

ICS 11.020
CCS C 05

T/GXAS
团 体 标 准

T/GXAS 1193—2025

腹内高压中西医结合护理规范

Specification for integrated traditional Chinese and Western medicine nursing of intra-abdominal hypertension

2025-12-19 发布

2025-12-25 实施

发 布

目 次

前言	11
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 缩略语	1
5 基本要求	1
6 护理前评估	2
7 护理措施	2
8 常见不良反应预防及处理	6
附录 A (资料性) RASS 量表	7
参考文献	8

前　　言

本文件参照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由广西护理学会提出、宣贯并归口。

本文件起草单位：广西中医药大学附属瑞康医院、成都中医药大学附属医院、上海市第七人民医院、广西壮族自治区人民医院、广西医科大学第一附属医院、广西中医药大学第一附属医院、广西医科大学第二附属医院、柳州市中医医院（柳州市壮医医院）、南宁市第一人民医院、南宁市第四人民医院、玉林市中医医院、桂平市人民医院。

本文件主要起草人：黄静铭、黄连意、涂惠琼、姜明贺、岳燕、王青、黎艳、钟博华、龚贝贝、杨小凤、李发娟、杨青梅、刘丽贞、韦小英、郑春秋、唐富平、李芯睿、伍民生、唐晓、唐荣、梁珊珊、覃惠娟、朱凤梅、李亚茜、吴华、梁惠妮、谭幼娴、杨翔缨、朱欢欢、李咏翔、彭静、叶桦、李鲜、樊玉丰、周凯、陆甜甜、梁海燕、蔡丽、韦利营、欧阳姗、刘叶美、陈娜、陈丽、覃秋艳、黄高山、张东方、廖运娟、唐会、顾薇、陈婷、韦利莎、覃琳慧、杨秋萍。

腹内高压中西医结合护理规范

1 范围

本文件规定了腹内高压中西医结合护理的基本要求、护理前评估、护理措施、常见不良反应预防及处理的要求。

本文件适用于各级医疗机构腹内高压（6 h内至少两次测量患者IAP>12 mmHg）患者的中西医结合护理。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

- GB/T 12346 经穴名称与定位
- GB/T 13734 耳穴名称与定位
- GB 15982 医院消毒卫生标准
- GB/T 33414 穴位贴敷用药规范
- WS/T 509 重症监护病房医院感染预防与控制规范
- T/CNAS 52 腹腔内压力经膀胱间接测量技术
- T/GXAS 1065 便秘患者腹部八卦推拿联合脐灸技术操作规范

3 术语和定义

本文件没有需要界定的术语和定义。

4 缩略语

下列缩略语适用于本文件。

- ACS: 腹腔间隔室综合征 (abdominal compartment syndrome)
- APP: 腹腔灌注压 (abdominal perfusion pressure)
- CT: 电子计算机断层扫描 (Computed Tomography)
- EN: 肠内营养 (enteral nutrition)
- IAH: 腹内高压 (intra-abdominal hypertension)
- IAP: 腹内压 (intra-abdominal pressure)
- RASS: 镇静躁动评分 (Richmond Agitation-Sedation Scale)
- PEEP: 呼气末正压 (positive end-expiratory pressure)

5 基本要求

5.1 人员

医护人员应接受IAH中西医结合护理培训并考核合格，掌握IAP监测、中医护理技术操作及应急处理技能。

5.2 设施设备

5.2.1 医院消毒卫生应符合 GB 15982 的规定。

5.2.2 腹内压监测装置（如测压标尺、三通旋塞）、中医特色治疗器具与耗材（如王不留行籽贴、中药灌肠装置）、各类监护与治疗设备（如心电监护仪、呼吸机、输液泵）。

5.3 中药药剂

所用中药制剂应符合GB/T 33414的规定。

6 护理前评估

6.1 西医

评估内容如下：

- 病史：了解患者是否有腹部手术史、腹部外伤史、腹部肿瘤、肝硬化、胰腺炎、脓毒症等疾病；
- 体征：评估患者的体温、脉搏、呼吸、血压、意识状态、IAP、腹围、胃残余量、营养状况、尿量、尿色、大便情况等，观察患者腹部有无膨隆，听诊肠鸣音是否减弱或消失，叩诊腹部有无浊音，并通过触诊评估是否存在压痛、反跳痛及腹肌紧张度；
- 治疗措施：了解患者是否接受机械通气、俯卧位治疗，近期是否接受过液体复苏、输血等；
- 辅助检查结果：了解患者各项实验室检查结果（如动脉血气、血肌酐、尿素氮、电解质等）及影像学检查结果（如CT、X线、超声检查等）。

