

DOI: 10.12209/CAIM202406240017

· 中西医结合临床案例 ·

1 例高龄完全性肠梗阻伴肺炎重症患者的护理体会

王佳敏, 郑乃花, 杨冬梅

(北京中医药大学东方医院 重症医学科ICU, 北京, 100078)

摘要: 本文总结 1 例高龄完全性肠梗阻伴肺炎重症患者的护理体会。基于护理评估和中医辨证, 在对症护理、管路护理、皮肤护理等常规护理基础上, 采用中药灌肠、穴位贴敷、穴位注射等中医特色护理技术, 有效缓解患者腹痛、腹胀症状, 提高其生存质量。

关键词: 肠梗阻; 中药灌肠; 肺炎; 中西医结合护理

Nursing experience of an elderly severe patient with complete intestinal obstruction and pneumonia

WANG Jiamin, ZHENG Naihua, YANG Dongmei

(Intensive Care Unit, Dongfang Hospital Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100078)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of a critically ill elderly patient with complete intestinal obstruction and pneumonia. Based on nursing assessment and traditional Chinese medicine differentiation, in addition to routine nursing care such as symptomatic care, tube care, and skin care, we use traditional Chinese medicine enema, acupoint paste application, and acupoint injection, etc., to effectively alleviate patients' abdominal pain and distension symptoms and improve their quality of life.

KEY WORDS: Intestinal obstruction; Chinese medicine enema; Pneumonia; Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing

肠梗阻为临床常见的外科急腹症, 是指肠内容物受阻导致梗阻肠段发生解剖学及功能性变化, 诱导机体发生电解质紊乱、肠壁血液循环障碍及继发感染等, 病因为肠正常部位发生不可逆改变、肠腔机械性阻塞等^[1]。老年肠梗阻患者起病急、临床症状不明显、诊断过程复杂, 死亡率高达 5%~10%^[2]。肺与大肠脏腑上互为表里, 经络上相互络属, 生理上联系密切, 若其中一方出现病变, 则会影响另一方正常的生理功能, 甚至出现一系列的病理变化^[3], 治疗及护理难度大。本病例患者在治疗过程中改变传统单一西医治疗方法的思路, 联合运用中药灌肠及中药穴位贴敷中医特色技术, 减轻了患者腹痛腹胀的症状, 患者痰量逐渐减少, 肺炎得到有效控制, 减轻了患者的痛苦, 提高了患者的生活质量, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 患者信息

患者女性, 84 岁, 主因“间断腹痛腹胀 1 年余,

加重 1 月”, 于 2024 年 1 月 23 日收入院, 入院诊断为“不完全性肠梗阻”。CT 检查显示胃印戒细胞癌术后病史, 复发不排除, 考虑低位肠梗阻可能性大, 直肠局部肠壁不均匀增厚。胸部正位片检查显示: 两肺纹理增厚。既往史: “胃印戒细胞癌”2 年, 胃大部切除术(毕 I 式)2 年, 切除 3/5 胃, 术后未行化放疗治疗; 肠梗阻病史 1 余年。3 月 2 日傍晚患者出现心率上升, 血压下降, 最低血压约 82/45 mm Hg, 急查感染指标较前显著升高, 综合病情考虑感染性休克, 于 2024 年 3 月 3 日转 ICU。

1.2 查体

入科时患者神志清楚精神差, 能够交流, 形体消瘦, 鼻导管吸氧 3 L/min, 无喘憋气促, 留置左上肢 PICC 管路, 去甲肾上腺素 1.8 μ g/kg/min 持续泵入。时有腹胀腹痛, 恶心呕吐, 呕吐物为胃内容物。留置胃管, 接胃肠减压, 胃液呈黄色。留置肠梗阻导管, 接负压引流, 未见引流液及气体引出, 仅管内残留棕黄色引流液。留置尿管, 尿液淡黄澄清, 有少量沉渣。查体: 体温(T)36.7 $^{\circ}$ C, 心率

收稿日期: 2024-06-24

OPEN ACCESS

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

(HR)104次/min,无创血压(NBP)104/73 mm Hg,呼吸(R)20次/min,血氧饱和度(SpO_2)100%。腹部平坦,下腹稍膨隆,有时可见肠型,未见蠕动波,脐周压痛,肠鸣音未闻及。舌红少津,苔薄黄,脉弦细无力。降钙素原:0.942 ng/mL,白细胞介素6:20.76 pg/mL,C-反应蛋白:14.6 mg/L,白细胞计数: $7.21 \times 10^9/\text{L}$,淋巴细胞百分数:13.8%,中性粒细胞百分数:80.7%,血红蛋白含量:83g/L。

