

DOI: 10.12209/CAIM202407180001

· 中西医结合临床案例 ·

基于“以通为用,以降为顺”理论应用中药保留灌肠 联合艾灸治疗 1 例反复肠梗阻患者的护理

张冬清¹, 陈一秀²

(1. 北京中医医院顺义医院 中医护理门诊, 北京, 101300;

2. 中国中医科学院望京医院 脾胃病科, 北京, 100102)

摘要: 本文基于“以通为用,以降为顺”理论,运用大承气汤中药保留灌肠、艾灸及抗炎补液等中西医结合方案对 1 例反复肠梗阻患者进行治疗和护理。根据中医基础理论实施中医特色护理,应用大承气汤保留灌肠、艾灸治疗,以“通”、“降”为主要治疗原则,同时予患者情志护理、饮食指导及西医抗炎补液等对症治疗,有效减轻患者痛苦,改善患者营养状况,促进病情恢复。经过 14 d 住院治疗,患者已病情好转出院。

关键词: 肠梗阻; 中药保留灌肠; 艾灸

Nursing of a patient with recurrent intestinal obstruction treated with Traditional Chinese Medicine retention enema combined with moxibustion based on the theory of "using communication for application and reducing for smoothness"

ZHANG Dongqing¹, CHEN Yixiu²

(1. TCM Nursing Clinic, Shunyi Hospital Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing, 101300;

2. Department of Spleen and Stomach Diseases, Wangjing Hospital Chinese Academy of
Traditional Chinese Medicine, Beijing, 100102)

ABSTRACT: This article is based on the theory of "using communication to promote and reducing to promote", and uses a combination of traditional Chinese medicine and Western medicine, such as Dachengqi decoction, traditional Chinese medicine retention enema, moxibustion, and anti-inflammatory fluid replacement, to treat and care for a patient with recurrent intestinal obstruction. According to the basic theory of traditional Chinese medicine, traditional Chinese medicine characteristic nursing is implemented, using Dachengqi decoction retention enema and moxibustion treatment, with "promoting" and "reducing" as the main treatment principles. At the same time, patients are provided with emotional care, dietary guidance, and Western medicine anti-inflammatory and fluid replacement treatments, effectively reducing patients' pain, improving their nutritional status, and promoting disease recovery. After 14 days of hospitalization, the patient's condition has improved and they have been discharged.

KEY WORDS: intestinal obstruction; Chinese herbal retention enema; moxibustion

肠梗阻是一种临床常见的由于肠道管腔内容物留滞、运行不畅导致的急腹症,分为完全性肠梗阻和不完成性肠梗阻,国内发病率居急腹症第三位,反复肠梗阻给患者带来了痛苦和负担,如果不及及时治疗,可能会导致严重的后果甚至死亡^[1]。临床上单一西医保守治疗效果不明显,而手术治

疗后再发生肠梗阻概率较高^[2]。肠梗阻属于中医“腹痛”及“肠结”等范畴,核心病机为腑气不通^[3]。故本案例采用“以通为用,以降为顺”的治疗原则,运用抗炎补液、大承气汤中药保留灌肠与艾灸等中西医结合方案治疗反复肠梗阻患者,取得了良好的疗效,现报告如下。

收稿日期: 2024-07-18

OPEN ACCESS

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

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性,60岁,主因“间断左下腹胀满疼痛3年余,加重3d”于2024年6月1日入院。既往3年余诊断为早期胃癌,并行胃2/3切除术、术后多次反复肠梗阻病史。术后间断出现左下腹胀满疼痛,伴有大便习惯改变,次数减少,Bristol 3~5型,自觉排气后疼痛减轻。否认有食物药物敏过史。刻下症见:间断左下腹胀满疼痛,无排气,无排便,恶心呕吐3次,呕吐物为胃内容物,小便调,眠差,近期体重减轻5 kg。

