◆护理康复◆

脓毒症急性胃肠损伤患者中医护理管理方案的构建与应用

张利娟[1,2]，薛孟奇[2]，吴巧媚[1,2]，龙琴琴[2]，马世红[1,2]，范荣荣[1,2]，萧晓真[1,2]

1. 广东省中医院，广东 广州 510120；2. 广州中医药大学第二临床医学院，广东 广州 510405

［摘要］**目的：**构建脓毒症急性胃肠损伤（AGI）患者中医护理管理方案，涵盖辨证施药、辨证施膳、辨证施养和辨证施术，并评估其临床效果。**方法：**选取2022年6月—2024年7月广东省中医院重症监护室收治的80例脓毒症AGI患者，按时间段分为2组各40例。对照组采用常规治疗与护理，观察组采用中医护理管理方案。收集并比较2组急性胃肠损伤情况、炎症指标和预后相关指标。**结果：**对照组与观察组分别有37例、38例患者完成研究。干预后，2组AGI分级、胃肠功能障碍评分和中医症状量化积分均降低（$P<0.05$），且观察组低于对照组（$P<0.05$）。干预后，2组白细胞计数（WBC）、C-反应蛋白（CRP）、降钙素原（PCT）均降低（$P<0.05$），且观察组低于对照组（$P<0.05$）。干预后，2组急性生理学及慢性健康状况评分系统Ⅱ（APACHE Ⅱ）评分均降低（$P<0.05$），且观察组低于对照组（$P<0.05$）。观察组ICU住院时间短于对照组（$P<0.05$）。2组28天病死率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。**结论：**研究构建的中医护理管理方案科学可行，能有效改善脓毒症AGI患者的胃肠道症状、炎症反应和预后。

［关键词］脓毒症；急性胃肠损伤；中医护理方案；胃肠道症状；胃肠损伤；炎症反应
［中图分类号］R459.7；R278 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2025）15-0173-07
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2025.15.031

Construction and Application of Traditional Chinese Medicine Nursing Management Protocol for Patients with Sepsis-Induced Acute Gastrointestinal Injury

ZHANG Lijuan[1,2], *XUE Mengqi*[2], *WU Qiaomei*[1,2], *LONG Qinqin*[2], *MA Shihong*[1,2], *FAN Rongrong*[1,2], *XIAO Xiaozhen*[1,2]

1. Guangdong Provincial Hospital of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510120, China; 2. The Second Clinical Medical School of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510405, China

Abstract: Objective: To develop a traditional Chinese medicine (TCM) nursing management protocol for patients with sepsis-induced acute gastrointestinal injury (AGI), involving syndrome differentiation-based medication, dietary therapy, lifestyle guidance, and therapeutic techniques, and evaluate the clinical effects. **Methods:** A total of 80 patients with sepsis-induced AGI admitted to the Intensive Care Unit (ICU) of Guangdong Provincial Hospital of Chinese Medicine from June 2022 to July 2024 were divided into two groups (40 cases each) based on admission time. The control group received conventional treatment and nursing, while the observation group received the TCM nursing management protocol. Data on the severity of AGI, inflammatory indicators, and prognostic indicators were collected and compared between the two groups. **Results:** Of the 80 patients, 37 in the control group and 38 in the observation

［收稿日期］2025-02-17
［修回日期］2025-05-14
［基金项目］广东省中医药局中医药科研项目（20232041）；广州民政科技基金项目（2021MZK36）；广东省中医院中医药科学技术研究专项项目（YN2020HL14，YN2020HL17，YN2022HL15）
［作者简介］张利娟（1989-），女，主管护师，E-mail：825807791@qq.com。
［通信作者］吴巧媚（1978-），女，主任护师，E-mail：wqm512@126.com。

group completed the study. After intervention, both groups showed reductions in AGI grading, gastrointestinal dysfunction scores, and TCM symptom severity scores ($P<0.05$), with greater reductions in the observation group ($P<0.05$). After intervention, the levels of white blood cell (WBC) count, C-reactive protein (CRP), and procalcitonin (PCT) decreased in both groups ($P<0.05$), with lower levels in the observation group ($P<0.05$). After intervention, the Acute Physiology and Chronic Health Evaluation Ⅱ (APACHE Ⅱ) scores decreased in both groups ($P<0.05$), with lower scores in the observation group ($P<0.05$). The ICU duration was shorter in the observation group ($P<0.05$). No significant difference was found in 28-day mortality between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion**: The TCM nursing management protocol developed in this study is scientifically feasible and effectively improves gastrointestinal symptoms, inflammatory responses, and prognosis in patients with sepsis-induced AGI.

