

DOI: 10.12209/CAIM202604130004

· 中西医结合临床案例 ·

穴位贴敷联合中药灌肠在1例肠梗阻患者护理中的应用

刘祎琳

(天津中医药大学第一附属医院 普外科, 天津, 300381)

摘要: 本文总结穴位贴敷联合中药灌肠在1例肠梗阻患者护理中的应用效果。通过对本例肠梗阻患者实施以“理气活血、通腑导滞”为原则的中西医结合护理,包括针对性穴位贴敷、辨证施治的中药灌肠,并配合情志护理、饮食指导及西医对症支持治疗,患者腹痛、腹胀及恶心呕吐等症状显著缓解,肠鸣音恢复正常,排便排气通畅,住院7 d后临床治愈出院,随访3个月无复发。结果表明,基于精准辨证的穴位贴敷联合中药灌肠,可有效协同西医常规治疗,促进肠梗阻患者快速康复,体现了中西医结合护理的独特优势。

关键词: 肠梗阻; 中药灌肠; 穴位贴敷; 中西医结合护理; 个案护理

Application of Acupoint Application Combined with Traditional Chinese Medicine Enema in Nursing Care of a Patient with Intestinal Obstruction

LIU Yilin

(Department of General Surgery, First Teaching Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin, 300381)

ABSTRACT: This report summarizes the clinical outcomes of acupoint application combined with traditional Chinese medicine (TCM) enema in the nursing care of a patient with intestinal obstruction. Based on the treatment principle of "regulating qi and activating blood, unblocking the fu organs and relieving stagnation," an integrated traditional Chinese and Western medicine nursing approach was implemented. The intervention encompassed targeted acupoint application, syndrome differentiation – guided TCM enema, supplemented by emotional nursing, dietary guidance, and symptomatic supportive treatment in Western medicine. The patient's symptoms, including abdominal pain, distension, nausea, and vomiting, were significantly alleviated; bowel sounds returned to normal; and passage of flatus and stool resumed smoothly. The patient achieved clinical cure and was discharged after a 7-day hospital stay, with no recurrence observed during the 3-month follow-up. The results indicate that acupoint application combined with TCM enema, grounded in precise syndrome differentiation, can effectively complement conventional Western medical treatment, promote rapid recovery in patients with intestinal obstruction, and demonstrate the unique advantages of integrated traditional Chinese and Western medicine nursing.

KEY WORDS: intestinal obstruction; Traditional Chinese Medicine enema; acupoint application; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing; case nursing

肠梗阻是临床上常见的急腹症之一,发病机制复杂,临床表现多样,常伴有剧烈腹痛、腹胀、恶心呕吐等症状,严重影响患者生活质量^[1]。传统治疗方法主要包括禁食、胃肠减压、静脉补液等,但这些方法在缓解症状、促进恢复方面存在一定局限性^[2]。

近年来,中医护理技术在肠梗阻治疗中显现出独特优势,其中穴位贴敷和中药灌肠作为重要

的中医护理手段,因操作简便、疗效显著、无明显不良反应而备受关注^[3]。穴位贴敷是将药物外敷于特定穴位,以疏通经络、调和气血、缓解疼痛的中医外治方法;中药灌肠是将中药汤剂通过肛门注入直肠或结肠,使药物直接作用于肠道黏膜,或经肠道吸收进入血液循环,从而达到治疗目的的给药方式^[4]。

收稿日期:2026-04-13

OPEN ACCESS

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

1 病历资料

1.1 一般资料

患者女性,30岁,因“腹痛伴停止排便、排气1 d”于2026年01月15日入院。患者1 d前无明显诱因出现下腹部阵发性绞痛,腹胀明显,伴恶心,未呕吐,停止排便、排气。既往有2次剖宫产手术史(分别于7年前、10年前),否认高血压、糖尿病等慢性病史,否认药物及食物过敏史。门诊腹部CT提示部分小肠扩张、可见气液平面,考虑肠梗阻,遂收入院。

1.2 体格检查

体温(T)36.4℃,脉搏(P)73次/min,呼吸(R)18次/min,血压(BP)117/76 mm Hg。神志清楚,精神烦躁。腹部平软,未见胃肠型及蠕动波,下腹部有压痛,无反跳痛及肌紧张,肠鸣音减弱(2次/min)。舌质暗,苔白,脉弦。实验室检查:血常规提示白细胞 $9.72 \times 10^9/L \uparrow$,中性粒细胞百分比90.0% $\uparrow$;凝血功能示D-二聚体0.57 mg/L $\uparrow$ 。