6.2 中医

护理评估详见表1。

表 1 护理评估

主要症状体征、证候	舌象	脉象	证型
腹胀按之柔软，叩之如鼓，轻度腹痛，时作时止，得嗳气或矢气稍减，纳呆，胸闷胁胀	舌淡红，苔薄白或微腻	脉弦	气机壅滞证
腹部膨满膨隆，叩之如鼓或按之不坚；持续性胀痛，部位不定或攻窜作痛；恶心欲呕或呕吐；嗳气、矢气减少或消失；大便不通或秘结；小便短少不利；胸闷，呼吸不畅	白腻或厚腻	弦或弦滑	气滞湿阻证
腹部膨满膨隆，疼痛剧烈、位置固定、拒按（呈刺痛或绞痛），腹部可触及包块或固定压痛；面色晦暗或黧黑；大便色黑或秘结，小便不利	舌质紫暗或有瘀点瘀斑，舌苔薄白或薄腻	涩或弦涩	气滞血瘀证
腹部膨满、膨隆、硬满，疼痛拒按伴灼热感；高热或身热不扬；口干口苦，口渴不欲饮或喜冷饮；恶心呕吐剧烈，呕吐物为胃内容物或黄绿色苦水；大便秘结或泻下不爽臭秽，小便短赤或黄	舌质红，舌苔黄厚腻或黄燥	滑数或洪数	湿热蕴结证
腹部高度膨隆、坚硬如石、拒按，腹壁紧张如板；无肠鸣音与矢气；伴剧烈腹痛（持续胀痛或绞痛）及频繁呕吐（甚则呕出粪样物）；兼见大便秘结不通或仅排少量黏液血便，小便短赤涩少，呼吸急促	舌质红绛或紫暗，苔黄厚燥裂或焦黑	脉滑数、沉实或弦紧有力	浊淤闭腑证
腹部膨隆但张力降低，按之如囊裹水或如败絮，无弹性；全腹无压痛、反跳痛，肠鸣音完全消失；腹胀呈进行性、顽固性，减压无效；兼见肛门无排气排便、导泻无反应，胃管引流动量少色暗带坏死组织，尿闭	舌质淡紫或青灰，舌体胖嫩或萎软，苔灰黑滑腻或光剥无苔	脉微欲绝、沉迟无力或散乱	脏竭气虚证

7 护理措施

7.1 西医

7.1.1 IAH 监测

IAH级别参照《重症患者腹内高压监测与管理专家共识（2020）》，膀胱测压操作按T/CNAS 52的要求执行。IAH监测频率见表2。

表 2 IAH 监测频率

IAH级别	范围/(mmHg)	监测频率
I 级	12~15	IAP<12 mmHg时, 宜每8 h测量;
II 级	16~20	12 mmHg≤IAP<20 mmHg时, 宜每4 h测量;
III 级	21~25	IAP≥20 mmHg时, 宜每2 h测量;
IV 级	>25	出现新的器官功能障碍/衰竭时, 应每小时测量或持续监测

7.1.2 体位护理

具体如下:

- I ~ II 级 IAH 患者: 宜抬高床头 30° ;
- III 级 IAH 患者: 应根据膈肌位置、呼吸功能及 APP 综合评估是否抬高床头;
- IV 级 IAH 患者: 不宜抬高床头;
- 重症患者: 若需俯卧位, 应确保骨盆和胸腔得到支撑, 腹部不受压。

7.1.3 肠胃减压

7.1.3.1 不同患者进行如下护理:

- 胃肠道积气、积液为主的患者(如麻痹性肠梗阻、术后腹胀): 应暂禁食、禁饮, 宜选择经鼻胃管进行间歇性或持续性低压吸引, 排出胃内滞留的气体和液体;
- 机械性肠梗阻患者: 应根据梗阻部位选择减压导管:
 - 高位肠梗阻(如空肠及以上)选择经鼻型减压导管;
 - 低位肠梗阻(如回肠、结肠)选择经肛门减压导管。
- 腹腔感染、积液或 ACS 高危患者: 在常规胃肠减压基础上, 遵医嘱留置肛管, 辅助排出结肠内积气和粪便。

7.1.3.2 应固定鼻胃管, 保持管路引流通畅。

7.1.3.3 观察并记录引流液的量、颜色、性状等, 若出现血性引流液、引流量显著异常(骤增或骤停), 或患者症状加重, 应立即向医生汇报并协助处理。

7.1.4 液体管理

根据血流动力学和(或)膀胱内压力监测结果, 遵医嘱对患者进行液体复苏。

7.1.5 EN 护理

见表3。

表 3 EN 护理

IAH 级别	EN 启动时机与速度	注意事项
I 级	血流动力学稳定、血管活性药物减量、无 EN 禁忌者, 24 h~48 h 内启动; 起始速度 30 mL/h, 病情允许时递增	胃肠耐受差者宜用恒温加热器加温营养液, 维持温度 37.0 ℃~40.0 ℃;
II 级	起始速度 20 mL/h(滋养型喂养), 24 h 内递增至 40 mL/h~60 mL/h(低剂量递增)	IV 级患者 72 h 后, 若 IAP ≤20 mmHg, 可重启 EN(按对应 IAP 级别进行)
III 级	EN 前或过程中 IAP 达到 III 级时, 延迟 EN; 延迟后低剂量起始, 不宜中断喂养, 5 d~7 d 逐渐达到目标能量的 80%	
IV 级	暂停 EN	

7.1.6 病情监测

7.1.6.1 观察患者生命体征及 IAP 变化。评估腹部体征, 包括腹围、膨隆程度、质地(软/硬)以及大便性状、量等。动态评估压痛范围、疼痛性质与躁动程度, 遵医嘱实施个体化镇痛、镇静管理, 维持 RASS 评分-2~0 分(RASS 评分表见附录 A), 并监测镇痛、镇静药物对 IAP 和血流动力学的影响。

7.1.6.2 对于机械通气患者应根据医嘱实施保护性肺通气策略,观察呼吸力学参数与血流动力学变化,动态调整呼吸机 PEEP 等参数,根据血气分析结果评估氧合状况,鼓励清醒患者进行深呼吸与有效咳嗽,必要时协助医生行胸部物理治疗。同时观察尿量、肌酐变化以及是否出现 ACS。

7.2 中医

7.2.1 护理方案

按表4执行。

表 4 不同证型的中医护理措施

证型	腹部八卦推拿	穴位贴敷	耳穴贴压	中药灌肠	中药热熨敷	中药腹部贴敷	中药溻渍法	情志及饮食调护
气机壅滞证	√	√	√	√	√	√	√	√
气滞湿阻证	√	√	√	√	√	√	√	√
气滞血瘀证	—	√	√	√	√	√	√	√
湿热蕴结证	—	√	√	√	—	√	√	√
浊淤闭腑证	—	√	√	√	√	√	√	√
脏竭气虚证	—	√	√	√	√	√	√	√

注: √表示宜选用。

7.2.2 操作方法

7.2.2.1 腹部八卦推拿

操作方法及不良反应处理按T/GXAS 1065规定执行。使用太极揉腹方法,具体如下:

- 气机壅滞证、气滞湿阻证宜按点推震卦、巽卦;
- 急腹症、腹部手术后伤口未愈、腹部皮肤感染或破损、腹腔内活动性出血、主动脉瘤、腹部不明包块、妊娠期及经期妇女禁用。

7.2.2.2 耳穴贴压

基本操作方法及注意事项参照《护理人员中医技术使用手册》的规定进行。主穴宜为十二指肠、大肠、腹胀区、三焦,穴位定位按GB/T 13734的规定进行,不同证型患者配穴如下:

- 气机壅滞证配穴:肺、肝;
- 气滞湿阻证配穴:肺、脾;
- 气滞血瘀证配穴:肝、脾;
- 湿热蕴结证配穴:脾、艇中、交感;
- 浊淤闭腑证配穴:枕、脾、腹;
- 脏竭气虚证配穴:心、肾、肾上腺。

7.2.2.3 穴位贴敷

基本操作方法及注意事项参照《护理人员中医技术使用手册》规定进行,遵医嘱配制药物,选择中脘、足三里、涌泉等为主穴,穴位定位按GB/T 12346的规定进行。不同证型患者配穴如下:

- 气机壅滞证配穴:太冲;
- 气滞湿阻证配穴:阴陵泉;
- 气滞血瘀证配穴:血海、膈俞;
- 湿热蕴结证配穴:曲池;
- 浊淤闭腑证配穴:天枢、上巨墟;
- 脏竭气虚证配穴:神阙、关元。

7.2.2.4 中药灌肠

基本操作方法及注意事项参照《护理人员中医技术使用手册》规定进行。遵医嘱将浓煎的中药煎剂低压保留灌肠，肛管插入深度为15 cm~20 cm，每日4~6次。

7.2.2.5 中药热熨敷

基本操作方法及注意事项参照《护理人员中医技术使用手册》规定进行。遵医嘱选取中脘、神阙、天枢，穴位定位按GB/T 12346的规定进行，每日2次，每次保留15 min~30 min。

7.2.2.6 中药腹部贴敷

遵医嘱取芒硝200 g，均匀装入纱布袋或棉布袋（根据患者腹部尺寸选择），轻轻压实并扎紧袋口，将其摊平敷贴于腹部，厚度为1 cm~2 cm。每日1~2次，每次4 h~6 h，连续使用不宜超过5 d。芒硝明显变软、结块或药效减弱时应予更换。

7.2.2.7 中药溻渍法

遵医嘱将药物调糊，覆盖中脘至关元区域，避开手术切口、引流管口及周围皮肤破损处，穴位定位按GB/T 12346的规定进行，治疗时间每次6 h~8 h，每日1~2次。

7.2.2.8 情志及饮食护理

7.2.2.8.1 情志护理

宜采用五音疗法等进行情志护理。每日2次，每次30 min，推荐调式及曲目见表5。

表5 推荐调式及曲目

证型	调式	推荐曲目
气机壅滞证	角调（木调式）	《胡笳十八拍》《春思》
气滞湿阻证	角调为主、宫调为辅（木调式+土调式）	角调：《幽兰》 宫调：《流水》《梅花三弄》
气滞血瘀证	角调+徵调（木调式+火调式）	角调：《高山》 徵调：《广陵散》《喜相逢》
湿热蕴结证	宫调为主，角调、徵调为辅（土调式+木调式+火调式）	宫调：《十面埋伏》（片段） 角调：《葬花吟》 徵调：《茉莉花》
浊淤闭腑证	商调为主，角调、宫调为辅（金调式+木调式+土调式）	商调：《秋江夜泊》《阳关三叠》 角调：《平沙落雁》 宫调：《流水》《梅花三弄》
脏竭气虚证	羽调为主，宫调、角调为辅（水调式+土调式+木调式）	羽调：《潇湘水云》 宫调：《塞上曲》《夕阳箫鼓》 角调：《泛龙舟》

