

中药灌肠联合循经摩腹在肠梗阻里热内结证患者护理中的应用效果评价

洪改弟 魏爱红 张亚锋 张德娟

甘肃省中医院, 甘肃兰州, 730050;

摘要: 目的: 探究中药灌肠联合循经摩腹护理干预在肠梗阻里热内结证患者中的临床应用效果, 为中医特色护理在肠梗阻临床护理中的推广应用提供参考依据。方法: 选取2024年10月至2025年10月我院收治的40例肠梗阻里热内结证患者为研究对象, 采用随机数字表法分为对照组与实验组, 各20例。对照组实施肠梗阻常规西医护理, 实验组在对照组基础上给予中药灌肠联合循经摩腹中医特色护理。对比两组患者临床症状缓解时间、中医证候积分、临床治疗总有效率及护理满意度, 数据采用SPSS22.0统计学软件处理, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 行t检验, 计数资料以[n(%)]表示, 行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。结果: 实验组患者腹痛腹胀缓解时间、首次排气排便时间、肠鸣音恢复时间均短于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后实验组中医证候积分低于对照组, 临床总有效率(95.00%)高于对照组(75.00%), 护理满意度(100.00%)高于对照组(80.00%), 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 中药灌肠联合循经摩腹护理应用于肠梗阻里热内结证患者, 可快速缓解临床症状, 改善中医证候, 提升临床疗效与护理满意度, 契合中医“通腑泄热、行气散结”的治疗理念, 值得临床推广。

关键词: 肠梗阻; 里热内结证; 中药灌肠; 循经摩腹; 中医护理; 临床效果

DOI: 10.69979/3029-2808.26.04.042

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年10月至2025年10月我院普外科、中医科收治的40例肠梗阻里热内结证患者为研究对象, 纳入后采用随机数字表法均分两组, 每组20例。对照组中男12例, 女8例; 年龄12~78岁, 平均(46.35 ± 10.26)岁; 病程6~48h, 平均(22.58 ± 7.31)h; 不完全性肠梗阻15例, 完全性肠梗阻5例。实验组中男11例, 女9例; 年龄10~80岁, 平均(45.89 ± 11.03)岁; 病程5~46h, 平均(21.96 ± 7.54)h; 不完全性肠梗阻16例, 完全性肠梗阻4例。两组患者在性别、年龄、病程、肠梗阻类型等一般资料方面对比, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会审核批准, 所有患者及家属均知情同意并签署知情同意书。

1.2 病例选择标准

1.2.1 西医诊断标准

参照《肠梗阻诊断治疗指南》相关标准, 患者存在

腹痛、腹胀、呕吐、停止排气排便等典型症状, 腹部查体可见肠鸣音亢进或减弱, 腹部X线、CT检查提示肠管扩张、气液平面, 确诊为肠梗阻。

1.2.2 中医辨证标准

参照《中医病证诊断疗效标准》, 辨证为里热内结证: 主症为腹部胀痛拒按、痞满不适, 大便秘结或不通, 潮热口渴; 次症为口苦咽干、恶心呕吐、小便短赤; 舌红苔黄燥, 脉滑数或洪数。

1.2.3 纳入标准

符合上述西医诊断与中医里热内结证辨证标准; 年龄10~80岁; 自愿参与本研究, 依从性良好; 无严重心、肝、肾等脏器功能障碍, 无肠道穿孔、肿瘤等手术禁忌证。

1.2.4 排除标准

合并肠道恶性肿瘤、肠扭转、肠套叠等需急诊手术治疗的肠梗阻患者; 对本研究中药方剂成分过敏者; 精神疾病、认知障碍无法配合护理干预者; 妊娠及哺乳期女性; 临床资料不全者。

1.3 方法

1.3.1 对照组：常规西医护理

对照组患者实施肠梗阻常规护理干预，具体内容如下：①病情监测：严密监测患者生命体征、腹痛腹胀程度、呕吐情况及肠鸣音变化，记录24h出入量，警惕休克、肠坏死等并发症；②禁食禁水与胃肠减压：遵医嘱给予禁食、胃肠减压处理，保持胃管通畅，观察引流液颜色、性状及量，及时清理引流物；③常规生理盐水经灌肠袋灌肠；④补液支持：建立静脉通路，遵医嘱补充水电解质、营养物质，纠正酸碱失衡与脱水状态；⑤体位护理：协助患者取半卧位，减轻腹部张力，缓解腹胀不适，定时翻身预防压疮；⑥健康宣教：向患者及家属讲解肠梗阻发病原因、护理要点及注意事项，缓解其焦虑情绪，提升治疗配合度。

