95 mg,1次/d,血压控制尚可;2型糖尿病病史5年,规律口服阿卡波糖片50 mg,3次/d,苯甲酸阿格列汀片25 mg,1次/d,控糖,血糖控制尚可;高脂血症病史5年,规律口服普伐他汀钠片40 mg,1次/d,降脂;无食物、药物过敏史。

1.2 查体

一般情况:入院体温(T)36.3℃,脉搏(P)81次/

min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)147/73 mm Hg;神志清,精神偏弱。专科查体:下腹部可见约6 cm手术瘢痕,愈合良好;全腹膨隆,造口处压痛,无反跳痛及肌紧张,肠鸣音亢进。腹部CT检查提示肠梗阻。

1.3 诊断

西医诊断:直肠癌术后、肠梗阻、高血压2级(极高危)、2型糖尿病、高脂血症;中医诊断:肠结(气血两虚、腑气不通证)。

1.4 治疗

患者于04月09日出现腹胀、腹痛不适症状,医嘱予禁食水、止痛、抗炎及灌肠通便等对症处理。予氯化钠注射液100 mL+氟比洛芬酯5 mL静脉滴注,1次/d,止痛;甘油灌肠剂保留灌肠通便,2次/d;氯化钠注射液100 mL+头孢哌酮舒巴坦钠3 g静脉滴注,2次/d,抗炎。连续应用3 d至04月11日,患者症状未见明显好转,于04月13日加用中药保留灌肠、耳穴压丸及温灸器灸三联中医特色干预。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 四诊合参

望诊:患者得神,面色偏白,口唇色淡,舌红、苔黄白略腻、中有裂纹;闻诊:无特殊气味,肠鸣音亢进;切诊:腹部膨隆、压痛,脉弦滑;问诊:乏力纳差,恶心,胃脘发凉,夜间加重,眠差,小便调,造口术后5 d未排便排气。

2.1.2 八纲辨证

表里辨证(里):病位深在脏腑,脾生痰浊、气血瘀滞,痰瘀互结、毒邪蕴结成癥瘕,阻滞肠道引发腹痛。虚实辨证(虚):年老体弱、先天不足,肾阴亏虚,阴不制阳,日久生痰成瘀。阴阳辨证(阴):患者饮食不节,致脾胃亏虚,水谷运化无力、升降失调。寒热辨证(热):舌质红、苔黄白略腻。综合辨证符合术后气血两虚、腑气不通证。

2.1.3 量化评分

腹胀采用视觉模拟评分法(VAS)评估患者腹胀严重程度^[6],分级标准为0分(无腹胀),1~3分(轻度腹胀,轻微腹憋,不影响日常活动与睡眠),4~6分(中度腹胀,腹内憋胀明显,偶影响活动与夜间睡眠),7~10分(重度腹胀,腹部膨隆胀满难忍,严重影响翻身、活动与睡眠)。本例患者腹胀VAS评分7分,判定为重度腹胀。

疼痛采用数字疼痛评分(NRS)评估患者疼痛程度^[7],评价标准为0分(无痛),1~3分(轻度疼痛,疼痛不影响睡眠),4~6分(中度疼痛),7~9分(重度疼痛,不能入睡或者睡眠中痛醒),10分(剧痛)。数字越大,疼痛程度越重。本例患者腹部疼痛影响睡眠,评定为6分,属中度疼痛。

睡眠采用匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)评估患者近1周睡眠状态^[8],量表共7个维度,总分0~21分,得分越高睡眠质量越差。分级标准为≤7分(睡眠尚可),8~14分(中度睡眠障碍),评分≥15分(重度睡眠障碍)。本例患者PSQI评分14分,为中度睡眠障碍。

焦虑采用焦虑自评量表(SAS)评估患者近1周焦虑情绪水平^[9],量表共20条目,先计算粗分,粗分×1.25取整得标准分。分级标准为<50分(无焦虑),50~59分(轻度焦虑),60~69分(中度焦虑),评分≥70分(重度焦虑)。本例患者SAS标准分65分,判定为中度焦虑。

2.2 护理诊断

首优:肠梗阻(腑气不通)与直肠癌术后肠造口、肠腑传导失司、气机壅滞及停止排气排便有关;急性疼痛(腹痛腹胀)与肠道积气、肠梗阻痉挛及腑气不通有关。中优:睡眠形态紊乱(失眠)与持续腹胀腹痛、躯体不适及夜间症状加重有关。次优:焦虑情绪与病情迁延反复、疾病预后不确定及身体不适感持续存在有关。

