

# 中药热熨敷综合护理干预不完全性肠梗阻常见症状的临床研究

张德娟<sup>1</sup> 徐瑞<sup>2</sup> 张亚锋<sup>1</sup> 全荟颖<sup>1</sup> 张晓岚<sup>1\*</sup>

1. 甘肃省中医院 甘肃兰州 730050

2. 甘肃省中医药大学 甘肃兰州 730000

**摘要:**目的 观察中药热熨敷综合护理对不完全性肠梗阻常见症状的干预作用。方法 选取2022年3月~2023年12月因不完全性肠梗阻在甘肃省中医院普外科住院保守治疗患者60例,随机分为观察组、对照组各30例。观察组在常规非手术治疗的基础上应用中药热熨敷综合护理进行干预,对照组在常规非手术治疗的基础上应用中药封包治疗。观察两组患者24h内肛门首次排气排便时间、腹胀评分、腹痛视觉模拟评分并进行临床疗效评价。结果 观察组首次排气排便时间在12h内;腹胀、腹痛程度及临床疗效均优于对照组, $P < 0.05$ ,两组差别有显著意义。结论 应用中药热熨敷综合护理对不完全性肠梗阻常见症状的干预效果明显,值得在临床推广应用。

**关键词:** 中药热熨敷; 不完全性肠梗阻; 综合护理

肠内容物不能正常运行或通过发生障碍时,称为肠梗阻<sup>[1]</sup>。其中梗阻程度较轻者,称为不完全性肠梗阻,多由术后粘连,进食异常,良恶性肿瘤引起<sup>[2]</sup>。主要症状为腹痛腹胀,恶心呕吐,停止排气排便,是腹部外科常见疾患<sup>[3]</sup>。治疗原则是纠正因肠梗阻所引起的全身生理紊乱和解除梗阻,常见的保守治疗方法有持续胃肠减压、禁食禁饮、补充水电解质和维生素等<sup>[4]</sup>。中药热熨敷为传统中医疗法,距今已有2000多年历史。《内经》中所述“熨”法即指热敷法,是将根据一定比例调配后的中药装入布袋后加热至一定温度,利用温热之力使药性通过体表透入经络,血脉,从而达到温经通络,行气活血、散寒止痛等作用的一种外治方法<sup>[5]</sup>。甘肃省中医院普外科在传统中药封包治疗的基础上进行理论支持和技术操作方面的拓展和改良,中药热熨敷综合护理在治疗前端络经脉,循经选穴;治疗时外络肢节,内联脏腑;治疗后配合行走运动,运用中医情志护理之开导法及五行音乐疗法并进行相关数据记录分析,该综合护理方法在干预不完全性肠梗阻常见症状方面取得满意效果,现汇报如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

本研究选取选择2022年3月~2023年12月入住甘肃省中医院普外科不完全性肠梗阻患者60例,随机分为观察组与对照组各30例。其中男性31例,年龄 $(43.16 \pm 17.26)$ 岁,女性29例,年龄 $(42.15 \pm 15.08)$ 岁;两组患者之间基

本资料的差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 纳排标准

纳入标准:①符合外科学不完全性肠梗阻诊断标准;②因肠外或肠管自身原因造成粘连、狭窄、梗阻;③因手术造成梗阻的治疗部位皮肤恢复在手术后3个月以上;④BMI值为18~23;⑤知情并配合中药热熨敷护理。

排除标准:①不符合外科学不完全性肠梗阻诊断标准;②新发腹腔肿瘤及肿瘤晚期患者;③存在腹腔感染、肝肾功能障碍等;④意识不清或昏迷的患者;⑤治疗部位有皮肤破溃、不明肿块或有出血倾向者;⑥严重过敏体质,感觉神经功能障碍的患者;⑦妊娠期患者。

### 1.3 研究方法

#### 1.3.1 对照组

采用常规非手术治疗。禁食水、胃肠减压、补充液体及纠正电解质紊乱、酸碱平衡失调;给予患者镇静、止痛、解痉药物;给予抗感染治疗,应用广谱抗生素,并联合应用针对厌氧菌的抗生素;营养支持治疗的基础上应用中药封包腹部热敷治疗,每次40分钟,每日3次。

#### 1.3.2 观察组

在常规非手术治疗的基础上采用中药热熨敷综合护理干预。1.操作前做好护理评估:①当前主要症状临床表现、既往史及药物过敏史;②协助患者取舒适平卧位,屏风遮挡暴露热熨敷部位,室内保持温暖无风,检查治疗部位皮肤无