1.3 诊断及治疗

入科中医诊断:肠结(气阴两虚证,湿热内蕴证)。西医诊断:完全性肠梗阻,胃恶性肿瘤,印戒细胞癌,胃大部切除术后,腹膜转移?休克,双肺炎,泌尿系感染,中度贫血,双肾囊肿,腹腔积液,电解质紊乱,高钠血症,高氯血症,胆囊结石,盆腔囊实性占位,肝功能异常。既往史:“胃印戒细胞癌”2年,胃大部切除术(毕I式)2年,切除3/5胃,术后未行化疗放疗;肠梗阻病史1余年。

治疗方案:鼻导管吸氧3L/min,病重通知,重症监护,记24 h出入量,比阿培南抗感染、去甲肾上腺素升压稳定循环、抑酸、补液、解痉化痰平喘、保肝、调节电解质平衡等治疗。病情变化及治疗

护理情况见图1。西医主要从循环、感染、呼吸、消化、血液系统五个方面进行治疗。循环方面患者血压不稳定,行有创动脉血压监测,持续关注患者血压及心率情况,动态调整去甲肾上腺素泵速;感染方面患者长时间肠梗阻,胃肠道长期未开放,肠道菌群紊乱,考虑肠道感染,给予0.9%NS 100 mL+比阿培南0.3 g静脉滴注(2次/d),利奈唑胺葡萄糖注射液0.6 g静脉滴注(2次/d),氟康唑氯化钠注射液0.2 g静脉滴注(1次/d);呼吸方面由鼻导管吸氧3L/min改为常压高流量吸氧(温度34℃,氧流量10L/min,氧浓度30%),盐酸氨溴索注射液30 mg入壶(3次/d)解痉化痰,必要时吸痰促进痰液引流;消化方面给予5%GS100 mL+谷胱甘肽1.2 g静脉滴注改善肝功(1次/d),积极肠外营养支持,逐步上调能量摄入;血液系统方面,患者贫血,给予人促红血液生成素皮下注射促红细胞生成,维生素B12肌肉注射补充造血原料。中医方面给予中药保留灌肠,益气养阴,泻下润肠通便;中药鼻饲温阳行水,中药穴位贴敷促进肠道功能恢复;新斯的明1 mg足三里穴位注射行气活血,祛瘀通络,调理脾胃。详细见图1。

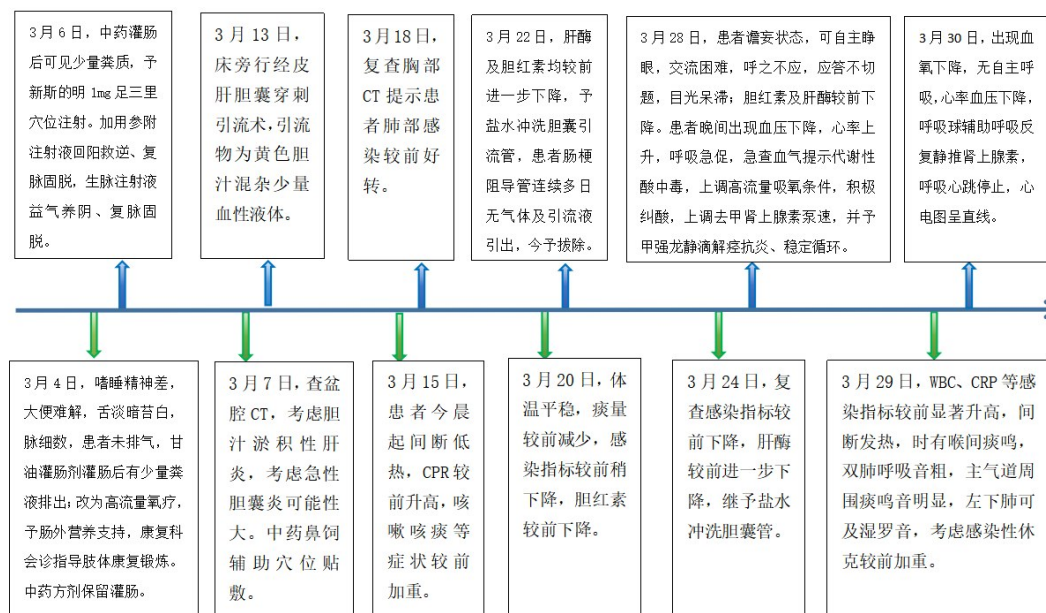


图1 各阶段病情变化及治疗护理情况

2 护理

2.1 护理评估

患者神清,精神差,疾病严重程度APACHE II评分12分;患者长时间肠梗阻,胃肠道长期未

开放,肠道菌群紊乱,肠道免疫屏障破坏,肠壁水肿,肠道感染严重,导致腹痛明显,数字疼痛评分量表NRS评分7分,为中度疼痛;患者长期卧床,痰色黄白质粘难咳出,双肺感染,需高流量氧疗维持;日常生活能力评定Barthel指数量表评分为分

