引用：闻艳，徐静，章秀，等 . 中药热奄包联合腹部穴位按摩干预电子结肠镜术后腹胀、腹痛 40 例［J］. 湖南中医杂志，2026，42（10）：65-69.

中药热奄包联合腹部穴位按摩干预电子结肠镜术后腹胀、腹痛 40 例

闻　艳，徐　静，章　秀，陈婉珍
（南京市中医院，江苏　南京，210000）

［**摘要**］ 目的：观察中药热奄包联合腹部穴位按摩对电子结肠镜术后腹胀、腹痛的干预效果。方法：选取电子结肠镜术后腹胀、腹痛患者 80 例，将其随机分为观察组与对照组，每组各 40 例。对照组予以常规护理，观察组在对照组基础上加用中药热奄包联合腹部穴位按摩，2 组均连续干预 3 d。观察干预前后 2 组腹胀评分、腹痛数字分级法（numerical rating scale，NRS）评分，并记录首次排气时间、腹胀消失时间和腹痛消失时间。结果：2 组腹胀评分、腹痛 NRS 评分干预前后组内比较及干预后组间比较，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。2 组首次排气时间、腹胀消失时间和腹痛消失时间比较，观察组均短于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。结论：中药热奄包联合腹部穴位按摩可促进电子结肠镜术后患者的腹胀、腹痛症状恢复。

［**关键词**］ 电子结肠镜；腹胀；腹痛；中药热奄包；穴位按摩；护理研究
［**中图分类号**］R248.173.5　［**文献标识码**］A　DOI：10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2026.10.014

Clinical effect of Chinese herbal hot compress bag combined with abdominal acupoint massage in treatment of abdominal distension and pain after electronic colonoscopy: An analysis of 40 cases

WEN Yan, XU Jing, ZHANG Xiu, CHEN Wanzhen
（Nanjing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Nanjing 210000, Jiangsu, China）

［**Abstract**］ Objective: To investigate the intervention effect of Chinese herbal hot compress bag combined with abdominal acupoint massage on abdominal distension and pain after electronic colonoscopy. Methods: A total of 80 patients with abdominal distension and pain after electronic colonoscopy were randomly divided into observation group and control group, with 40 patients in each group. The patients in the control group received routine nursing care, while those in the observation group received Chinese herbal hot compress bag combined with abdominal acupoint massage in addition to the care in the control group, and both groups received the intervention for 3 consecutive days. The two groups were observed in terms of abdominal distension score and numerical rating scale （NRS） score for abdominal pain before and after intervention, as well as the time to first flatus, the time to disappearance of abdominal distension, and the time to disappearance of abdominal pain. Results: Both groups had significant changes in abdominal distension score and NRS score for abdominal pain after intervention, and there were significant differences in these scores between the two groups after intervention （$P<0.05$）. Compared with the control group, the observation group had significantly shorter time to first flatus, time to disappearance of abdominal distension, and time to disappearance of abdominal pain （$P<0.05$）. Conclusion: Chinese herbal

基金项目：国家自然科学基金项目（82205014）；国家卫生健康委能力建设和继续教育中心慢病管理研究项目（GWJJMB202510022189）；南京中医药大学自然科学基金项目（XZR2024033）

第一作者：闻艳，女，主管护师，研究方向：消化内镜诊疗后护理

hot compress bag combined with abdominal acupoint massage can promote the recovery of abdominal distension and pain symptoms in patients after electronic colonoscopy.