破溃、不明肿块,测试皮肤温度感觉功能正常;③望舌辨证施护(虚、实、寒、热)决定补泻手法;2.操作中端络经脉,循经选穴。依照经络所过主治所及的思路,根据经络的循行路线在补或泻手法的基础上循患者任脉、足阳明胃经、足太阴脾经、足厥阴肝经进行推熨手法,联合掌熨神阙、摩熨天枢、大横、腹结、足三里、三阴交11个穴位,行推熨护理时治疗部位注意保暖,忌汗出当风,行热敷护理时毛巾垫应折叠平整,使热量均匀透入并及时更换毛巾衬垫保持治疗温度,温度以患者能耐受为限,注意查看皮肤对热的反应,防止发生烫伤。3.治疗后嘱患者卧床休息15~30分钟,期间使用闭穴手法,以操作者或患者手掌虚盖在腹部治疗部位1分钟,助力气的液化促进毒素排泄。4.在热敷护理期间配合督促患者下床步行运动至少每日3次,每次15~30分钟,行走的患者配合开穴手法,嘱患者用手隔着毛巾使用拍法,促进热力渗透,气血疏通。具体做法:建立患者每日运动打卡信息化平台,将活动参与二维码张贴在病区过道患者方面看到和操作的地方,嘱患者在每次开始运动前手机扫码生成运动开始时间,运动结束后再次扫码生成结束时间,此时系统会自动结束患者单次运动时长,平台会自动在管理者界面显示参与步行运动的患者人数并每24h生成当日患者参与次数排名,将参与次数最多坚持每日步行运动的患者评选为运动达人,给予小红花奖励,鼓励更多的患者参与。5.情志护理由于病程迁延不愈,患者焦虑不安,因此心理护理尤其重要。运用中医情志护理之开导法,向病人讲解不完全性肠梗阻的基本知识,使其了解所患疾病的发生、发展及治疗护理的情况,如不及时治疗,就会贻误病情,开导患者遵医嘱配合治疗,懂得自我调养,保持乐观积极的态度。6.五行音乐疗法:不完全性肠梗阻病位在脾、胃、肠,根据五音与五脏的关系及子午流注顺序,我们选择宫调音乐如《清平乐》《十面埋伏》《梅花三弄》等在早上5时~7时手阳明大肠经流注时间和中午13时~15时手太阳小肠经流注时间为患者进行播放,促进患者机体气机条达,气血调和,脏腑功能逐步恢复。

#### 1.4 观察指标

1.4.1 热敷敷护理后患者肛门首次排气时间及首次排便时间。

1.4.2 腹胀评分(0分:无腹胀;1分:轻度腹胀,1~2次/d;2分:中度腹胀,3~5次/d;3分:重度腹胀,>6次/d)。

1.4.3 腹痛视觉模拟评分法(visual analogue scale,VAS)评分:(0分:无痛;10分:剧痛,无法忍受,临床评定以0~2分为优,3~5分为良,6~8分为可,>8分为差。)

1.4.4 临床疗效评定:具体治疗效果分为显效、有效和无效三个等级,患者在治疗以后临床症状明显消失,感觉良好,那么为显效;患者在治疗以后临床症状基本消失,患者感觉好转,那么为有效;如果患者在治疗以后临床症状依然存在,患者感觉一般甚至更差,那么为无效。

1.4.5 舒适状况量表(GCQ):量表涵盖环境、生理、心理及社会文化共4个维度28个条目,总分28~112分,评分越高则舒适度越高。

#### 1.5 统计学方法

采用SPSS25.0软件统计对数据进行处理,经过对数据的分布特点进行检验,符合正态分布数据,采用均值±标准差,采用独立样本t检验。计数资料用率和构成比(%)描述,采用卡方检验。检验水准 $\alpha=0.05$ , $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

### 2 结果

#### 2.1 两组患者一般资料比较

两组患者的基线资料差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。见表1。

表1 两组基线资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄( $\bar{x}\pm s$ )岁	BMI( $\bar{x}\pm s$ )
		男	女		
对照组	30	16	14	(43.16±17.26)	21.75±1.5
观察组	30	15	15	(42.15±15.08)	21.76±1.2
t/ $\chi^2$ 值		-0.254		-1.289	-0.362
P值		0.800		0.203	0.683