0分,为重度功能障碍。Waterlow's压疮危险因素评分为19分,跌倒风险评估65分,坠床风险评估1分,均属于高风险级别。

2.2 护理诊断

根据评估内容,提出以下护理诊断:①急性疼痛:与梗阻的肠内容物不能及时排出有关。②体液不足:与患者禁食、呕吐有关。③气体交换受损:与肺泡-微血管系统之间氧合不足有关。④卫生自理能力缺陷:与疼痛、肌肉无力、卧床不能活动有关。⑤有皮肤完整性受损的危险:与长期卧床不能活动有关。⑥有误吸的危险:与患者肠梗阻导致恶心呕吐有关。

2.3 护理计划

根据护理评估和诊断结果制定如下护理计划:①严密观察患者生命体征变化,观察腹痛情况。②遵医嘱严格按照补液原则进行静脉补液。③定时翻身拍背,必要时吸痰,保证呼吸道通畅。④创造舒适环境,做好日常生活护理。⑤定期更换卧位,注意皮肤情况,遵医嘱肠外营养,保证机体营养摄入。⑥床头抬高,呕吐时协助头偏向一侧,严格遵医嘱胃肠减压。

2.4 护理实施

2.4.1 对症护理

2.4.1.1 恶心呕吐、腹痛腹胀护理:安慰患者,耐心倾听患者诉说;与患者沟通,转移注意力;告知患者腹痛原因,减轻焦虑恐惧心理;床头抬高,呕吐时协助头偏向一侧;严格遵医嘱禁食水,胃肠减压,观察引流液的色、质、量,如有异常及时通知医生;遵医嘱肠外营养输液泵泵入,保证机体营养摄入。

2.4.1.2 休克相关护理:患者感染性休克,血压不稳定,行有创动脉血压监测,持续关注患者血压、心率情况,动态调整去甲肾上腺素用量。

2.4.1.3 氧疗护理:患者双肺感染较重,遵医嘱由鼻导管吸氧更换为常压高流量氧疗,保证氧气供给;鼓励患者自主咳痰,加强翻身拍背,必要时吸痰促进痰液引流,保持呼吸道通畅。

2.4.2 中医特色护理

2.4.2.1 中药灌肠:是将中药药液从肛门灌入直肠或结肠,使药液保留在肠道内,通过肠黏膜的吸收达到清热解毒等作用^[4]。中药灌肠在临床上对疾病的治疗优势显著:①采取中药灌肠治疗时,是把药物通过灌肠的方法直接滴入到肠道中,不需要经过胃部的消化吸收,所以不会对胃黏膜造成

不良刺激。②灌肠可以让药物直接到达肠道,会让肠道对药物的吸收更为迅速。③灌肠时会刺激肠道蠕动,使粪便软化,起到通便排气的作用。具体操作方法为:患者左侧卧位,充分暴露肛门,垫中单于臀下,抬高臀部10 cm。药液温度39~41℃,灌肠量≤200 mL,灌肠袋中液面距离肛门≤30 cm,插入肛门10~15 cm缓慢滴入药液,时间15~20 min^[5]。具体药方:大黄30 g,番泻叶12 g,姜厚朴30 g,麸炒枳壳30 g,太子参30 g,黄芪50 g,地黄30 g,麦冬30 g,白术30 g,白芍30 g,共23剂,日1剂灌肠,以益气养阴,泻下润肠通便。灌肠后需注意患者肠蠕动以及排气排便恢复情况。

2.4.2.2 中药穴位贴敷:给予患者神阙、天枢、关元穴贴敷以行气通腑、促进肠道功能恢复,主要是通过经络的传导和调整,纠正脏腑阴阳的盛衰或偏衰,改善经络气血的运行,对五脏六腑的生理功能和病理状态产生良好的治疗和调整作用,从而达到以肤固表,以表托毒,以经通脏,以穴驱邪和扶正强身的目的。具体药方:干姜9 g,党参30 g,黄芪25 g,麸炒枳壳10 g,厚朴10 g,杏仁10 g,白芍15 g,麦冬15 g,吴茱萸12 g,大血藤15 g,枳实10 g,木香6 g,共9剂,日一剂予神阙、天枢、关元穴贴敷。贴敷时注意调和好的中药膏剂温度适宜,以达到最佳疗效,且应防止过凉药效难以发挥或过热烫伤皮肤。祛除贴敷后注意观察局部皮肤情况,防止局部过敏反应的发生^[6]。

2.4.2.3 穴位注射:新斯的明1 mg足三里穴位注射,共2次,以行气活血,祛瘀通络,调理脾胃,促进肠胃蠕动,促进患者排便。穴位注射是将一定量的药物从穴位注射入人体内,以达到止痛、活血通络、促进气血通畅、调节阴阳平衡、提高身体机能等目的。注射时注意无菌操作原则,注射后观察患者用药反应,观察肠蠕动恢复及排便情况。

2.4.2.4 中药鼻饲:中药鼻饲治疗肠梗阻是通过鼻饲方式将中药药液灌入患者肠道,以达到缓解肠梗阻症状的治疗方法。中药鼻饲治疗肠梗阻具有操作简便、安全可靠、不良反应小等优点,尤其适用于老年人和身体虚弱的患者。鼻饲方药以真武汤温阳行水为主,具体方药:附子12 g,茯苓30 g,白术30 g,白芍30 g,生姜15 g,人参10 g,共7剂浓煎,日半剂鼻饲。鼻饲时注意抬高床头>30°,监测生命体征变化,观察疗效及不良反应。出现恶心呕吐时及时停止鼻饲并头偏向一侧,必要时立即胃肠减压、经口鼻吸痰,防止返流误吸的

发生。

2.4.3 管路护理

患者病情危重,留置管路较多,护理需注意:①高举平台法妥善固定,防脱管。②保持管路通畅:胃管及肠梗阻导管均接胃肠减压吸引器,注意观察负压状态,是否有引流液引出;胆囊引流管及尿管定时挤压,保证引流通畅;PICC管及时冲封管,按时贴膜换药,注意无菌操作;动脉留置针定时冲管校零,保证监测的准确性。③引流管及时观察引流液颜色、性质和量并做好记录,发生异常及时告知医生。

2.4.4 皮肤护理

保持床单位整洁舒适,床单平整无皱褶、无碎屑;汗出及排便及时给予处理更换,避免潮湿;使用气垫床减压垫,骨隆突处给予软枕软垫支撑,每2h翻身1次,避免托拉拽,正确使用体位垫;必要时给予骨隆突部位液体敷料、减压贴膜减压;翻身时轻柔按揉骨隆突受压处,促进局部血液循环;遵医嘱肠外营养,保证机体营养摄入;被动活动患者肢体,促进末梢血液循环。

2.4.5 功能锻炼

指导患者做踝泵运动和腹式呼吸。踝泵运动是通过踝关节的运动,起到像泵一样的作用,以促进下肢血液循环和淋巴回流。腹式呼吸是通过膈肌和腹肌的收缩和舒张运动使腹腔压力和容积的变化传导给胸腔从而影响肺扩张的呼吸运动方式,腹式呼吸可以增加膈肌的运动范围,提高肺通

气量,改善心肺功能,降低肺部感染的风险。

2.4.6 生活起居护理

每日给予患者晨晚间护理,口腔护理每日两次,会阴部护理每日两次,修剪指甲每周两次,每周为患者洗头;为患者整理床单位每日两次,保持床单位整洁舒适;排便后及时给予清洁更换尿垫,保持肛周清洁卫生。

2.4.7 情志护理

积极与患者沟通,通过正面的沟通疏导,取得患者的信任,了解其心理状态,调和情志,从而改变患者的精神和身体状况。

2.5 护理评价

2.5.1 干预前后相关量表评分比较

患者APACHE II评分较前升高至18分;该评分系统是由急性生理参数评分,年龄评分,慢性健康评分三部分组成,最后得分为三者之和,分值越高说明患者的病情越严重。患者数字疼痛评分量表NRS评分由7分下降至2分。患者Barthel指数量表评分、Waterlow's压疮危险因素评分、跌倒风险、坠床风险均无明显变化。具体评分见表1。

2.5.2 干预前后相关化验、检查指标比较

患者炎症指标CRP较前下降,见图2;肝酶及胆红素均较前进一步下降,总胆、直胆、间胆先后高后低;谷丙、谷草先高后低,见图3;胆囊引流液逐渐减少,见图4,胆汁淤积较前减轻;痰量减少,痰质转为稀薄,见图5;X线显示肺部感染情况较前好转,见图6。