Keywords: Sepsis; Acute gastrointestinal injury; Traditional Chinese medicine nursing protocol; Gastrointestinal symptoms; Gastrointestinal injury; Inflammatory responses

脓毒症是由细菌等病原微生物感染导致的全身炎症反应综合征[1]。调查显示，2020年我国ICU脓毒症发病率为20.6%，90天病死率高达35.5%[2]。急性胃肠损伤(AGI)在脓毒症患者病情的发生和发展中起着重要作用[3]，二者互为因果，相互影响，治疗和护理都十分棘手，即便给予积极治疗，脓毒症并发胃肠功能障碍患者的死亡率仍高达21.9%[4]。一项meta分析研究发现，在ICU中约有60%的患者合并AGI，合并AGI的患者预后更差，且AGI的严重程度与患者的死亡率呈正相关[5]。因此，若以AGI为切入点进行干预，打断恶性循环，则有望改善患者的预后。

目前，脓毒症AGI患者的主要治疗方法是抗感染、液体复苏等，但总体治疗效果不理想[6]。研究表明，中医药在脓毒症AGI的治疗与护理中具有一定优势，可以减轻患者炎症反应，促进肠道黏膜屏障修复，改善胃肠道功能等[7]。近年来，中医特色疗法对脓毒症AGI患者的调治协同作用得到广泛认可[8]。构建科学、规范的脓毒症AGI患者中医护理管理方案极其重要。本研究通过文献检索和专家咨询，从辨证施药、辨证施膳、辨证施养和辨证施术方面构建了脓毒症AGI患者中医护理管理方案，并初步探讨其临床应用效果，旨在为改善脓毒症AGI患者的胃肠功能提供参考依据。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合文献[1]中脓毒症的诊断标准，即确诊/疑似感染基础上，出现序贯器官衰竭评分(SOFA)≥2分。符合文献[9]中AGI的诊断标准及分级标准，AGI是指重症患者在各种应激状态下，胃肠道功能发生结构性或功能性障碍，表现为消化不良、肠鸣音减少、腹胀、肠内营养不耐受等。AGI Ⅰ级为胃肠道功能轻度障碍，有自限性；AGIⅡ级为明确的胃肠道功能障碍，需治疗支持；AGIⅢ级为胃肠道衰竭，功能障碍持续加重；AGIⅣ级为危及生命的胃肠道衰竭，常合并多器官功能障碍综合征(MODS)。

1.2 纳入标准 符合诊断标准；年龄18～85周岁；患者或家属自愿签署知情同意书。

1.3 排除标准 急性中枢神经系统疾病(脑卒中、创伤性颅脑损伤)；严重胸、腹部创伤；急性心肌梗死、严重心律失常、心力衰竭和休克；原发性神经肌肉病变或精神疾病患者；孕产妇；恶性肿瘤晚期或恶液质、慢性病终末期。

1.4 一般资料 选取2022年6月—2024年7月广东省中医院重症监护室收治的脓毒症AGI患者80例作为研究对象。符合纳入排除标准的患者经主管医生辨证分型后，按入科时间，将2022年6月—2023年6月入住重症监护室的40例患者作为对照组，将2023年7月—2024年7月入住重症监护室的40例患者作为观察组。研究过程中对照组1例因家属放弃治疗，2例因转外院治疗而脱落；观察组1例因转外院治疗，1例因干预过程未结束自动出院而脱落，实际纳入对照组37例，观察组38例。对照组男24例，女13例；平均年龄(59.05±12.85)岁；平均体质量指数(BMI)23.95±3.71；平均营养风险筛查2002(NRS2002)评分(3.35±0.68)分；平均SOFA评分(6.22±1.92)分；感

染部位：肺部25例，肝胆2例，泌尿系7例，其他3例；合并疾病：高血压6例，糖尿病4例，呼吸道疾病27例，肝胆疾病3例，心脏疾病4例，肾脏疾病5例，其他2例；机械通气16例。观察组男21例，女17例；平均年龄（58.29±14.08）岁；平均BMI 24.65±4.33；平均NRS2002评分（3.16±0.97）分；平均SOFA评分（6.53±2.02）分；感染部位：肺部22例，肝胆3例，泌尿系9例，其他4例；合并疾病：高血压8例，糖尿病9例，呼吸道疾病23例，肝胆疾病5例，心脏疾病2例，肾脏疾病7例，其他3例；机械通气18例。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。本研究经广东省中医院医学伦理委员会审查批准（BM2022-117）。

2 治疗方法

2.1 构建方案 系统检索医脉通指南网、Up To Date、中国知网、中国生物医学文献数据库、维普中文科技期刊数据库、万方数据库、PubMed数据库、The Cochrane Library、Embase数据库和Web of science中关于脓毒症AGI患者护理的文献。检索时限为自建库以来至2022年1月。中文以“脓毒症/多器官功能障碍”，“急性胃肠损伤/腹胀/便秘/喂养不耐受/呕吐/胃潴留”为检索词；英文以“Sepsis/MODS”，“Gastrointestinal dysfunction/Abdominal distension/Feeding intolerance/constipation/Vomiting/Gastric residual volume为检索词，检索字段包括标题、摘要、关键词。涉及文献类型包括指南、系统评价、专家共识、临床随机对照研究等。研究小组成员根据文献检索结果和脓毒症AGI患者的病情特征、中医辨证分型[8]，初步构建中医护理管理方案。方案修订完成后，邀请20名来自不同地区三级甲等医院的专家进行2轮函询以完善方案。专家具有较高的权威性和代表性，2轮函询的专家权威系数Cr分别为0.865和0.887，均>0.7。经过2轮专家函询后，再对5例脓毒症AGI患者进行预试验，根据预试验结果修改条目内容，经小组讨论达成共识，最终从辨证施药、辨证施膳、辨证施养、辨证施术4个方面构建了脓毒症AGI患者中医护理管理方案，见表1。