2.3 护理计划

针对肠梗阻(腑气不通):5 d内通过中西医结合护理干预,使患者腹胀VAS评分降至3分及以下,恢复造口规律排气排便,肠腑气机得以通降。针对疼痛不适:3 d内将患者腹痛NRS疼痛评分降至≤3分;10 d内疼痛逐步完全缓解,NRS评分降至0分,腹部胀痛基本消失。针对失眠睡眠障碍:10 d内通过情志、作息及对症护理干预,降低PSQI睡眠评分,恢复正常睡眠节律,睡眠质量显著改善。针对焦虑情绪:10 d内实施系统情志疏导与健康宣教,患者SAS焦虑标准分降至<50分,负面情绪明显缓解,治疗配合度显著提升。

2.4 护理措施

2.4.1 常规护理

2.4.1.1 体位与活动护理

根据患者术后肠梗阻的个体耐受情况,协助其取半卧位,该体位可有效改善腹腔通气状态、缓解腹部胀痛不适感。每日结合患者体力与病情分

期,制定专属床上活动计划。规律开展床上腹式呼吸专项训练、踝泵主动+被动分阶运动,每日分3~4个时段进行,10~15次/组^[10]。此个体化干预可针对性改善患者下肢末梢血液循环、降低下肢深静脉血栓发生风险;同时通过机械性刺激肠道平滑肌节律蠕动,促进术后胃肠蠕动功能恢复,缩短术后排气与排便恢复时长。

2.4.1.2 症状专科护理

针对肠梗阻急性发作期患者,严格遵循个体化医嘱落实禁食、精准出入量管理;遵医嘱实施抑酸、抗感染、静脉补液及解痉止痛等对症治疗^[11]。全程动态监测患者生命体征,专人重点记录腹痛腹胀程度、呕吐物性状与频次、肠鸣音强弱及频率变化,动态追踪检验结果,维持患者水电解质与酸碱平衡,减轻肠道梗阻带来的肠道负担,规避病情进展风险。

2.4.1.3 肠造口精细化护理

每日按规范频次评估、观察造口黏膜色泽、局部血运充盈状态、有无水肿及回缩等细节变化,正常健康造口黏膜应为红润光泽状态^[12]。根据患者造口实际大小、形态按需更换造口袋,个体化裁剪底盘开口尺寸,保证底盘贴合适配。全程维持造口周围皮肤清洁、干燥,避免粪液、肠液刺激引发皮肤发红、皮损问题。同时开展一对一专属健康宣教,结合患者年龄、认知水平,指导患者及家属掌握造口日常清洁流程、底盘规范更换技巧、早期并发症识别与应急居家自我护理能力,降低造口相关皮炎、狭窄等并发症发生率。

2.4.1.4 情志与心理护理

结直肠癌术后合并肠梗阻患者病程迁延、症状易反复,极易滋生焦虑、悲观、烦躁等负性情绪^[13]。护理全程建立专属护患沟通与人文疏导机制,结合患者个人认知、文化背景,通俗讲解本病疾病转归规律、个体化治疗方案及居家与住院期间护理配合的关键要点,耐心解答患者及家属疑虑。每日及时捕捉、肯定患者微小康复进步,给予正向鼓励与情感支持,提升患者治疗配合依从性与康复自信心,改善患者整体心理状态,助力疾病正向转归。

2.4.2 中医护理干预

2.4.2.1 中药保留灌肠

方药:生大黄20 g、桃仁20 g、姜厚朴20 g、火麻仁20 g、金银花20 g、连翘15 g、赤芍15 g及木香10 g等。炮制与制备方法:上述药材经规范中

药煎煮法浓煎,过滤取澄清中药药液,将药液温度调控至 38~40℃,单次用量 200 mL,备用。操作使用方法:操作前嘱患者排空膀胱,协助患者取低半卧位;润滑专用细灌肠管管身,轻柔经肠造口缓慢插入 10~15 cm;以低压匀速缓慢灌入备好的中药药液;灌注完毕后辅助患者保持静卧姿态,保证药液在肠道内保留时间≥30 min,提升药液吸收效果。择时方案:依据中医子午流注理论,选择每日大肠经气血鼎盛的卯时(5:00~7:00)、气机收敛内养的戌时(19:00~21:00)各干预 1 次,2 次/d,连用 5 d 为一疗程。

