

DOI: 10.12209/CAIM202606160008

· 中西医结合临床案例 ·

基于“全息理论”应用刮痧联合中药灌肠 治疗 1 例肠梗阻患者腹痛的护理报告

奚涓水¹, 祁欢²

(1. 北京中医药大学东直门医院 脾胃病科二区, 北京, 101121;

2. 北京中医药大学东方医院 消化内科, 北京, 100078)

摘要: 本例为气滞湿阻型粘连性肠梗阻患者, 于 2026 年 04 月 13 日入院, 入院表现为停止排气排便、恶心呕吐、剧烈腹痛及腹胀, 伴随电解质紊乱、低蛋白血症及轻度焦虑。在西医常规护理基础上, 基于中医全息理论, 采用第二掌骨+耳部全息刮痧联合中药保留灌肠特色中西医结合护理方案。全息刮痧外调脏腑气机、疏通经络, 中药灌肠内通肠腑、行气化湿, 内外协同干预。经全程辨证施护后, 患者腹痛、腹胀症状显著缓解, 肠鸣音、排气排便功能逐步恢复, 焦虑情绪改善, 各项实验室指标回归正常, 2026 年 04 月 27 日顺利出院。本方案安全无创、操作性强, 可为同类气滞湿阻型肠梗阻患者的中西医结合护理提供临床参考。

关键词: 肠梗阻; 气滞湿阻; 全息刮痧; 中药灌肠; 中西医结合护理

Nursing Report on the Application of Gua Sha Combined with Traditional Chinese Medicine Enema Based on "Holographic Theory" for Abdominal Pain in a Patient with Intestinal Obstruction

XI Juanshui¹, QI Huan²(1. Second Ward of Department of Spleen and Stomach Diseases, Dongzhimen Hospital,
Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 101121;2. Department of Gastroenterology, Dongfang Hospital Beijing University of Chinese Medicine,
Beijing, 100078)

ABSTRACT: This case involved a patient with adhesive intestinal obstruction of the Qi stagnation and dampness obstruction type, who was admitted on April 13, 2026. On admission, the patient presented with cessation of flatus and defecation, nausea, vomiting, severe abdominal pain and distension, accompanied by electrolyte imbalance, hypoalbuminemia, and mild anxiety. On the basis of conventional Western medicine nursing care and guided by the Traditional Chinese Medicine (TCM) holographic theory, a characteristic integrated traditional Chinese and Western medicine nursing protocol was implemented, incorporating holographic Gua Sha on the second metacarpal bone and auricular regions combined with traditional Chinese medicine retention enema. The external intervention of holographic Gua Sha served to regulate visceral Qi dynamics and unblock the meridians, while the internal intervention of TCM enema aimed to dredge the intestinal fu-organs, promote Qi movement, and resolve dampness, achieving synergistic therapeutic effects through internal-external coordination. Following the entire course of nursing care based on syndrome differentiation, the patient's abdominal pain and distension were significantly relieved; bowel sounds, as well as flatus and defecation function, were progressively restored; anxiety was ameliorated; and all laboratory parameters returned to normal. The patient was successfully discharged on April 27, 2026. This protocol is safe, non-invasive, and highly feasible in clinical

收稿日期: 2026-06-16

通信作者: 祁欢, E-mail: 907978316@qq.com

OPEN ACCESS

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

practice, and may provide a reference for the integrated traditional Chinese and Western medicine nursing care of patients with intestinal obstruction of the Qi stagnation and dampness obstruction type.

KEY WORDS: intestinal obstruction; Qi stagnation and dampness obstruction; holographic Gua Sha; Traditional Chinese Medicine enema; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing

肠梗阻在中医学归属于“肠结”及“腹痛”范畴,核心表现为痛、呕、胀、闭,湿阻、气滞、寒凝为主要致病病机^[1-2]。粘连性肠梗阻临床复发率高,急性期腹部存在损伤风险。目前中西医结合护理在肠梗阻领域应用广泛,在西医常规护理联合肠梗阻导管引流的基础上,中医外治配合中药灌肠已成为主流干预方式。本例患者为术后复发性粘连性肠梗阻,证属气滞湿阻,病情典型且护理难度较大,现结合全息理论开展特色护理干预,总结实践经验,为临床同类病例护理提供借鉴,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女,47岁,于2026年04月13日主诉“停止排气排便伴恶心呕吐4 d”收入院,入院时神志清、精神弱、情志不舒,呈禁食水状态,伴恶心、呕吐3次,呕吐物为胃内容物,无自主排气排便,同时存在腹痛症状。既往史:2013年曾行剖宫产手术;2025年06月因不完全性肠梗阻于我院普外科住院治疗;无药物过敏史及家族遗传病史。

