

中药保留灌肠结合胃肠负压引流治疗肠梗阻的疗效观察及护理体会

汪娟

汉川市中医医院 湖北汉川

【摘要】目的 分析中药保留灌肠结合胃肠负压引流治疗肠梗阻的疗效以及护理。**方法** 选择 2024 年 1 月份至 2025 年 8 月份于我院接受治疗 30 例患者进行研究，随机数字表法分成对照组和实验组，每组 15 例，对照组常规西药治疗与胃肠负压引流；实验组在对照组基础上提供中药保留灌肠，所有患者均提供针对性的护理，对比两组患者的临床效果；血清炎性指标。**结果** 两组患者提供不同的治疗方案后，实验组患者的临床指标优于对照组， $p < 0.05$ ，对比患者血清炎性指标，实验组显佳， $p < 0.05$ 。**结论** 对肠梗阻患者提供中药保留灌肠联合胃肠负压引流治疗，可以改善患者的临床症状，稳定患者的血清炎性因子水平，促进患者的恢复。

【关键词】 中药保留灌肠；胃肠负压引流；肠梗阻；疗效；护理

【收稿日期】 2026 年 3 月 16 日

【出刊日期】 2026 年 4 月 15 日

【DOI】 10.12208/j.jnmn.20260226

Observation on the efficacy and nursing experience of traditional Chinese medicine retention enema combined with gastrointestinal negative pressure drainage in the treatment of intestinal obstruction

Juan Wang

Hanchuan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hanchuan, Hubei

【Abstract】Objective To analyze the efficacy and nursing care of traditional Chinese medicine (TCM) retention enema combined with gastrointestinal negative pressure drainage in the treatment of intestinal obstruction. **Methods** From January 2024 to August 2025, 30 patients treated at our hospital were selected for the study. They were randomly divided into a control group and an experimental group, with 15 cases in each group. The control group received conventional Western medicine treatment combined with gastrointestinal negative pressure drainage; the experimental group received TCM retention enema in addition to the treatment of the control group. All patients received targeted nursing care. The clinical efficacy and serum inflammatory indicators of the two groups were compared. **Results** After receiving different treatment plans, the clinical indicators of the experimental group were better than those of the control group ($p < 0.05$). Comparing the patients' serum inflammatory indicators, the experimental group showed better results ($p < 0.05$). **Conclusion** For patients with intestinal obstruction, TCM retention enema combined with gastrointestinal negative pressure drainage can improve clinical symptoms, stabilize serum inflammatory factor levels, and promote recovery.

【Keywords】 Traditional Chinese medicine retention enema; Gastrointestinal negative pressure drainage; Intestinal obstruction; Efficacy; Nursing

肠梗阻属于外科常见的急腹症，是指各类原因导致的肠内容物通过障碍，患者表现为腹痛、腹胀、呕吐、停止排气排便。该病起病急，疾病进展速度快，若未得到及时管理，会引发肠壁缺血、坏死、穿孔，引发患者出现感染性休克，甚至会导致患者死亡，具有较高的死亡率。依据患者疾病的发病原因，肠梗阻包括机械性肠梗阻、动力性以及血运性肠梗阻，依据肠壁有无血运障碍，包括单纯性和绞窄性^[1]。对于单纯性、不完全性、无血运障碍的肠梗阻患者，为患者提供非手术治疗，比

如绝对的禁食，持续性的胃肠减压、纠正水电解质或者酸碱平衡紊乱等，有效的促进消化液分泌，完善抗感染管理等。胃肠负压引流作为常用的方案，通过负压吸引来排出胃肠道内积聚的气体、液体，使得肠腔内的压力减少，减轻患者的腹胀，改善患者的肠壁血运，有利于患者肠道功能的恢复。但单纯的西医保守治疗效果慢，也有患者症状缓解不明显，住院时间长。为患者提供中医治疗，治疗上通过通里攻下、行气活动、清热解毒的干预方案，以促进其恢复。中药灌肠属于传统的外治方

案,可以将药物作用于病变的肠段,通过肠黏膜吸收,局部药物浓度高、起效迅速。本文就中药保留灌肠结合胃肠负压引流在肠梗阻患者中的效果,同时观察护理内容,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2024 年 1 月份至 2025 年 8 月份于我院接受治疗 30 例患者进行研究,随机数字表法分成对照组和实验组,每组 15 例,对照组患者年龄在 41-79 岁,平均年龄 61.22 ± 2.37 岁,男性 8 例,女性 7 例,实验组患者年龄在 42-80 岁,平均年龄 62.31 ± 2.81 岁,男性 7 例,女性 8 例。分析两组患者的基础资料,结果显示 $P > 0.05$,可开展本研究。

纳入标准:符合肠梗阻的诊断标准;发病时间在 72 小时以内;患者以及家属对研究知情同意;

排除标准:高度怀疑为绞窄型肠梗阻、肠扭转、肠套叠;合并严重的心、肝、肾、脑等重要脏器功能障碍;妊娠或者哺乳期患者;存在消化道穿孔、出血或者腹膜炎的患者;对研究的药物过敏。