1.2 体格检查

入院时患者体温(T)36.6℃,脉搏(P)72次/min,呼吸(R)18次/min,血压(BP)126/77 mm Hg。神色形态:神识清楚,表情自然,形体消瘦,体态自如;声息气味:语声低微,偶有咳嗽咳痰,未见呕吐,无异常气味闻及;舌象:舌质暗红,苔黄腻;腹部切诊:按之柔软,无压痛,无反跳痛,未触及包块。

1.3 诊断

上腹部CT示腹腔内肠管扩张,其内可见液体密度影;腹平片示小肠可见多发气液平面,肠管扩张;心电图示室性期前收缩,完全性右束支传导阻滞;肾功全项C1q测定239.7,红细胞压积55.9%,平均红细胞体积105.9fL,平均红细胞血红蛋白含量32.2 pg,中性粒细胞百分比90.9%,中性粒细胞绝对值 $8.93\times10^9/L$,余项正常。中医诊断:肠结,寒热错杂证;西医诊断:肠梗阻。

1.4 治疗干预

予患者内科护理常规一级护理、禁食水;西医予抗感染、补充电解质营养支持治疗;中医基于

“以通为用,以降为顺”原则,予半夏泻心汤加减口服中药汤剂(1剂/d)、大承气汤中药保留灌肠(1次/d)及艾灸(1次/d)等治疗,以推行气血、荡涤积滞、促进肠蠕动及助力排便。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 四诊合参

望诊:神识清楚,表情自然,形体消瘦,舌质暗红,苔黄腻;闻诊:语声低微,偶有咳嗽咳痰,未闻及异常气味;问诊:下腹胀满疼痛,恶心呕吐,眠差;切诊:腹部按之柔软,脉弦滑。

2.1.2 中医辨证

根据四诊内容八纲辨证,患者阴阳辨证属阴证,表里辨证属里证,寒热辨证属寒热错杂证,病性属虚证。患者素体脾胃虚弱,运化不及,寒热错杂结于心下,中下焦气机阻滞不通,不通则痛,故见腹痛;脾主运化,肠道气机不畅,则见大便及矢气减少;胃气不降上逆,则见恶心呕吐;舌暗红苔薄黄,舌体胖大,有齿痕,脉弦滑,为寒热错杂之征象,故中医辨证为寒热错杂,辨病为肠结,病位在脾胃、肝。

2.1.3 肠结病中医症状量化评估

患者症状使用国家中医药管理局医政司颁布的肠结病(不完全性肠梗阻)中医诊疗方案中“肠结病中医症状量化评估表”进行评估^[4],具体如下:①疗效指数按每级3分计,即Ⅰ级3分、Ⅱ级6分、Ⅲ级9分;②计算疗效指数,疗效指数=(治疗前症状总分-治疗后症状分数)/治疗前症状总分×100%,其中,疗效指数<40%为无效,41~60%为有效,61~80%为显效,80%以上为临床治愈。该患者症状量化总积分为36分,详见表1。

表1 肠结病中医症状量化评估表

症状	Ⅲ级(+++)	Ⅱ级(++)	Ⅰ级(+)	0级(-)	计分
腹痛	腹痛(不能忍受)	腹痛(能忍受)	腹痛较轻	无腹痛	6
腹胀	腹胀满(辗转不安)	腹胀(能忍受)	腹胀较轻	无腹胀	6
呕吐	不进食也呕吐	进食吐,不进食不吐	可进食少许流食,不吐	无	9
排便排气	无排便排气	不排便,有少许排气	排便、排气不爽	能排便排气	6
	消失,3~5 min未听到	明显减弱,每分钟低于1次	少于正常,1~3次/min	正常,4~5次/min	
肠鸣音	亢进,次数多且声音高亢,甚至有高调金属音	活跃,音调不特别高亢,无高调金属音,每分钟10次以上	次数多,6~10次/min	正常,4~5次/min	9
总积分					36