7.2.2.8.2 饮食调护

指导患者饮食调护，具体如下：

——I 级 IAH：宜少食多餐，以易消化、理气行滞、顾护脾胃的流质或半流质食物为主；

——II 级 IAH：应在 I 级饮食原则基础上，不同证型饮食：

- 气滞湿阻证：以疏利为宜；
- 湿热郁结证：以清热利湿为宜；
- 气滞血瘀证：以行气活血为宜。

——II 级 IAH：应暂禁经口饮食。遵医嘱鼻饲泻热通腑、破瘀逐浊的中药复方；

——IV 级 IAH：遵医嘱鼻饲益气固脱、回阳救逆的中药汤剂。

8 常见不良反应预防及处理

8.1 感染

按WS/T 509的规定进行。

8.2 误吸

参照《中国危重症患者肠内营养支持常见并发症预防管理专家共识（2021版）》的规定进行。

附录 A
(资料性)
RASS 量表

RASS量表见表A. 1。

表 A. 1 RASS 量表见表

分数	状态	临床症状
+4	有攻击性	有暴力行为
+3	非常躁动	试着拔出呼吸管、鼻胃管或静脉通路
+2	躁动焦虑	身体激烈移动, 无法配合呼吸机
+1	不安焦虑	焦虑紧张, 但身体只有轻微的移动
0	清醒平静	清醒自然状态
-1	昏昏欲睡	没有完全清醒, 唤醒后可维持清醒状态超过10 s
-2	轻度镇静	没有完全清醒, 唤醒后无法维持清醒状态超过10 s
-3	中度镇静	对声音有反应
-4	重度镇静	对身体刺激有反应
-5	昏迷	对声音及身体刺激都没有反应



参 考 文 献

- [1] 中国腹腔重症协作组. 重症患者腹内高压监测与管理专家共识(2020版) [J]. 中华消化外科杂志, 2020, 19(10):1030-1037.
- [2] 国家中医药管理局. 《护理人员中医技术使用手册》(国中医药医政医管便函〔2015〕89号).
- [3] 米元元, 黄海燕, 尚游, 等.《中国危重症患者肠内营养支持常见并发症预防管理专家共识(2021版)》[J]. 中华危重病急救医学, 2021, 33 (8):903.
- [4] 陈丽花, 盛青青, 黄瑶, 等. 重症患者腹内高压预防与管理的最佳证据总结[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(17):2164-2170.
- [5] 王梅梅, 彭飞, 乔安花, 等. 基于腹内压分级肠内营养护理方案的构建及应用[J]. 护理学杂志, 2024, 39(11):114-118.
- [6] 王梅梅, 王银娥, 乔安花, 等. ICU患者基于腹内压分级肠内营养管理的最佳证据总结[J]. 现代临床护理, 2025, 24(01):68-76.
- [7] 袁梦湄, 黄晓霞, 唐佳迎, 等. 以腹内压监测为导向的腹腔高压患者肠内营养护理方案的构建及应用[J]. 中华护理杂志, 2023, 58(12):1413-1421.
- [8] 中华医学会急诊医学分会, 北京医学会急诊医学分会, 北京医师协会急救医学专科医师分会, 等. 成人腹腔高压和腹腔间隔室综合征诊治中国急诊专家共识(2024). 中华危重病急救医学, 2024, 36(05):449-460.
- [9] 广东省医师协会疝与腹壁外科医师分会, 深圳市医师协会疝与腹壁外科医师分会, 中华消化外科菁英疝与腹壁外科学组. 疝修补术后腹腔间隔室综合征预防与处理中国专家共识(2024版). 中华消化外科杂志, 2024, 23(09):1127-1139.
- [10] 何颜霞. 腹内高压和腹腔间隙综合征定义共识及临床实践指南的更新(2013版)简介. 中国小儿急救医学, 2014, 21(08):482-485.
- [11] 桂莉, 金静芬. 急危重症护理学[M]. 5版. 北京: 人民卫生出版社, 2023: 298.
- [12] 沈雪勇, 刘存志. 经络腧穴学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 1-480.
- [13] 房敏, 王金贵. 推拿学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 1-420.
- [14] Kirkpatrick AW, Roberts DJ, De Waele J, et.al. Pediatric Guidelines Sub-Committee for the World Society of the Abdominal Compartment Syndrome. Intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome: updated consensus definitions and clinical practice guidelines from the World Society of the Abdominal Compartment Syndrome[J]. Intensive Care Med. 2013;39(7):1190-206.
- [15] De Laet IE, Malbrain MLNG, De Waele JJ. A Clinician's Guide to Management of Intra-abdominal Hypertension and Abdominal Compartment Syndrome in Critically Ill Patients[J]. Crit Care. 2020;24(1):97.
- [16] Kimball EJ. Intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome: a current review[J]. Curr Opin Crit Care. 2021;27(2):164-168.

中华人民共和国团体标准
腹内高压中西医结合护理规范
T/GXAS 1193—2025
广西标准化协会统一印制
版权专有 侵权必究