#### 2.2 两组患者胃肠功能恢复时间比较

两组患者经不同干预后,试验组患者首次排气排便时间短于对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),见表2。

表2 两组患者胃肠功能恢复时间比较( $\bar{x}\pm s$ )时

组别	例数	首次排气时间	首次排便时间
对照组	30	11.27±3.46	15.33±2.23
观察组	30	5.23±2.68	11.67±3.20
t值		5.119	2.392
P值		0.000	0.021

### 2.3 两组干预后腹胀程度比较

两组患者经不同干预后, 试验组患者腹胀程度轻于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 3。

表 3 两组患者腹胀程度比较 [n(%)]

组别	例数	无腹胀	轻度腹胀	中度腹胀	重度腹胀
对照组	30	12 (40.00)	10 (33.33)	6 (20.00)	2 (6.67)
观察组	30	19 (63.33)	9 (30.00)	2 (6.67)	0 (0.00)
Z					-2.161
P					0.031

### 2.4 两组干预后腹痛程度比较

两组患者经不同干预后, 试验组患者腹痛程度轻于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 4。

表 4 两组患者腹痛程度比较 [n(%)]

组别	例数	优	良	可	差
对照组	30	16 (53.33)	10 (33.33)	2 (6.67)	2 (6.67)
观察组	30	23 (76.67)	6 (20.00)	1 (3.33)	0 (0.00)
Z					-1.988
P					0.047

### 2.5 两组干预后临床疗效比较

两组患者干预后试验组有效率为 93.34%, 对照组有效率为 73.34%, 疗效比较采用秩和检验,  $P < 0.05$ , 差异具有统计学意义, 表明试验组疗效更佳。见表 5。

表 5 两组临床疗效比较 [n(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	有效率
对照组	30	2(6.66)	8(26.66)	12(40.00)	8(26.66)	73.34
试验组	30	6(20.0)	11(36.66)	11(36.66)	2(6.66)	93.34
Z						-2.131
P						0.036

### 2.6 两组患者舒适量表得分比较

两组患者经过不同干预后, 试验组患者舒适评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 6。

表 6 两组患者舒适量表评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	例数	舒适量表得分	
		干预前	干预后
对照组	30	70.87 $\pm$ 4.93	85.83 $\pm$ 4.34
试验组	30	72.97 $\pm$ 2.16	95.77 $\pm$ 4.76
z 值		1.018	3.336
P 值		0.314	0.001

## 3 讨论

中医认为不完全性肠梗阻多属“肠结”等范畴<sup>[6,7]</sup>, 大肠传导功能失常、气机升降失调是其主要病机<sup>[8]</sup>。脾胃为气机升降的枢纽, 脾胃功能正常, 清气才能正常上升, 浊气才能正常下降。肠梗阻属于本虚标实之证, 本虚为脾胃亏虚, 脾为后天之本, 运化水谷化生的精微之气, 供给脏腑所需营养。脾胃一旦亏虚, 则气血生化无源, 脏腑失于传导; 标实瘀血、痰浊、寒凝、热结等因素导致肠道气机不通畅, 糟粕部分无法传出<sup>[9-11]</sup>。根据辨证施护的原则, 应当以益气健脾、通畅气机、活血化瘀、行气止痛、泄浊通腑为疗法