1.3.2 实验组：常规护理+中药灌肠联合循经摩腹护理

实验组在对照组常规西医护理基础上，加用中药灌肠联合循经摩腹中医特色护理，具体操作如下：

中药灌肠护理：选取院内制剂健胃清肠合剂，有通腑泄热、行气散结、清热解毒之效。将药液温度控制在38~40℃，灌肠时协助患者取左侧卧位，抬高臀部10cm，改变传统肛管灌肠，采用创新胃管灌肠，缓慢注入中药液，注药完毕协助患者尽量保持左侧卧位30~60min，避免药液溢出。灌肠过程中密切观察患者反应，若出现腹痛加剧、心慌等不适，立即停止操作并对症处理。

循经摩腹护理：遵循中医经络理论，选取足阳明胃经、足太阴脾经、任脉等腹部相关经络，以通腑行气、调理肠胃为原则实施摩腹。患者取仰卧位，护理人员洗净双手、搓热掌心，第一步先进行气息导引，使患者意念集中；第二步重点按揉天枢、大横、中脘等穴位，每穴按揉20次；第三步，以肚脐为中心，沿顺时针方向

轻摩腹部，力度轻柔均匀，遵循经络走行循经按摩；第四步，再次进行气息导引后结束操作，该操作患者未解除症状前每日一次。摩腹时注意询问患者感受，力度以患者耐受为宜，避免用力过猛损伤腹部脏器。

1.4 观察指标

(1) 临床症状缓解时间：记录两组患者腹痛腹胀缓解时间、首次排气时间、首次排便时间、肠鸣音恢复正常时间，对比症状改善速度。

(2) 中医证候积分：参照中医证候评分标准，对腹痛腹胀、大便不通、口渴口苦、恶心呕吐等证候进行评分，无症状计0分，轻度计1分，中度计2分，重度计3分，总分越高表示中医证候越严重，分别于干预前、干预7d后评估。

(3) 临床疗效判定：痊愈：临床症状完全消失，排气排便恢复正常，腹部影像学检查无异常；有效：临床症状明显缓解，排气排便基本恢复，腹部影像学检查好转；无效：临床症状无改善甚至加重，需转为手术治疗。总有效率=(痊愈+有效)/总例数×100%。

(4) 护理满意度：采用我院自制护理满意度调查问卷，于干预结束后发放给患者及家属，分为非常满意、满意、不满意三个等级，满意度=(非常满意+满意)/总例数×100%。

1.5 统计学处理

采用SPSS22.0统计学软件对数据进行分析处理。

2 结果

2.1 两组临床症状缓解时间对比

实验组各项临床症状缓解时间均显著短于对照组，组间差异有统计学意义($P<0.05$)，详见表1。

表1 两组临床症状缓解时间对比($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	腹痛腹胀缓解时间(h)	首次排气时间(h)	首次排便时间(h)	肠鸣音恢复时间(h)
对照组	20	48.26±8.52	56.39±9.47	72.45±10.36	36.58±7.24
实验组	20	26.13±6.47	32.51±7.62	45.32±8.79	20.24±5.16
t值	-	9.254	9.017	8.863	8.729
P值	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组中医证候积分、临床疗效及护理满意度对比

干预前两组中医证候积分差异无统计学意义($P>0.$

05)；干预后两组积分均降低，且实验组低于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。实验组临床总有效率、护理满意度均高于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)，详见表2。

表2 两组中医证候积分、临床疗效及护理满意度对比

组别	例数	干预前中医证候积分(分)	干预后中医证候积分(分)	临床总有效率[n(%)]	护理满意度[n(%)]
对照组	20	9.65±1.83	5.24±1.36	15(75.00)	16(80.00)
实验组	20	9.71±1.79	2.18±0.92	19(95.00)	20(100.00)
t/χ ² 值	-	0.126	8.572	4.329	4.444
P值	-	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