2.2 方案实施 课题实施前对项目组成员进行为期2周的培训。内容包括：专科理论知识，如脓毒症和AGI的定义、分级、治疗、早期识别、评估与护理等；专科操作技能，如胃残余量监测、腹内压监测、肠内营养的喂养与管理等；中医理论知识，如脓毒症AGI的中医基础知识、辨证分型、症候要点、辨证施药、辨证施膳、辨证施养和辨证施术等；中医护理技能，如穴位按摩、穴位贴敷、耳穴压豆。培训结束后进行理论及操作技能考核，合格者参与本研究。

2.3 对照组 给予常规治疗与护理。脓毒症方面参照文献[1]给予对症处理，主要包括纠正休克、治疗感染、器官功能障碍和营养支持等。AGI的治疗与护理参照文献[10]，针对AGI给予分级对症处理。

表1 脓毒症AGI患者中医护理管理方案

项目	AGIⅠ级	AGIⅡ级	AGIⅢ级	AGIⅣ级
分级特征	胃肠道功能部分受损	胃肠功能不全，但尚未影响全身情况	胃肠功能衰竭，全身情况得不到改善	胃肠功能衰竭并严重影响其他器官的功能
常见中医证型	肝脾不和证	湿热壅滞证	热毒瘀滞证或腑实血瘀证	阳气暴脱证或肾阴耗竭证
临床表现	饥饿感不明显，胃纳减少，脘腹嘈杂痞胀，嗳气或伴反酸，甚至恶心、呕吐；泄泻或大便秘结；舌苔厚腻，脉弦或滑。	不思饮食，腹胀满甚或胀痛而坚、拒按，或稍食即恶心、呕吐，嗳气或反酸，嗳出气味酸腐或臭秽；可有身热入夜尤甚、汗出、口渴，大便秘结或黏腻不爽，或见小便短赤灼热；舌红，苔黄腻或黄厚腻，脉洪数或弦数或滑数。	腹痛明显，痛处多固定，刺痛多见，腹坚实拒按；大便秘结，质干、硬；常伴身热甚，烦躁不安，面色及皮肤晦暗，甚至肌肤甲错；舌暗红或紫暗，舌面或舌边有芒刺、瘀点或瘀斑，舌下脉络紫暗迂曲，脉细涩或有结代脉。	食入即吐，大便秘结不通或腹泻不止，腹部胀满坚实，四肢厥冷，脉沉细、数或微弱欲绝；阳气暴脱证尚可见汗出淋漓，舌淡苔焦黑；肾阴耗竭证尚可见汗出如油，舌绛无苔。
辨证施药	治疗原则：除静脉补液，一般无需针对胃肠功能的特殊治疗；予胃黏膜保护剂，预防应激性溃疡，避免使用抑制胃肠动力药物。 辨证施药：中医治则以调和肝脾、消积导滞为主，中药汤剂宜温服。	治疗原则：以对症治疗为主，并积极预防胃肠功能衰竭。 辨证施药：中医治则以清热解毒，化湿通腑为主，中药汤剂宜温服。	治疗原则：积极预防胃肠功能衰竭持续性加重；排除其他急腹症；避免使用可能导致胃肠道麻痹的药物。 辨证施药：中医治则以清热通腑，活血化瘀为主，中药汤剂宜温服。	治疗原则：病势危重，单纯施药往往难以奏效，常需外科介入，并配合多种西医辅助治疗手段。 辨证施药：中医治则以温阳通腑或滋阴通腑之法，配合温阳固脱或敛阴固脱法为主，中药汤剂宜温服。
辨证施膳	施膳时机：24~48 h内开始肠内营养，可选择整蛋白制剂	施膳时机：24~48 h内开始少量肠内营养，建议根据患者耐受性给予，可选择短肽制剂逐渐向整蛋白制剂过渡。	施膳时机：24~48 h内尝试少量肠内营养，建议可给予短肽制剂进行滋养型喂养。	证见食入即吐，大便秘结不通或腹泻不止，腹部胀满坚实，考虑暂禁食，予留置胃管，行胃肠减压。