中药热熨敷为中医外治疗法, 治疗时外络肢节, 内联脏腑, 充分发挥中医整体观念辨证施护理论<sup>[12]</sup>。中药热熨敷在患者体表进行干预, 借助热力, 传导药性进入深层组织, 促进血液循环, 改善气血运行, 发挥调整脏腑、活血行气的功效<sup>[13]</sup>。本研究所用中药包内含苏子、白芥子、莱菔子、吴茱萸子。苏子味辛, 性温, 归肺、大肠经, 具有下气清痰、润肺宽肠的功效<sup>[14]</sup>; 白芥子味辛, 性温, 归肺、大胃经, 有温肺豁痰利气之功效<sup>[15]</sup>; 莱菔子味辛, 性平, 归脾、胃、肺经, 有消食除胀, 降气化痰之功效<sup>[16]</sup>。《本草纲目》中描述道“下气定喘, 治痰; 消食除胀, 利大小便, 止气痛。”研究发现, 莱菔子不仅可以改变环核苷酸门控离子通道, 也可升高大鼠胃饥饿素, 从而促进胃肠动力<sup>[17]</sup>。吴茱萸味辛, 性热, 具有散寒止痛、降逆止呕之功效<sup>[18]</sup>。有研究表明, 莱菔子和吴茱萸联合应用有利于兴奋迷走神经, 胃肠激素分泌增加, 促进胃肠功能恢复<sup>[19]</sup>。神阙穴为冲、任、督三经气会聚之处, 通过奇经八脉与十二经脉相通, 继而与五脏相通, 有健运脾胃、培元固本之效, 与脾胃关系最为密切<sup>[20]</sup>。研究表明吴茱萸热熨敷神阙穴可提高血浆胃动素在其血液中的浓度, 促进肠蠕动, 加速排气排便<sup>[21]</sup>。天枢穴属足阳明胃经, 是气机升降之枢纽, 可清导浊滞, 有调和胃肠、理气畅达之效<sup>[22]</sup>。足三里属足阳明胃经, 有调理脾胃、通经活络、疏风化湿、扶正祛邪之效<sup>[23]</sup>。刺激足三里穴位有利于促进胃肠道蠕动, 并且增强消化酶活力, 加速排气排便<sup>[24]</sup>。腹结、大横、三阴交均属足太阴脾经, 腹结可健脾和胃, 理气调肠; 大横可调理肠胃, 温中散寒; 三阴交可活血调经, 益气健脾, 摩熨上述穴位, 可有效促进肠蠕动, 缓解腹胀、腹痛。有五行音乐疗法是中医基础理论与音乐治疗的结合, 运用音乐来调治疾病<sup>[25]</sup>。《金匱真言论》把宫、商、角、徵、

羽等五声音阶与人的五脏(脾、肺、肝、心、肾)和五志(思、忧、怒、喜、恐)相联系<sup>[26]</sup>。宫调对应着脾,可以改善脾胃的运化功能,促进消化系统,滋补气血。并且能够安定情绪,使患者免于哀思,重拾战胜疾病的信心。

本研究中中药热熨敷不仅具有热力和药力双重作用,利用热力将中药有效成分经皮透入,并且循任脉、足阳明胃经、足太阴脾经、足厥阴肝经进行推熨手法,掌熨神阙,摩熨天枢、大横、腹结、足三里、三阴交等穴位,动静结合,激发经络之气,将药力渗透经络,迅速达到病灶,调动机体正气,扶正祛邪,可到达调整胃肠气机,增加胃肠动力及减少胃肠负担的目的。在治疗期间,于卯时和未时大肠经和小肠经活跃时给予患者宫调音乐,宫音入脾,调节脾胃之气的升降。宫音治疗可促进血浆胃动素分泌,血浆胃动素是胃肠运动兴奋性调节的重要因素,诱发胃和小肠强烈收缩,清除胃肠内容物<sup>[27]</sup>。并且在热熨敷结束后,用掌虚盖在腹部治疗部位1分钟,有利于助力气的液化,促进毒素排泄。此外,配合下床步行运动,行走期间配合开穴手法,用手隔着毛巾使用拍法,有利于热力渗透,气血疏通。该病由于病程迁延不愈,在综合护理过程中更要注重情志护理,关注病人情绪,与病人正面交流,进行积极的心理调节。

本研究给予试验组的中药热熨敷综合护理以国家中医药管理局优势病种中医护理方案为指导,从不完全性肠梗阻疾病名称、证候分型、中医适宜技术干预、步行运动护理、情志护理和五行音乐疗法六个方面对患者疾病的常见症状进行综合护理干预,干预后试验组首次排气排便时间短于对照组,腹痛腹胀缓解程度及舒适度均优于对照组,差异有统计学意义,与李秀声<sup>[28]</sup>结论一致。可见,中药热熨敷综合护理治疗不完全性肠梗阻患者临床恢复效果显著,在缩短住院时间,节约住院费用方面起到了积极的作用,并且患者的满意度和依从性都有所提高。

综上所述,不完全性肠梗阻患者在常规治疗的基础上给予中药热熨敷综合护理可有效缓解患者的腹胀、腹痛程度,提高舒适度,加快康复进程,改善患者生活质量,有临床推广价值和推广优势。

#### 参考文献:

[1] 钟鉴宏,苏家勇,马良. 术后肠梗阻的研究现状与展望[J]. 中华全科医学, 2023,21(09):1576-1580.  
[2] 刁国龙,严胜利,王军省. 不完全性肠梗阻临床研究

进展[J]. 新疆中医药, 2021,39(02):110-111.