1.2 方法

对照组西医治疗联合胃肠负压引流,患者绝对禁食水、建立静脉通路,补充晶体液、胶体液、有效的纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱,为患者提供全肠外营养支持,合理地使用抗生素预防感染,使用奥曲肽等生长抑素类药物减少消化液分泌。为患者提供经鼻置入胃内,建立中心负压吸引装置,保证负压在 -6 至 -8kPa 之间,持续性间歇吸引,记录引流液的性质和引流量,保证引流通畅。持续干预 5-7 天,直到梗阻解除,若保守治疗无效时行手术治疗^[2]。

实验组在对照组基础上提供中药保留灌肠,具体包括:选择大承气汤加减干预,包括:芒硝、燀桃仁各 15g;番泻叶、大黄、赤芍、厚朴、麸炒枳实、木香、

乌药各 10g;鸡血藤、炒莱菔子各 20g;药物煎至 200ml,装入到无菌灌肠袋内备用^[3]。

协助患者调整为左侧卧位,将臀部垫高 10cm,操作前,药液煎至 38-40 摄氏度,选择一次性硅胶肛管,石蜡油润滑肛管的前端,轻轻的插入到肛门,长度为 20-25cm,缓慢的滴入药液,速度控制在 60-80 滴/分钟,半小时内滴完,灌肠完成后,协助患者转为平卧位,保留药液 1 小时以上,保证药物充分吸收。每日 1-2 次,两次灌肠间隔时间大于 6 小时^[4]。

所有患者均提供针对性护理,评估患者的腹痛性质、部位和程度了解患者的全身状态,完善患者的心理管理。为患者提供有效的健康教育,告知患者肠梗阻的原因,治疗的具体原因,各项操作的必要性、配合的要点,让患者了解中药灌肠的目的,灌肠的体位管理。患者行胃肠减压过程中的导管管理,如何正确的维护导管,准确的记录引流液的性质和量,一旦发生异常时,及时报告^[5]。开展中药保留灌肠时,应控制好灌肠液的温度,完善容量和速度化管理,以提升患者的舒适度,建立人性化沟通和操作,插管前充分的润滑肛管的前端,运动轻柔,遇到阻力时提醒患者深呼吸并放松肛门,不得强行插入,灌肠过程中,持续与患者沟通,了解患者感受。灌肠期间给予有效的情绪支持,缓解患者的焦虑,保证患者顺利完成灌肠。

1.3 观察指标

1.3.1 分析患者的临床指标。

1.3.2 对比患者的炎性指标。

1.4 统计学方法

本文中涉及到的计量用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示行 t 检验,计数使用 n% 表示,检验通过 χ^2 。全部数据都进行 SPSS21.0 软件数据包来计算,显示 P 值小于 0.05。

2 结果

2.1 实验组患者临床指标优于对照组, $p < 0.05$ 。

表 1 分析患者的临床指标 ($\bar{x} \pm s$)

观察指标	对照组 (n=30)	实验组 (n=30)	t 值	P 值
腹痛缓解时间 (h)	48.64 ± 12.32	32.57 ± 9.88	5.687	<0.01
腹胀缓解时间 (h)	56.28 ± 14.13	38.75 ± 11.22	5.395	<0.01
首次排气时间 (h)	65.87 ± 15.42	45.37 ± 12.66	5.785	<0.01
首次排便时间 (h)	82.54 ± 18.93	58.44 ± 14.72	5.735	<0.01
肠鸣音恢复时间 (h)	60.42 ± 13.71	41.95 ± 10.56	6.014	<0.01
住院时间 (d)	8.55 ± 2.13	6.84 ± 1.72	3.561	<0.05

2.2 对照组患者治疗前, WBC ($\times 10^9/L$) 水平为 13.15 ± 2.38 ; CRP 为 $48.62 \pm 12.34 \text{mg/L}$; 治疗后, WBC

($\times 10^9/L$) 水平为 9.21 ± 1.33 ; CRP 为 $25.34 \pm 12.11 \text{mg/L}$; 实验组患者治疗前, WBC ($\times 10^9/L$) 水平为 13.24 ± 2.27 ;

CRP 为 $50.15 \pm 16.21 \text{ mg/L}$; 治疗后, WBC ($\times 10^9/\text{L}$) 水平为 7.36 ± 1.12 ; CRP 为 $17.25 \pm 8.22 \text{ mg/L}$; 治疗后, 实验组患者的炎性因子水平优于对照组, $p < 0.05$ 。

3 讨论

肠梗阻作为外科常见疾病, 也是肠癌患者常见的并发症, 该病会导致本身解剖和生理功能改变, 亦会导致患者全身性的生理紊乱, 对患者的生命安全造成威胁。胃肠负压引流可以避免胃肠压力进一步增加, 有效的抑制疾病进展。从中医的角度来看, 该病属于“腹痛”“便秘”等范畴, 通过调和胃肠可以有效的改善患者的症状, 大承气汤中, 大黄具有清热通便的效果, 芒硝具有软坚润燥的效果, 川朴和枳实在行气散结的效果上较佳, 桃仁、赤芍在活血化瘀的效果上较佳, 诸药合用, 可以有效的消除胀气, 促进胃肠蠕动^[6-7]。