表1 干预前后疾病相关评分表评分

评估项目	3月3日	3月7日	3月11日	3月15日	3月19日	3月23日	3月27日	3月29日
APACHE II 评分/分	12	--	--	--	--	--	--	18
NRS 评分/分	7	7	5	5	4	3	3	2
Barthel 指数量表评分/分	0	0	0	0	0	0	0	0
Waterlow's 压疮危险因素评估/分	19	19	19	21	21	21	21	20
跌倒风险评估/分	65	35	35	35	35	35	35	35
坠床风险评估/分	1	1	1	1	1	1	2	2

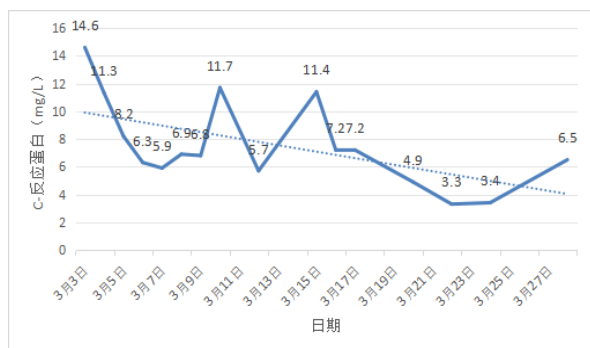


图2 C-反应蛋白

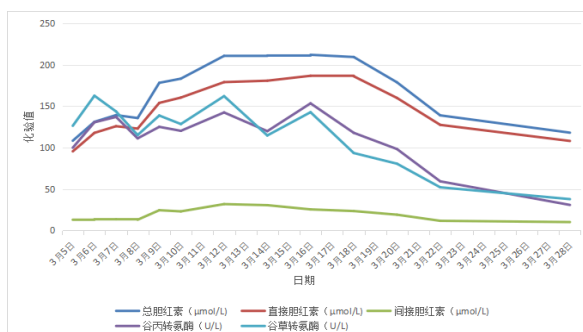


图3 肝功能指标

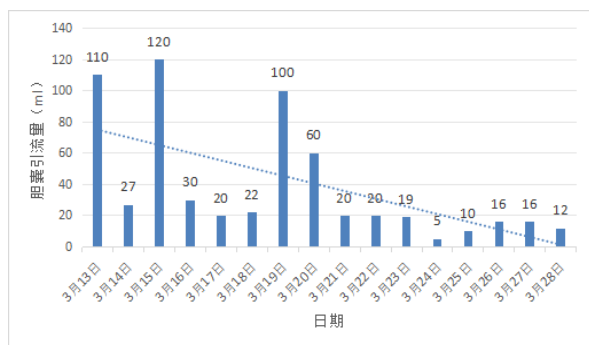


图4 胆囊引流量

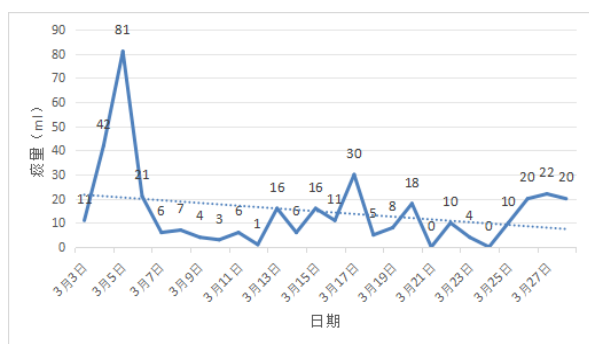


图5 肠量变化

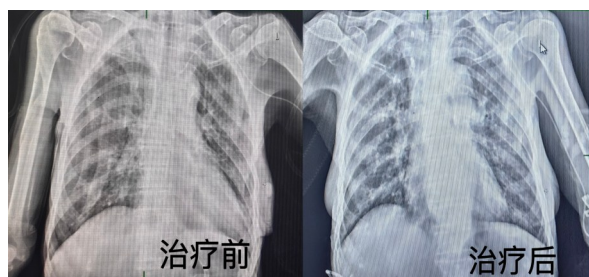


图6 双肺X线比较

2.5.4 胃肠道功能

干预后,患者胃肠道功能逐渐恢复,基本保证每日灌肠后有大便排出,见图7;呕吐次数及量减少,见图8。

2.5.5 营养状况

干预后,患者营养状态良好,卧床期间无压力性损伤的发生。

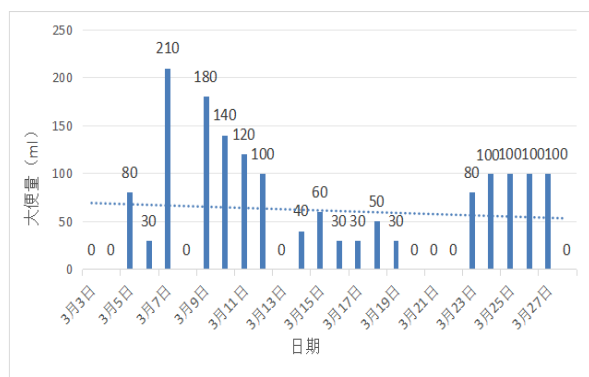


图7 大便量

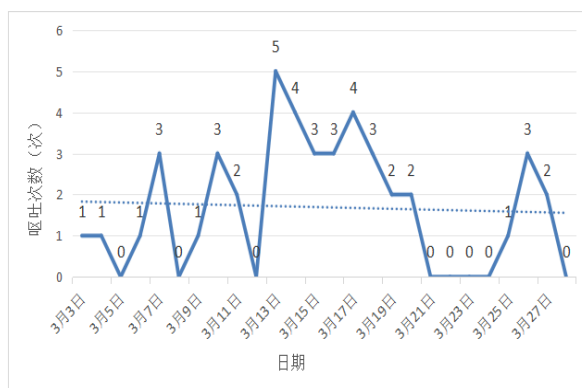


图8 呕吐量

3 讨论

肠梗阻是一种发病急、变化快、病情重的急腹症,在中医学中属于“腹痛”“肠结”“关格”等范畴。本病发病率高,可发生严重的水和电解质代谢紊乱及酸碱平衡失调,甚至危及生命。肠梗阻的病变最早为梗阻段肠壁受损,结构、功能发生改变,进而导致肠黏膜屏障遭到破坏^[7]。患者肠梗阻后常表现为腹痛、腹胀、恶心、呕吐等,给生活造成极大困扰;腹痛导致痛苦不堪,延长住院时间。常用的诊治方法有手术及保守治疗,手术主要针对入院病情较重或通过保守治疗后无效或病情加重者,治疗原则是找出病因、缓解病情及尽量挽救生命^[8]。