续表1 脓毒症AGI患者中医护理管理方案

项目	AGIⅠ级	AGIⅡ级	AGIⅢ级	AGIⅣ级
辨证施养	施膳管理 ①胃残余量监测。监测方法:采用超声监测胃残余量,腹胀严重无法测量时采用注射器抽吸法,并根据腹围和腹部的深、浅触诊法对腹胀进行评估;监测频率:每4 h监测胃残余量,若顺利喂养48~72 h后,胃残余量<200 mL,可延长为每8 h复测1次。 ②腹内压监测。对于存在腹内压高风险的患者,采用间接测量法每8 h监测1次腹内压;腹内压为12~15 mmHg(1 mmHg≈0.133 kPa),继续进行肠内营养;腹内压为16~20 mmHg,采用滋养型喂养;腹内压>20 mmHg暂停肠内营养。 ③必要时结合AGI超声检查评分[10]。通过肠管直径、肠壁厚度及肠道蠕动情况判断患者的胃肠功能,若评分>2分时,提示喂养不耐受风险高,胃肠功能损伤情况严重。 ④喂养方式。采用间歇营养泵输注,保证患者胃肠休息6 h。 ⑤喂养速度。从15~50 mL/h开始,每4~24 h增加10~50 mL/h,并根据胃肠功能障碍分级及胃残余量进行动态调整。若胃残余量≤100 mL则逐渐增加喂养速度直至达到目标喂养量[总能量25~30 kcal/(kg·d),蛋白质1.2~2.0 g/d];若100 mL<胃残余量≤200 mL,则速度保持不变;若200 mL<胃残余量≤500 mL,使用促胃动力药物或减慢为原喂养速度的50%;若胃残余量>500 mL,评估胃肠动力状况,胃肠动力正常予幽门后喂养或空肠管喂养,必要时暂停肠内营养。 ⑥喂养温度。实施肠内营养时宜将营养液温度调节至接近生理正常体温;对于腹泻患者,营养液的温度应维持38~42 ℃为宜。			
	辨证施膳:视患者胃纳情况,给予调和肝脾为主的药食同源食材,如山药、陈皮。 推荐药膳:人参陈皮瘦肉汤、淮芪茯苓炖鸡汤(任选之一去渣食用或交替食用)。	辨证施膳:视患者胃纳情况,给予以清热解毒,健脾化湿为主的药食同源食材,如冬瓜、荷叶、白术、陈皮、茯苓。 推荐药膳:冬瓜薏仁瘦肉汤、茅根猪小肚汤(任选之一去渣食用或交替食用)。	辨证施膳:视患者胃纳情况,给予促胃动力兼清热通腑,活血化瘀药食同源食材,如陈皮、鸡内金、山楂和余甘子。 推荐药膳:腑实血瘀证用山楂鸡内金汤,热毒瘀滞证用余甘子萝卜汤(去渣食用)。	
	起居有常:顺应昼夜及四季变化规律,按时作息;病室宜温暖安静,忌当风直吹。 五音疗法:根据患者喜好选取宫音和角音各一首。宫音:《平湖秋月》《塞上曲》《十面埋伏》《月儿高》;角音:《春江花月夜》《姑苏行》《胡笳十八拍》《江南好》《鹧鸪飞》。播放时间:宫音餐时17:00~18:00,角音19:00~20:00。频率:每天1次,宫音、角音各15 min。	起居有常:顺应昼夜及四季变化规律,按时作息;病室宜凉爽,切忌潮湿。 五音疗法:根据患者喜好选取宫音和徵音各一首。宫音:《平湖秋月》《塞上曲》《十面埋伏》《月儿高》;徵音:《喜洋洋》《喜相逢》《步步高》《紫竹调》《花好月圆》《荷花映日》。播放时间:宫音餐时17:00~18:00,徵音21:00~22:00。频率:每天1次,宫音、徵音各15 min。	起居有常:顺应昼夜及四季变化规律,按时作息;热毒瘀滞者,病室温湿度适宜;不宜过暖,腑实血瘀者注意保暖,避风寒。 五音疗法:根据患者喜好选取宫音和商音各一首。宫音:《平湖秋月》《塞上曲》《十面埋伏》《月儿高》;商音:《阳春白雪》《江河水》《广陵散》。播放时间:宫音餐时17:00~18:00,徵音21:00~22:00。 频率:每天1次,宫音、徵音各15 min。	起居有常:顺应昼夜及四季变化规律,按时作息;阳气暴脱者,病室宜温暖向阳;肾阴耗竭者,病室宜凉爽湿润。 五音疗法:根据患者喜好选取羽音和徵音各一首。羽音:《汉宫秋月》《平沙落雁》《船歌》;徵音:《喜洋洋》《喜相逢》《步步高》《紫竹调》《花好月圆》《荷花映日》。播放时间:羽音10:00~11:00,徵音21:00~22:00。 频率:每天1次,羽音、徵音各15 min。
辨证施术	运动调护(根据患者情况选择合适方案进行运动调护,具体时间和强度应根据病情实时调整安排) ①镇静/昏迷:血氧饱和度(SpO_2)≥90%;肌力0~1级;标准化5问题问卷(S5Q):0/5;循环稳定。 a.被动关节活动训练、踝泵运动,每个动作重复10~20次,每天1~2次。b.神经肌肉电刺激治疗,每次20~30 min,每天1次。c.腹部按摩,15~20 min,每天1~2次。 ②意识清醒:SpO_2≥90%;肌力2~3级;5Q:(1~5)/5;循环稳定。 a.主动或被动关节活动训练、踝泵运动,每个动作重复10~20次,每天1~2次。b.脚踏车运动,每次15~20 min,每天1~2次。c.腹部按摩,15~20 min,每天1~2次。 ③意识清醒:SpO_2≥90%;上肢肌力≥3级;S5Q:4/5;循环稳定。 a.主动抗阻活动训练(握力器、拉弹力带等),每次15~20 min,每天1~2次。b.脚踏车运动,每次15~20 min,每天1~2次。c.腹部按摩,15~20 min,每天1~2次。d.郑氏卧位康复操[11],每次15~20 min,每天1~2次。 ④意识清醒:SpO_2≥95%;上、下肢肌力≥3级;S5Q:5/5;循环稳定。 a.主动抗阻活动训练(握力器、拉弹力带等),每次15~20 min,每天1~2次。b.脚踏车运动,每次15~20 min,每天1~2次。c.腹部按摩,15~20 min,每天1~2次。d.郑氏坐立进阶康复操[12],每次15~20 min,每天1~2次。 ⑤意识清醒:SpO_2≥95%;上、下肢肌力4~5级;S5Q:5/5;循环稳定。 a.离床行走训练,主动/助力或在助行器下步行锻炼,每次20~30 min,每天1~2次。b.郑氏坐立进阶康复操[13],每次15~20 min,每天1~2次。c.腹部按摩,15~20 min,每天1~2次。			病情危重,以卧床休息为主。
	注:针对不同证型选用1~2项中医特色护理方法进行对证施术			
	①穴位按摩。选穴:内关、中脘、足三里穴、上巨虚、下巨虚。每穴按压各1 min,按压力度缓缓增加,以患者不感觉疼痛或局部皮肤下陷1~2 cm为宜,然后每穴按揉(恶心、呕吐、腹胀、便秘者顺时针,腹泻者逆时针)约1~2 min,每天1次。 ②穴位贴敷。处方:吴茱萸、白术、丁香、干姜,按2∶1∶1∶1研磨成粉,予蜂蜜调成糊状,取5 g置入无纺布胶贴(5 cm×5 cm)内,制成厚度约0.3 cm、直径1.5 cm的穴位贴。选穴:内关、中脘、足三里穴、上巨虚、下巨虚。每次贴敷4~6 h,每天1次。 ③耳穴压豆。主穴:神门、交感、胃、大肠、小肠、腹。配穴:肝、脾、三焦。每天按压3~5次,每次每穴位按压1~2 min。两耳交替进行,每3天更换1次。	①穴位按摩。选穴:内关、足三里穴、天枢、阴凌泉、丰隆、三阴交。每穴按压各1 min,按压力度缓缓增加,以患者不感觉疼痛或局部皮肤下陷1~2 cm为宜,然后每穴顺时针按揉约1~2 min,每天1次。 ②穴位贴敷。处方:大黄、莱菔子、厚朴、枳实,用药比例2∶1∶1∶1,加入醋调成糊状,取5 g置入无纺布胶贴(5 cm×5 cm)内,制成厚度约0.3 cm、直径1.5 cm的穴位贴。选穴:内关、足三里穴、天枢、阴凌泉、丰隆、三阴交。每次贴敷4~6 h,每天1次。 ③耳穴压豆。主穴:神门、交感、胃、大肠、小肠、腹。配穴:耳尖、肝阳、肾上腺。每天按压3~5次,每次每穴位按压1~2 min。两耳交替进行,每3天更换1次。	①穴位按摩。选穴:内关、足三里穴、天枢、上巨虚、下巨虚。每穴按压各1 min,按压力度缓缓增加,以患者不感觉疼痛或局部皮肤下陷1~2 cm为宜,然后每穴顺时针按揉约1~2 min,每天1次。 ②穴位贴敷。处方:大黄、莱菔子、厚朴、枳实,用药比例2∶1∶1∶1,加入醋调成糊状,取5 g置入无纺布胶贴(5 cm×5 cm)内,制成厚度约0.3 cm、直径1.5 cm的穴位贴。选穴:内关、足三里穴、天枢、上巨虚、下巨虚,每次贴敷4~6 h,每天1次。 ③耳穴压豆。主穴:神门、交感、胃、大肠、小肠、腹。配穴:肾上腺、内分泌。每天按压3~5次,每次每穴位按压1~2 min。两耳交替进行,每3天更换1次。	①穴位按摩。选穴:内关、足三里穴、气海、关元、涌泉。每穴按压各1 min,按压力度缓缓增加,以患者不感觉疼痛或局部皮肤下陷1~2 cm为宜,然后每穴逆时针按揉约1~2 min,每天1次。 ②穴位贴敷。处方:吴茱萸、白术、丁香、干姜,用药比例2∶1∶1∶1,予蜂蜜调成糊状,取5 g置入无纺布胶贴(5 cm×5 cm)内,制成厚度约0.3 cm、直径1.5 cm的穴位贴。选穴:内关、足三里穴、气海、关元、涌泉。每次贴敷4~6 h,每天1次。 ③耳穴压豆主穴:神门、交感、胃、大肠、小肠、腹。配穴:心、肾。每天按压3~5次,每次每穴位按压1~2 min。两耳交替进行,每3天更换1次。