2.4.2.2 耳穴压丸

取穴根据:依照中华护理学会团体标准 T/ CNAS 02—2019《便秘的耳穴贴压技术》,选取耳穴大肠、直肠、便秘点、消化系统皮质下、脾、胃及肾。实施方案:7 d 为一个疗程,应用两个疗程,全程 14 d;耳穴贴单侧保留 3 d,每周干预 3 次,左右耳交替轮换。具体操作步骤:予患者进行耳穴贴压,探查耳穴敏感点,确定贴压部位,并用 75%酒精棉签自上而下、由内到外、从前向后消毒耳部皮肤后,将耳穴贴贴敷于选好的耳穴上,适当按压,使患者产生热、麻、胀、痛的感觉,观察局部皮肤,询问感受,做好健康教育。

留置期健康指导:①留置期间应防止胶布脱落或污染;②侧卧耳部感觉不适时,可适当调整体位;③若出现胶布松动、脱落,疼痛不能耐受,及时告知医务人员。耳穴贴压常用按压手法包括对压法、直压法及点压法,根据子午流注择时(7:00~11:00 胃、脾经当令)按压穴位,以达到健脾和胃、消胀理气、促排便的增效作用。本例采用对压法联合点压法,对压法是将食指与拇指指腹分置于耳廓正反面,行相对按压,直至局部出现热、麻、胀、痛得气反应;指腹沿耳穴周边做圆形轻柔移动,找到敏感点后持续按压 20~30 s,改善内脏痉挛性疼痛。点压法是将于目标穴位定点垂直轻柔点按,强化穴位刺激效果,巩固调理功效。

2.4.2.3 温灸器灸

取穴:神阙穴、关元穴及气海穴。实施方案:7 d 为一个疗程,应用两个疗程共 14 d,治疗时间为上午 10:00~14:00,此为阳气最旺盛的时间,温补阳气可调动人体阳气,起到补益阳气之功效。操作步骤:首先评估患者的皮肤情况、对疼痛的耐受程度及合作程度,其次协助患者取舒适体位,暴露施灸部位,注意保护隐私及保暖,定位神阙穴、

气海穴及关元穴等。选择艾条制作艾柱,置于石棉网上方、卡口内,点燃艾条,封闭温灸器开口约 4/5,使艾柱缓慢燃烧,避免过热,每穴灸 25~30 min 为宜,至皮肤出现红晕为止^[14]。随时观察患者皮温,避免烫伤。治疗结束后嘱患者饮 1 杯温开水,6 h 内不要洗冷水澡,做好保暖。

2.4.3 辨证施护

2.4.3.1 辨证施膳

本病病位在肠,根本关联肺脾肾三脏机能失调。患者处于肠梗阻急性期时,严格遵医嘱禁食禁水、持续胃肠减压,待梗阻缓解、肛门恢复自主排气后,于术后第 8 天循序渐近开展阶梯式饮食过渡。饮食全程遵循健脾益肾、滋阴润肠的辨证配膳原则,以清淡温软、易消化的流质及半流质食物为主,坚持少量多餐、细嚼慢咽;全程严格忌食生冷瓜果、辛辣刺激、油腻壅滞及产气难消化之物,养护脾胃与肠腑传导功能,降低再次梗阻风险。

2.4.3.2 辨证施养

针对患者术后卧床,病痛折磨引发的焦虑急躁、气机郁滞状态,每日定时床边情志疏导,耐心安抚不良情绪,引导患者保持平和心态,避免忧思恼怒加重气滞腑闭。起居调护上,叮嘱患者谨避风寒,尤其做好腹部造口及脐周重点部位保暖;指导建立规律作息,每日保证适度静养与床上适量翻身活动,扶助机体正气,调畅周身气机,助力肠腑通降。

2.4.3.3 辨证施药

西医常规予抗感染、补液、解痉及纠正水电解质紊乱等对症支持治疗。中医辨证予内服中药,恪守健脾益肾、调肠固涩、通腑扶正的核心治则;同时配合特色中药保留灌肠外治,直达病所,通腑气、促传导,改善脏腑运化机能,逐步恢复肠腑正常通降、传导生理功能。

2.4.3.4 辨证施教

每日动态评估、观察患者肠造口排气、排便频次、性状、造口黏膜及腹部体征变化,掌握肠梗阻恢复进程。结合该 71 岁老年体虚患者的个体耐受度、身体基础状态,制定专属个体化康复训练方案。指导规范开展腹式呼吸、踝泵运动、床上缓慢翻身及早期下床缓步活动;同时一对一向患者及家属做好居家延续护理要点宣教,教会出院后饮食、活动、情志与病情自查全套居家照护技巧,助力患者肠道功能早日康复,降低远期复发概率。