术后切口感染是常见的并发症,肠梗阻患者术后感染率较高,严重者可直接威胁生命,对患者预后不良影响^[9]。宋继红等^[10]研究显示,肠梗阻患者术后伤口感染率为17.64%。保守治疗的优势在于安全、无创,但治疗周期长、住院时间长、患者精神压力相对较大,常见的保守治疗包括基础性治疗、肠灌注、抗炎治疗等^[8]。

肺与肠在生理上相互联系,病理上相互影响,肠病及肺为“肺与大肠相表里”的理论现象之一^[11]。肠梗阻患者常出现合并肺部感染引发重症肺炎。重症肺炎是临床常见的急危重症之一,临床常表现高热、咳嗽咳痰、呼吸困难等,多伴有脓毒血症、急性呼吸衰竭、多脏器功能衰竭等多种并发症,具有发病急、进展快、并发症多、病死率高等特点^[12]。在肺与大肠关系中,肠道微生物与黏膜免疫及神经内分泌互相联系的,共同维持肺与大肠的密切关系^[13]。从中医的辨证论治角度出发,《黄帝内经》记载:“大肠者,肺的脏腑器官之所在,且肺病治疗不佳,则会传入大肠”^[14]。中医药的干预对肠梗阻患者病情缓解及术后胃肠功能恢复均

有确切的协同促进作用^[15]。

肠梗阻伴肺炎患者除传统西医治疗外,联合中医特色技术有方法上的优势。肠道是人体主要消化系统,具有强大吸收能力,针对肠梗阻,保留灌肠将药液直接输送至肠道,药液迅速被肠道吸收,直接作用于靶点,可显著加快症状改善时间,提升治疗效果。此外,中药保留灌肠,经肠道给药,可克服呕吐严重者难以口服药物问题,并可避免苦寒之药对胃脏组织产生的负面影响,中药汤剂直达病灶,对梗阻部位迅速起到局部治疗作用^[16]。穴位贴敷是治疗肠梗阻腹胀的一种方法,将药物贴敷于脐部神阙穴位,因该部位主神气升降出入之所,内通经脉脏腑,外联皮肉筋骨,其血管丰富且角质层薄,利于药物吸收^[17-18]。穴位注射是指将药物直接注入穴位的治疗方法,这样可发挥穴位和药物的双重作用甚至是叠加效应,同时在穴位上产生持久的刺激效果。足三里为足阳明胃经合穴,是胃肠道疾病治疗要穴,针刺该穴具有补中益气、和胃止痛、和肠消滞的作用^[19]。肠梗阻患者均有腹胀腹痛症状,其病在肠,治当泻下之法,然须辨气滞、津亏、热结等证型,用中药鼻饲灌注,不论对手术后引起,抑或单纯性肠梗阻均有良好效果^[20]。

本病例采用中西医结合护理方法,治疗的肠梗阻伴肺炎的重症患者,有效缓解患者不适,提高了生存质量。本病例为个案经验总结,后续需增加样本量、开展多中心研究,扩大研究范围,为肠梗阻患者提供能全面的中西结合护理方案。

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] 陈智鹏,周富强,游元鸿. 中医治疗完全性肠梗阻 1 例[J]. 按摩与康复医学, 2023, 14(6): 42-44.
CHEN Z P, ZHOU F Q, YOU Y H. A Case of Traditional Chinese Medicine Treatment for Complete Intestinal Obstruction [J]. Journal of Massage and Rehabilitation Medicine, 2023, 14(6): 42-44. (in Chinese)
- [2] 冉江林. 老年急性肠梗阻的病因及手术时机分析[J]. 四川医学, 2012, 33(8): 1430-1431.
RAN J L. The etiology of elderly acute intestinal obstruction and the operation time analysis[J]. Sichuan Med J, 2012, 33(8): 1430-1431. (in Chinese)
- [3] 张沥涟,席晓荣,肖瑾,等. 基于肺与大肠相表里探讨肺肠共治[J]. 光明中医, 2023, 38(17): 3317-3320.
ZHANG L L, XI X R, XIAO J, et al. Discussion on the combined therapies for lungs and large intestines based on the correlation between the exterior and interior of lungs and large intestines and pulmonary-intestinal flora [J]. Guangming J Chin Med, 2023, 38(17): 3317-3320. (in Chinese)
- [4] 张佩瑶,杨冬梅,郑乃花. 1 例胰十二指肠切除术后伴肺部感染危重患者的中西医结合护理[J]. 中西医结合临床案例库, 2022: 1-5.
ZHANG P Y, YANG D M, ZHENG N H. Nursing of Integrated traditional Chinese and Western medicine for a critically ill patient with pulmonary infection after pancreatoduodenectomy [J]. Clinical Archives of Integrative Medicine, 2022: 1-5. (in Chinese)
- [5] 刘姗姗,郑红梅,孙鹏程,等. 中药灌肠技术治疗腹腔镜术后胃肠功能障碍 1 例的护理[J]. 中西医结合护理, 2022, 8(2): 60-63.
LIU S S, ZHENG H M, SUN P C, et al. Nursing management of a patient receiving Chinese herbal medicine enema treatment for gastrointestinal dysfunction after laparoscopy [J]. Chin J Integr Nurs, 2022, 8(2): 60-63. (in Chinese)
- [6] 郑乃花,王佳敏,李野,等. 1 例重症急性胆源性胰腺炎患者的医护一体化中医护理查房案例[J]. 中西医结合护理, 2023, 9(9): 10-17.
ZHENG N H, WANG J M, LI Y, et al. Traditional Chinese medicine nursing rounds based on integration of medical care model for a patient with severe acute biliary pancreatitis [J]. Chin J Integr Nurs, 2023, 9(9): 10-17. (in Chinese)
- [7] 钱晶,石福霞,孟思璠,等. 通调平衡针刺法治疗非手术肠梗阻的疗效研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2023, 30(1): 84-86.
QIAN J, SHI F X, MENG S F, et al. Study on therapeutic effect of Tongtiao balance acupuncture on non-surgical intestinal obstruction [J]. Chin J Integr Tradit West Med Intensive Crit Care, 2023, 30(1): 84-86. (in Chinese)
- [8] 吴兵,黄鸿菲,任斌. 老年急性肠梗阻保守治疗与手术治疗研究进展[J]. 老年医学与保健, 2024, 30(2): 560-564.
WU B, HUANG H F, REN B. Research progress on conservative and surgical treatment of acute intestinal obstruction in the elderly [J]. Geriatr Health