肠梗阻是临床常见急腹症,中医将其归属于“肠结”“关格”范畴,核心病机为肠道气机阻滞、腑气不通,里热内结证是临床常见证型,多因饮食不节、外感邪热、情志失调等导致胃肠积热、腑气闭阻,进而出现腹痛腹胀、大便不通、潮热口渴等症^[1]。中医治疗本病秉持“通则不痛”的核心原则,以通腑泄热、行气散结、调理胃肠气机为主要治法,通过外治与护理结合的方式,直达病所、快速起效,避免口服药物加重胃肠负担,契合肠梗阻患者禁食禁水的治疗需求。

常规西医护理虽能通过胃肠减压、补液支持等措施维持患者生命体征、缓解基础症状,但针对肠道气机阻滞、里热内结的核心病机缺乏针对性干预,症状缓解速度较慢,临床疗效有限^[2]。本研究中,实验组在常规护理基础上联合中药灌肠与循经摩腹中医特色护理,取得了更优的临床效果。中药灌肠是中医外治法的经典手段,选用院内自制健胃清肠合剂,该药兼有软坚润燥、泻热通便,行气消胀的功效,精准契合里热内结证病机^[3]。药液经肠道直接给药,无需经过胃肠道吸收,采用改良胃管灌肠,较传统肛管灌肠部位更精准,可快速作用于梗阻部位,疏通肠管、泄热散结,促进胃肠蠕动恢复,同时避免加重胃肠负担,安全性较高。

循经摩腹护理依托中医经络学说,在辨证的基础上通过循经按摩腹部经络与穴位,调理脾胃气机、通腑行气。腹部为六腑之所,任脉、胃经、脾经循行于此,天枢穴为大肠募穴,可调理肠道气机;中脘穴为胃之募穴,能和胃健脾、理气消胀^[4]。顺时针循经摩腹顺应肠道走行,配合穴位按揉,能进一步增强肠道蠕动,辅助中药灌肠发挥通腑泄热之效,二者联合使用,内外同治、相辅相成,实现“1+1>2”的护理效果。

从本研究数据来看,实验组腹痛腹胀、排气排便等症状缓解时间显著短于对照组,干预后中医证候积分更

低,临床总有效率与护理满意度更高,充分证实中药灌肠联合循经摩腹护理可快速改善肠梗阻里热内结证患者临床症状,调节胃肠功能,提升治疗效果与护理服务质量^[5]。该护理模式充分发挥中医特色优势,操作简便、安全性高、患者依从性好,既能针对性解决里热内结、腑气不通的核心病机,又能配合西医常规护理实现标本兼顾,有效缩短病程、减少并发症发生风险,助力患者快速康复。

综上,中药灌肠联合循经摩腹护理干预应用于肠梗阻里热内结证患者,临床效果显著,可有效缓解症状、改善中医证候、提升患者满意度,符合中医辨证施护理念,为肠梗阻中医特色护理提供了可靠的临床依据,值得在临床护理工作中进一步推广应用。后续可扩大样本量、延长研究周期,深入探究该护理模式的作用机制,优化护理方案,提升临床应用价值。

参考文献

[1] 吴文杰,胡响当,李磊磊,等. 术后早期炎性肠梗阻中药灌肠组方用药规律数据挖掘研究[J]. 中国肛肠病杂志,2026,46(02):15-18.

[2] 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(01):189-196. DOI:10.13194/j.issn.1673-842X.2026.01.031.

[3] 亓蕾. 中药灌肠加穴位贴敷中医特色护理在肠梗阻中的应用[J]. 当代医药论丛,2025,23(09):157-160.

[4] 王小燕,徐婧,黄丽敏,等. 中药灌肠联合针灸疗法在泌尿系统肿瘤患者术后肠梗阻中应用效果评价[J]. 黑龙江中医药,2025,54(01):104-105.

[5] 孙光伟,向生霞,郭耀光,等. 针刺联合中药灌肠治疗晚期卵巢癌合并不完全性小肠梗阻的疗效分析[J]. 四川中医,2023,41(08):155-158.