结肠水疗临床应用技术操作规范河南专家共识(2026 版)*

河南省中医药学会肛肠分会,河南省中药材协会肛肠专业临床用药指导委员会,
河南省中医药研究促进会肛肠分会

摘要:结肠水疗是通过专业设备将恒温净化水精准注入结肠,借助水流动力清洁肠道、调节肠道功能的微创治疗技术,临床广泛应用于肠道准备、便秘辅助治疗、食物中毒急救及术后并发症管理等场景。为规范其临床应用场景、操作流程、安全防控及人员资质要求,明确适应证与禁忌证,降低不良事件发生率,规范临床操作流程,河南省中医药学会肛肠分会、河南省中药材协会肛肠专业临床用药指导委员会、河南省中医药研究促进会肛肠分会组织多学科专家,基于循证医学原则,系统梳理近 10 年国内外相关文献,结合中医药临床实践经验,经专家多次讨论、投票(第三方计票)及修订,最终形成本共识。本共识旨在为各级医疗机构,尤其是中医药相关诊疗机构开展结肠水疗提供科学、标准化的指导依据,推动该技术与中医药协同应用的规范化发展。

关键词:结肠水疗;技术操作规范;专家共识
DOI:10.16368/j.issn.1674-8999.2026.07.203
中图分类号:R269.569　　**文献标志码**:A　　**文章编号**:1674-8999(2026)07-1374-08

Clinical Operation Guidelines for Colon Hydrotherapy: Henan Expert Consensus (2026 Edition)

Henan Provincial Association of Traditional Chinese Medicine, Colorectal Branch; Henan Provincial Chinese Medicinal Materials Association, Clinical Medication Guidance Committee for Colorectal Specialty; Henan Provincial Association for the Promotion of Traditional Chinese Medicine Research, Colorectal Branch

Abstract: Colon hydrotherapy is a minimally invasive treatment technique in which specialized equipment precisely delivers temperature-controlled purified water into the colon. Using the power of the water flow, it cleanses the intestines and regulates intestinal function. Clinically, it is widely used for bowel preparation, aiding in constipation treatment, emergency management of food poisoning, and post-operative complication management. To standardize clinical application scenarios, operational procedures, safety control, and personnel qualification requirements, clarify indications and contraindications, reduce adverse events, and standardize clinical procedures, the Colorectal Branch of the Henan Provincial Association of Traditional Chinese Medicine, the Clinical Medication Guidance Committee for Colorectal Specialty of the Henan Provincial Chinese Medicinal Materials Association, and the Colorectal Branch of the Henan Provincial Association for the Promotion of Traditional Chinese Medicine Research organized a multidisciplinary expert panel. Based on evidence-based medicine principles, they systematically reviewed relevant domestic and international literature from the past 10 years and combined it with practical experience in TCM clinical practice. After multiple expert discussions, voting (by a third-party counting method), and revisions, this consensus was finally formed. This consensus aims to provide scientific and standardized guidance for medical institutions at all levels, especially those involved in TCM diagnosis and treatment, conducting colon hydrotherapy, and to promote the standardized development of the technique in coordination with TCM practice.

Key words: colon hydrotherapy; technical operation guideline; expert consensus

结肠水疗作为微创、起效迅速的肠道治疗技术,　　通过精准水流灌注与引流实现肠道清洁、功能调节,

* **基金项目**:2024 年省级医疗卫生服务能力提升项目[豫财社〔2024〕118 号]
✉ **通信作者**:刘佃温,教授,主任医师,研究方向:中医药防治肛肠疾病。E-mail:liudianwen6207@126.com

在肠道检查准备、便秘干预、中毒急救及术后并发症管理中发挥重要作用。中医认为，肠道功能与脾胃运化、气血调和密切相关，结肠水疗可辅助疏通肠道气机、清利湿热瘀滞，与中医药辨证施治理念相契合；但临床存在操作参数不统一、禁忌证筛查不严格、操作人员资质参差不齐等问题，导致肠穿孔、电解质紊乱等不良事件发生率较高，影响技术应用效果与安全性。为进一步规范其临床应用，保障医疗安全与疗效，结合中医药领域临床实践特点，制定本共识，为结肠水疗的规范应用提供参考。

1　推荐标准

由河南省中医药学会肛肠分会、河南省中药材协会肛肠专业临床用药指导委员会、河南省中医药研究促进会肛肠分会工作委员会组织本领域专家对共识意见进行逐条讨论、修改、投票，并由第三方计票。最终，经专家审阅定稿形成本共识。根据证据级别由高到低及专家投票同意率，本共识将推荐等级分为“强烈推荐”“推荐”“建议”“不建议”4 个等级。其中，同意率≥90% 为强烈推荐，80% ~ <90% 为推荐，70% ~ <80% 为建议，同意率≤70% 为不建议。

2　推荐意见及解释

推荐意见 1：结肠水疗适用于限期性肠道检查/手术前清洁准备；结直肠癌术前肠道准备首选口服泻药，结肠水疗仅作为补充手段（推荐强度：强烈推荐）。

结肠水疗通过精准灌注与引流的协同作用，可有效清除结肠内粪便残留及肠道分泌物，清洁达标率为 92% 以上，能为肠镜检查、肠道手术提供清晰视野与洁净术区环境，显著降低术中感染风险。肖铃等[1]研究发现，结肠水疗用于痔上黏膜套扎术前肠道准备，肠道清洁合格率达 93.88%，显著高于常规灌肠的 77.55%，且操作时间缩短为（46.83 ± 5.29）min，术后腹胀程度减轻。邵莉芸[2]研究证实，温生理盐水常规灌肠与结肠水疗用于选择性痔上黏膜吻合术术前肠道准备对比显示，结肠水疗肠道清洁度更高、操作及术后肠功能恢复用时更短、医师满意度更高，且手术并发症发生率更低，但单次用水总量多于常规温生理盐水灌肠。结直肠癌手术肠道准备首选口服泻药，结肠水疗仅作为补充手段，适用于口服泻药效果不佳（清洁率 <60%）或因吞咽困难、胃肠道反应严重等无法耐受口服给药的患者。陈红莉等[3]研究发现，结肠水疗联合半量复方聚乙二醇电解质散用于糖尿病患者结肠镜检查肠道准备，可显著降低恶心、腹胀等胃肠道不良反应发生率，提高肠道清洁合格率与结直肠腺瘤检出率，且全程低血糖风险较低、安全性良好。临床应用时需结合患者肠道功能状态、体型及基础疾病，合理调整灌注参数，避免肠道黏膜损伤；操作前还应评估肠道通畅性，疑似肠道梗阻者需先明确诊断再决定是否实施水疗。张林祥等[4]研究证实，结肠水疗配合药物行肠镜前肠道准备，肠道清洁度与口服聚乙二醇方案相当，但检查舒适度更高、不良反应发生率更低，且不破坏肠道菌群结构。

推荐意见 2：结肠水疗可清洁肠道，作为便秘治疗的辅助手段；重度慢传输型便秘患者需谨慎使用（推荐强度：推荐）。

结肠水疗能通过温和水流刺激肠道平滑肌，促进肠道蠕动，同时软化干结粪便、降低排便阻力，对轻中度便秘患者的症状缓解有效率可达 75%，尤其对粪便嵌塞导致的急性便秘起效显著，通常 1 ~2 次治疗即可缓解症状。陆晗洁等[5]研究显示，结肠水疗有效率达 96.00%，显著高于传统灌肠的 74.00%，其中显效 33 例（66.00%），有效 15 例（30.00%）。于秀春[6]研究证实，结肠水疗治疗功能性便秘的有效率为 96.00%，且能显著改善患者生理功能、心理功能及生活满意度。方丽娟等[7]研究发现，自拟滋阴润肠方联合结肠水疗治疗阴虚肠燥型功能性便秘，在提高临床有效率、改善便秘症状及严重程度、提高患者生活质量与肠道清洁度方面，均优于单纯西药常规治疗，且不良反应可控，二者联用具有协同增效的作用。中医认为，便秘与“肠燥津亏”“气机郁滞”相关，水疗可辅助疏通肠道气机，临床可联合中药润肠通便方剂、穴位按摩（如天枢、足三里）等综合方案，提升长期疗效。张晓雨等[8]研究发现，结肠水疗联合益肠通秘汤及乳酸菌素片治疗脾肾阳虚型功能性便秘的疗效优于单纯联用胃肠动力药，且远期复发率更低，是中西医协同施治的优选方案。周金波[9]采用益肠通秘汤联合热敏灸、结肠水疗三联方案干预脾肾阳虚型功能性便秘，可显著改善排便及中医证候，提高临床疗效。盛加伟等[10]发现，结肠水疗联合热敏灸治疗功能性便秘，有效率达 96.67%，复发率仅 10.3%，显著优于单纯结肠水疗。赵玉红等[11]研究显示，结肠水疗联合双歧三联活菌治疗慢传输型便秘，有效率为 91.30%，

能有效改善肠道菌群失衡。梁家基等[12]研究证实，生物反馈疗法联合结肠水疗治疗功能性便秘疗效显著优于单一疗法，且远期症状维持效果更好，无需精准便秘分型即可临床应用。金海波等[13]研究发现，结肠水疗联合盆底生物反馈治疗功能性便秘疗效更优、疗程更短、复发率更低、患者满意度更高，且无明显不良反应。庄碧辉等[14]研究证实，肛肠外科术后应用结肠灌注水疗仪联合综合护理，可显著降低术后便秘发生率、缩短排便间隔时间，并提高肠道清洁度。黄宽忠等[15]研究证实，自拟益气养血润肠方联合结肠水疗治疗功能性便秘，可显著改善便秘症状、提高生活质量，并降低远期复发率。李秋勇[16]研究证实，结肠水疗治疗慢传输型便秘临床疗效优于单纯药物治疗，症状改善维持时间更长。重度慢传输型便秘患者肠道动力严重不足，单纯水疗效果有限，且过量灌注可能增加电解质紊乱风险，须谨慎使用。邱春英[17]研究发现，中药结肠水疗配伍专用中药方剂灌注治疗慢性结肠炎，可显著提高临床有效率，缓解腹痛、腹泻、便血症状，并改善患者预后。

推荐意见 3：适用于细菌毒素、植物毒素等未被肠道完全吸收的食物中毒，4 h 内启动水疗效果显著；不适用于化学毒物、肉毒杆菌毒素等肠道内难以清除的中毒类型（推荐强度：强烈推荐）。

食物中毒患者在中毒后 4 h 内启动结肠水疗，可快速清除肠道内未被吸收的毒素，减轻毒素持续吸收引发的呕吐、腹泻、腹痛等症状，使症状缓解时间缩短 30% 以上，显著提高急救效果。操作时须采用快速灌注与引流模式，单次灌注总量控制为 8 ~ 10 L，缩短毒素在肠道内的停留时间，同时配合静脉补液、电解质补充等支持治疗，维持机体水电解质平衡。需明确该疗法不适用于药物中毒患者，此类患者须首选针对性解毒剂及血液净化等治疗方案，避免延误病情；超过 4 h 后毒素已大量吸收，水疗效果将显著下降，需严格把握时间窗口。

推荐意见 4：结肠水疗可用于盆腔炎症、子宫内膜异位症疼痛缓解及卵巢癌术前准备（推荐强度：推荐）。

王冬芹[18]证实，结肠水疗（结肠透析）可清洁盆腔邻近结肠段，减少肠道内容物对盆腔炎症组织的机械性与化学性刺激，治疗后患者疼痛视觉模拟评分显著降低，盆腔不适症状得到有效缓解。中医认为，盆腔炎症、子宫内膜异位症多与“湿热瘀阻”相关，水疗可辅助清利下焦湿热、减少瘀滞，为中医辨证用药（如口服清热利湿、活血化瘀方剂）创造有利条件。洪敦恕等[19]研究证实，术前结肠水疗可实现高质量肠道清洁，术中肠道损伤风险协助显著低于传统肠道准备方式，减少肠道细菌对手术区域的污染，为手术创造良好术区环境。操作时需严格控制灌注压力（≤50 mmHg）与总量（单次≤10 L），避免水流对盆腔脏器产生过度压迫；尤其对于盆腔粘连患者，需缓慢调整灌注参数，密切观察腹痛、腹胀情况，若出现不适须立即中止操作。

推荐意见 5：结肠水疗仅适用于腹部手术后早期炎性肠梗阻，特指腹部手术创伤引发的、以肠壁炎症水肿为核心病理改变的非机械性、非绞窄性不完全性肠梗阻（推荐强度：推荐）。

炎性肠梗阻患者术后应用结肠水疗，可通过清洁肠道、减轻肠道胀气，使梗阻缓解率提升至 68%，促进肠道功能恢复。马小娟等[20]对 78 例不完全性肠梗阻患者的研究显示，结肠水疗联合健胃清肠合剂保留灌肠治疗有效率达 94.87%，显著高于单纯西医常规治疗的 76.92%，且胃肠功能恢复时间明显缩短，6 个月内复发率更低。唐伟等[21]研究证实，结肠水疗治疗不完全肠梗阻能有效缓解腹胀、腹痛症状，促进肛门排气排便。中医认为，术后肠梗阻与气机不畅、湿浊内停相关，水疗可辅助通腑理气，临床可联合胃肠减压、中药灌肠（如大承气汤加减）、静脉营养支持等治疗方法提高效果。临床须在患者生命体征稳定、无肠道穿孔风险的前提下实施，操作前需排除绝对禁忌证，操作中密切监测腹痛、腹胀程度及腹部体征变化，动态调整灌注流速与总量；若患者出现剧烈腹痛、腹肌紧张等腹膜炎体征，应立即停止水疗，排查是否存在肠穿孔等严重并发症。

推荐意见 6：结肠水疗绝对禁忌证：孕妇、肠穿孔、急性腹膜炎、严重心血管疾病、完全性肠梗阻、肛门狭窄、放射性直肠炎、溃疡性结肠炎（活动期）、克罗恩病、结肠憩室炎、活动性肠道出血、结直肠癌术后（推荐强度：强烈推荐）。

上述人群应用结肠水疗可能引发严重不良后果：孕妇可能因子宫受水流刺激导致子宫收缩，增加流产、早产风险。尤书萍等[22]研究指出，放射性肠炎患者肠道黏膜存在损伤，结肠水疗可能会加重黏膜刺激，须列为绝对禁忌证。溃疡性结肠炎（活动期）患者肠道黏膜脆弱，水疗可能会导致出血、穿孔的风险增加。张娇等[23]研究发现，结肠水疗仪联合

中药保留灌肠配合美沙拉秦口服，可显著降低活动期溃疡性结肠炎患者炎症因子水平、改善肠黏膜病变及疾病活动度，疗效确切，且复发率低、安全性良好。临床须严格筛查禁忌证，在患者签署知情同意书前完成全面评估，包括病史采集、体格检查、影像学检查等，确认无绝对禁忌证后方可开展操作。

推荐意见 7：结肠水疗相对禁忌证：肛周感染、电解质紊乱、肛门活动性出血、肛门括约肌痉挛、高血压、心脏病等基础疾病不稳定的老年患者、高龄体质虚弱者（推荐强度：强烈推荐）。

临床对此类人群必须严格评估、审慎开展，仅在明确治疗获益远高于潜在风险时方可实施。该类患者身体耐受能力显著下降：肛周感染者受水流冲击易造成感染扩散，诱发肛周脓肿甚至败血症；电解质紊乱人群行水疗会加重体内酸碱失衡程度，极易引发心律失常、乏力晕厥；肛门活动性出血者创面易被水流刺激，导致出血量增多；括约肌痉挛患者强行插管易造成肛门黏膜撕裂损伤；而高龄慢病患者，可因水疗时血容量快速波动，诱发血压骤变、心力衰竭等危重并发症。该操作仅适用于限期肠道检查、术前准备等刚需场景，且患者存在口服泻药不耐受或清洁效果不佳的情况；术前需完善全身及局部检查，个体化调整水疗参数，必要时辅以解痉、针灸预处理，全程严密监测生命体征，出现异常立即终止操作，最大限度规避安全风险。

推荐意见 8：环境准备：独立操作间面积≥8 m^2，配备隐私保护设施（如屏风、隔帘）；划分准备区和操作区，严格执行感染控制标准（推荐强度：强烈推荐）。

独立操作间需合理划分功能区域，既能保障操作流程顺畅，又能通过屏风、隔帘等设施保护患者就医隐私。严格执行感染控制标准是降低交叉感染风险的关键，操作间的布局设计需满足清洁与污染区域分离的要求，为后续感染防控措施的实施奠定基础，符合《医院感染管理办法》相关规定。

推荐意见 9：环境消毒要求：操作间每日紫外线空气消毒≥30 min，设备表面采用含氯消毒剂擦拭，作用时间≥30 min；每皿空气菌落数≤4.0 CFU（按照 GB 15982 要求）（推荐强度：强烈推荐）。

紫外线空气消毒≥30 min 可有效杀灭空气中的病原微生物，含氯消毒剂（有效氯质量浓度 500 mg·L^{-1}）擦拭设备表面并维持作用≥30 min，能降低接触传播风险。每皿空气菌落数≤4.0 CFU 的标准符合 GB 15982 要求，可保障操作环境的无菌水平，减少患者治疗过程中发生感染的概率，是感染控制的核心指标之一。

推荐意见 10：患者操作前准备：签署知情同意书，有家属陪同。排空膀胱；取侧卧位或截石位，暴露肛门（推荐强度：强烈推荐）。

操作前向患者及家属充分告知结肠水疗的目的、操作流程、可能的不良反应、注意事项、替代治疗方案，并签署知情同意书，是保障患者知情权与选择权的重要环节，家属陪同可进一步缓解患者紧张情绪。排空膀胱能避免膀胱充盈影响操作视野及肠道灌注效果；侧卧位或截石位可充分暴露肛门区域，便于导管插入及操作实施，提升操作安全性与效率。阳华等[24]在临床护理中发现，患者术前充分排空膀胱、采取舒适体位，能显著提升水疗耐受性。

推荐意见 11：禁忌证筛查：签署知情同意书前需完成全面患者评估，确认无禁忌证。操作前必须进行肛门指诊（推荐强度：强烈推荐）。

全面评估患者包括详细询问病史（如心血管疾病、肠道疾病、过敏史等）、体格检查及必要的辅助检查（腹部影像学检查、电解质检测等），是排除禁忌证、确保操作可行性的关键。肛门指诊与肛门镜检查可直接观察肛门及直肠下段情况，准确排除粪块嵌顿、肛门狭窄等影响操作的因素，避免因术前筛查不充分导致操作失败或不良事件发生。陆晗洁等[5]在研究中强调，操作前肛门指诊可明确直肠走向，避免导管插入损伤。

推荐意见 12：结肠水疗操作者须具备执业医师/护士资格，完成≥96 学时专项培训（含肠道解剖、并发症急救），考核合格并颁发合格证书（推荐强度：强烈推荐）。

结肠水疗的操作质量与安全性直接依赖操作者的专业能力，执业医师或护士资格是保障操作者具备基础医疗知识与技能的前提。≥96 学时的专项培训（含肠道解剖生理学、中医肛肠基础理论、操作流程规范、禁忌证与适应证判断、并发症急救、感染控制等内容）能确保操作者掌握该技术的核心理论与实操技能，经理论考核（合格线≥80 分）与操作技能考核（合格线≥85 分）合格后颁发专项合格证书，可规范操作者资质管理，降低因操作不当引发的不良事件风险。操作者还需定期参加每年不少于 16 学时的继续教育与技能更新培训，持续提升专业能力。

推荐意见 13：设备要求：建议使用一次性单腔管；配备实时压力监测（0 ~ 200 mmHg，误差 ±5%）和恒温控制系统，超温自动报警，使用单向阀门或防回流装置（推荐强度：强烈推荐）。

一次性单腔管可避免交叉感染，其防折曲、光滑度高的特性能减少插入时对肛门及肠道黏膜的损伤。实时压力监测系统（测量范围 0 ~ 200 mmHg，误差 ±5%）可动态监控灌注压力，超过设定阈值时自动报警并停止灌注，能有效预防因压力过高导致的肠穿孔；恒温控制系统（水温控制精度 ±0.5 ℃）可避免温度异常刺激肠道黏膜，超温自动报警功能提高了温度控制的安全性；单向阀门或防回流装置能防止肠道内液体、粪便反流，避免引发感染或电解质紊乱。设备使用前需全面检查，确保各项功能正常、导管无破损、连接部位牢固。肖铃等[1]使用结肠水疗机，通过精准控温、控压，提升了术前肠道准备的安全性。

推荐意见 14：操作温度：建议 37 ~ 38 ℃，可根据病情调整 ±0.5 ℃（推荐强度：强烈推荐）。

37 ~ 38 ℃的灌注水温与人体肠道温度接近，能减少对肠道黏膜的刺激，提高患者耐受性。陆晗洁等[5]的研究中，结肠水疗水温为 38 ~ 41 ℃（接近人体温度），取得良好效果。肖铃等[1]采用 35 ~ 39 ℃水温，患者耐受性较好。温度过高（>40 ℃）可能导致肠道黏膜充血水肿，温度过低（<35 ℃）则可能引发肠道痉挛、腹痛。因此，需严格控制水温；根据患者病情及耐受度调整（±0.5 ℃），可实现个体化操作，在保障安全的同时提升治疗舒适度。

推荐意见 15：灌注压力控制：≤40 mmHg，初始压力≤40 mmHg（预防肠穿孔）（推荐强度：强烈推荐）。

灌注压力是影响肠道安全的关键参数，≤40 mmHg 的压力阈值能有效降低肠穿孔风险。初始灌注压力控制在≤40 mmHg，可避免操作初期压力过高对肠道造成突然冲击，尤其对于肠道功能较弱或存在基础肠道病变的患者，能减少黏膜损伤风险；操作中须密切观察压力监测数据，若压力突然升高超过 10 mmHg，可提示导管堵塞或肠道痉挛，须立即停止灌注排查原因。

推荐意见 16：导管操作规范：润滑导管前端，插入深度 5 ~ 10 cm（超过解剖学肛管范围），视耐受调整，遇阻力立即停止（推荐强度：强烈推荐）。

导管插入深度 5 ~ 10 cm（超过解剖学肛管范围）能确保水流精准注入结肠，避免仅作用于肛管区域影响治疗效果。陆晗洁等[5]的研究中，导管插入深度为 6 ~ 7 cm。肖铃等[1]的研究中，导管插入深度则为 5 ~ 8 cm，均在推荐范围内。插入前采用无菌润滑剂充分润滑前端 5 ~ 8 cm，可减少插入时的摩擦损伤；插入速度≤1 cm · s^{-1}、遇阻力立即停止，禁止暴力推进，能有效避免损伤肛门括约肌及肠道黏膜；让患者放松呼吸或局部使用解痉药物后再尝试插入，可提高导管插入的顺畅性。

推荐意见 17：灌注参数：灌注流速≤1 000 mL · min^{-1}，单次治疗总灌注量≤10 000 mL；须依据具体病种个体化调整灌注流速、治疗时长与灌注总量（推荐强度：强烈推荐）。

灌注流速≤1 000 mL · min^{-1}、单次治疗总灌注量≤10 000 mL，可避免短时间内大量液体注入导致的肠道过度扩张，降低肠道黏膜损伤、水电解质紊乱的发生风险。肖铃等[1]的研究中，结肠水疗流速为 60 ~ 80 L · h^{-1}（换算即 1 000 ~ 1 333 mL · min^{-1}），单次循环灌液量 300 ~ 600 mL，取得了良好的肠道准备效果，该研究流速约为本共识推荐的安全阈值，临床常规应用需严格遵循本共识≤1 000 mL · min^{-1}的安全上限。谢大伟[25]对老年便秘患者行结肠水疗，采用单次循环灌入量 300 ~ 600 mL、反复冲洗 3 ~ 5 次的方案，治疗有效率达 94.23%，不良反应发生率低。便秘患者肠道内粪便干结，单次循环灌入量控制在 600 ~ 1 000 mL，可在软化粪便的同时避免肠道负担过重。临床须依据具体病种精准调整参数：如肠道检查/术前准备时，流速可设置为 800 ~ 1 000 mL · min^{-1}，以缩短治疗时间、提高清洁效率；便秘治疗时，流速建议设置为 500 ~ 800 mL · min^{-1}，以延长水流与肠道黏膜的接触时间，更好地软化干结粪便、刺激肠道蠕动，实现治疗的精准化，同步提高临床效果与操作安全性。

推荐意见 18：操作全程须实施动态、标准化监测，每 5 min 询问患者主观感受，同步观察患者生命体征与腹部体征；患者出现腹痛、心慌、面色苍白等异常表现时，需立即中止操作（推荐强度：强烈推荐）。

操作过程中须严格执行每 5 min 1 次的标准化动态监测，全面询问患者腹痛、腹胀、肛门坠胀、心慌、头晕、恶心、出冷汗等主观不适，同步观察患者面色、口唇色泽、呼吸节律、心率心律、腹部紧张度等生命体征与专科体征变化；该措施是结肠水疗全流程安全管理的核心环节，可第一时间捕捉肠道刺激、灌

注压力异常、循环波动等早期风险信号，及时发现患者不适并启动对应处置，有效规避肠穿孔、低血压晕厥、电解质紊乱等操作相关不良事件的发生与加重。国内多中心临床研究与专项护理数据证实，规范执行术中定时评估与生命体征监测，可使结肠水疗相关不良事件发生率降低 62%，严重不良事件的重症转化率下降 72%，同时能显著提高患者操作耐受性，减少术中急性不适的持续加重。

推荐意见 19：嘱咐患者同步实施顺时针腹部按摩提升肠蠕动效率（推荐强度：强烈推荐）。

陆晗洁等[5]在操作中协助患者进行顺时针腹部按摩，促进肠道蠕动。谢大伟[23]也强调水疗时配合腹部按摩，可提高粪便排出效果。当出现心率 > 100 次 · min^{-1}、血压波动超过基础值 20% 等情况时，立即中止操作并采取相应处理措施，是保障患者安全的重要防线。嘱托患者同步实施顺时针腹部按摩，力度以患者耐受为宜，可促进肠道蠕动，进一步提高肠道清洁与功能调节。腹部按摩可疏通经络、调和气血，与水疗协同增效。

推荐意见 20：老年患者操作调整：初始压力≤ 40 mmHg，每次总量≤8 L，水疗后监测电解质平衡；基础疾病不稳定者须谨慎评估（推荐强度：强烈推荐）。

老年患者身体机能相对较弱，肠道黏膜敏感性增加，且常合并基础疾病，不良事件发生率较高。谢大伟[25]对老年功能性便秘患者进行结肠水疗，通过控制灌注压力、总量，不良反应发生率仅为 5.77%。初始灌注压力≤40 mmHg、单次治疗总量≤8 L、灌注流速≤0.8 L · min^{-1}，能降低肠道损伤及电解质紊乱风险。操作前须全面评估基础疾病控制情况（如高血压患者血压控制在 160/100 mmHg 以下，糖尿病患者血糖控制在 4.4 ~ 10.0 mmol · L^{-1}），术后重点监测电解质平衡，可通过检测血电解质或观察乏力、头晕、恶心等症状，及时发现并干预电解质失衡，必要时给予口服或静脉补液；高龄（≥80 岁）、体质极度虚弱的患者，建议在多学科协作下实施，可联合中医益气健脾、滋阴润燥方剂调理体质。

推荐意见 21：关注患者水疗时排泄总量，避免大量快速排泄后导致体内电解质失衡，及时进行对症处理（推荐强度：推荐）。

便秘患者（尤其长期便秘或粪便嵌塞患者）水疗后可能出现大量粪便排出，导致钾、钠、氯等电解质流失，引发电解质紊乱。谢大伟[25]研究显示，结肠水疗联合乳酸菌素片治疗老年便秘，能有效减少电解质紊乱风险，不良反应发生率显著低于单纯药物治疗。临床记录患者水疗后的排泄总量、粪便性状，建议水疗后 24 h 内检测电解质水平，若出现血钾 <3.5 mmol · L^{-1}、血钠 <135 mmol · L^{-1} 等情况，及时给予口服补液盐或静脉补充电解质，能有效预防电解质失衡相关并发症。同时指导患者水疗后调整饮食结构（每日膳食纤维摄入量≥25 g，饮水量≥ 1 500 mL），配合肠道功能锻炼及中医食疗（如适量食用蜂蜜、黑芝麻等润肠食材），预防便秘复发，减少水疗依赖。殷景远等[26]研究发现，拉克替醇散联合结肠水疗可显著提升老年慢性便秘患者排便频次与临床有效率，仅出现轻微恶心呕吐，安全性良好，适合老年人群临床应用。

推荐意见 22：肠穿孔处理：立即停止操作，及时对症处理（推荐强度：强烈推荐）。

肠穿孔是结肠水疗最严重的并发症，发生率约为 0.1%，多因灌注压力过高、导管插入时暴力操作或患者存在肠道溃疡、憩室等基础病变导致。操作中若患者出现剧烈腹痛、腹肌紧张、反跳痛等腹膜炎体征，或影像学检查提示腹腔游离气体，须立即停止操作，及时对症处理，在完善相关检查明确诊断后 30 min 内启动紧急手术治疗（如肠修补术、肠切除术等）。严格控制初始灌注压力≤50 mmHg、导管插入遇阻力时立即停止、加强操作中监测等，是预防肠穿孔的关键措施。

推荐意见 23：低血压/晕厥处理：立即停止操作，取平卧位，吸氧并静脉补液（推荐强度：强烈推荐）。

操作中或水疗后患者可能因灌注导致血容量重新分布、迷走神经反射激活或电解质紊乱引发低血压/晕厥，发生率约为 0.5%，表现为头晕、心慌、面色苍白、血压下降等。出现上述症状时，立即停止操作，让患者取仰卧位并抬高下肢 15° ~ 30°，可增加回心血量，同时给予吸氧、静脉补液等对症治疗，监测血压变化直至恢复至基础值的 90% 以上。控制灌注速度与总量、灌注后让患者在操作床上休息≥ 15 min、对体质虚弱或脱水倾向患者操作前适当补充 500 mL 晶体液或中医益气养阴方剂（如生脉饮）等，能有效预防低血压/晕厥发生。

推荐意见 24：须建立统一的结肠水疗操作人员培训和认证体系，由学会牵头组织培训考核（推荐强度：强烈推荐）。

统一的培训和认证体系能规范结肠水疗操作人

员的资质管理，保障临床应用质量。由中国中医药研究促进会临床指南工作委员会牵头，制定统一的培训大纲、考核标准及认证流程，培训内容涵盖理论知识（含中医肛肠相关理论）、操作技能、急救处理、感染控制等核心模块（理论培训≥48 学时，实操培训≥48 学时），采用线上学习与线下实操相结合的培训方式，以确保培训质量。考核分为理论考核与操作考核，合格者颁发专项合格证书，未通过者须重新培训；定期开展每年不少于 16 学时的继续教育与技能更新培训，能及时传递最新临床研究进展、操作规范及安全防控知识，持续提升操作人员专业水平；建立操作人员资质备案制度，加强行业监管，进一步保障临床应用安全性与有效性。

3　共识优化与展望

结肠水疗的临床应用需结合现有证据与临床实践持续优化。目前，针对儿童、肝肾功能不全者等特殊人群的使用安全性与有效性数据不足，建议未来开展多中心前瞻性随机对照试验，补充相关循证依据，明确其适用范围与操作参数；细化不同病种（如炎症性肠病缓解期、肠道准备不同场景）的个性化操作方案，结合中医辨证分型，明确最佳灌注参数、治疗频次及疗程，提升治疗的精准性；加强并发症预警机制研究，开发肠道黏膜损伤实时监测、电解质动态监测等设备，进一步降低不良事件发生率。

同时，建议将结肠水疗纳入医疗机构诊疗规范目录，尤其纳入中医药相关诊疗规范，建立定期质量控制与评估体系，对操作流程、感染控制、并发症发生率等指标进行常态化监测，推动其标准化、规范化应用。临床须重视患者的长期管理，结合饮食指导、生活方式干预、肠道功能锻炼及中医特色疗法（如中药灌肠、穴位刺激、食疗调理）等综合措施，提升治疗效果，改善患者预后。此外，须加强健康宣教，向患者普及结肠水疗的相关知识及中医药协同调理理念，纠正认知误区，提高患者的治疗依从性与满意度。陈艳宏等[27]研究发现，情志护理联合中医五行音乐疗法可显著缓解结肠水疗患者焦虑忧虑情绪、减轻肛门疼痛不适感，提升患者治疗耐受度、肠道清洁效果及就医满意度，可作为结肠水疗全程辅助中医特色护理措施推广应用。

利益冲突：

参与本共识制定的所有专家均声明不存在利益冲突

专家共识提出单位：

河南省中医药学会肛肠分会，河南省中药材协会肛肠专业临床用药指导委员会，河南省中医药研究促进会肛肠分会

专家共识牵头人：

刘佃温（河南中医药大学第三附属医院）

专家共识顾问：

于永铎（辽宁中医药大学第二附属医院），王琛（上海中医药大学附属龙华医院），张虹玺（辽宁中医药大学第三附属医院），柳越冬（辽宁中医药大学第三附属医院），赵刚（青岛大学附属医院），贾小强（中国中医科学院西苑医院），孙松朋（北京中医药大学东直门医院）

专家共识委员会成员（以姓氏拼音首字母为序）

蔡郁辉（濮阳市人民医院），丁建华（商丘市中医院），冀二锋（河南中医药大学第三附属医院），靳胜利（开封市中医院），九俊雷（驻马店市中医院），李雪芹（河南神火集团总医院），李相臣（新乡市中心医院），李云霞（平顶山市第一人民医院新城区院区），连加玉（周口市中心医院），刘佃温（河南中医药大学第三附属医院），刘世举（河南中医药大学第三附属医院），马莉（河南中医药大学第三附属医院），闵连永（信阳市中心医院），邱胜民（濮阳油田总医院），孙宏普（洛阳市中医院），宋晓锋（许昌市中心医院），田欣（济源市人民医院），王晓娜（河南中医药大学第三附属医院），王芳增（濮阳市第三人民医院），吴翠杰（安阳市中医院），席作武（河南中医药大学第二附属医院/河南省中医院），许小丽（河南中医药大学第三附属医院），杨会举（河南中医药大学第三附属医院），于秀芝（驻马店市中心医院），苑帆（许昌市中心医院），张传举（安阳市中医院），张胜威（河南中医药大学人民医院/郑州人民医院），张艳芹（商丘市中医院），张威（郑州市大肠肛门病医院/河南省中医消化病医院），张阳（河南中医药大学第三附属医院）

专家共识执笔人：

张阳（河南中医药大学第三附属医院），杨会举（河南中医药大学第三附属医院），马莉（河南中医药大学第三附属医院）

参考文献：

[1] 肖铃，商健. 结肠水疗机在痔上黏膜套扎术前肠道准备中的应用[J]. 医疗装备，2022，35（6）：119－121.

[2]邵莉芸. 温生理盐水灌肠与结肠水疗干预用于选择性痔上黏膜吻合术的效果比较[J]. 福建医药杂志,2021,43(3):168 – 170.
[3]陈红莉,左莎. 结肠水疗在糖尿病患者结肠镜检查肠道准备中的应用研究[J]. 医学信息,2023,36(1):141 – 143.
[4]张林祥,孟艳君,刘新伟. 结肠水疗用于结肠镜检查前肠道准备的效果观察[J]. 中国肛肠病杂志,2025,45(12):39 – 41.
[5]陆晗洁,黄庆美. 便秘患者开展结肠水疗与传统灌肠疗法干预的疗效分析及护理体会[J]. 名医,2020(6):137.
[6]于秀春. 功能性便秘结肠水疗与传统灌肠治疗疗效比较及护理干预[J]. 临床医药文献电子杂志,2019,6(9):90,197.
[7]方丽娟,黄宽忠. 滋阴润肠方联合结肠水疗治疗功能性便秘临床观察[J]. 光明中医,2025,40(8):1579 – 1582.
[8]张晓雨,林爱珍. 结肠水疗联合益肠通秘汤及乳酸菌素片治疗脾肾阳虚型功能性便秘疗效观察[J]. 中国烧伤创疡杂志,2020,32(1):70 – 74.
[9]周金波. 益肠通秘汤联合热敏灸、结肠水疗治疗脾肾阳虚型功能性便秘 45 例[J]. 湖南中医杂志,2023,39(2):13 – 17.
[10]盛加伟,肖慧荣,赵静,等. 结肠水疗合热敏灸治疗功能性便秘的临床疗效观察[J]. 实用中西医结合临床,2018,18(4):135 – 136,157.
[11]赵玉红,王爱民,耿焱. 结肠水疗联合双歧三联活菌治疗慢传输型便秘合并小肠细菌过度生长的临床疗效[J]. 临床合理用药杂志,2020,13(12):93 – 95.
[12]梁家基,廖明,陈杏仪. 生物反馈疗法联合结肠水疗对功能性便秘的疗效[J]. 深圳中西医结合杂志,2019,29(11):14 – 16.
[13]金海波,项雄华,石清华,等. 结肠水疗联合盆底生物反馈治疗功能性便秘临床疗效观察[J]. 中国现代医生,2020,58(9):123 – 126.
[14]庄碧辉. 结肠灌注水疗仪防治肛肠外科术后便秘的护理体会[J]. 数理医药学杂志,2018,31(1):157 – 158.
[15]黄宽忠,何紫阳,方丽娟. 自拟益气养血润肠方联合结肠水疗治疗功能性便秘的临床效果[J]. 中国医学创新,2025,22(18):32 – 35.
[16]李秋勇. 研究结肠水疗与药物疗法治疗慢传输型便秘的临床效果[J]. 中国医药指南,2019,17(36):29 – 30.
[17]邱春英. 中药结肠水疗法治疗慢性结肠炎疗效观察[J]. 临床医药文献电子杂志,2019,6(99):52.
[18]王冬芹. 舒盆汤联合结肠透析机治疗妇科慢性盆腔痛的临床研究[D]. 南宁:广西中医药大学,2012.
[19]洪敦恕,李盛华,付雅玲. 妇科术前准备中结肠水疗与传统灌肠的效果对比[J]. 国际护理学杂志,2020,39(24):4503 – 4506.
[20]马小娟,杨春林,柴喜平. 结肠水疗联合健胃清肠合剂保留灌肠对不完全性肠梗阻的疗效观察[J]. 医学理论与实践,2021,34(21):3813 – 3815.
[21]唐伟,朱文芳. 结肠水疗治疗不完全肠梗阻临床疗效观察[J]. 首都食品与医药,2019,26(20):34.
[22]尤书萍,翁志英. 红藤败酱液结合结肠水疗仪保留灌肠治疗放射性肠炎的临床效果研究[J]. 中国中西医结合外科杂志,2023,29(2):216 – 220.
[23]张娇,顾树江,邢凯,等. 结肠水疗仪中药灌肠联合美沙拉嗪治疗活动期溃疡性结肠炎的疗效与预后观察[J]. 北京中医药,2025,44(4):430 – 434.
[24]阳华,阳婷. 结肠水疗联合护理干预在功能性便秘患者中的应用效果[J]. 医疗装备,2020,33(7):167 – 168.
[25]谢大伟. 结肠水疗联合乳酸菌素片治疗老年功能性便秘 52 例疗效观察[J]. 中国肛肠病杂志,2023,43(1):48 – 50.
[26]殷景远,单红艳,罗建平. 拉克替醇散联合结肠水疗治疗老年慢性便秘的临床疗效及安全性观察[J]. 海峡药学,2019,31(4):110 – 112.
[27]陈艳宏,付华智,黄翠琴,等. 情志护理联合音乐疗法在结肠水疗中的临床效果[J]. 黑龙江中医药,2022,51(3):155 – 157.

收稿日期:2026 – 03 – 19
编辑:秦小川