2.4 观察组 在对照组基础上实施2.1制定的脓毒症AGI患者中医护理管理方案。对患者进行AGI分级与中医四诊辨证分型；根据辨证分型确立中医护理问题；参照方案对患者实施辨证施护，包括辨证施药、辨证施膳、辨证施养和辨证施术；每月召开小组会议，汇报患者干预进程和护理效果，交流实施问题并修改完善，优化方案后落实。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①AGI情况。干预前、干预后7天参考欧洲危重病医学会AGI诊断及分级标准对2组患者进行分级[9]。②胃肠功能障碍评分。干预前、干预后7天参考国内AGI量化评分标准进行评分，总分为17分，0分为正常，1～4分为轻度，5～9分为中度，＞9分为重度[13]。③中医症状量化积分。干预前、干预后7天参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》[14]、《中医诊断学》[15]制定中医证候积分表。主症：脘腹胀满或疼痛，根据无、轻、中、重分别计0、2、4、6分；次症：恶心呕吐，呃逆反酸，便秘或下利，便血，发热，面色㿠白，神疲乏力，根据无、轻、中、重分别计0、1、2、3分，总分为27分，分数越高，症状越严重。④炎症指标。干预前、干预后7天检测2组白细胞计数(WBC)、C-反应蛋白(CRP)、降钙素原(PCT)水平。⑤预后相关指标。评估急性生理与慢性健康(APACHEⅡ)评分，记录ICU住院时间、28天病死率和不良反应发生情况。