1.3 诊断

西医诊断:急性肠梗阻。中医诊断:肠结(腹痛),气滞血瘀证。辨证依据:患者有腹部手术史,术后脉络受损,瘀血内停,肠腑气机运行不畅,复因肠内容物梗阻,加重气滞血瘀,发为“肠结”。腹痛、腹胀、脉弦为气机阻滞之象,舌质暗为瘀血内阻之征。

1.4 治疗

入院后予禁食水、胃肠减压、静脉补液、抗感染(青霉素)及解痉止痛(间苯三酚)等西医常规治

疗,同时启动中医综合护理方案,核心措施为穴位贴敷联合中药灌肠。经治疗后患者腹胀、腹痛较前明显缓解,恢复自主排气、排便,于2026年01月22日病情好转出院,随访3个月,情况良好。

2 护理

2.1 护理评估

①症状评估:腹痛、腹胀明显,恶心(Ⅱ级),停止排便排气1 d,伴纳差、乏力及活动耐力下降。②体征评估:肠鸣音减弱(2次/min),下腹部压痛明显。③中医四诊评估:神志烦躁,面色少华,舌暗苔白;腹痛腹胀拒按,无排便排气;脉弦。④心理社会评估:患者因突发急症,对病情及治疗感到焦虑、恐惧,对肠梗阻疾病认知不足^[5]。本例患者量表评估内容及结果,详见表1。

2.2 护理诊断

①便秘:与肠梗阻致肠腔积液积气、腑气不通有关;②急性疼痛:腹痛、腹胀,与肠道梗阻、肠管痉挛及瘀血阻滞相关;③焦虑:与突发急症、担心疾病预后、治疗过程及环境改变有关;④知识缺乏:缺乏肠梗阻中西医结合治疗、康复饮食及预防复发的相关知识。

2.3 护理目标

①近期目标(住院期间):患者腹痛、腹胀症状缓解,肠鸣音恢复至4~5次/min,恢复自主排便、排气;焦虑情绪减轻。②远期目标(出院时):患者掌握肠梗阻的基本调养知识,生活自理能力提升,顺利出院。

表1 量表评估内容及结果

评估项目	分级标准	评估结果
疼痛评估 (NRS数字疼痛评分法)	0分,无痛,无腹胀不适;1~3分,轻度疼痛,可耐受,不影响休息与日常活动;4~6分,中度疼痛,腹痛腹胀明显,影响日常活动,伴腹部压痛拒按;7~10分,重度疼痛,剧烈腹痛,腹部压痛明显,无法耐受,需卧床制动	6分(中度疼痛),腹痛腹胀拒按、下腹部压痛明显
恶心呕吐评估 (恶心呕吐分级量表)	0级,无恶心、无呕吐,胃肠反应正常;Ⅰ级(轻度),间断轻度恶心,无呕吐,不影响进食意愿;Ⅱ级(中度),持续恶心,偶发呕吐,纳差乏力,进食意愿下降;Ⅲ级(重度),重度恶心,频繁呕吐,无法进食,伴脱水、电解质紊乱风险	Ⅱ级,纳差乏力,胃肠梗阻症状典型,进食意愿下降、日常活动受影响,需及时予胃肠减压、解痉镇痛、止吐补液等对症护理
中医证候积分量表 (气滞血瘀证)	参照《中医病证诊断疗效标准》,从腹痛、腹胀、舌质、脉象、排便排气5项计分,每项0~3分,总分0~15分;分值越高,气滞血瘀证候越重。0~5分(轻度),6~10分(中度),11~15分(重度)	8分(中度),表现为持续性腹痛腹胀、舌暗苔白、脉弦、停止排便排气,腑气不通、瘀血阻滞明显
焦虑评估 (GAD-7广泛性焦虑量表)	共7个测评维度,即紧张烦躁、无法控制担忧、过度担心、难以放松、坐立不安、易激惹、预感坏事,每条0~3分,总分0~21分;0~4分:无焦虑;5~9分:轻度焦虑,偶有担心,不影响作息;10~14分:中度焦虑,多虑烦躁,影响饮食睡眠;15~21分:重度焦虑,持续恐慌,严重影响休养	患者因突发肠梗阻急症,对病情、治疗及预后缺乏认知,GAD-7评分11分,处于中度焦虑,对疾病未知产生恐惧、担忧,需心理疏导和健康宣教