2.5 护理评价

干预后患者症状逐步改善,具体指标变化详见表1。患者舌象由舌红、苔黄白略腻转为淡红舌、薄

白苔,裂纹基本平复(详见图1);腹围由83 cm降至78.8 cm,腹胀消失(详见图2);造口由无排泄转为规律排便,水肿消退,血运良好(详见图3)。

表1 疗效评估

观察指标	04月13日	干预1 d	干预3 d	干预5 d	干预10 d	干预14 d
VAS/分	7	7	5	3	1	0
NRS/分	6	5	3	1	0	0
PSQI/分	14	13	10	7	5	4
SAS/分	65	62	56	48	42	40
自主排便排气	无	少量排气	少量稀便	规律稀便	成形便1~2次/d	规律1次/d
乏力纳差	明显	明显	明显	明显	好转,流食2 d无不适	佳,可半流食
胃脘发凉	明显	稍减	减轻	偶发	消失	无



图1 舌象改善情况



图2 腹胀改善情况

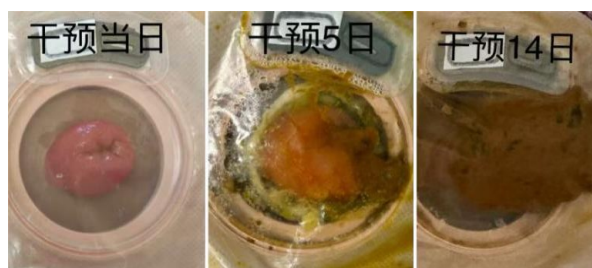


图3 造口情况

3 结果和随访

患者在院期间积极配合治疗,依从性良好,经治疗和护理后临床症状好转,顺利出院。出院后1周于门诊行耳穴压丸联合温灸器灸法3次;出院后2周进行电话随访,患者无腹胀、腹痛症状,造口排便顺畅,1~2次/d。嘱患者饮食宜清淡,忌肥甘厚味、甜腻和易胀气食物,每日进行适当运动,如有不适及时复诊。

4 讨论

肠癌术后患者年老体虚、气血不足,肠道传导失常,终致腑气不通。本研究患者年老体弱、先天本亏、肾阴亏虚;加之术后饮食失节、脾胃虚损,水谷精微运化无力,气机升降失调、清浊不分,故见排便不畅、腑气壅滞。本病病位在肠,关乎脾、肾、肺多脏,结合舌红、脉弦滑,辨证属阴虚亏虚、气虚肠燥型虚证便秘与术后肠梗阻,整体以本虚标实为核心病机。针对本病温中散寒、调和脾胃及扶正通腑的治疗总则,本研究采用中药保留灌肠、耳穴压丸及温灸器灸三联中医特色外治协同护理,契合中医整体观与辨证施护理念。

中药保留灌肠可使药液直接作用于肠腑局部,药力直达病所,能清热通腑、健脾益肾、润燥滑肠及调肠固涩,快速改善肠内壅滞状态,同时避免内服药物对虚弱脾胃的额外负担,靶向恢复肠腑传导功能^[15]。该疗法依托子午流注择时理论施术,顺应脏腑气血节律,进一步提升药物吸收效率与干预效果。

耳穴压丸疗法依据耳—脏腑经络对应理论,精准选取脾、肾及大肠等对应耳穴,通过间断按压刺激,起到调理脏腑、疏通经络、调节气机及镇静安神之功,双向调节胃肠蠕动,有效改善术后腹胀、便秘,同时舒缓患者术后焦虑情志,助力气机条达^[16]。操作严格遵循规范开展,操作标准化、安全性高。

温灸器灸选取神阙、关元及气海穴位,于阳气隆盛之时施灸,借艾火纯阳热力与艾叶温通之性,直接温通经络、扶阳固脱、温补脾肾,鼓动周身阳气运行气血、调畅气机、疏通肠腑壅滞。《本草备要》记载:“艾叶苦辛,生温,熟热,纯阳之性,通十