1.2 查体

专科查体:腹部膨隆,压痛明显,肠鸣音0次/min;伴呕吐、停止排气排便。

中医四诊:望诊:精神弱、面色润、舌淡红、苔白腻;闻诊:语声低微、口气酸腐秽浊;问诊:身热不扬、肢体沉重、脘腹胀痛、眠差多梦;切诊:脉象弦。

辅助检查:入院当日患者实验室检查提示:血钾 3.18 mmol/L,血钠 131 mmol/L,血红蛋白 119 g/L,总蛋白 55.77 g/L,白蛋白 34 g/L,均低于正常范围,提示存在低蛋白血症、电解质紊乱,整体营养状况较差。同日行腹部CT平扫,诊断意见为粘连性小肠梗阻。

1.3 诊断

中医诊断:肠结病,气滞湿阻证。西医诊断:肠梗阻(粘连性小肠梗阻)。患者以停止排气排便、脘腹胀痛为主症,伴恶心呕吐,结合中医四诊,

综合舌脉证候,属气机郁滞、湿浊内停,腑气不通,故辨证为气滞湿阻证。

1.4 治疗

西医予禁食水、肠外营养、肠梗阻导管负压引流及对症处理;中医以通腑行气、健脾化湿为法,予全息刮痧联合中药灌肠干预,配合全程辨证施护。经治疗,患者腹痛腹胀缓解,肠鸣音及排气排便恢复正常,舌苔由白腻转为薄白,于2026年04月27日顺利出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 证候评估

参照肠结病中医诊疗方案,对患者腹痛、腹胀、呕吐及便秘四项证候进行评分,每项按轻、中、重度分别计2、4、6分^[3]。本例患者腹痛(持续性剧痛、拒按、腹肌紧张)计6分,腹胀(腹部隆起、叩诊呈鼓音)计4分,呕吐(频繁呕吐胃内容物)计4分,便秘(停止排便、偶有极少量排气)计4分,总分18分,其中14~20分为中度梗阻。本例患者评分为18分,属于中度梗阻,存在腑气不通的典型表现,需警惕进展为完全性肠梗阻。

2.1.2 疼痛评估

采用视觉模拟评分法(VAS)评估患者腹痛程度,0分为无痛,10分为最剧烈疼痛^[4]。患者自诉腹部持续性胀痛,评分为6分,属中度疼痛。

2.1.3 心理状态评估

采用焦虑自评量表(SAS)评估焦虑状态,标准分<50分为无焦虑(正常),50~59分为轻度焦虑,60~69分为中度焦虑,评分≥70分为重度焦虑^[5]。患者自述因病情反复、持续腹痛、担忧预后而情绪烦躁、夜寐差,SAS评估分为58分,提示患者存在轻度焦虑状态。

2.2 护理诊断

①急性疼痛:与肠管痉挛、扩张有关;②腹胀:与肠腔积气积液、腑气不通有关;③营养失调—低于机体需要量:与禁食、脾胃运化失常及低蛋白血症有关;④有体液不足的风险:与呕吐、禁食及津

液耗损有关;⑤焦虑:与病情反复、躯体疼痛及担心预后有关。

2.3 护理计划

缓解腹痛,使疼痛评分降至可耐受范围;减轻腹胀,恢复正常肠鸣音,实现自主排气排便;改善营养状况,促进白蛋白回升、气血状态好转;预防体液不足,确保住院期间无脱水、电解质维持正常;缓解焦虑情绪,使焦虑评分降至正常范围。

2.4 护理措施

2.4.1 西医常规护理

严格监测患者腹痛、腹胀、肠鸣音及出入量,动态复查电解质、蛋白指标;妥善固定肠梗阻导管,观察引流液性状与量,做好口腔及皮肤护理;急性期禁食水,症状缓解后逐步过渡至流质、普通饮食;加强沟通安抚,及时告知病情变化,缓解患者顾虑。