2.1.4 焦虑评估

使用焦虑自评量表(SAS)^[5]评估患者心理状态,焦虑自评量表(SAS)采用1~4级评分制,20

个项目得分相加为总分,总分乘以1.25取整后得到标准分。SAS标准分<50分为无焦虑,50~59分为轻度焦虑,60~69分为中度焦虑,70分以上为重

度焦虑。该患者焦虑评分为55分,属轻度焦虑。

2.2 护理诊断

本例患者护理诊断结果,具体如下:腹胀疼痛与肠腑不通有关;呕吐与肠梗阻有关;焦虑与患者缺乏相关摄生调养知识有关;存在肠穿孔、坏死的潜在并发症。

2.3 护理计划

通过观察患者的病情变化及护理问题,将从病情观察、情志护理、饮食护理、生活护理及中医特色护理等多个方面制定护理计划,具体如下:运用中医护理操作技术,使患者腹胀、腹痛等不适症状减轻或消失;加强肠梗阻健康知识宣教,促使患者疾病康复;指导患者及家属缓解焦虑方法,提高患者情绪的自我调控及心理应急能力,以利于疾病的早日康复;同时医护人员要给予患者足够的关心与重视,取得患者的信任,提高患者的依从性。

2.4 护理措施

2.4.1 常规护理

2.4.1.1 病情观察

应密切观察患者的病情变化,包括神色、舌苔、体态、体温的变化,血压、脉率、呼吸,疼痛的性质、部位、持续时间,呕吐的次数、频率、程度,有无电解质紊乱发生,肠鸣音的改善情况,灌肠后大便的质与量,观察和询问患者腹部体征变化,临床症状和体征不见好转或加重,应警惕肠穿孔、坏死的发生。呕吐时,嘱患者头偏向一侧,防止窒息。遵医嘱行抗感染及补充能量治疗,准确记录出入量以便准确地判断病情变化。

2.4.1.2 饮食护理

遵医嘱予患者禁食水,予肠外营养干预,注意口腔卫生,可用金银花甘草液漱口,保持口气清新。在患者肠功能获得恢复后,依据病情从流食向半流质饮食进行转变,最终确保普通饮食可以有效恢复,充分遵守循序渐进、少食多餐原则^[6]。指导患者宜食用健脾和胃食物,如山药、南瓜及红枣等食物,忌辛辣刺激、肥甘厚味。

2.4.1.3 用药护理

肠外营养过程中,监测药物有无渗漏导致血管堵塞及感染情况。待病情好转,遵医嘱及时转为肠内营养支持。密切观察患者穿刺部位有无红肿、渗液、用药反应,控制输液速度,注意配伍禁忌。

2.4.2 中医特色护理

2.4.2.1 艾灸

艾灸治疗具有益气行气活血、消肿散结及调

整脏腑功能之效。该患者重在应用艾灸的温通经络之功,取穴中脘、天枢、足三里。中脘属任脉,是胃的募穴、八会穴之腑会,为任脉、手太阳、手少阳、足阳明的交会穴^[7],有健脾利湿、和胃降逆之功;足三里为足阳明胃经之合穴,又为胃之下合穴,“合治内腑”,六腑病皆可用之^[8];天枢是大肠之募穴,是阳明脉气所发,主疏调肠腑、理气行滞、消食,是腹部要穴^[9]。操作方法:操作前予患者健康宣教,解释艾灸原理,需平卧保持一个姿势共30 min,施灸过程中勿翻动身体,如感觉热或者皮肤烫伤情况及是告知护士。选穴(中脘、天枢、足三里)于每日卯时(5:00~7:00),协助患者取仰卧位,点燃艾条,手执艾条的一端,按照从上而下的顺序,在距患者穴位2~3 cm处垂直熏灸,使局部有温热感,施灸过程中询问患者感受,以不感烧灼为度。每个穴位灸10 min,足三里、天枢为双侧同时施灸,艾灸时采用温和灸,施补法。艾灸时不吹其火,待其徐徐自燃。火力缓慢温和,灸治的时间较长,灸完一穴后用手指按一会施灸穴位,以使热气聚而不散。艾灸完毕观察局部皮肤情况,做好皮肤护理。嘱患者保暖避风寒,起居有常,恢复饮食后食用清淡饮食,避免食用含凉刺激性食物。遵医嘱治疗1次/d,30 min/次,连续治疗12 d。