[**Keywords**] electronic colonoscopy; abdominal distension; abdominal pain; Chinese herbal hot compress bag; acupoint massage; nursing research

电子结肠镜检查是临床诊断结直肠疾病的常用方法，其可直观观察结直肠及回肠末端情况[1]。受检查过程中肠腔注气及麻醉药物等因素影响，部分患者在检查后可出现腹胀、腹痛等症状[2]。目前临床多采用腹部按摩、健康宣教等措施进行干预，但部分患者症状缓解情况仍不理想[3]。

中医学认为，电子结肠镜术后腹胀、腹痛与肠腑气机不畅有关。气机壅滞，传导失司则腹胀，腑气不通则腹痛，治宜温经通络、行气止痛[4]。中药热奄包借助药物与温热刺激，可发挥温经通络、行气止痛之效[5]；腹部穴位按摩则通过刺激相应腧穴，具有调畅气机、和调肠腑的作用[6]。既往研究证实，中药热奄包和腹部穴位按摩对腹胀、腹痛具有一定改善作用[7-8]，但二者联合应用于电子结肠镜术后腹胀、腹痛的研究相对较少。基于此，本研究观察中药热奄包联合腹部穴位按摩对电子结肠镜术后腹胀、腹痛患者的干预效果，以期为临床护理提供借鉴。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2024年11月1日至2025年11月30日于南京市中医院确诊为电子结肠镜术后腹胀、腹痛的80例患者为研究对象，采用随机数字表法将其分为观察组和对照组，每组各40例。观察组中，男22例，女18例；年龄32～70岁，平均(52.33±6.18)岁；体质量指数21.42～24.18 kg/m^2，平均(22.85±1.98) kg/m^2；电子结肠镜操作时间20～45 min，平均(28.45±3.15) min；注气量800～1800 mL，平均(1250.45±139.50) mL；行息肉切除术12例；丙泊酚总用量100～280 mg，平均(180.45±20.33) mg。对照组中，男24例，女16例；年龄30～71岁，平均(51.78±6.05)岁；体质量指数21.38～24.25 kg/m^2，平均(22.49±1.77) kg/m^2；电子结肠镜操作时间20～46 min，平均(28.49±3.18) min；注气量750～1850 mL，平均(1246.50±138.68) mL；行息肉切除术10例；丙泊酚总用量95～270 mg，平均(178.60±19.58) mg。2组一般资料比较，差异均无统计学意义(P>0.05)，具有可比性。本研究经南京市中医院医学伦理委员会审批通过(KY2022301)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参考文献[9]和《疼痛评估量表应用的中国专家共识(2020版)》[10]中的相关标准拟定。1)腹胀：电子结肠镜检查后24 h内出现腹胀症状，表现为腹部膨隆，叩诊呈鼓音，肠鸣音正常或减弱。2)腹痛：电子结肠镜检查后出现腹痛，采用数字分级法(Numerical Rating Scale，NRS)评估腹痛程度，以NRS评分≥4分作为本研究的腹痛判定界值。

1.2.2 中医辨证标准 参照《腹胀中医诊疗专家共识(2023)》[11]和《腹痛中医诊疗专家共识(2023)》[12]中气机郁滞证辨证标准制定。1)主症：腹痛，腹胀，攻窜不定，嗳气或得矢气则舒。2)次症：①胸闷；②嗳气；③善太息；④情志抑郁或易怒。3)舌脉：舌淡红、苔薄白，脉弦。满足主症，且具备次症≥2项，结合舌脉即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断和中医辨证标准；2)符合《中国消化道黏膜下肿瘤内镜诊治专家共识(2023版)》[13]中消化道黏膜下肿瘤内镜诊治的标准，且均顺利完成电子结肠镜检查，未发生穿孔、大出血等严重并发症；3)年龄>18岁，具有正常沟通表达能力；4)自愿参与本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)有精神疾病或认知障碍病史；2)合并严重心、肝、肾等重要脏器功能障碍；3)合并其他可引起腹痛、腹胀的疾病；4)腹部皮肤有破损或感染；5)有本研究所用中药过敏史；6)妊娠期或哺乳期妇女。

