

鳖甲灸联合循经摩腹在腹部手术后脾虚湿蕴型泄泻患者中的护理效果观察

刘龙妹 王小曼 (通讯作者)

江苏省中医院连云港医院 (原连云港市中医院) 江苏 连云港 222000

【摘要】目的：分析鳖甲灸+循经摩腹对腹部手术后脾虚湿蕴型泄泻的护理效果。方法：选择本院 2025.1-2026.1 收治 70 例腹部手术后脾虚湿蕴型泄泻患者，随机数字表分组，各 35 例；对照组常规护理、观察组增加鳖甲灸+循经摩腹。比较两组中医证候积分、生活质量 (WHOQOL-BREF)、护理满意度。结果：观察组中医证候积分低于对照组 ($P<0.05$)。观察组 WHOQOL-BREF 评分高于对照组 ($P<0.05$)。观察组总满意度高于对照组 ($P<0.05$)。结论：鳖甲灸+循经摩腹可减轻腹部手术后脾虚湿蕴型泄泻患者临床症状，改善患者生活质量，获得患者认可，具有较高实施价值。

【关键词】腹部手术；脾虚湿蕴型泄泻；鳖甲灸；循经摩腹；中医证候积分；生活质量

DOI:10.12417/2705-098X.26.16.038

腹部手术后胃肠功能障碍是围手术期常见并发症之一，主要表现为泄泻，且多见于脾虚湿蕴型。手术创伤造成机体气血耗损，脾胃运化功能受损，加之术前肠道准备、术中麻醉、术后禁食等影响，可导致脾失健运、湿浊内生，水湿下注肠道则引发泄泻。此类泄泻缠绵难愈，不仅对患者术后营养吸收、体力恢复存在影响，使住院时间延长，还可能增加电解质紊乱、切口感染等并发症风险，对患者康复进程与生活质量存在严重影响。中医外治法在术后胃肠功能恢复方面具有独特优势。中医理论中，术后胃肠功能紊乱可归“痞满”“呕吐”“肠痹”“泄泻”等范畴，以“胃失和降，腑气不通”为核心病机。鳖甲灸为隔物灸范畴，选用鳖甲为衬垫，配合粗盐、艾灸，能够发挥滋阴潜阳、温通经络等功效^[1]。循经摩腹则可通过按摩任脉、脾经、胃经等腹部经络，对脾胃气机升降进行调理^[2]。对此，本研究以我院 70 例腹部手术后脾虚湿蕴型泄泻患者为例分析联合鳖甲灸+循经摩腹护理的效果。内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院 2025.1-2026.1 收治 70 例腹部手术后脾虚湿蕴型泄泻患者，随机数字表分组，各 35 例；对照组年龄 22-74 岁，平均 (45.56 ± 8.57) 岁；体重指数 $16.4-28.5 \text{ kg/m}^2$ ，平均 $(23.10 \pm 1.87) \text{ kg/m}^2$ 。观察组年龄 24-75 岁，平均 (45.81 ± 8.89) 岁；体重指数 $16.5-28.7 \text{ kg/m}^2$ ，平均 $(23.02 \pm 1.78) \text{ kg/m}^2$ 。2 组基线 ($P>0.05$)。研究经医学伦理审核通过，参与患者知情同意。

纳入标准：①行腹部手术 (胃、结直肠、胆道手术)，术后出现泄泻；②临床资料完整；③术后体征稳定，可配合治疗；④中医辨证属脾虚湿蕴型：大便溏薄或水样，次数增多，伴腹胀、纳差、肢体困重、舌淡胖边有齿痕、苔白腻。

排除标准：①合并吻合口漏、腹腔感染等严重并发症；②凝血障碍或血液系统疾病；③严重心、肝、肾功能不全；④明

确病因所致泄泻，如肠道感染、炎性肠病等；⑤孕期或哺乳期女性；⑥严重心理障碍或精神疾病。

1.2 方法

对照组常规护理。(1)基础护理：密切监测患者体征，观察切口愈合情况，妥善固定引流管。(2)指导饮食：术后禁食至恢复肠功能，逐步向流食、半流食过渡，指导患者禁食生冷、油腻、产气食物。(3)指导用药：遵医嘱指导患者用止泻药、肠道微生态制剂。(4)宣教：为患者与家属讲解术后饮食注意事项、康复要点。

观察组基于对照组联合鳖甲灸+循经摩腹。准备鳖甲， $15\text{cm} \times 10\text{cm}$ ，厚 0.5cm，使用前温水浸泡 1h；粗盐 70g，炒热备用；艾绒，制成直径 3cm、高 3cm 的艾炷；以及镊子、弯盘、灭火装置、凡士林。取穴神阙 (脐中)、天枢 (脐中旁开 2 寸，双侧)、关元 (脐下 3 寸)。指导患者调整为仰卧位，暴露腹部。将浸泡后的鳖甲置于神阙穴上，鳖甲表面撒布一层炒热的粗盐。粗盐上放置艾炷并点燃，艾炷燃至 2/3 时，操作者手持纱布垫衬于鳖甲两侧，以艾火温热之力为热源，沿任脉 (腹正中线) 自剑突下向耻骨联合方向缓慢推熨，往返 5 次；继而沿足阳明胃经 (腹部距前正中线 2 寸) 自上而下推熨双侧腹部，往返 5 次；再沿足太阴脾经 (腹部距前正中线 4 寸) 自下而上推熨双侧腹部，往返 5 次-1。推熨中，于中脘、天枢、关元穴处稍作停留，以鳖甲温热面缓按压 30s，每穴 2~3 次，以患者自觉温热舒适、局部皮肤潮红为度。操作中，操作要点：推熨力度由轻渐重，速度均匀，保持艾炷持续燃烧，若艾火减弱更换艾炷操作，15~20min/次，1 次/d，7d 一疗程。操作中关注患者局部皮肤反应、主诉，避开腹部手术切口，距离切口 2~3cm 处操作，避免直接按压切口、周围红肿区域，以免牵拉伤口或烫伤。灸后叮嘱患者保暖，4h 内勿洗澡、进食生冷食物。

两组均干预 2 周后评价效果。

1.3 观察指标

(1) 中医证候积分：参照《中药新药临床研究指导原则》，于干预前、后分别取主证（大便次数、大便性状、腹痛腹胀、纳差）、次症（肢体困重、神疲乏力）评价，主证无、轻、中、重对应分值 0、2、4、6 分，次证无、轻、中、重对应分值 0、1、2、3 分，主证总分 0-24 分、次证 0-6 分，总计 0~30 分，分值越低越好。

(2) 生活质量：世界卫生组织生活质量测定量表（WHOQOL-BREF）评价，干预前后分别评估，量表包含四个领域（社会、心理、生理、环境）内容，各领域均 0-100 分，评分越高越好。

(3) 护理满意度：应用医院自制满意度问卷评价，0-100 分，90-100 满意、60-89 一般满意、0-59 不满意。总满意度=（满意+一般满意）人数/总人数×100%。

1.4 统计学方法

SPSS 25.0 软件对研究数据进行统计。计数方面数据“n(%)”表示， χ^2 检验；计量方面数据（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，t 检验； $P < 0.05$ 时，组间差异无意义。

2 结果

2.1 中医证候积分

干预前两组中医证候积分无显著差异（ $P > 0.05$ ）；干预后，观察组低于对照组（ $P < 0.05$ ）。如表 1：

表 1 中医证候积分（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别		对照组	观察组	t	P
例数		35	35		
主证	干预前	12.33±2.15	12.19±2.07	0.278	0.782
	干预后	7.81±1.56	4.59±1.02	10.221	<0.001
次症	干预前	3.57±0.82	3.49±0.79	0.416	0.679
	干预后	2.02±0.46	1.12±0.31	9.599	<0.001
总分	干预前	15.68±3.42	16.02±3.58	0.406	0.686
	干预后	9.85±2.86	5.68±2.12	6.930	<0.001

2.2 生活质量

干预前两组 WHOQOL-BREF 评分差异无意义（ $P > 0.05$ ）；干预后，观察组高于对照组（ $P < 0.05$ ）。如表 2：

表 2 生活质量（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	对照组	观察组	t	P
例数	35	35		

社会	干预前	58.35±6.42	57.86±6.58	0.315	0.753
	干预后	65.68±5.86	73.25±5.52	5.563	<0.001
心理	干预前	56.85±5.85	56.12±5.92	0.519	0.606
	干预后	64.35±5.52	72.35±5.28	6.196	<0.001
生理	干预前	55.25±5.68	54.86±5.72	0.286	0.776
	干预后	62.85±5.42	70.25±5.15	5.856	<0.001
环境	干预前	57.35±6.12	56.86±6.28	0.331	0.742
	干预后	65.85±5.68	73.85±5.42	6.028	<0.001

2.3 护理满意度

观察组总满意度高于对照组（ $P < 0.05$ ）。如表 3：

表 3 护理满意度（%）

组别	对照组	观察组	χ^2	P
例数	35	35		
满意	16(45.71)	24(68.57)	-	-
一般满意	12(34.29)	10(28.57)	-	-
不满意	7(20.00)	1(2.86)	-	-
总计	28(80.00)	34(97.14)	5.081	0.024

3 讨论

腹部术后泄泻病机演变属“本虚标实”之证，手术创伤直中脾胃，耗损中焦阳气，脾失健运则水湿不化，湿浊下注大肠则泄泻不止。而泄泻本身可损耗气阴，形成“脾虚—泄泻—脾虚”的恶性循环。常规护理主要为药物止泻、饮食控制，虽可控制症状，但对脾胃功能的恢复作用有限，难以打破以上循环。鳖甲灸、循经摩腹则是针对这一病机不同层面的分层干预。鳖甲灸以鳖甲为介质，配伍艾灸之温热作用，可兼具滋阴潜阳、温通经脉的双重作用^[3]。艾灸的热辐射能够透过鳖甲、粗盐层，形成温和持久的温热刺激，经“热敏化”机制激活穴位深层的瞬时受体电位香草酸亚型 1 通道，触发局部神经源性炎症反应，调节自主神经功能，促进肠道微循环灌注改善。艾烟中挥发油成分与燃烧产生的近红外辐射，能够经皮肤感受器、神经末梢产生“腧穴—脏腑”调节效应。循经摩腹则可对腹部特定经络产生机械刺激，能够直接促进肠蠕动节律恢复与消化液分泌^[4]。摩腹的推熨手法与鳖甲温热作用，可激活腹部迷走神经传入纤维，促进副交感神经张力增强，促进胃肠节律性收缩与消化液分泌，使肠道功能恢复加速^[5]。

本研究显示，观察组中医证候积分低于对照组（ $P < 0.05$ ），提示联合干预可减轻患者症状。分析来看，大便性状的改善与

艾灸对肠黏膜屏障功能的保护有关,湿热刺激能够诱导热休克蛋白表达,增强肠上皮细胞的紧密连接,减少肠腔内水分渗入。大便次数减少与鳖甲灸对肠蠕动频率的调节有关,艾灸的温热刺激能够降低肠道平滑肌异常兴奋性,减少蠕动过快引发排便次数增多。腹胀、纳差改善则多归功于循经摩腹的直接作用,按摩胃经、脾经能够促进胃泌素、胃动素分泌,促进胃排空、食欲增加。同时,观察组 WHOQOL-BREF 评分高于对照组 ($P<0.05$)。腹部术后泄泻患者多伴随明显的心理困扰,反复频繁的排便可导致患者难以安心休息,加之担忧切口愈合、排泄失控可进一步加重患者焦虑情绪,降低其生活质量。鳖甲灸、

摩腹操作中需要护士与患者持续沟通、观察,这一高强度的护患互动本身属于一种有效的心理支持。患者感受到持续的关注与关怀,其焦虑水平下降,负面情绪减轻,可通过“肠-脑轴”机制减少应激相关的肠道功能紊乱,促进机体健康恢复,提高患者生活质量。另外,观察组总满意度更高 ($P<0.05$),这与护理操作后即时可感知的效果有关,加之非药物操作简单、安全性高,可优化患者护理体验,获得患者认可。

综上,鳖甲灸+循经摩腹可协同改善腹部术后脾虚湿蕴型泄泻患者中医证候,提高生活质量,获得患者认可,具有较高临床实践价值。

参考文献:

- [1] 姚婕妤,杨芳,冯娟.痛泻要方联合鳖甲灸及循经摩腹治疗腹泻型肠易激综合征的随机对照试验[J].药学前沿,2024,28(12):679-685.
- [2] 方颖.循经摩腹对气机壅滞型不完全性肠梗阻患者腹胀的效果评价[D].甘肃中医药大学,2023.
- [3] 陈欣梅,杨慧茹,常鹏环,等.改良式鳖甲灸循经推熨对寒凝血瘀型原发性痛经患者疼痛的影响[J].中国民间疗法,2024,32(7):27-30.
- [4] 赵计轩,李龙洋,张榜,等.大承气汤加减联合循经摩腹对不完全性肠梗阻(实热内结型)老年患者胃肠激素及炎症水平的影响[J].中国老年学杂志,2026,46(5):829-833.
- [5] 姚婕妤,冯娟,许琰杰,等.鳖甲灸联合循经摩腹在脾虚湿蕴型泄泻患者中的疗效观察[J].中国医药科学,2024,14(15):110-113.