2.4.2.2 中药保留灌肠

中药保留灌肠所用方剂为大承气汤,它是中医药治疗疾病八法之一下法的代表方,也是治疗肠梗阻的基础方^[10],组成为大黄10 g、厚朴30 g、枳实30 g及芒硝10 g。方中大黄为君药解毒消痈、泻火通便;厚朴健胃消食、行气宽中;枳实化痰散痞、消积导滞;芒硝润燥软坚、泻下通便。操作方法:患者取左侧卧位,屈膝,臀部靠近床沿,用小枕抬高10 cm。大承气汤煎汤100 mL,测量药液温度(39~41℃),安装一体式可调节肛管,排气,用石蜡油润滑肛管前端,暴露肛门,插入肛管时,可嘱患者张口呼吸以使肛门松弛,自肛门插入深度不少于20~30 cm,调节速度40滴/min,缓慢滴入直肠结肠,滴入后让患者保留药液60~120 min。滴入过程中,询问患者耐受情况,如有不适及时调整滴入速度,必要时终止滴入。中药保留灌肠治疗1次/d,连续治疗12 d。

2.4.2.3 情志护理

予患者安静、舒适的病房环境,减少声音刺激以免加重患者焦虑情况。予患者五行音乐疗法,教会患者主动调节心境的方法,多与家人及朋友

交谈,可多听欢快的音乐。予患者听宫调音乐,健脾调胃,如《十面埋伏》及《鸟投林》等;听角调音乐,疏肝理气,如《胡笳十八拍》及《蓝色多瑙河》等。建议患者逐渐增加活动量,如慢跑、武术及五禽戏等。

3 结果和随访

经中西医结合治疗,患者症状明显好转,腹痛腹胀明显减轻,肠鸣音4~5次/min,大便1~2 d行1次,症状量化积分为6分,疗效指数为83%,达到临床治愈,已于6月13日出院。6月19日电话随访患者,偶有腹痛腹胀等不适,大便1~2 d行1次,Bristol 4~5型。

4 讨论

该患者因饮食不节,脾虚不运,湿浊中阻,外加手术损伤腹腔络脉,离经之血因寻无出路而瘀滞于肠腑,血瘀气滞,肠动缓则结,气血瘀滞不通则痛胀,气逆上行则见恶心、呕吐。肠道为传化之腑,通则用,不通则痛,故“以降为顺,以通为用”为本病治疗原则。本案例患者术后反复出现不完全性肠梗阻,主要为阳化气不足、阴成形过盛所致^[11]。艾叶秉纯阳之性,善补人体阳气,功类姜附,用于阳虚之证。艾灸具有温通之功效,可通过其温阳补虚、通调气血的特性,一方面促进患者正气的恢复,另一方面改善患者气机不畅、血行瘀滞的病理特征,恢复其胃肠功能。正所谓气为血之帅,血随气行,气得温则疾,气行则血行。灸之温热刺激,可使气血调和,营卫通畅,热力渗入组织深部。温能通阳,起气行血活,肿消结散^[12]。清代吴亦鼎《神灸经纶》亦有“灸者,温暖经络,宣通气血,使逆者得顺,滞者得行”的规律总结,指出灸法以温促通的主要特征是促进和保持气血运行通畅。因此,予患者中脘、足三里、天枢穴施灸,以达到消炎镇痛、行气通腑之功效^[13]。“子午流注”是艾灸择时取穴的一种操作方法,人身之气血循环出入皆有定时,它注重时间条件,表面看来子午流注看重的是时间选穴,其本质是注重经气的运行状态。在子午流注卯时(5:00~7:00)流经大肠经时进行贴敷效果更加显著,能够加强温通效果^[14]。

