

DOI: 10.12209/CAIM202604120003

· 中西医结合临床案例 ·

中药保留灌肠联合艾灸改善 1 例 湿热内蕴证休息痢患者的护理报告

高 慢, 毛水先

(北京中医药大学东直门医院 脾胃病科, 北京, 100700)

摘要: 本文通过对 1 例湿热内蕴证休息痢患者运用中药保留灌肠联合艾灸技术的回顾性分析, 观察其改善腹痛、腹泻症状的效果并总结护理经验。患者以休息痢收治入院, 住院期间在辨证施护原则指导下, 予中药保留灌肠、艾灸治疗, 并配合生活起居调理、饮食及排便指导、情志调理等综合干预, 患者腹痛、腹泻症状得到有效缓解, 生活质量显著改善, 病情稳定后准予出院。

关键词: 中药保留灌肠; 艾灸; 湿热内蕴证; 休息痢; 中医护理

Nursing Report on the Improvement of a Case of Rest Diarrhea with Damp-Heat Internal Accumulation Syndrome Treated by Retention Enema with Traditional Chinese Medicine Combined with Moxibustion

GAO Man, MAO Shuixian

(Department of Gastroenterology, Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine,
Beijing, 100700)

ABSTRACT: This article presents a retrospective analysis of one patient with rest dysentery of damp-heat accumulation syndrome who received traditional Chinese medicine (TCM) retention enema combined with moxibustion, with the aim of observing its effects on alleviating abdominal pain and diarrhea and summarizing the relevant nursing experience. The patient was admitted to hospital with a diagnosis of rest dysentery. Under the guidance of the principle of syndrome differentiation-based nursing care, comprehensive interventions were provided during hospitalization, including TCM retention enema, moxibustion therapy, daily life regulation, dietary and bowel management guidance, and emotional nursing. The patient's abdominal pain and diarrhea were effectively relieved, and the quality of life was significantly improved. The patient was discharged after the condition became stable.

KEY WORDS: Traditional Chinese Medicine retention enema; moxibustion; damp-heat accumulation syndrome; rest dysentery; Traditional Chinese Medicine nursing

溃疡性结肠炎 (Ulcerative Colitis, UC) 又称慢性非特异性结肠炎, 病变多累及直肠与乙状结肠, 以黏膜溃疡为主要特征^[1]。根据《溃疡性结肠炎 2023 专家共识》, 病情呈活动期与缓解期交替的 UC, 中医归属于休息痢范畴^[2], 临床以腹泻、粘液脓血便、腹痛及里急后重为核心表现。该病全球患病率逐年攀升^[3], 病程迁延、易复发、癌变风险高, 被列为疑难病症^[4]。中药保留灌肠与艾灸

均为中医外治法, 前者药液直达病灶起效直接, 后者温经通络、调和气血。本文总结 1 例湿热内蕴证休息痢患者经中药保留灌肠联合艾灸干预后症状明显改善的病例, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男, 48 岁, 专业技术人员, 主因“间断腹

收稿日期: 2026-04-12

通信作者: 毛水先, E-mail: 307554490@qq.com

OPEN ACCESS

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

泻伴黏液血便18年,加重1月”于2024年12月06日由门诊收治入院。刻下症见:神志清楚,精神欠佳,当日晨起排便3次,粪便伴黏液及少量血液,时有里急后重感,左下腹隐痛,便后缓解;无发热恶寒,时有反酸、胃灼热,无喘憋气促;食欲尚可,眠欠安稳,小便色黄、量可,近期体重减轻10余斤。舌质红,苔白腻,脉弦滑。既往史:乙肝病毒性肝炎病原携带40余年,规律口服抗病毒药物治疗;窦性心动过缓病史10余年;颈椎术后1年;青霉素过敏,表现为皮疹。

1.2 查体

一般情况:神志清楚,精神欠佳,发育正常,营养中等,步入病房,查体合作。体温(T)36.4℃,脉搏(P)71次/min,呼吸(R)18次/min,血压(BP)127/77 mmHg。

专科检查:腹平坦,未触及包块,未见胃肠型及蠕动波,无腹壁静脉曲张;腹软,左下腹轻压痛,无反跳痛及肌紧张;肝脾肋下未触及,未扪及胆囊,墨菲氏征阴性;麦氏点无压痛,肝肾区无叩击痛;肠鸣音4~5次/min,无亢进,移动性浊音阴性。

中医四诊:①望诊:舌质红,苔白腻,面色少华,精神不振,小腹平坦;②闻诊:言语流利,无异常气味;③问诊:当日晨起排便3次,粪便伴黏液及少量鲜血,时有里急后重感,左下腹隐痛,便后缓解;无发热恶寒,时有反酸、胃灼热,无喘憋气促;食欲可,眠欠安,小便色黄、量可,近期体重减轻10余斤;④切诊:脉弦滑。

1.3 诊断

中医诊断:休息痢;辨证分型:湿热内蕴。辨证依据:患者平素饮食不节、酒毒内伤,脾胃受损,运化失常,湿浊、气滞、血瘀阻滞肠道,大肠传导失司,脂膜受损、气血壅滞、溃腐成脓,故见腹泻、黏液脓血便。结合舌脉症,辨证为湿热内蕴,虚实夹杂,以实为主。西医诊断:溃疡性结肠炎(慢性复发型E3),反流性食管炎,乙型病毒性肝炎病原携带者。

1.4 治疗

中医治疗以理气化湿、敛疮生肌及健运中土为原则。予左氧氟沙星氯化钠注射液100 mL静脉滴注,1次/d,抗感染治疗。联合中药保留灌肠及艾灸治疗,灌肠方案为地塞米松5 mg加入中药保留灌肠3 d,康复新液30~50 mL加入中药保留灌肠1 d,地塞米松5 mg加入0.9%氯化钠注射液100 mL保留灌肠3 d,1次/晚;艾灸取穴中脘、神阙、关元、天枢、气海及足三里,1次/d,于巳时(9:

00~11:00)施灸。经10 d综合干预后患者症状明显好转,于2024年12月16日出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 疼痛程度评估

采用视觉模拟量表(VAS)评估疼痛程度,评分范围0~10分,0分为无痛,1~3分为轻度疼痛,4~6分为中度疼痛,7~10分为重度疼痛^[5]。该患者评分为7分,提示存在重度疼痛。

2.1.2 焦虑程度评估

采用焦虑自评量表(SAS)评估焦虑程度:总分<50分为正常,50~59分为轻度焦虑,60~69分为中度焦虑,评分>69分为重度焦虑^[6]。该患者评分为60分,提示存在中度焦虑。

2.1.3 腹泻症状评估

采用HART腹泻评分表评估,总分计算为当日每次排便评分之和,若24 h累计总分≥12分则判定为腹泻^[7]。该患者评分为15分,提示存在腹泻,表现为大便性状稀薄、排便次数增多。

2.2 护理诊断

①腹泻:与肠道炎症致肠蠕动增强、吸收障碍有关;②腹痛:与肠黏膜充血水肿、炎症刺激有关;③焦虑:与病程迁延、反复发作有关。

2.3 护理计划

①患者腹痛、腹泻症状得到控制,排便次数及性状恢复正常;②患者掌握疾病知识与自我护理方法,树立康复信心;③患者生活质量改善,顺利康复出院。

2.4 护理措施

2.4.1 中医护理技术

2.4.1.1 中药保留灌肠

中药组方为生地榆、木香、石菖蒲、白及、仙鹤草及苦参,具有理气化湿、敛疮生肌之效^[8]。住院第2~4天予中药浓煎汤剂100 mL加地塞米松5 mg保留灌肠,以清热利湿、局部攻坚并收敛止血;第5~6天予中药浓煎汤剂100 mL加康复新液30 mL保留灌肠,以温通固本、修复肠壁;第7~8天予中药浓煎汤剂100 mL保留灌肠,以调和气、巩固疗效^[9]。操作要点:灌肠前嘱患者排空二便,取左侧卧位,臀部抬高10 cm;药液温度控制在37~40℃,选用较细灌肠管经肛门插入15~30 cm,缓慢灌注药液;灌肠后嘱患者卧床休息≥30 min,药液保留时间≥2 h,以提升药物吸收效果^[10]。

2.4.1.2 灸法

采用艾灸盒温灸,每日巳时(09:00~11:00)施灸。患者取仰卧位,取穴中脘、神阙、关元、天枢、气海及足三里,每穴施灸15~30 min,以局部温热、皮肤红晕及无灼痛为宜。施灸期间需防范烫伤及火灾隐患,保持室内通风,密切观察患者有无头晕、恶心、皮肤灼痛等不良反应。艾灸可健脾和胃、通调肠腑,改善消化吸收功能^[11-12]。