3.2 统计学方法 采用SPSS25.0统计学软件对数据进行分析。计量资料满足正态分布的以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，行两独立样本t检验，不满足正态分布时行秩和检验。计数资料以百分比(%)表示，采用χ^2检验；等级资料比较采用秩和检验进行组间比较。以$P<0.05$为差异有统计学意义。

4 治疗结果

4.1 2组干预前后AGI分级比较 见表2。干预前，2组AGI分级比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。干预后，观察组AGI分级较对照组改善明显，2组比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。

4.2 2组干预前后胃肠功能障碍评分比较 见表3。干预前，2组胃肠功能障碍评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。干预后，2组胃肠功能障碍评分均降低($P<0.05$)，且观察组低于对照组($P<0.05$)。

表2 2组干预前后AGI分级比较 例(%)

时 间	AGI分级	对照组(例数=37)	观察组(例数=38)	Z值	P值
干预前	AGIⅠ级	9(24.32)	10(26.32)	0.418	0.676
	AGIⅡ级	17(45.95)	19(50.00)		
	AGIⅢ级	11(29.73)	8(21.05)		
	AGIⅣ级	0	1(2.63)		
干预后	AGIⅠ级	13(35.14)	24(63.16)	2.524	0.012
	AGIⅡ级	18(48.65)	12(31.58)		
	AGIⅢ级	6(16.22)	2(5.26)		
	AGIⅣ级	0	0		

表3 2组干预前后胃肠功能障碍评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组 别	时 间	例数	胃肠功能障碍评分
观察组	干预前	38	8.71±1.41
	干预后	38	4.50±1.18①②
对照组	干预前	37	8.54±1.68
	干预后	37	5.41±1.38①

注：①与本组干预前比较，$P<0.05$；②与对照组干预后比较，$P<0.05$。

4.3 2组干预前后中医症状量化积分比较 见表4。干预前，2组中医症状量化积分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。干预后，2组中医症状量化积分均降低($P<0.05$)，且观察组低于对照组($P<0.05$)。

表4 2组干预前后中医症状量化积分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组 别	时 间	例数	中医症状量化积分
观察组	干预前	38	15.50±3.15
	干预后	38	10.63±2.78①②
对照组	干预前	37	14.84±3.34
	干预后	37	12.16±3.05①

注：①与本组干预前比较，$P<0.05$；②与对照组干预后比较，$P<0.05$。

4.4 2组干预前后WBC、CRP、PCT比较 见表5。干预前，2组WBC、CRP、PCT比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。干预后，观察组WBC、CRP、PCT均降低($P<0.05$)，且观察组低于对照组($P<0.05$)。

表5 2组干预前后WBC、CRP、PCT比较($\bar{x}\pm s$)

组 别	时 间	例数	WBC(×10⁹/L)	CRP(mg/L)	PCT(ng/L)
观察组	干预前	38	11.80±3.23	61.07±31.46	8.49±19.36
	干预后	38	7.93±3.11①②	26.79±19.94①②	2.04±6.15①②
对照组	干预前	37	10.96±4.06	59.53±31.80	9.97±24.61
	干预后	37	9.71±3.46①	40.69±28.14①	4.18±5.04①

注：①与本组干预前比较，$P<0.05$；②与对照组干预后比较，$P<0.05$。

4.5 2组干预前后APACHEⅡ评分比较 见表6。干预前，2组APACHEⅡ评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。干预后，2组APACHEⅡ评分均降低（$P<0.05$），且观察组低于对照组（$P<0.05$）。

表6 2组干预前后APACHEⅡ评分比较（$\bar{x}\pm s$） 分

组别	时间	例数	APACHEⅡ评分
观察组	干预前	38	22.53±2.31
	干预后	38	16.05±4.50①②
对照组	干预前	37	21.92±3.45
	干预后	37	18.95±6.30①