注: NRS数字疼痛评分法参照《疼痛评估量表应用的中国专家共识(2020版)》;恶心呕吐分级量表、中医证候积分量表参照《中医病证诊断疗效标准》制定; GAD-7广泛性焦虑量表参考Spitzer(2006)原版量表及何筱衍(2010)中文版修订文献。

2.4 护理措施

2.4.1 西医常规护理

严格执行禁食、胃肠减压,确保引流通畅;记录 24 h 出入量,维持水、电解质平衡;遵医嘱予抗感染、补液及营养支持治疗;密切监测生命体征、腹部体征及肠鸣音变化。

2.4.2 中医特色护理

2.4.2.1 穴位贴敷

取穴与方义:选取天枢(大肠募穴,可调肠腑气机、通腹消胀)、足三里(足阳明胃经合穴,健脾和胃、益气扶正)及上巨虚(大肠下合穴,疏导肠腑、行气导滞)。三穴配伍,共奏理气活血、通腑导滞之功^[6],紧扣“气滞血瘀”核心病机。操作步骤与手法:①贴敷前评估:清洁腹部、小腿皮肤,观察有无破损、皮疹或过敏情况,确认穴位定位准确;②药物制备:将行气活血中药膏剂(院内制剂)均匀涂布于专用穴位贴敷胶布中央,厚度约 2 mm;③贴敷操作:依次将药膏贴敷于天枢、足三里及上巨虚穴位处,轻压胶布边缘使其贴合皮肤,避免褶皱脱落;④手法辅助:贴敷后以拇指指腹按揉各穴位 1~2 min,采用轻柔点按法,以患者感局部酸胀为度,增强穴位刺激传导。操作时间、疗程:依据“子午流注”理论,选择辰时(7:00~9:00,胃经当令)进行操作,每次贴敷 3 h,1 次/d,连续干预 7 d,与患者住院护理周期同步,贴敷期间密切观察皮肤反应。操作注意事项:①皮肤评估先行:贴敷前必须检查贴敷部位皮肤,有破损、溃疡、湿疹及过敏体质者禁用;皮肤敏感者可缩短贴敷时间,或提前做小面积皮肤过敏试验。②规范贴敷操作:药膏厚度均匀,避免过厚引起局部刺激;胶布边缘无褶皱,防止药液外渗污染衣物;按揉手法轻柔,避免暴力按压。③不良反应观察:贴敷期间每小时巡视 1 次,观察局部皮肤有无红、肿、瘙痒、皮疹及水疱;若出现水疱、破溃,立即停止贴敷,按医嘱予局部消毒处理,预防感染。④禁忌人群与时段:高热、严重心力衰竭或妊娠早期患者禁用;贴敷后 4 h 内避免贴敷部位接触水。

2.4.2.2 中药灌肠

方剂组成与辨证思路:灌肠方剂紧扣病机,以“理气活血、通腑导滞、兼顾扶正”为治法^[7]。方含麸炒枳实 20 g、姜厚朴 20 g、木香 20 g、净砂仁 12 g、煨桃仁 30 g、大黄 20 g、醋青皮 20 g、陈皮 20 g、草豆蔻 20 g、干姜 12 g、北柴胡 20 g、川楝子 20 g、炒鸡内金 30 g 及甘草 12 g。炮制方法:枳实

麸炒、厚朴姜制,缓和药性增强行气消胀之力;大黄后下,取峻下通腑之效;桃仁煨制去皮尖,降低刺激性、增强活血之功;青皮醋炙引药入肝,增强理气止痛效果。动态调整:初期(01 月 17 日)大黄用量 20 g 以峻下通腑;待患者排便排气通畅后(01 月 18 日),减大黄至 10 g,以减轻泻下力度,顾护脾胃。治疗频次与疗程:1 次/d,每次药液量 150~200 mL,连续干预 3~5 d,与患者住院治疗周期同步。操作步骤:石蜡油润滑肛管前端 10~15 cm,减少插管刺激;灌肠液温度控制在 38~40℃,肛管插入深度 15~20 cm,插入速度放缓至约 5 cm/min,避免损伤肠黏膜;缓慢推注药液,推注速度控制在 30 mL/min,嘱患者保持左侧卧位 30 min,尽量延长药液在肠内保留时间,促进药物吸收。注意事项:药液需过滤澄清,无药渣残留;灌肠过程中密切观察患者生命体征及腹部情况,若出现剧烈腹痛、心慌、出冷汗等不适,立即停止操作并报告医生;灌肠后记录排便排气情况,评估梗阻缓解效果。