2.4.2 饮食与排便指导

指导患者遵循高营养、易吸收、低脂少渣及少食多餐的饮食原则,避免暴饮暴食。急性期遵医嘱禁食,缓解期予清淡、高热量、少油腻且易消化食物(如小米粥、南瓜粥等);忌食粗纤维食物、生冷食物、辛辣刺激食物及奶制品、咖啡、巧克力等,避免诱发腹泻^[13]。将患者床位安置于靠近卫生间处,便后指导其用温水清洗肛周,以软纸轻拭,必要时外涂药膏保护肛周皮肤^[14]。

2.4.3 情志护理

患者病程迁延、反复发作,易产生紧张、焦虑情绪^[15]。护理中需保证患者充足休息,操作动作轻柔;加强健康宣教,讲解疾病相关知识及治疗方案,鼓励患者表达内心感受;通过音乐疗法、冥想训练等转移患者注意力,缓解负性情绪,帮助其树立康复信心^[16]。

2.4.4 生活起居护理

指导患者注意防寒保暖,保持室内温湿度适宜;避免劳累,适度进行运动锻炼,如八段锦、太极拳及瑜伽等。

2.5 护理评价

结合患者相关症状进行综合评价,分别于干预前、干预第4天、第7天及第10天完成评估,评估结果详见表1。

表1 疗效评估

评估项目	治疗当天	治疗第4天	治疗第7天	治疗第10天
排便次数	5 3/E	3 3/E	3 1/E	2
VAS/分	7	3	1	1
SAS/分	60	45	40	30
HART/分	15	12	6	2

3 结果和随访

经10 d综合干预,患者出院时每日排便2~3次,为成形软便,无黏液及鲜血,左下腹隐痛较前好转,体重较入院时增加2 kg,于2024年12月16

日出院。出院1周后电话随访,患者主诉每日排便1~2次,为成形软便,无腹痛、腹泻及黏液血便。随访中指导患者注意保暖,进食清淡易消化食物,注重饮食卫生,避免受凉,规律起居,忌食寒凉,保证充足休息。

4 讨论

溃疡性结肠炎属于中医“休息痢”范畴,现代医学以抗炎、调节免疫为主要治疗手段,但存在长期用药副作用显著、病情易反复及经济负担较重等问题。《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗专家共识(2023)》推荐中医外治法用于辅助治疗与长期调理,具有直达病所、安全性高且患者依从性好等优势^[17]。

中药保留灌肠根据患者病情进展实施阶梯式调整方案,全程以生地榆、苦参及木香等清热利湿、理气化湿、敛疮止血类中药组方,精准针对肠道湿热瘀滞、黏膜溃腐的核心病机。药液经直肠直达结肠病变部位,无肝脏首过效应,可直接作用于充血水肿、溃疡破损的肠黏膜,快速清利肠道湿热、疏通肠腑气滞,从根源缓解湿热壅滞所致腹胀;同时分期配伍地塞米松、康复新液干预,急性期可快速抗炎止血、缓解黏膜水肿,恢复期能修复肠壁创面、调和局部气血,有效改善肠黏膜充血状态,解除炎症介质对肠壁神经的持续刺激,快速缓解顽固性腹痛,解决了西医对症治疗腹胀腹痛缓解慢、易反复的临床痛点^[18]。

艾灸遵循“脾主运化、肠腑以通为用”的中医理论,结合巳时(9:00~11:00)脾胃经气血最旺盛的时辰特点,选取中脘、神阙、天枢、气海及足三里等核心穴位施灸,精准契合本病脾虚湿盛、气机不畅的病机。其中神阙、关元及气海为任脉要穴,艾灸可温补元气、行气导滞,快速疏通腹部气机,缓解肠腑气滞所致的腹胀痞满;天枢为大肠募穴,可双向调节肠道功能、理气止痛,专攻腹痛、泄泻、里急后重等症状;中脘、足三里可健脾和胃、燥湿运脾,从根本恢复脾胃运化功能,杜绝水湿内生、湿热反复。相较于单一灌肠局部治疗,艾灸可弥补局部用药无法调理脏腑气机的短板,通过温热刺激疏通经络、调和气血、健脾祛湿,实现“通气机、清湿热、健脾胃”的整体调理,有效解决了湿热内蕴证患者单纯抗炎治标、脾虚之本未除,导致腹胀腹痛反复发作的核心问题^[19]。

本方案具有以下优势:①靶向性强:灌肠药液

直达结肠病变部位,黏膜修复效果确切;②中医特色突出:穴位配伍紧扣病机,兼具健脾祛湿、调肠止痛功效;③综合干预全面:融合中医技术、基础护理、情志疏导与饮食管理,多维度改善症状;④安全易行:适合临床推广与居家延续护理。但本研究为单病例报告,存在样本量小、观察周期短、未设置对照组等局限性,结论仅适用于本例湿热内蕴证休息痢患者,且缺乏长期随访数据,对远期复发率评估不足。但本病例验证了中药保留灌肠联合艾灸的护理效果,形成可复制的辨证施护模式,为临床提供实践参考,有助于推动中医特色护理在消化内科的规范化应用。

综上,本例湿热内蕴证休息痢患者经中药保留灌肠联合艾灸及综合护理干预后,腹痛、腹泻、黏液血便及焦虑症状明显改善,生活质量显著提升。该内外合治、辨证施护模式对缓解症状、修复黏膜及稳定病情具有积极作用,可为溃疡性结肠炎的中医护理提供参考。

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] 刘静茹,王捷虹,徐治北,等. 溃疡性结肠炎发病机制和药物治疗研究进展[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2025, 33(9): 888-894.
Liu J R, Wang J H, Xu Z B, et al. Research progress on the pathogenesis and drug treatment of ulcerative colitis[J]. Chin J Integr Tradit West Med Dig, 2025, 33(9): 888-894. (in Chinese)
- [2] 张梦媛. 基于患者报告结局的参苓连梅饮治疗溃疡性结肠炎缓解期重叠 IBS 样症状疗效观察[D]. 南京: 南京中医药大学, 2024.
- [3] 胡好颖,张涛,王欣,等. 《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗专家共识》解读[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2024, 32(8): 674-677.
Hu H Y, Zhang T, Wang X, et al. Interpretation of expert consensus on the diagnosis and treatment of ulcerative colitis with integrated traditional Chinese and western medicine[J]. Chin J Integr Tradit West Med Dig, 2024, 32(8): 674-677. (in Chinese)
- [4] 贺冰洁,刘志科,沈鹏,等. 2011—2020 年宁波市鄞州区炎症性肠病发病的流行病学研究[J]. 北京大学学报(医学版), 2022, 54(3): 511-519.
He B J, Liu Z K, Shen P, et al. Epidemiological study on the incidence of inflammatory bowel disease in Yinzhou District, Ningbo City from 2011 to 2020 [J]. J Peking Univ Heal Sci, 2022, 54(3): 511-519. (in Chinese)
- [5] 国家疼痛专业质控中心神经病理性疼痛专家组,段宝霖,樊碧发,等. 神经病理性疼痛评估与管理中国指南(2024 版)[J]. 中国疼痛医学杂志, 2024, 30(1): 5-14.
National Pain Professional Quality Control Center Expert Group for Neuropathic Pain, Duan B L, Fan B F, et al. Chinese Guidelines for Assessment and Management of Neuropathic Pain (2024 Edition) [J]. Chin J Pain Med, 2024, 30(1): 5-14. (in Chinese)
- [6] 张明园,何燕玲. 精神科评定量表手册[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2015: 178-181.
- [7] 米元元,黄海燕,尚游,等. 中国危重症患者肠内营养治疗常见并发症预防管理专家共识(2021 版)[J]. 中华危重病急救医学, 2021, 33(8): 903-918.
Mi Y Y, Huang H Y, Shang Y, et al. Expert consensus on prevention and management of enteral nutrition therapy complications for critically ill patients in China (2021 edition) [J]. Chin Crit Care Med, 2021, 33(8): 903-918. (in Chinese)
- [8] 洪子夫,何颖华,冯丽鹏,等. 基于玄府理论探析溃疡性结肠炎中药保留灌肠经验[J]. 中医杂志, 2025, 66(6): 634-637.
Hong Z F, He Y H, Feng L P, et al. The experience of retention enema with traditional Chinese medicine for ulcerative colitis based on the theory of sweat pore [J]. J Tradit Chin Med, 2025, 66(6): 634-637. (in Chinese)
- [9] 杨婷,冯敏,殷辉,等. 中药活性成分多轴干预溃疡性结肠炎作用机制研究进展[J]. 中成药, 2026, 48(1): 153-160.
Yang T, Feng M, Yin H, et al. Research progress on the mechanism of multi-axis intervention of active components of traditional Chinese medicine on ulcerative colitis[J]. Chin Tradit Pat Med, 2026, 48(1): 153-160. (in Chinese)
- [10] 黄芳,徐桂华. 溃疡性结肠炎的中药保留灌肠技术规范研究进展[J]. 护理研究, 2014, 28(12): 1411-1414.
Huang F, Xu G H. Research progress on TCM retention enema technical standardization for ulcerative colitis [J]. Chin Nurs Res, 2014, 28(12): 1411-1414. (in Chinese)
- [11] 常小荣,刘密,严洁,等. 艾灸温通温补效应的作

- 用机制及其规律研究[J]. 世界中医药, 2013, 8(8): 875-879.
- Chang X R, Liu M, Yan J, et al. Research on mechanisms and principles of warm-unblock and warm-tonic effects on moxibustion [J]. World Chin Med, 2013, 8(8): 875-879. (in Chinese)
- [12] 郑琬玉, 黄牲, 刘宁, 等. 暖脐散神阙贴敷联合艾灸治疗脾虚型泄泻患儿效果及对肠道微生态的影响[J]. 现代生物医学进展, 2024, 24(12): 2298-2301, 2327.
- Zheng W Y, Huang S, Liu N, et al. Effect of nu-angqi Sanshenque patch combined with moxibustion on children with splenic deficiency diarrhea and its influence on intestinal microecology [J]. Prog Mod Biomed, 2024, 24(12): 2298-2301, 2327. (in Chinese)
- [13] 盛雨琦, 陈明显, 嵇冰. 健脾祛湿方异病同治慢性腹泻和慢性疲劳综合征的网络药理学作用机制探讨[J]. 中药新药与临床药理, 2025, 36(1): 72-80.
- Sheng Y Q, Chen M X, Ji B. Exploration on the mechanism of network pharmacology of Jianpi qushi recipe in the same treatment of chronic diarrhea and chronic fatigue syndrome [J]. Tradit Chin Drug Res Clin Pharmacol, 2025, 36(1): 72-80. (in Chinese)
- [14] 龚晓玲, 何华英, 党红. 赛肤润治疗卧床老年人腹泻所致肛周皮肤损伤的护理[J]. 现代护理, 2006, 12(6): 557.
- Gong X L, He H Y, Dang H. Nursing care of treating perianal skin injury caused by diarrhea in bedridden elderly people with Saifurun [J]. Mod Nurs, 2006, 12(6): 557. (in Chinese)
- [15] 张海霞, 徐凯. 情志因素对慢性腹泻的影响[J]. 当代医药论丛(1期): 304-304.
- Zhang H X, Xu K. The Impact of Emotional Factors on Chronic Diarrhea [J]. Contemporary Medical Journal (Issue 1): 304-304. (in Chinese)
- [16] 胡静雪, 师建国. 艾灸联合玉屏风散治疗小儿脾胃虚弱型泄泻38例[J]. 西部中医药, 2017, 30(2): 84-86.
- Hu J X, Shi J G. Moxa with Y uPingFeng San in treating 38 cases of infantile diarrhea of weakness of the spleen and stomach [J]. West J Tradit Chin Med, 2017, 30(2): 84-86. (in Chinese)
- [17] 胡好颖, 张涛, 王欣, 等. 《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗专家共识》解读[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2024, 32(8): 674-677.
- Hu H Y, Zhang T, Wang X, et al. Interpretation of expert consensus on the diagnosis and treatment of ulcerative colitis with integrated traditional Chinese and western medicine [J]. Chin J Integr Tradit West Med Dig, 2024, 32(8): 674-677. (in Chinese)
- [18] 徐艺苑, 张聪伟, 刘金响, 等. 中药灌肠对急性期溃疡性结肠炎的临床疗效及肠道黏膜修复作用的Meta分析[J]. 中国中医急症, 2024, 33(4): 577-581.
- Xu Y Y, Zhang C W, Liu J X, et al. Clinical efficacy of enema with traditional Chinese medicine on acute ulcerative colitis and its repair effect on intestinal mucosa: a meta-analysis [J]. J Emerg Tradit Chin Med, 2024, 33(4): 577-581. (in Chinese)
- [19] 王楠楠, 朱其华, 冯银平, 等. 基于护理质量敏感指标管理提高溃疡性结肠炎患者保留灌肠效果[J]. 安徽医学, 2023, 22(2): 137-139, 142.
- Wang N N, Zhu Q H, Feng Y P, et al. Improving the effect of retention enema for patients with ulcerative colitis based on the management of sensitive indicators of nursing quality [J]. J Anhui Med Coll, 2023, 22(2): 137-139, 142. (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。