- Care, 2024, 30(2): 560–564. (in Chinese)
- [9] 马奎, 费奉龙. 2011—2013年武汉市食品及公共场所从业人员体检结果分析[J]. 职业卫生与病伤, 2015, 30(5): 272–275.
MA K, FEI F L. Analysis of physical examination results of food and public jobholder in Wuhan City, 2011–2013[J]. J Occup Health Damage, 2015, 30(5): 272–275. (in Chinese)
- [10] 宋继红, 陈爱茹, 周张璩. 肠梗阻患者术后切口感染病原菌及危险因素调查分析[J]. 四川解剖学杂志, 2020, 28(2): 176–177.
SONG J H, CHEN A R, ZHOU Z L. Investigation and analysis of pathogenic bacteria and risk factors of postoperative incision infection in patients with intestinal obstruction [J]. Sichuan J Anat, 2020, 28(2): 176–177. (in Chinese)
- [11] 李玉平, 翟海英, 杨长福. “肺与大肠相表里”理论的研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2024, 30(2): 336–341.
LI Y P, ZHAI H Y, YANG C F. The study of the theory of “lung and large intestine in the surface” [J]. J Basic Chin Med, 2024, 30(2): 336–341. (in Chinese)
- [12] 罗成, 叶远航, 盛国光, 等. 中医药治疗重症肺炎的研究进展[J]. 中国中医急症, 2023, 32(5): 929–932.
LUO C, YE Y H, SHENG G G, et al. Research progress in the treatment of severe pneumonia by traditional Chinese medicine [J]. J Emerg Tradit Chin Med, 2023, 32(5): 929–932. (in Chinese)
- [13] 龙须, 刘涛, 张欢, 等. 基于“肺与大肠相表里”探讨“肺病治肠”与肠道微生物的关系[J]. 江西中医药大学学报, 2023, 35(6): 12–15, 19.
LONG X, LIU T, ZHANG H, et al. Exploring the relationship between “lung disease treatment from the large intestine” and gut microbiota based on the theory of “the external and internal aspects of lung and large intestine” [J]. J Jiangxi Univ Chin Med, 2023, 35(6): 12–15, 19. (in Chinese)
- [14] 廖荣鑫, 饶秀珍, 吴名波, 等. 肺病治肠理论在铜绿假单胞菌肺炎诊治的应用研究[J]. 云南中医中药杂志, 2019, 40(8): 18–20.
LIAO R X, RAO X Z, WU M B, et al. Application study of pulmonary disease therapy theory in diagnosis and treatment of pseudomonas aeruginosa pneumonia [J]. Yunnan J Tradit Chin Med Mater Med, 2019, 40(8): 18–20. (in Chinese)
- [15] 韩正阳, 周永坤. 中医治疗肠梗阻文献述评[J]. 新中医, 2018, 50(6): 39–41.
HAN Z Y, ZHOU Y K. Literature review on Chinese medicine for intestinal obstruction [J]. J New Chin Med, 2018, 50(6): 39–41. (in Chinese)
- [16] 蒋楠. 中药保留灌肠在肠梗阻患者应用中的效果评价[J]. 黑龙江医学, 2020, 44(11): 1499–1501.
JIANG N. Evaluation of the effect of retention enema with traditional Chinese medicine in patients with intestinal obstruction [J]. Heilongjiang Med J, 2020, 44(11): 1499–1501. (in Chinese)
- [17] 王惠洁. 穴位贴敷治疗粘连性肠梗阻41例[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2016, 22(1): 66–67.
WANG H J. Treatment of 41 cases of adhesive intestinal obstruction by acupoint application [J]. Chin J Surg Integr Tradit West Med, 2016, 22(1): 66–67. (in Chinese)
- [18] 刘东林, 王宏伟, 李超. 气汤化裁穴位贴敷对术后早期炎性肠梗阻患者肠黏膜功能、微炎症反应状态的影响[J]. 世界中医药, 2019, 14(10): 2771–2774, 2778.
LIU D L, WANG H W, LI C. Effects of intestinal mucosa function and micro inflammatory state for treating early postoperative inflammatory ileus patients with acupoint sticking of modified Chengqi Decoction [J]. World Chin Med, 2019, 14(10): 2771–2774, 2778. (in Chinese)
- [19] 李娇, 邓玉玲, 文肖. 老十针配合穴位注射治疗老年不完全性肠梗阻临床观察[J]. 光明中医, 2022, 37(21): 3936–3939.
LI J, DENG Y L, WEN X. Study on the therapeutic effect of experienced ten acupoints combined with acupoint injection in treating senile incomplete intestinal obstruction [J]. Guangming J Chin Med, 2022, 37(21): 3936–3939. (in Chinese)
- [20] 方剑萍. 中药鼻饲治疗急性肠梗阻38例[J]. 江苏中医, 2001, 33(6): 23.
FANG J P. Treatment of 38 cases of acute intestinal obstruction by nasal feeding with traditional Chinese medicine [J]. Jiangsu J Tradit Chin Med, 2001, 33(6): 23. (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。