患者内服中药汤剂选用半夏泻心汤加減,以辛开苦降、平调寒热,清半夏辛开散结消痞,降逆和胃,干姜温胃散寒,黄芩、黄连清泄里热以和阳,郁金、延胡索、木香理气止痛,白芍甘草缓急止痛,大枣、黄芪补益中焦,枳实、厚朴、大黄行气除胀,

槟榔、莱菔子下气消积,麦芽、谷芽、鸡内金消食健脾开胃。外用中药汤剂选用大承气汤加減,大承气汤为通里攻下的代表方剂,具有显著的泻下、调节胃肠激素分泌和促进胃肠运动等作用,促进肠道内梗阻废物排出^[15]。此外,大承气汤保留灌肠可有效取代经口服药物导致的肝肠循环的首过消除效应以及对胃黏膜的损害,可直达病灶^[16]。药理研究表明,大承气汤通过控制肠道炎症的发生和发展来减轻肠道炎性损伤,并可增强小肠运动,改善患者胃肠动力障碍,保护肠黏膜屏障^[17]。通过口服中药汤剂联合中药保留灌肠,发挥通腑泄热、调理中焦作用,加快恢复排气、排便功能,减轻临床症状。

综上所述,本案例基于“以通为用,以降为顺”理论,予静脉输液、肠外营养以抗炎补液支持治疗、中药汤剂口服、中药保留灌肠、艾灸及情志护理等中西医结合治疗,取得较好治疗效果,值得临床借鉴。

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] CHEN Q Y, JIANG J. Recognition of the diagnosis and treatment of small intestinal obstruction [J]. Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi, 2017, 20 (10): 1136-1140.
- [2] 罗文雯,崔红利,陈东风. 急性肠梗阻的临床诊治思路[J]. 内科急危重症杂志, 2024, 30(1): 1-3. LUO W W, CUI H L, CHEN D F. The clinic diagnosis and treatment of acute intestinal obstruction with abdominal CT imaging scan [J]. J Crit Care Intern Med, 2024, 30(1): 1-3. (in Chinese)
- [3] 王建斌,余小勇,吉涛. 加味小承气汤保留灌肠联合中药封包对急性低位肠梗阻患者肠屏障功能和血炎症因子的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2024(6). WANG J B, YU X Y, JI T. Effect of modified Xiao-chengqi Decoction retention enema combined with Chinese medicine encapsulation on intestinal barrier function and hematopoiesis factors in patients with acute low intestinal obstruction [J]. Liaoning Journal of Traditional Chinese Medicine, 2024(6). (in Chinese)
- [4] 陈佳芸,张子敬,黄展明,等. 谢晓华基于“调水道,行津液”针药结合治疗单纯性肠梗阻的思路探讨[J]. 广州中医药大学学报, 2022, 39(9): 2161-2166. CHEN J Y, ZHANG Z J, HUANG Z M, et al. XIE Xiao-Hua's approach to the treatment of simple in-