2 干预方法

2.1 对照组 参照《常见消化内镜手术麻醉管理

专家共识》[14]、《中国消化内镜再处理专家共识(2024，重庆)》[15]予以常规护理干预。1)电子结肠镜检查结束后，观察患者血压、心率、呼吸、脉搏、血氧饱和度和意识状态，完全清醒前禁食禁水。2)待患者完全清醒后，告知其检查后可能出现腹胀、轻度腹痛等不适，每30 min巡视1次，询问患者感受并评估腹胀、腹痛程度；嘱患者出现持续或进行性加重的腹痛、大量便血、发热、持续呕吐等情况时及时告知医护人员。3)指导患者家属采用掌摩法按摩患者腹部，以脐为中心，用掌心顺时针环形按摩，频率80～100次/min，15 min/次，1次/d，不针对特定穴位。于患者生命体征平稳后1 h内实施首次干预。4)待患者完全清醒且无明显恶心、呕吐后，根据患者情况逐渐恢复饮食。

2.2 观察组 于对照组基础上加用中药热奄包联合腹部穴位按摩。1)中药热奄包：将制吴茱萸40 g、粗盐250 g混合后装入双层纯棉布袋(20 cm×15 cm)，置于恒温箱(北京福意电器有限公司，型号：FYL-YS-281L)中加热至60～70 ℃。操作前测量药袋温度，根据患者局部皮肤对热的耐受程度，将接触面温度控制在40～45 ℃。由经统一培训并考核合格的护师进行操作。患者取舒适体位，腹部局部涂抹少量凡士林，将热奄包于神阙、天枢穴区域推熨5 min，随后持续热敷15 min，每次20 min，1次/d。于患者检查结束返回病房、生命体征平稳后1 h内实施首次干预。操作前评估患者腹部皮肤情况和药物过敏史；操作过程中观察局部皮肤情况并询问患者感受，根据患者耐受程度调整温度，必要时加垫毛巾；如出现局部皮肤明显发红、疼痛等不适，立即停止操作并予以相应处理。2)腹部穴位按摩：中药热奄包干预结束后立即进行。由经统一培训并考核合格的护师进行操作。取天枢、神阙、气海、关元、中脘。患者取仰卧位，采用摩法顺时针按摩腹部5圈，采用推法沿任脉、足阳明胃经往返3次，再依次按揉上述穴位，每穴3 min，以局部产生酸胀感且患者能够耐受为度，频率80～100次/min。

2组均连续干预3 d。

3 效果观察

3.1 观察指标 1)腹胀评分。分别于干预前后评估2组腹胀程度。无腹胀(腹部无明显膨隆)为Ⅰ级，计0分；轻度腹胀(腹壁张力轻度增大，有压痛)为Ⅱ级，计2分；中度腹胀(腹壁张力明显，腹部膨隆，有压痛)为Ⅲ级，计4分；重度腹胀(腹壁张力大，腹部明显鼓胀，疼痛拒按)为Ⅳ级，计6分[16]。2)腹痛NRS评分。分别于干预前后采用腹痛NRS评分评估2组腹痛程度，总分0～10分，0分表示无痛，10分表示疼痛难忍，评分越高表示疼痛程度越重[10]。3)首次排气、腹胀消失时间和腹痛消失时间。记录2组首次排气时间、腹胀消失时间及腹痛消失时间，均以患者返回病房时为观察起点。嘱患者及家属首次排气后及时告知护士，由护士记录具体时间，并换算为小时。每1 h评估1次腹胀、腹痛程度。腹胀消失，即腹胀评分降至0分并维持至出院或干预24 h后；腹痛消失，即NRS评分降至0分并维持至出院或干预24 h后。

3.2 统计学方法 采用SPSS 27.0软件进行数据分析。计量资料符合正态分布者以“均数±标准差”($\bar{x}\pm s$)表示；符合正态分布且方差齐者，组间比较采用独立样本t检验，不符合正态分布或方差不齐者，采用Mann-Whitney U秩和检验；组内干预前后比较采用两相关样本Wilcoxon符号秩检验。计数资料以例和率(%)表示，组间比较采用χ^2检验。以$P<0.05$为差异有统计学意义。

3.3 干预结果

3.3.1 2组干预前后腹胀评分比较 干预前，2组腹胀评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；干预后，2组腹胀评分均降低，且观察组低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表1)

表1 2组干预前后腹胀评分比较($\bar{x}\pm s$，分)

组别	例数	时间节点	腹胀评分
观察组	40	干预前	4.02±1.10
		干预后	1.25±0.53[ab]
对照组	40	干预前	3.98±1.07
		干预后	2.82±0.75[a]

注：与本组干预前比较，[a]$P<0.05$；与对照组干预后比较，[b]$P<0.05$。

3.3.2 2组干预前后腹痛NRS评分比较 干预前，2组腹痛NRS评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；干预后，2组腹痛NRS评分均降低，且观察组低于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。（见表2）

表2 2组干预前后腹痛NRS评分比较（$\bar{x}\pm s$，分）

组别	例数	时间节点	NRS评分
观察组	40	干预前	5.89±1.56
		干预后	1.50±0.67[ab]
对照组	40	干预前	5.73±1.49
		干预后	3.35±1.05[a]

注：与本组干预前比较，[a]$P<0.05$；与对照组干预后比较，[b]$P<0.05$。

3.3.3 2组首次排气、腹胀消失时间和腹痛消失时间比较 2组首次排气、腹胀及腹痛消失时间比较，观察组均短于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。（见表3）

表3 2组首次排气、腹胀消失时间和腹痛消失时间比较（$\bar{x}\pm s$，h）

组别	例数	首次排气时间	腹胀消失时间	腹痛消失时间
观察组	40	1.48±0.89[a]	3.10±1.10[a]	1.89±0.75[a]
对照组	40	3.45±1.40	5.26±1.45	3.98±1.22

注：与对照组比较，[a]$P<0.05$。

4 讨 论

本研究结果显示，干预后观察组腹胀评分和腹痛NRS评分均低于对照组，首次排气时间、腹胀消失时间和腹痛消失时间均短于对照组，表明中药热奄包联合腹部穴位按摩可减轻患者腹胀、腹痛程度，促进症状消退。分析其原因，中药热奄包中的吴茱萸具有温中散寒、疏肝理气、止痛之效，与粗盐配伍加热后，可增强温通散寒之力[17]。神阙具有温阳健脾之效，天枢具有调理肠腑、理气止痛之效，二者均为临床调理胃肠功能的常用穴位[18]。同时，热奄包的温热刺激可促进局部血液循环及胃肠蠕动，缓解腹部肌肉痉挛，从而减轻腹胀、腹痛[19-20]。刺激中脘具有和胃降逆、消胀止痛之效，气海具有益气温阳之效，关元具有温阳培元、调畅气机之效[21]。腹部穴位按摩通过刺激神阙、天枢、中脘、气海、关元等穴位，可疏通经络、调畅气机，使肠腑气机得以通降[22]；同时，按摩可能通过促进胃肠蠕动及局部血液循环，加快肠道气体排出，缓解腹部肌肉紧张，从而改善腹胀、腹痛症状[23]。中药热奄包的温热刺激与腹部穴位按摩共同作用于电子结肠镜术后腹胀、腹痛患者，可以发挥协同效应，即中药热奄包的持续温热效应可以促使血液循环加快，为腹部穴位按摩奠定良好的基础；而腹部穴位按摩可以通过经络刺激调畅气机，促进了热奄包药效的渗透与传导，共同促进患者的腹胀、腹痛症状消退。

但本研究仍存在一定局限性，其一，研究为单中心研究，且样本量有限，结论的外推需谨慎；其二，中药热奄包与腹部穴位按摩属于操作性干预，无法对患者进行设盲，虽采用独立评估者进行评分判定，仍可能引入一定的测量偏倚。未来需开展多中心、大样本研究，同时结合客观指标进行辅助判定，以减少主观因素干扰，为该类患者的临床护理提供参考。