2.4.3 情志与健康宣教护理

主动与患者沟通,解释疾病与治疗原理,展示成功案例,缓解其恐惧焦虑情绪^[8]。对患者及家属进行肠梗阻预防、饮食过渡及适度活动等健康指导。

2.5 护理评价

经过 7 d 中西医结合护理干预(2026 年 01 月 15 日至 01 月 22 日),患者腹痛、腹胀完全缓解,恶心呕吐消失,肠鸣音恢复至 4 次/min,排便排气通畅,大便呈黄软便,干预前后患者量表评估结果详见表 2。复查血常规示白细胞及中性粒细胞百分比恢复正常,D-二聚体降至正常范围;立位腹平片未见气液平面,肠梗阻影像学表现消失。Barthel 指数评分从入院时的 60 分(中度依赖)提升至出院时的 90 分(轻度依赖),生活自理能力显著改善。患者焦虑情绪得到有效疏导,能够主动配合各项护理操作及中西医特色治疗,可准确复述肠梗阻诱因预防、饮食过渡原则。

表 2 疗效评估

评估项目	入院时	出院时
NRS/分	6	0
恶心呕吐分级量表/级	Ⅱ	0
中医证候积分量表/分	8	2
GAD-7/分	11	3

3 结果与随访

患者经 7 d 系统化中西医结合护理后,肠梗阻临床治愈,于 2026 年 01 月 22 日好转出院。出院后 3 个月内每周进行电话随访,患者诉腹痛、腹胀未再发作,饮食、二便正常,精神状态良好,未再出现肠梗阻相关症状。

4 讨论

急性肠梗阻是普外科常见急腹症,西医常规治疗以禁食、胃肠减压、抗感染及补液为主,虽能快速控制急性期症状,但对肠道功能的主动恢复作用有限,部分患者易出现病程迁延、复发率高等问题。近年来,中医护理技术在肠梗阻治疗中的应用日益广泛,穴位贴敷与中药灌肠作为中医外治法的代表,具有操作简便、疗效确切及不良反应少等优势,为肠梗阻的护理提供了新的思路。

本案例体现了中西医结合护理在急腹症肠梗阻管理中的协同价值^[9]。西医的禁食、胃肠减压、抗感染等措施快速控制了急性期症状,为中医干预创造了安全条件;中医的穴位贴敷与中药灌肠则针对“气滞血瘀、腑气不通”的核心病机,从根本上调理肠道气机、促进瘀散便通,弥补了西医治疗在功能调理上的不足。二者结合,实现“急则治标,缓则治本”的优势互补。

本护理方案的核心优势在于“精准辨证”与“动态调整”。穴位选择严格遵循中医经络理论,天枢、足三里、上巨虚三穴配伍,共奏理气活血、通腑导滞之功;中药灌肠方剂紧扣病机,以理气活血、通腑导滞为法,并根据患者病情变化动态调整大黄剂量,体现了中医“中病即止”、顾护正气的原则。同时,通过优化灌肠操作细节、加强心理疏导,显著提高了患者的耐受性与治疗依从性,保障了护理措施的顺利实施。

护理在本案例的治疗过程中发挥了关键作用,规范的西医护理为患者提供了基础生命支持,精准的中医特色护理直接促进了肠道功能恢复,全面的情志护理与健康宣教则缓解了患者的焦虑情绪,提高了其自我管理能力。经 7 d 系统化护理干预,患者腹痛、腹胀等症状完全缓解,肠鸣音恢复正常,排便排气通畅,住院时间短于单纯西医治疗的平均水平,充分证明了中西医结合护理的临床效果。

本研究存在一定局限性,本案例为单中心单

病例报告,样本量较小,未设置对照组,疗效评价受个体差异影响较大;随访时间仅 3 个月,远期疗效有待进一步观察。未来可开展大样本、多中心的随机对照研究^[10],进一步验证该方案的临床疗效,并探索其在不同类型、不同严重程度肠梗阻患者中的适用范围,制定标准化的中西医结合护理流程。

综上所述,以精准辨证为指导的穴位贴敷联合中药灌肠,能够与西医常规护理形成有效互补,显著促进肠梗阻患者症状缓解与胃肠功能恢复^[11],缩短住院病程,减轻患者痛苦,具有较高的临床借鉴价值。本案例的经验表明,在临床护理工作中,应充分发挥中西医结合的优势,将中医特色护理技术与西医常规护理有机结合,为患者提供更全面、更优质的护理服务。