- testinal obstruction with acupuncture combined with Chinese medicine based on the method of dredging water passage and promoting body fluid circulation [J]. *J Guangzhou Univ Tradit Chin Med*, 2022, 39 (9): 2161–2166. (in Chinese)
- [5] 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: 187–190.
- [6] 苗伟. 饮食护理干预对晚期消化道肿瘤患者合并肠梗阻的影响[J]. *人人健康*, 2020(7): 214.
MIAO W. Effect of diet nursing intervention on patients with advanced digestive tract tumor complicated with intestinal obstruction [J]. *Health EVERY-ONE*, 2020(7): 214. (in Chinese)
- [7] 孔胜建, 尤阳, 董宝鑫. 针刺肺经穴联合中脘穴艾灸治疗功能性消化不良 50 例[J]. *环球中医药*, 2024, 17(2): 333–336.
KONG S J, YOU Y, DONG B X. 50 cases of functional dyspepsia treated by acupuncture at lung meridian and moxibustion at Zhongwan point[J]. *Glob Tradit Chin Med*, 2024, 17(2): 333–336. (in Chinese)
- [8] 喻家莲, 刘丹. 运用足三里穴治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展[J]. *中外医学研究*, 2023, 21(32): 177–181.
YU J L, LIU D. Research progress of using Zusanli point in the treatment of chronic atrophic gastritis [J]. *Chin Foreign Med Res*, 2023, 21 (32): 177–181. (in Chinese)
- [9] 孙月敏, 潘玫竹, 时静怡, 等. 基于脑-肠-菌轴探讨天枢穴治疗功能性便秘作用机制[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2024, 26(2): 172–175.
SUN Y M, PAN M Z, SHI J Y, et al. Effects mechanisms of Tianshu (ST25) in the treatment of functional constipation based on the brain-gut-microbiota axis[J]. *J Liaoning Univ Tradit Chin Med*, 2024, 26(2): 172–175. (in Chinese)
- [10] 马妙玲, 韩冰, 朱富华, 等. 承气汤源流[J]. *中国中医药现代远程教育*, 2024, 22(13): 64–66.
MA M L, HAN B, ZHU F H, et al. The origin of Chengqi Decoction [J]. *Chin Med Mod Distance Educ China*, 2024, 22(13): 64–66. (in Chinese)
- [11] 葛媛莎, 王新苗, 李杰, 等. 从“阳化气, 阴成形”论治肿瘤术后不完全肠梗阻[J]. *吉林中医药*, 2023, 43(4): 385–388.
GE Y S, WANG X M, LI J, et al. From “Yang qi, Yin forming” differentiation tumor were incomplete intestinal obstruction [J]. *Journal of jilin of traditional Chinese medicine*, 2023, 43 (4): 385–388. (in Chinese)
- [12] 方剑乔, 王富春. 刺法灸法学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 73.
- [13] 王小玲, 徐冬琴, 朱燕. 艾灸、脐敷、神灯照射对癌性不完全肠梗阻的干预研究[J]. *当代护士(中旬刊)*, 2021, 28(3): 106–108.
WANG X L, XU D Q, ZHU Y. Intervention study of moxibustion, umbilical compress and magic lamp irradiation on cancerous incomplete intestinal obstruction [J]. *Mod Nurse*, 2021, 28 (3): 106–108. (in Chinese)
- [14] 王俊. 卯时穴位按摩联合艾灸神阙穴防治混合痔术后便秘临床观察[J]. *实用中医药杂志*, 2023, 39 (5): 997–999.
WANG J. Clinical observation on prevention and treatment of constipation after mixed hemorrhoid operation by Maoshi acupoint massage combined with moxibustion at Shenque point [J]. *J Pract Tradit Chin Med*, 2023, 39(5): 997–999. (in Chinese)
- [15] 李澜, 王永恒, 黄湘俊. 经鼻肠梗阻导管联合大承气汤治疗术后早期气虚血瘀型炎性肠梗阻的临床疗效研究[J]. *湖南中医药大学学报*, 2023, 43 (2): 299–303.
LI L, WANG Y H, HUANG X J. Clinical efficacy of transnasal ileus catheter combined with Dachengqi Decoction in treating early postoperative inflammatory ileus with qi deficiency and blood stasis [J]. *J Hunan Univ Chin Med*, 2023, 43(2): 299–303. (in Chinese)
- [16] 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)
- [17] 程华初, 徐琦, 杨茜芸, 等. 大承气汤治疗粘连性肠梗阻临床疗效的 Meta 分析[J]. *湖南中医药大学学报*, 2022, 42(6): 966–973.
CHENG H C, XU Q, YANG Q Y, et al. Meta-analysis of clinical efficacy of Dachengqi Decoction in treatment adhesive intestinal obstruction [J]. *J Hunan Univ Chin Med*, 2022, 42 (6): 966–973. (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 4.0 BY-NC-ND)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。