2.4.2 中医特色护理—全息刮痧

2.4.2.1 干预方案选择

在本病急性期,选择第二掌骨及耳部全息刮痧,而非直接进行腹部刮痧干预,主要基于以下临床安全性与有效性考量^[6]:①规避病理风险,保障操作安全:肠梗阻急性期肠管扩张、肠壁水肿,此时进行腹部刮痧存在加重肠管损伤、甚至诱发穿孔的风险;而第二掌骨与耳部远离病灶,不受局部病理状态影响,操作安全无创,无相关禁忌证,可在急性期、亚急性期安全应用。②通过全息反射,间接调节脏腑:全息刮痧的核心原则为“治远端、调近腑”,第二掌骨及耳部均为人体全息元,通过对这些部位的经络反射区进行刮拭,可间接调节肠腑功能,其作用机制区别于腹部刮痧的局部机械刺激,能在不接触病灶的前提下发挥调理作用。③突破阶段限制,实现早期干预:传统腹部刮痧仅适用于肠梗阻恢复期,而第二掌骨/耳部全息刮痧不受病程阶段限制,可在疾病早期即开展干预。

2.4.2.2 操作实施细节

①反射区选取:基于生物全息理论,选取手部第二掌骨侧全息反射区(脾胃、腰腹、下腹胃肠反射区),靶向干预肠梗阻肠腑病变核心区域;及双耳廓消化道全息带(大肠、小肠、腹及交感等耳穴),可针对性改善肠蠕动、腹胀、腹痛等肠梗阻症状。

②操作方法:第二掌骨全息刮痧:先涂抹介质润滑,全程采用泻法。沿第二掌骨区顺全息气机下行,由头区至足区单向刮拭,力度均匀渗透,每段单向刮20~30次。以局部皮肤微微发红、患者

仅感酸胀温热、无刺痛为宜,不刻意追求出痧。耳部全息刮痧:先涂抹介质润滑,全程采用泻法。沿耳轮脚消化道通路自上而下顺向刮拭,从十二指肠区依次刮至小肠、大肠全息区,每段单向刮20~30次;移至耳甲艇腹区,由外侧向内侧轻刮,松解腹腔气机壅滞;最后刮拭三角窝交感穴,小幅轻柔单向刮动,调节胃肠自主神经^[7]。禁止来回刮动,以皮肤微潮红、无痛为度。

③频次与疗程:1次/d,单次操作10~15 min,第二掌骨与耳部交替进行,连续干预7~14 d。

④即时效果:首次全息刮痧干预后,VAS评分随干预时间延长呈明显下降趋势,肠鸣音活跃度同步提升;干预15 min时,VAS评分从6分降至4分,肠鸣音从0次/min升至1次/min,30 min后趋于稳定。全息刮痧可即时调节胃肠神经,当场缓解腹痛、恢复肠鸣音,即刻疏通闭塞腑气,起效迅速^[8]。

⑤注意事项:刮痧时避开局部破损、炎症处;全程单向刮拭、力度轻柔,以皮肤微潮红无痛为度;操作中持续监测腹痛、腹胀及肠鸣音,出现腹痛加剧、腹膜刺激征应立即停刮并告知医生;刮痧后避风保暖,6 h内避免冷水刺激,观察有无晕刮、局部不适等症状。

2.4.3 中医特色护理—中药灌肠

2.4.3.1 干预方案选择

患者禁食水、呕吐,无法通过口服途径给药,而中药灌肠可不经胃肠,直达病所,以通腑攻下、行气散结、活血化瘀之效恢复肠道通降功能,契合肠梗阻的治疗需求^[9]。通过先刮痧后灌肠的序贯策略,利用刮痧的“预处理”效应,提升后续中药灌肠时肠道对药液的吸收率,从而增强整体治疗效果。

2.4.3.2 方药配伍

本次所用中药灌肠方遵循中医“君臣佐使”配伍原则。君药大黄,直入肠腑,通腑泄热;臣药火麻仁、桂枝,火麻仁润肠通便,桂枝通阳化气、推动肠腑;佐药白术、薏苡仁,健脾祛湿、顾护脾胃正气;使药炙甘草,调和诸药、缓冲大黄峻烈之性。

2.4.3.3 操作实施细节

①操作方法:中药药液总量控制在200 mL以内,温度38~40℃。患者取左侧卧位、抬高臀部,润滑肛管前端,轻柔插入肛门15~20 cm,缓慢匀速注入药液,注药完毕后夹管、轻柔拔管,嘱患者卧床并保留药液≥1 h。