参考文献

[1] 成思宇，李克亚，宋艳. 湖南省2039例肛瘘患者结肠镜检查结果分析[J]. 湖南中医杂志，2025，41(6)：101-105.
[2] 倪晓莎，马红芳，潘东霞，等. 中老年患者无痛结肠镜检查术后腹痛、腹胀的调查分析[J]. 浙江临床医学，2023，25(8)：1240-1242.
[3] 陈晖，许章坤，林梅，等. 肛管排气联合腹部手法按摩在无痛肠镜检查中的应用[J]. 微创医学，2022，17(3)：383-385.
[4] 成林，成娟，赵莹. 吴茱萸热盐包熨烫疗法对改善结肠镜术后患者胃肠功能的临床应用[J]. 新疆中医药，2024，42(4)：20-23.
[5] 曾玉友，张紫莉，胡伟雯，等. 基于ERAS理念的中医特色护理中药热奄包贴敷在胃肠外科腹腔镜手术患者术后胃肠功能康复中的效果分析[J]. 临床护理研究，2025，34(17)：193-195.
[6] 王美云，孙珍儿，杨霞燕，等. 穴位按摩联合耳穴压豆对复方聚乙二醇电解质散不良反应的缓解效果研究[J]. 药物不良反应杂志，2023，25(7)：424-429.
[7] 司徒芸忻，肖燕. 中药热奄包干预无痛肠镜检查后肠胀气疗效观察[J]. 实用中医药杂志，2024，40(6)：1067-1068.
[8] Mutlu S, Yılmaz E, Şahin S T. The effect of position change and abdominal massage on anxiety, pain and distension after colonoscopy: A randomized clinical trial[J]. Explore, 2024, 20(1): 89-94.
[9] Moshiree B, Drossman D, Shaukat A. AGA clinical practice update on evaluation and management of belching, abdominal bloating, and distention: Expert review[J]. Gastroenterology, 2023, 165(3): 791-800.e3.
[10] 万丽，赵晴，陈军，等. 疼痛评估量表应用的中国专家共识（2020版）[J]. 中华疼痛学杂志，2020，16(3)：177-187.
[11] 中华中医药学会脾胃病分会. 腹胀中医诊疗专家共识(2023)[J].

中国中西医结合消化杂志，2024，32(11)：939-944.
[12] 中华中医药学会脾胃病分会.腹痛中医诊疗专家共识(2023)[J]. 中国中西医结合消化杂志，2024，32(9)：748-755.
[13] 中华医学会消化内镜学分会外科学组，中华医学会消化内镜学分会经自然腔道内镜手术学组，中国医师协会内镜医师分会消化内镜专业委员会，等. 中国消化道黏膜下肿瘤内镜诊治专家共识(2023版)[J]. 中华消化内镜杂志，2023，40(4)：253-263.
[14] 中华医学会消化内镜学分会麻醉协作组. 常见消化内镜手术麻醉管理专家共识[J]. 中华消化内镜杂志，2019，36(1)：9-19.
[15] 中华医学会消化内镜学分会清洗消毒学组. 中国消化内镜再处理专家共识(2024，重庆)[J]. 中华消化内镜杂志，2024，41(9)：673-684.
[16] 中华中医药学会脾胃病分会. 脾胃病症状量化标准专家共识意见：2017[J]. 中华中医药杂志，2017，32(8)：3590-3596.
[17] 何晓红，丁晔. 中药热敷结合快速康复干预对胃肠道手术患者胃肠功能恢复的影响[J]. 西部中医药，2024，37(12)：131-135.
[18] Xue J, Xu Z, Wang Q, et al. Clinical practice guidelines for prevention and treatment of postoperative gastrointestinal disorder with integrated traditional Chinese and Western medicine (2023)[J]. J Evid Based Med, 2024, 17(1)：207-223.
[19] 廖艳烨. 探讨中药热奄包联合腹部环行按摩在结肠镜检查后腹胀腹痛患者中的应用效果[J]. 黑龙江医药，2025，38(2)：378-380.
[20] 陈一秀，曹艳霞，罗晓颖，等. 中药热敷护理对结肠镜围检查期患者舒适度和满意度的影响[J]. 中国医药导报，2023，20(16)：173-176.
[21] 黄晓林，钟晓敬，徐艳，等. 中药穴位贴敷对全麻结肠镜检查后腹痛腹胀的缓解作用[J]. 中华全科医学，2024，22(3)：491-494.
[22] Küçükaydınoğlu S, Turan N. The effect of abdominal massage applied after surgery on gastrointestinal symptoms and comfort level[J]. Perioper Med (Lond), 2025, 14(1)：84.
[23] 余洪春，吴启洲，刘春燕. 中和医派益气温中方中药封包热敷联合穴位按摩治疗胃肠镜术后腹胀腹痛40例[J]. 光明中医，2025，40(16)：3484-3487.