[3] 罗林山,张威,刘全林等. 不完全性肠梗阻的中医药治疗进展[J]. 中国肛肠病杂志, 2022,42(09):70-71.

[4] 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(05):338-340.

[5] 孙秋华. 中医护理学基础[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2022-06: 295-296.

[6] 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(03):32-35.

[7] 刘立德,李生财,何桥. 基于肠黏膜生物屏障的不完全性肠梗阻的中医治疗进展[J]. 中医临床研究, 2022,14(30):10-13.

[8] 王晓鸽,李合国,许二平等. 基于“塞因塞用”法辨治不完全性肠梗阻[J]. 辽宁中医杂志, 2023,50(12):42-44.

[9] 毛宇湘,盖红肖,魏美美等. 不完全性肠梗阻从浊毒论治[J]. 湖南中医药大学学报, 2018,38(02):190-192.

[10] 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性肠梗阻[J]. 吉林中医药, 2023,43(04):385-388.

[11] 张楠,尤建良. 尤建良治疗癌症术后气虚型不完全性肠梗阻经验[J]. 河南中医, 2019,39(11):1683-1686.

[12] 方颖,张丽平,张芳等. 中医外治不完全性肠梗阻的研究进展[J]. 中国疗养医学, 2023,32(01):24-27.

[13] 任姿涯,马小琴,程思诗. 中药热熨敷在我国临床护理应用的文献计量学研究[J]. 护理管理杂志, 2018,18(07):494-497.

[14] 李蕾,苏晓琳,郑菲等. 苏子降气汤联合喜炎平治疗痰浊壅肺型 COPD 急性发作期患者的临床观察[J]. 川北医学院学报, 2023,38(06):802-805.

[15] 陈科旭,李秀敏,苗明三. 基于数据挖掘的白芥子临床外用特点分析[J/OL]. 世界中医药, 1-5.

[16] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典(一部)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2020:284.

[17] 贾蕾,阴启明,李运伦等. 莱菔子化学成分及药理作用研究概况[J]. 山东中医药大学学报, 2023,47(06):805-811.

[18] 翟惠奇,褚庆民,李荣. 汉唐医籍中吴茱萸类方辨治心力衰竭的学术思想探析[J]. 中国中医急

症,2023,32(12):2203-2206.

[19] 潘慧琦,戴顺姿. 莱菔子、吴茱萸热敷联合营养支持对剖宫产产妇的影响[J]. 医学理论与实践,2023,36(24):4283-4285.

[20] 李芷君,纪荣,闫超群等. 神阙穴位按摩治疗慢性疲劳综合征:随机对照试验[J]. 中国针灸,2024,44(01):67-70.

[21] 刘畅. 消胀贴神阙穴贴敷治疗脓毒症胃肠功能障碍的临床研究[D]. 中国中医科学院,2016.

[22] 李紫明,陈坚义,孙爽等. 浅析天枢穴之枢机作用[J]. 中国针灸,2020,40(12):1319-1321.

[23] 陈有平,洪嘉辉. 针刺足三里联合小承气汤加减疗法对不完全性肠梗阻患者临床研究[J]. 中国医药科学,2023,13(23):118-121+137.

[24] 汪金娇,师建慧,李永坤. 内关穴和足三里穴位刺激对腹腔镜结直肠癌根治术麻醉及术后胃肠功能的影响[J]. 中华中医药学刊:1-9.

[25] 黄梦文,吕品,曾静等. 音乐疗法防治疾病机理及优势病种应用探析[J]. 辽宁中医药大学学报,2023,25(06):101-105.

[26] 赵任杰,李丽,马慧芬等. 五行音乐疗法及其择时应用探析[J]. 山东中医杂志,2024,43(02):122-127.

[27] 黄文珍. 宫音治疗对早产儿早期生长影响的临床研究[D]. 广州中医药大学,2011.

[28] 李秀声,蔡晓静,黎丽. 中药热熨联合西医治疗小儿不完全性肠梗阻的效果[J]. 妇儿健康导刊,2023,2(15):61-63.

#### 作者简介:

张德娟(1979—),女,学历:大学本科 职称:副主任护师,硕士研究生导师,全国中医护理骨干,研究方向:中医外科护理及护理管理。

通讯作者:张晓岚(1971—),女,学历:硕士研究生 职称:主任护师,硕士研究生导师,研究方向:中医护理。