注：①与本组干预前比较，$P<0.05$；②与对照组干预后比较，$P<0.05$。

4.6 2组ICU住院时间及28天死亡率比较 见表7。观察组ICU住院时间短于对照组（$P<0.05$）。2组28天病死率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。

表7 2组ICU住院时间及28天死亡率比较

组别	例数	ICU住院时间（$\bar{x}\pm s$，d）	28天病死[例（%）]
观察组	38	11.63±4.59	1（2.63）
对照组	37	13.81±4.05	3（8.11）
t/χ^2值		2.178	0.293
P值		0.033	0.558

5 讨论

本研究构建的中医护理管理方案，具有系统性、动态性与临床可行性。首先，方案涵盖辨证施药、辨证施膳、辨证施养及辨证施术，形成全病程系统干预体系，并依据AGI分级动态调整治疗护理措施。研究结果显示，观察组AGIⅠ级患者无1例进展至Ⅱ级，AGIⅡ级患者14例（73.7%）逆转为Ⅰ级；对照组AGIⅠ级患者3例（33.3%）发展为Ⅱ级，AGIⅡ级患者4例（23.5%）进展至Ⅲ级。这表明该方案能有效阻断AGI的发生发展，可能源于中医既病防变理念。其次，方案通过德尔菲法专家咨询论证，结合预试验优化细节，科学严谨。护理团队经系统培训后，措施执行完整率达92.1%。通过家属健康教育及个性化沟通，患者家属理解配合。最后，通过定期召开会议，汇集实施过程中的问题，小组共同分析解决，可不断优化方案，提高方案在临床中的适用性和可行性。

本研究结果显示，干预后，2组胃肠功能障碍评分、中医症状量化积分、APACHEⅡ评分均降低，且观察组低于对照组；2组WBC、CRP、PCT均降低，且观察组低于对照组。观察组ICU住院时间较对照组短。说明脓毒症AGI患者中医护理管理方案能改善胃肠道症状、炎症反应和预后，其原因可能与以下几个方面有关。

辨证施药方面，合理用药指导与组方对药效和治疗效果至关重要[16]。清代徐灵胎曾指出，服药方法不当会影响药效甚至有害，因此辨证施药关乎疾病转归，根据患者病因病机和证型选择适当服药方式，可使药物发挥最大疗效，改善脓毒症AGI患者的炎症反应，促进早日康复。辨证施膳方面，主张“药食同源”，根据病情、证型给予针对性膳食。研究表明，鸡内金、山楂和余甘子等具有促胃动力效果，可提高每日摄食量和胃排空率[17]。本方案结合患者证型选用膳食方，可促进胃排空和肠蠕动，改善脓毒症AGI患者的胃肠道症状。辨证施养方面，从起居有常、五音疗法和运动调护方面对患者进行辨证施护。中土脾胃为情志调控之枢纽，情志活动与脾胃关系密切，情志变化易诱发脾胃疾患，通过情志护理可改善预后[18]。中医“久卧伤气”理论指出，脓毒症患者长期卧床易致气机不畅，气滞则脾胃升降失调，引发腹胀、便秘等胃肠功能紊乱。“动则气行”，适度运动可调畅气机，促进气血流通，现代研究亦证实早期活动能加速胃肠功能恢复，缩短ICU住院时间[19-21]。辨证施术方面，针对脓毒症AGI患者的常见症状给予对症施护，穴位按摩[22-23]、穴位贴敷[24-26]、耳穴压豆[27-28]等中医护理技术具有改善胃肠功能障碍的功效，且已被研究证实并写入指南和专家共识[8,29]，推荐应用。但本研究干预后，2组28天病死率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），这可能与本研究的样本量较少且干预时间较短有关。

综上所述，脓毒症AGI患者中医护理管理方案通过动态观察与辨证施护，不同证型给予辨证施药、辨证施膳、辨证施养、辨证施术指导，为患者提供整体、连续的护理服务，是中医护理方案应用的创新，可促进中医护理规范化、科学化、标准化发展，值得临床推广。但本研究为单中心、小样本临床对照研究，干预及观察周期较短，主要针对常见证型干预，不能全面反映脓毒症AGI患者现状，后续需开展长周期、多中心、大样本研究。

[参考文献]

[1] SHANKAR-HARI M, PHILLIPS G S, LEVY M L, et al. Developing a New Definition and Assessing New Clinical Criteria for Septic Shock: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)[J]. JAMA, 2016, 315(8): 775-787.

[2] XIE J, WANG H, KANG Y, et al. The Epidemiology of Sepsis in Chinese ICUs: A National Cross-Sectional Survey[J]. Crit Care Med, 2020, 48(3): e209-e218.

[3] 高薇薇，阚建英，于乃浩，等. 中医药治疗脓毒症急性胃肠损伤的研究进展[J]. 湖南中医杂志，2019，35(5)：163-165.

[4] LIU V, ESCOBAR G J, GREENE J D, et al. Hospital deaths in patients with sepsis from 2 independent cohorts[J]. JAMA, 2014, 312(1): 90-92.

[5] ZHANG D, LI Y, DING L, et al. Prevalence and outcome of acute gastrointestinal injury in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis[J]. Medicine (Baltimore), 2018, 97(43): e12970.

[6] 成慧昕，李志华，于湘友. ICU中的急性胃肠损伤[J]. 中国急救医学，2023，43(4)：285-290.

[7] 王桂倩，郑慧娟，曹迎，等. 近两年中医药干预脓毒症胃肠功能障碍临床试验结局指标的分析[J]. 中国中药杂志，2022，47(3)：819-828.

[8] 上海市中西医结合学会急救专业委员会，上海市中西医结合学会重症医学专业委员会，上海市医师协会急诊科医师分会，等. 脓毒症急性胃肠功能障碍中西医结合临床专家共识[J]. 中华危重病急救医学，2022，34(2)：113-120.

[9] REINTAM B A, MALBRAIN M L, STARKOPF J, et al. Gastrointestinal function in intensive care patients: terminology, definitions and management. Recommendations of the ESICM Working Group on Abdominal Problems[J]. Intensive Care Med, 2012, 38(3): 384-394.

[10] 亚洲急危重症协会中国腹腔重症协作组. 重症病人胃肠功能障碍肠内营养专家共识(2021版)[J]. 中华消化外科杂志，2021，20(11)：1123-1136.

[11] 喻鹏铭，何成奇，魏全，等. 重症监护室中早期重症康复方案初探[J]. 中国康复医学杂志，2021，36(2)：223-226.

[12] 郑则广. 呼吸科普“活出健康·医言医行”科普融媒互动节目28—居家呼吸康复：慢阻肺的治疗“利器”！[EB/OL]. [2023-11-03]. http://www.sklrd.cn/show.php?id=2811.

[13] 刘丹蕾. 非药物疗法对机械通气患者急性胃肠损伤的影响[D]. 广州：南方医科大学，2018.

[14] 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，2002：124-139.

[15] 朱文锋. 中医诊断学[M]. 2版. 北京：中国中医药出版社，2007.

[16] 李洛丽. 从合理用药谈中药服药护理[J]. 中国民间疗法，2015，23(3)：81-82.

[17] 俞卓杭. 具有促胃动力作用的药食同源配方研究[D]. 无锡：江南大学，2023.

[18] 付怡茗. 从中西医不同视角探讨情志与脾胃病的相关性[J]. 中华中医药杂志，2022，37(3)：1625-1628.

[19] 刘丹蕾，许卓谦，瞿长春，等. 早期胃肠康复治疗机械通气的脓毒症伴急性胃肠损伤患者的有效性和安全性：34例前瞻性、随机对照、先导试验[J]. 南方医科大学学报，2019，39(11)：1298-1304.

[20] KOYUNCU F, IYIGUN E. The effect of mobilization protocol on mobilization start time and patient care outcomes in patients undergoing abdominal surgery[J]. J Clin Nurs, 2022, 31(9-10): 1298-1308.

[21] MARTOS-BENÍTEZ F D, GUTIÉRREZ-NOYOLA A, SOTO-GARCÍA A, et al. Program of gastrointestinal rehabilitation and early postoperative enteral nutrition: a prospective study[J]. Updates Surg, 2018, 70(1): 105-112.

[22] 许彩金，谭素华，麦月婷. 穴位按摩联合吴茱萸热敷对严重脓毒症胃肠功能障碍患者胃肠功能及睡眠质量的影响[J]. 中医外治杂志，2022，31(5)：12-13.

[23] 张艳秋. 中医特色护理干预对ICU脓毒症病人炎症因子的影响[J]. 护理研究，2019，33(1)：149-151.

[24] 张萍萍，周逸丹，葛婷爱，等. 四逆汤穴位贴敷恢复脓毒症休克患者胃肠功能的临床研究[J]. 辽宁中医杂志，2023，50(6)：192-194.

[25] 孙芳园，许开亮，袁林，等. 电针结合穴位敷贴治疗脓毒症急性胃肠损伤的临床研究[J]. 中国中医急症，2020，29(7)：1165-1167，1195.

[26] 张吉丹，张莉芬，朱袁青，等. 健脾消胀方脐部敷贴治疗脓毒症胃肠功能障碍的临床效果[J]. 中国医药导报，2020，17(19)：123-127.

[27] 曹萍，欧阳红莲，张军，等. 耳穴压豆联合神阙穴热敷对老年胃肠功能障碍患者恢复的影响[J]. 中国老年学杂志，2024，44(13)：3119-3122.

[28] 杜瑾，张洪波，黄珊. 耳穴压豆对重症患者急性胃肠功能损伤Ⅱ～Ⅲ级疗效影响的观察[J]. 浙江中医杂志，2020，55(5)：361.

[29] 薛建军，徐紫清，侯怀晶，等. 中西医结合防治术后胃肠功能紊乱临床实践指南(2023版)[J]. 中国循证医学杂志，2024，24(6)：637-651.

(责任编辑：钟志敏)