二经,走三阴,理气血……以之灸火,能透诸经而除百病”,艾灸所用艾绒可温中、祛寒且除湿,穴位温热刺激可达温经通腑、散寒止痛及改善肠动力之效^[17]。

本方案创新将三种中医外治法联合应用,相较于单一常规西医护理,可多靶点同步改善患者术后肠梗阻、便秘及腹胀问题,同时兼顾患者心理情志状态,降低术后焦虑水平,提升患者自我护理能力,减少造口相关并发症发生率;且外治无创、不良反应少、患者接受度与依从性更高,适宜结直肠癌术后恢复期患者长期应用。同时本研究为单病例临床观察,样本量有限,个体体质差异、不同患者耐受度不同,该方案普适性仍有待大样本、多中心临床研究进一步验证,推广应用需结合患者个体辨证与基础情况灵活调整。

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] 周彤,王烁,樊柄杰,等. 针刺治疗结直肠癌术后胃肠功能障碍疗效的系统评价和Meta分析[J]. 针刺研究, 2024, 49(2): 208-219.
Zhou T, Wang S, Fan B J, et al. Clinical efficacy of acupuncture in treating postoperative gastrointestinal dysfunction of colorectal cancer, a systematic review and Meta analysis[J]. *Acupunct Res*, 2024, 49(2): 208-219. (in Chinese)
- [2] 张学艺,卢扬潮,周仕钊,等. 术中保留左结肠动脉和加固缝合吻合口以及经肛放置减压管技术联合选择性末端回肠造口在中低位直肠癌前切除术吻合口漏中的应用价值[J]. 中华胃肠外科杂志, 2025, 28(11): 1285-1290.
Zhang X Y, Lu Y C, Zhou S Z, et al. Preservation of left colic artery, suture reinforcement, and transanal tube (PST) technique with selective ileostomy to prevent anastomotic leakage in mid-low rectal cancer surgery[J]. *Chin J Gastrointest Surg*, 2025, 28(11): 1285-1290. (in Chinese)
- [3] 中国医师协会肛肠医师分会,中华医学会外科学分会结直肠外科学组,中国医疗保健国际交流促进会腔镜内镜外科分会,等. 结直肠癌导致急性肠梗阻外科治疗中国专家共识(2025版)[J]. 中国实用外科杂志, 2025, 45(4): 370-377.
Chinese Medical Doctor Association Anorectal Physicians Branch, Colorectal Surgery Group of the Chinese Society of Surgery, Endoscopic and Laparoscopic Surgery Branch of the China International Exchange and Promotion Association for Medical Care, et al. Chinese expert consensus on surgical management of acute bowel obstruction due to colorectal cancer(2025 edition)[J]. *Chin J Pract Surg*, 2025, 45(4): 370-377. (in Chinese)
- [4] 蔡颖畅,陈文超,龚江. 腹腔镜结直肠癌根治术后发生肠梗阻的影响因素分析[J]. 中国内镜杂志, 2025, 31(6): 32-38.
Cai Y C, Chen W C, Gong J. Analysis of influencing factors of intestinal obstruction after laparoscopic radical resection of colorectal cancer[J]. *China J Endosc*, 2025, 31(6): 32-38. (in Chinese)
- [5] 郑香琴,冯惠春,郑晓真. 浓煎大承气汤保留灌肠对老年癌性不全肠梗阻的临床研究[J]. 中国现代医生, 2020, 58(26): 176-179, 184.
Zheng X Q, Feng H C, Zheng X Z. Clinical study on the Nongjian Dachengqi decoction retention enema in treatment of senile cancer incomplete intestinal obstruction[J]. *China Mod Doctor*, 2020, 58(26): 176-179, 184. (in Chinese)
- [6] 曹卉娟,邢建民,刘建平. 视觉模拟评分法在症状类结局评价测量中的应用[J]. 中医杂志, 2009, 50(7): 600-602.
Cao H J, Xing J M, Liu J P. Application of visual analogue scales in assessment of symptomatic outcome data[J]. *J Tradit Chin Med*, 2009, 50(7): 600-602. (in Chinese)
- [7] 中华医学会外科学分会,中华医学会麻醉学分会. 腹部手术围手术期疼痛管理指南(2025版)[J]. 中华麻醉学杂志, 2025, 45(7): 774-789.
Surgical Society of the Chinese Medical Association, Anesthesiology Society of the Chinese Medical Association. Guideline for perioperative pain management in patients undergoing abdominal surgery (2025 edition)[J]. *Chin J Anesthesiol*, 2025, 45(7): 774-789. (in Chinese)
- [8] 沈峰,周惠清,陈光榆,等. 匹兹堡睡眠质量指数在肠易激综合征患者中的应用评价[J]. 胃肠病学, 2011, 16(1): 19-21.
Shen F, Zhou H Q, Chen G Y, et al. Evaluation of Pittsburgh sleep quality index in assessing patients with irritable bowel syndrome[J]. *Chin J Gastroenterol*, 2011, 16(1): 19-21. (in Chinese)
- [9] 何丽英,刘恩君. 焦虑自评量表在退变性腰椎管狭窄症患者术前护理中的应用研究[J]. 护士进修杂志, 2011, 26(21): 1933-1935.