本文通过对两组患者提供不同的干预措施后, 实验组患者临床症状改善时间短于对照组, $p < 0.05$, 腹痛和腹胀的解除可以有效的提升了患者的舒适度, 提升了患者治疗的信心, 而且肠鸣音恢复以及排气排便早期恢复, 也是肠道传输功能恢复的重要依据, 说明梗阻症状得到解除^[8]。除此之外患者的血清炎性因子水平亦得到改善, 治疗后, 实验组患者的炎性因子水平下降幅度明显优于对照组, 说明联合干预, 缓解了机械性肠梗阻, 使得肠源性炎症反应得到减轻, 更好的保护了肠道的屏障功能, 阻断了病情向重症的发展。

对于肠梗阻患者而言, 选择胃肠负压引流, 通过负压直接吸出聚集在胃和上段肠道内的气体、液体和消化液, 迅速的降低了肠腔内的压力, 缓解了肠管的过度膨胀, 改善了患者的肠壁微循环, 为肠道功能恢复提供了依据。而且可以减少消化液在梗阻部位聚集, 摆脱了恶性循环, 而且通过引流液性状和量的变化, 为患者病情变化提供了指导作用^[9]。

选择中药灌肠治疗, 大承气汤源于《伤寒论》作为治疗阳明腑实证的重要方剂, 肠梗阻的病机在于腑气不通, 气滞、血瘀、热结、湿阻等病理产物导致肠道壅塞。从现代药理学的角度来看, 大黄的主要活性成分为蒽醌类的衍生物, 可以有效的刺激结肠黏膜, 提升肠蠕动, 可有效的抗菌、抑制内毒素的吸收、减轻炎症介质释放。而且芒硝可以软化干燥的粪便, 提升肠内容物的体积, 机械性的刺激肠壁, 促进蠕动^[10]。厚朴和枳实有效的协调胃肠运动, 提升胃肠功能的恢复。

综上所述, 本文通过对肠梗阻患者提供中药保留灌肠联合胃肠负压引流治疗, 可以有效的发挥了中西医结合的优势, 通过上减压、下攻通的立体策略, 快速

的缓解症状, 促进肠道功能恢复, 减轻了患者的全身炎症反应, 缩短了患者的住院时间, 提升了治疗成功率, 而有效的护理, 提升了干预效果, 值得提倡。

参考文献

- [1] 修俊青,周雍明,宋学敬,王佳.基于析因设计探讨皮内针联合大承气汤加减灌肠方对恶性肠梗阻患者肠黏膜屏障功能的影响[J].中医肿瘤学杂志,2025,7(1):16-24.
- [2] 朱姝,王园,杨东辉,宋丹.不同灌肠方式在老年习惯性便秘引起的肠梗阻中的应用价值[J].中国老年学杂志,2022,42(22):5492-5494.
- [3] 王帅,李金环,徐继宗,郑鹏,张帅.通腑泻下汤鼻胃管饲联合桃核承气汤保留灌肠治疗腹部术后早期炎性肠梗阻(瘀血症)的临床疗效及对胃肠动力、炎症因子水平的影响[J].中国民间疗法,2025,33(11):63-66.
- [4] 冯璐,卜鑫燕.大承气汤加减保留灌肠联合刮痧治疗肠梗阻患者的效果[J].中国民康医学,2025,37(3):120-123.
- [5] 苏建超.加味大承气汤保留灌肠治疗实热内结型急性不完全性肠梗阻的临床效果[J].当代医药论丛,2025,23(24):84-86.
- [6] 邵丹,吴晖,梁志奇,郑剑珍.加味大承气汤保留灌肠治疗实热内结型急性不完全性肠梗阻的效果及对VIP、MTL的影响[J].中外医学研究,2020,18(35):11-13.
- [7] 唐锐,汪佳明,王颖.中度重症急性胰腺炎合并麻痹性肠梗阻患者的改良胃肠减压及保留灌肠护理[J].护理学报,2016,32(12):52-53.
- [8] 朱丽,韩添龙,季进锋.温针灸辅助常规胃肠减压治疗腹部肿瘤术后化疗间歇期并发肠梗阻的疗效及对免疫功能的影响[J].四川中医,2023,41(4):195-198.
- [9] 吕婧,朱媛媛,田晓锋,江晓晖,周晓梅.分析内镜监测下引导行支架置入与胃肠减压术对直肠癌合并肠梗阻的治疗效果与对消化功能的影响[J].临床和实验医学杂志,2023,22(3):300-304.
- [10] 关春娥.改良胃肠减压联合改良中药保留灌肠对中度重症急性胰腺炎合并麻痹性肠梗阻的疗效及胃肠功能的影响[J].中国民间疗法,2019,27(1):50-51.

版权声明: ©2026 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS