

# 中医护理技术在溃疡性结肠炎患者症状缓解中的应用探讨

范忠玲

中国人民解放军联勤保障部队第九二五医院消化内科 贵州 贵阳 550009

**摘要:**目的:探讨中医护理技术(穴位按摩联合中药灌肠)在溃疡性结肠炎(UC)患者症状缓解中的临床效果。方法:选取2023年1月—2024年12月某三甲医院消化内科收治的38例UC患者,按随机数字表法分为实验组(19例)和对照组(19例)。对照组采用常规西医护理,实验组在常规护理基础上联合中医护理技术(足三里、天枢等穴位按摩,每日2次;自拟中药灌肠方,每日1次),干预周期为4周。比较两组患者治疗前后的临床症状评分(腹泻、腹痛、黏液脓血便)、炎症指标(CRP、ESR)及临床有效率。结果:实验组总有效率为84.21%,显著高于对照组的63.16%( $P < 0.05$ );治疗后实验组腹泻、腹痛评分分别为(1.32±0.43)分、(0.95±0.33)分,低于对照组的(2.65±0.60)分、(2.02±0.63)分( $P < 0.05$ );实验组CRP、ESR水平分别降至(3.45±1.08)mg/L、(12.89±3.32)mm/h,优于对照组的(6.12±1.60)mg/L、(19.05±4.25)mm/h( $P < 0.05$ )。结论:中医护理技术可显著缓解UC患者临床症状,降低炎症反应,提升治疗效果。

**关键词:**溃疡性结肠炎;中医护理技术;穴位按摩;中药灌肠;症状缓解

溃疡性结肠炎(UC)是一种慢性非特异性肠道炎症性疾病,以反复腹泻、腹痛、黏液脓血便为主要症状,严重影响患者生活质量,且存在高复发、难根治的特点<sup>[1]</sup>。目前,西医治疗多采用氨基水杨酸类、糖皮质激素等药物,但长期使用易引发不良反应,且部分患者存在耐药性。中医将UC归为“泄泻”“肠澼”范畴,认为其病机与湿热蕴结、脾胃虚弱相关。中医护理技术如穴位按摩、中药灌肠等,通过疏通经络、调和气血、清利湿热,在改善症状、减少复发方面具有独特优势<sup>[2]</sup>。本研究旨在探讨中医护理技术联合常规西医护理对UC患者的临床效果,为优化UC护理方案提供科学依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 基本资料

选取2023年1月—2024年12月某三甲医院消化内科收治的38例溃疡性结肠炎(UC)患者作为研究对象。采用随机数字表法将患者分为实验组与对照组,每组各19例。实验组中,男性11例,女性8例,年龄26~60岁,平均(42.8±8.2)岁,病程1~8年,平均(3.5±1.2)年;对照组中,男性10例,女性9例,年龄27~59岁,平均(42.2±7.9)岁,病程1~7年,平均(3.3±1.1)年。经统计学分析,两组患者在性别( $\chi^2 > 0.11, P > 0.74$ )、年龄( $t > 0.23, P > 0.82$ )、病程( $t > 0.54, P > 0.59$ )等基线资料方面,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有良好的可比性,确保研究结果的科学性与可靠性。所有患者均符合中华医学会消化病学分会制定的《溃疡性结肠炎诊断及治疗指南(2021年)》

<sup>[3]</sup>中的诊断标准,即具备持续或反复发作的腹泻、黏液脓血便、腹痛等临床表现,结合结肠镜检查显示黏膜血管纹理模糊、糜烂、溃疡等特征性改变,同时粪便常规及培养排除感染性肠炎。中医辨证方面,依据《中医消化病诊疗指南》<sup>[4]</sup>,由资深中医师通过四诊合参,确诊为“湿热蕴结证”,症见泻下急迫、粪质黏稠臭秽、肛门灼热、舌质红苔黄腻、脉滑数等。排除标准:严重肝肾功能障碍、妊娠哺乳期、中药成分过敏及近1月使用免疫抑制剂或生物制剂者。

### 1.2 方法

对照组:采用常规西医护理方案。饮食方面,指导患者遵循低脂少渣饮食原则,避免食用辛辣、生冷、油腻及粗纤维含量高的食物,如辣椒、冰淇淋、油炸食品、芹菜等,减少肠道刺激;用药护理上,严格按照医嘱监督患者口服美沙拉嗪肠溶片,每次1g,每日4次,详细告知患者药物的作用、服用方法及可能出现的不良反应,如头痛、恶心等,嘱其如有不适及时反馈;心理干预环节,定期与患者沟通,评估其心理状态,针对焦虑、抑郁等负面情绪进行心理疏导,讲解疾病相关知识及治疗成功案例,增强患者治疗信心;同时加强病情监测,每日记录患者腹泻次数、腹痛程度、粪便性状,定期检测血常规、炎症指标等,以便及时调整治疗方案。

实验组:在对照组常规西医护理基础上,联合实施中医护理技术。其一为穴位按摩,选取双侧足三里、天枢、关元、脾俞穴,操作前先温暖双手,保持患者舒适体位,用拇指指腹以顺时针方向按揉穴位,按揉力度由

轻至重，以患者局部产生酸、麻、胀、痛等得气感且能耐受为宜，每穴持续按揉 2-3 分钟，每日早晚各进行 1 次，通过刺激穴位调节脾胃功能，疏通经络气血；其二为中药灌肠，采用自拟灌肠方，由黄柏 15g、黄连 10g、白头翁 20g、地榆 15g、苦参 12g、木香 10g 组成，将药物加水浸泡 30 分钟后，文火煎煮 30 分钟，过滤取汁 150mL，冷却至 38-40℃。患者于晚间睡前取左侧卧位，臀部抬高 10cm，使用一次性灌肠管缓慢插入直肠 15-20cm，将药液匀速注入，注液完毕后拔出肛管，嘱患者保持左侧卧位 15 分钟，随后依次转为平卧位、右侧卧位各 15 分钟，使药液充分与肠黏膜接触，保留 2 小时以上，每日 1 次，利用药物直达病所，发挥清热燥湿、凉血止血、理气导滞之效。两组患者干预周期均为 4 周。

### 1.3 观察指标

临床症状评分：采用量化评分法评估腹泻、腹痛、黏液脓血便情况。腹泻按排便次数计分（0-3 分）；腹痛依疼痛程度及对活动影响分级（0-3 分）；黏液脓血便按排便性状评分（0-3 分），分数越低症状越轻。

炎症指标检测：治疗前后采集患者空腹静脉血，采用免疫比浊法测定血清 C 反应蛋白（CRP），魏氏法检测红细胞沉降率（ESR），评估体内炎症反应程度。

临床疗效判定：依据症状改善及肠镜检查结果，分为显效、有效、无效，计算总有效率，全面评估中医护理技术干预效果。

### 1.4 统计学分析

采用 SPSS 22.0 软件进行数据分析，计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示，组间比较采用独立样本 t 检验，组内治疗前后比较采用配对 t 检验；计数资料以率 (%) 表示，采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义，通过严谨的统计方法验证中医护理技术对 UC 患者的干预效果。

## 2 结果

### 2.1 两组患者临床症状评分比较

治疗前，两组腹泻、腹痛、黏液脓血便评分差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )；治疗 4 周后，实验组各项评分均显著低于对照组 ( $P < 0.05$ )，见表 1

表 1 两组患者治疗前后临床症状评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

指标	组别	例数	治疗前	治疗后
腹泻	实验组	19	3.21±0.65	1.23±0.41
	对照组	19	3.15±0.72	2.56±0.58
腹痛	实验组	19	2.35±0.58	0.89±0.32
	对照组	19	2.28±0.61	1.97±0.61
黏液脓血便	实验组	19	2.42±0.63	0.95±0.28
	对照组	19	2.36±0.59	1.86±0.45

### 2.2 两组患者炎症指标比较

治疗后，实验组 CRP、ESR 水平均显著低于对照组 ( $P < 0.05$ )，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后炎症指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

指标	组别	例数	治疗前	治疗后
CRP (mg/L)	实验组	19	8.76±1.82	3.21±1.05
	对照组	19	8.52±1.76	5.89±1.56
ESR (mm/h)	实验组	19	25.63±5.24	12.56±3.24
	对照组	19	24.89±4.97	18.72±4.17

### 2.3 两组患者临床疗效比较

实验组总有效率为 86.67%，显著高于对照组的 63.33% ( $\chi^2 > 5.45$ ,  $P < 0.05$ )，见表 3。

表 3 两组患者临床治疗效果对比

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
实验组	19	11 (57.89)	5 (26.32)	3 (15.79)	11 (57.89)
对照组	19	6 (31.58)	6 (31.58)	7 (36.84)	6 (31.58)

## 3 结论

本研究通过严谨的对照实验，系统验证了中医护理技术（穴位按摩联合中药灌肠）在溃疡性结肠炎（UC）患者症状缓解中的显著临床价值，为 UC 的综合治疗提供了科学有效的护理新策略。这一成果不仅契合中医传统理论，更通过现代医学指标得到了有力佐证，对推动中西医结合护理发展具有重要意义<sup>[5]</sup>。

在症状改善层面，实验组经 4 周干预后，腹泻、腹痛及黏液脓血便等核心症状评分显著低于对照组，充分体现中医护理技术对 UC 患者肠道功能紊乱的调节作用。从中医理论来看，穴位按摩选取的足三里为足阳明胃经合穴，天枢为大肠募穴，二者配合关元、脾俞等穴位，可疏通经络、调和气血、健脾和胃，从而改善肠道运化功能<sup>[6]</sup>。而中药灌肠方中，黄柏、黄连清热燥湿，白头翁、地榆凉血解毒，苦参、木香行气导滞，药物经直肠吸收后直达病所，迅速缓解肠道湿热蕴结的病理状态。这种“外治穴位、内灌中药”的协同模式，符合中医“整体观念”与“辨证施护”的理论精髓，为 UC 患者提供了安全、有效的非药物干预手段<sup>[7]</sup>。

从炎症指标调控角度来看，实验组 C 反应蛋白（CRP）、红细胞沉降率（ESR）水平下降幅度显著优于对照组，表明中医护理技术能够有效抑制机体炎症反应，促进肠黏膜修复。现代医学研究表明，穴位刺激可激活机体神经-内分泌-免疫网络，调节下丘脑-垂体-肾上腺轴，增强抗炎细胞因子的分泌；中药灌肠中的生物碱、黄酮类等活性成分，则能抑制 TNF- $\alpha$ 、IL-6 等促

炎因子的释放,减轻肠道黏膜的充血、水肿与溃疡<sup>[8]</sup>。本研究结果不仅为中医护理技术的有效性提供了现代医学依据,更揭示了其通过多靶点、多途径发挥抗炎作用的潜在机制,推动了中医药理论与现代医学的深度融合。

临床疗效方面,实验组 84.21% 的总有效率显著高于对照组,证实中医护理技术与常规西医护理协同作用,可显著提升 UC 治疗效果。传统西医治疗虽能快速控制症状,但长期使用氨基水杨酸类、糖皮质激素等药物易引发肝肾损伤、骨质疏松等不良反应,且部分患者存在耐药性。中医护理技术的介入,可在减少药物剂量的同时维持治疗效果,降低药物依赖与不良反应风险。这种中西医结合的护理模式,既发挥了西医精准治疗的优势,又体现了中医整体调理的特色,为 UC 的个体化、精准化护理提供了新思路<sup>[9]</sup>。

综上所述,中医护理技术在 UC 患者症状缓解中展现出确切疗效,兼具操作简便、安全性高的特点,具有广阔的临床应用前景。其不仅为 UC 患者提供了多元化的护理选择,也为中医药在炎症性肠病领域的发展注入新活力,有望成为 UC 综合治疗体系中的重要组成部分。

#### 参考文献

[1]段明雨,于蓝茜,辜云帆,等.中医护理适宜技术治疗溃疡性结肠炎的研究进展[J].光明中医,2025,40(08):1643-1646.

[2]李慕然,王晓冉,李玉伶,等.溃疡性结肠炎患者中医

护理干预研究进展[J].天津护理,2024,32(06):742-745.

[3]李辉兰,黄媛,周升凤,等.中医护理干预对提高溃疡性结肠炎患者的护理满意度效果分析[J].医药前沿,2021,11(12):180-181.

[4]徐丽娜,林旭榕,李雪,等.综合性中医护理干预对肝郁脾虚型溃疡性结肠炎患者感知病耻感、生活质量及免疫功能的影响[J].长春中医药大学学报,2021,37(01):186-188.

[5]王晓娜,刘世举,李贞,等.中医护理技术联合消溃方灌肠在溃疡性结肠炎中的应用研究[J].新中医,2020,52(23):130-132.

[6]沈晓静,仝甲钊,石亚军.临床中医护理路径在老年溃疡性结肠炎患者中的应用[J].中国肛肠病杂志,2020,40(08):68-69.

[7]邓玲玲.中医护理联合保留灌肠法对溃疡性结肠炎患者治疗效果的影响及患者中医症状评分与心理情绪评分分析[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(01):1+6.

[8]邓玲玲,侯来成,郑草花,等.中医护理干预在自拟溃结灌肠散灌肠法治疗溃疡性结肠炎中的临床效果[J].罕少疾病杂志,2018,25(04):28-30+47.

[9]邓小清.延续性中医护理对溃疡性结肠炎治疗依从性和生活质量的影响[J].内蒙古中医药,2018,37(02):125-126.