②频次与疗程:每日操作1次,配合全息刮痧序贯实施,疗程为7~14 d,每次操作后记录排气、排便时间、粪便性状与排便量。

③注意事项:操作时轻柔插管、匀速注药,避免肠黏膜损伤;操作中监测腹痛、肠鸣音,如有不适立即停止操作并告知医生。

2.5 护理评价

经14 d中西医结合护理干预,参照肠结病中医诊疗方案,证候评分由18分降至2分,VAS评分由6分(中度疼痛)降至0分(无痛),肠鸣音恢复至4~5次/min,电解质、白蛋白及血红蛋白恢复正常,SAS评分降至50分以下,焦虑情绪缓解。患者舌苔由白腻转为薄白,气滞湿阻状态解除,对护理方案认可度高,顺利出院。

3 结果和随访

患者腹痛、腹胀、呕吐及便秘症状完全消失,自主排气排便恢复正常,肠鸣音4~5次/min,各项实验室指标恢复正常,于2026年04月27日顺利出院。出院时予患者个体化健康指导,嘱其规律作息,清淡易消化饮食,适当活动以促进肠道蠕动,避免暴饮暴食及餐后剧烈运动,定期门诊复查,预防粘连性肠梗阻复发。出院后第14天(2026年05月11日)常规电话随访,患者饮食、排便正常,未再次发生肠梗阻,无腹痛、腹胀不适。

4 讨论

肠梗阻是外科常见急腹症,严重时可继发肠坏死、穿孔,危及生命。其中粘连性肠梗阻为腹部术后高发并发症,占病因的60%以上,复发率达15%~30%,单纯西医保守治疗易反复,且长期禁食、置管可引发电解质紊乱、低蛋白血症及焦虑情绪,加重患者身心负担^[10]。术后复发性肠梗阻以气滞湿阻证最为常见,腹部术后肠络受损,气机阻滞,水湿不化,湿浊内停,治疗当行气与化湿并重,避免单纯通腑攻下耗伤正气。

全息刮痧以中医全息理论、经络学说为核心,认为人体局部(如第二掌骨、耳部)是整体的缩影,可对应全身脏腑器官^[11]。在本次肠梗阻治疗中,通过刺激胃肠相关全息区,实现无创、安全地调节胃肠功能,有效疏通腑气、缓解腹痛、恢复肠鸣音,为肠梗阻护理提供了新的思路。现代医学机制证实,刮痧通过刺激躯体感觉神经,可双向调节胃肠交感与副交感神经张力,促进胃肠平滑肌蠕动,降

低内脏高敏感性,最终实现肠鸣音恢复提前1~2 d,腹痛VAS评分显著下降的量化效果^[12]。

气滞湿阻型肠梗阻的中医护理闭环管理模式,是通过全息刮痧外调、中药灌肠内通的双向干预,形成外调神经、内通腑气、症状改善、疗效巩固的持续正向康复闭环,最终实现肠道动力提升与疗效稳定,干预效果彼此增益,体现了中医整体观与辨证施护的优势。

本研究证实,全息刮痧是肠梗阻急性期安全高效的特色外治方案,为临床提供了更具针对性的干预思路,其独特优势体现在三方面:一是无创安全,无侵入性风险,患者接受度与治疗依从性更高;二是神经调节,可有效激活神经通路,快速恢复胃肠动力与蠕动;三是精准辨证,契合“气滞湿阻”核心病机,实现标本兼治。基于以上优势,全息刮痧联合中药灌肠可作为“气滞湿阻型肠结病”的常规中医护理技术推广应用。

采用全息刮痧联合中药灌肠治疗气滞湿阻型肠梗阻,可内外同治、优势互补。全息刮痧选取耳、掌远端部位,安全无创伤,可疏通经络、调节胃肠气机;中药灌肠直达肠道,行气通腑、化湿消胀。二者联用能快速缓解腹胀腹痛,促进排气排便,缩短康复时间,同时改善患者焦虑情绪,安全性高,可有效降低肠梗阻复发率^[13],为更多患者提供安全有效的中西医结合护理方案。

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] 李志田,李龙华,江一平,等.《不完全性肠梗阻中医临床诊疗专家共识》临床一致性再评价研究[J]. 江西中医药大学学报, 2022, 34(3): 32-35.
Li Z T, Li L H, Jiang Y P, et al. Re-evaluation of the clinical consistency of the expert consensus on the clinical management of incomplete intestinal obstruction in Chinese medicine [J]. J Jiangxi Univ Chin Med, 2022, 34(3): 32-35. (in Chinese)
- [2] 高菲,范恒,左冬梅,等.不完全性肠梗阻中医治疗进展[J]. 中西医结合研究, 2021, 13(5): 338-340.
Gao F, Fan H, Zuo D M, et al. Progress in TCM treatment of incomplete intestinal obstruction [J]. Res Integr Tradit Chin West Med, 2021, 13(5): 338-340. (in Chinese)

- [3] 丁鹏, 周媛, 周秀娟, 等. 大承气汤联合复苏合剂加减救治急性肠梗阻合并脓毒性休克的治疗体会[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2024, 31(3): 342-345.
- Ding P, Zhou Y, Zhou X J, et al. Treatment of acute intestinal obstruction complicated with septic shock with Dachengqi decoction and Fusu agent[J]. Chin J Integr Tradit West Med Intensive Crit Care, 2024, 31(3): 342-345. (in Chinese)
- [4] 孙兵, 车晓明. 视觉模拟评分法(VAS)[J]. 中华神经外科杂志, 2012, 28(6): 645.
- Sun B, Che X M. Visual Analogue Scale (VAS)[J]. Chin J Neurosurg, 2012, 28(6): 645. (in Chinese)
- [5] 汪向东, 王希林, 马弘. 心理卫生评定量表手册[M]. 增订版. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999: 194-197.
- [6] 王影利, 袁东海. 复方大承气汤配方颗粒加减应用治疗恶性肠梗阻临床观察[J]. 中医药临床杂志, 2015, 27(5): 702-704.
- Wang Y L, Yuan D H. Formula particles of compound bearing gas soup addition and subtraction in the treatment of malignant bowel obstruction [J]. Clin J Tradit Chin Med, 2015, 27(5): 702-704. (in Chinese)
- [7] 张秀勤, 郝万山. 全息经络刮痧法[M]. 7版. 北京: 新华出版社, 1995: 128-132.
- [8] 刘翠, 王龙, 周颖, 等. 以通立法采用大承气汤加减保留灌肠联合通络刮痧治疗恶性肠梗阻的疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2022, 17(7): 1384-1387, 1392.
- Liu C, Wang L, Zhou Y, et al. Clinical efficacy of retention enema with modified Dachengqi decoction combined with Tongluo scraping for the treatment of malignant bowel obstruction based on the principle of dredging [J]. World J Integr Tradit West Med, 2022, 17(7): 1384-1387, 1392. (in Chinese)
- [9] 俞健, 于庆生, 吴宗芳, 等. 辨证敷脐联合灌肠治疗粘连性肠梗阻 62 例[J]. 陕西中医学院学报, 2014(6): 47-49.
- Yu J, Yu Q S, Wu Z F, et al. Treatment of 62 cases of adhesive intestinal obstruction by umbilical application combined with enema based on syndrome differentiation [J]. J Shaanxi Coll Tradit Chin Med, 2014(6): 47-49. (in Chinese)
- [10] 李志田, 李龙华, 江一平, 等. 《不完全性肠梗阻中医临床诊疗专家共识》临床一致性再评价研究[J]. 江西中医药大学学报, 2022, 34(3): 32-35.
- Li Z T, Li L H, Jiang Y P, et al. Re-evaluation of the clinical consistency of the expert consensus on the clinical management of incomplete intestinal obstruction in Chinese medicine [J]. J Jiangxi Univ Chin Med, 2022, 34(3): 32-35. (in Chinese)
- [11] 徐玉霞. 活血降逆通腑法对肠结气滞血瘀证疗效观察及 IL-6 的影响[D]. 济南: 山东中医药大学, 2023.
- [12] 艾丽娟, 陆姝姝, 施剑剑, 等. 耳部刮痧在慢性肾衰竭伴恶心呕吐患者中的应用研究[J]. 中华护理杂志, 2025, 60(12): 1434-1439.
- Ai L J, Lu S S, Shi J J, et al. Application study of auricular Gua Sha in patients with chronic renal failure accompanied by nausea and vomiting [J]. Chin J Nurs, 2025, 60(12): 1434-1439. (in Chinese)
- [13] 于子晨, 张丽曼, 刘翠, 等. 全息刮痧联合大承气汤加减保留灌肠治疗恶性肠梗阻临床研究[J]. 中国药业, 2025, 34(9): 105-108.
- Yu Z C, Zhang L M, Liu C, et al. Clinical study of holographic scraping combined with modified Dachengqi decoction retention enema in the treatment of malignant intestinal obstruction [J]. China Pharm, 2025, 34(9): 105-108. (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。