(收稿日期：2026-04-14)
[编辑：马怀玉]

(上接第64页)

参考文献

[1] 王茜，谭畅，冯月宁，等. 肛瘘中西医结合诊疗专家共识[J]. 中国肛肠病杂志，2026，46(1)：66-75.
[2] Amato A, Bottini C, De Nardi P, et al. Evaluation and management of perianal [ab]scess and anal fistula：SICCR position statement[J]. Tech Coloproctol, 2020, 24(2)：127-143.
[3] 中华中医药学会. 肛瘘中西医结合诊疗指南[J]. 中国临床医生杂志，2025，53(2)：145-151.
[4] Özgü K, Kutlu B, Koç M A, et al. Assessing quality of life in anal fistula patients after seton placement using different knot types：Randomized controlled trial[J]. Int J Colorectal Dis, 2026, 41(1)：52.
[5] 郝秀艳，文丽娟，谢祥锟. 肛漏古籍挂线疗法探析[J]. 山东中医药大学学报，2011，35(1)：56-57.
[6] 孙吉娅，高善语，王立柱. 高位肛瘘挂线疗法研究进展[J]. 中国中医药现代远程教育，2025，23(2)：83-86.
[7] 刘肃志. 基于括约肌功能保护的高位肛瘘分次虚实高挂术的评价研究[D]. 上海：上海中医药大学，2020：46-64.
[8] 张蕊. 中医定量挂线及紧线方案治疗高位单纯性肛瘘的临床研究[D]. 长沙：湖南中医药大学，2025：9-21.
[9] Parks A G, Gordon P H, Hardcastle J D. A classification of fistula-in-ano[J]. Br J Surg, 1976, 63(1)：1-12.
[10] Morris J, Spencer J A, Ambrose N S. MR imaging classification of perianal fistulas and its implications for patient management[J]. Radiographics, 2000, 20(3)：623-635.
[11] Woodforde J M, Merskey H. Some relationships between subjective measures of pain[J]. J Psychosom Res, 1972, 16(3)：173-178.
[12] 万丽，赵晴，陈军，等. 疼痛评估量表应用的中国专家共识(2020版)[J]. 中华疼痛学杂志，2020，16(3)：177-187.
[13] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则：试行[M]. 北京：中国医药科技出版社，2002：285-290.
[14] Jorge J M, Wexner S D. Etiology and management of fecal incontinence[J]. Dis Colon Rectum, 1993, 36(1)：77-97.
[15] ZY/T 001.7—1994 中医肛肠科病证诊断疗效标准[S].
[16] 陈伟，郑雪平. 肛瘘的中西医病因病机(理)研究概况[J]. 中医药临床杂志，2018，30(5)：978-981.
[17] 余求祥，程一乘，侯文肖，等. 虚实结合挂线术术中不同程度紧线治疗高位经括约肌肛瘘的临床研究[J]. 中国临床医生杂志，2024，52(10)：1197-1199.
[18] Zhao P, Wang L, Song Q, et al. Different tightening schemes in thread-drawing therapy and their effects on anal function recovery in patients with high simple anal fistula[J]. Front Physiol, 2025, 16：1520260.
[19] Berry C E, Downer M Jr, Morgan A G, et al. The effects of mechanical force on fibroblast behavior in cutaneous injury[J]. Front Surg, 2023, 10：1167067.

(收稿日期：2026-07-19)
[编辑：马怀玉]