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] 徐法贞,王维,张锡山,等. 肠梗阻导管联合大黄治疗老年患者急性肠梗阻的疗效观察[J]. 介入放射学杂志, 2026, 35(4): 439-444.
Xu F Z, Wang W, Zhang X S, et al. Intestinal obstruction catheter combined with rhubarb for the treatment of acute intestinal obstruction in elderly patients: observation of its curative effect[J]. J Interv Radiol, 2026, 35(4): 439-444. (in Chinese)
- [2] 石美鑫. 实用外科学-下册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1992.
- [3] 孙涛,耿金海,刘畅,等. 柴木承气汤保留灌肠联合中药热奄包治疗气滞血瘀型粘连性肠梗阻效果观察[J]. 北京中医药, 2025, 44(12): 1520-1525.
Sun T, Geng J H, Liu C, et al. Clinical efficacy of Chaimu Chengqi Decoction retention enema combined with Chinese herbal hot pack in treatment of adhesive intestinal obstruction of qi stagnation and blood stasis syndrome [J]. Beijing J Tradit Chin Med, 2025, 44(12): 1520-1525. (in Chinese)
- [4] 黄晶. 中药保留灌肠配合微波用于慢性盆腔炎的治疗及护理[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(11): 1312.
Huang J. Treatment and nursing care of chronic pelvic inflammatory disease with traditional Chinese medicine retention enema combined with microwave [J]. Mod J Integr Tradit Chin West Med, 2009, 18

- (11): 1312. (in Chinese)
- [5] 王丽娜, 史雅儒, 王月英, 等. 1 例腹茧症术后并发早期炎性肠梗阻患者基于目标导向理论的中西医结合护理[J]. 现代临床护理, 2025, 24(4): 92–98.
- Wang L N, Shi Y R, Wang Y Y, et al. Goal-oriented nursing with integrated traditional Chinese medicine and western medicine for a patient with a complication of early postoperative inflammatory bowel obstruction after the surgery for abdominal cocoon syndrome: a case report[J]. Mod Clin Nurs, 2025, 24(4): 92–98. (in Chinese)
- [6] 袁大为, 唐焕峰, 王华, 等. 足三里注射联合腹部穴位贴敷对腹腔镜术后胃肠功能恢复及免疫功能、炎症状态的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2024, 32(12): 1111–1115.
- Yuan D W, Tang H F, Wang H, et al. Effect of Zusanli injection combined with abdominal acupoint application on gastrointestinal function recovery, immune function and inflammatory state after laparoscopic surgery [J]. Chin J Integr Tradit West Med Dig, 2024, 32(12): 1111–1115. (in Chinese)
- [7] 修俊青, 周雍明, 谭鑫, 等. 皮内针联合中药灌肠治疗恶性肠梗阻的临床观察及关联规则分析[J]. 辽宁中医药大学学报, 2026, 28(1): 189–196.
- Xiu J Q, Zhou Y M, Tan X, et al. Clinical observation and association rule analysis of intradermal needle combined with Chinese herbal enema in the treatment of malignant intestinal obstruction[J]. J Liaoning Univ Tradit Chin Med, 2026, 28(1): 189–196. (in Chinese)
- [8] 汪丽萍. 中西医结合特色护理对肠梗阻患者临床指标及康复指标的影响[J]. 婚育与健康, 2025, 31(23): 109–111.
- Wang L P. The impact of integrated traditional Chinese and Western medicine nursing on clinical and rehabilitation indicators of patients with intestinal obstruction[J]. Fertil Heal, 2025, 31(23): 109–111. (in Chinese)
- [9] 杨帆, 卢华, 郭丽. 宣肺通腑方联合针灸治疗粘连性肠梗阻的临床研究[J]. 中医药学报, 2025, 53(4): 82–86.
- Yang F, Lu H, Guo L. Clinical study on the treatment of adhesive intestinal obstruction with Xuanfei tongfu formula combined with acupuncture[J]. Acta Chin Med Pharmacol, 2025, 53(4): 82–86. (in Chinese)
- [10] 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. The current situation of integrated traditional Chinese and Western medicine treatment for postoperative adhesive intestinal obstruction [J]. Chin J Surg Integr Tradit West Med, 2025, 31(4): 618–621. (in Chinese)
- [11] 王冬梅, 张狄, 高强, 等. 穴位贴敷联合和肝祛浊护理干预对大肠息肉切除术后患者肠道恢复的影响[J]. 护理学杂志, 2026, 41(5): 53–56, 105.
- Wang D M, Zhang D, Gao Q, et al. Effects of acupoint application combining Hegan Quzhuo decoction on intestinal function recovery in patients after colorectal polypectomy [J]. J Nurs Sci, 2026, 41(5): 53–56, 105. (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。