- He L Y, Liu E J. Study for the application and analysis measurement of pre-operation nursing by self-rating depressive scale for patients with degenerative lumbar spinal stenosis[J]. *J Nurses Train*, 2011, 26(21): 1933-1935. (in Chinese)
- [10] 仲谨, 仲思明, 葛鹏宇. 腹式呼吸联合踝泵运动对慢性心力衰竭患者运动耐力的影响[J]. *当代护士* (下旬刊), 2016, 23(2): 50-51.
- Zhong J, Zhong S M, Ge P Y. Effect of abdominal breathing combined with ankle pump exercise on exercise endurance of patients with chronic heart failure [J]. *Mod Nurse*, 2016, 23(2): 50-51. (in Chinese)
- [11] 李雯喆, 张云杰, 王猛, 等. 术后粘连性肠梗阻的中西医结合诊疗现状[J]. *中国中西医结合外科杂志*, 2025, 31(4): 618-621.
- Li W Z, Zhang Y J, Wang M, et al. Current Status of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in the Diagnosis and Treatment of Postoperative Adhesive Intestinal Obstruction[J]. *Chin J Surg Integr Tradit West Med*, 2025, 31(4): 618-621. (in Chinese)
- [12] 中华护理学会伤口、造口、失禁护理专业委员会, 中国抗癌协会大肠癌整合护理专业委员会, 北京大学医学部循证护理研究中心, 等. 成人肠造口护理指南[J]. *新医学*, 2025, 56(10): 937-944.
- WoundThe, Ostomy and Incontinence Nursing Committee of the Chinese Nursing Association, the Colorectal Cancer Integrated Nursing Committee of the Chinese Anti-Cancer Association, and the Evidence-Based Nursing Research Center of Peking University Medical School, et al. Guideline for adult enterostomy care [J]. *New Med*, 2025, 56(10): 937-944. (in Chinese)
- [13] 彭美玉, 丘景妮, 郑文戈, 等. 经皮穴位电刺激联合中医情志干预对腹腔镜直肠癌根治术患者免疫功能和心理应激的影响[J]. *广州中医药大学学报*, 2024, 41(4): 951-958.
- Peng M Y, Qiu J N, Zheng W G, et al. Effects of transcutaneous electrical acupoint stimulation combined with Chinese medicine emotional intervention on immune function and psychological stress in patients undergoing laparoscopic radical surgery for rectal cancer [J]. *J Guangzhou Univ Tradit Chin Med*, 2024, 41(4): 951-958. (in Chinese)
- [14] 朱小燕, 胡颖颖. 不同灸法对胃肠道肿瘤化疗患者癌因性疲乏的影响[J]. *中华全科医学*, 2024, 22(6): 1051-1054.
- Zhu X Y, Hu Y Y. Effects of different moxibustion methods on cancer-related fatigue in patients with gastrointestinal cancer undergoing chemotherapy [J]. *Chin J Gen Pract*, 2024, 22(6): 1051-1054. (in Chinese)
- [15] 张余. 基于子午流注理论穴位贴敷联合腹部按摩在腰椎术后患者肠道管理中的应用效果[J]. *临床医学研究与实践*, 2025, 10(15): : 163-166. .
- Zhang Y. Application effect of acupoint application based on meridian flow theory combined with abdominal massage in intestinal management of patients after lumbar surgery [J]. *Clin Res Pract*, 2025, 10(15): : 163-166. . (in Chinese)
- [16] 孙行云. 基于子午流注理论探讨阿尔茨海默病日落综合征辨治思路[J]. *中医杂志*, 2025, 66(13): : 1340-1344. .
- Sun X Y. Treatment strategies for sundowning syndrome in Alzheimer's disease based on the zi wu Liu Zhu theory [J]. *J Tradit Chin Med*, 2025, 66(13): : 1340-1344. . (in Chinese)
- [17] 汪昂. 本草备要[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017.

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。