

DOI: 10.12209/CAIM202508270005

· 中西医结合临床案例 ·

1 例阑尾炎术后并发肠梗阻患者围手术期 中西医结合护理病例报告

李靖杰, 李 瑾

(北京市健宫医院 普外肿瘤科, 北京, 100054)

摘要: 本报告介绍 1 例阑尾炎术后并发肠梗阻患者的围手术期中西医结合护理过程。在西医常规治疗基础上, 结合中医辨证施护, 采用中药灌肠、穴位贴敷、耳穴压丸、中药热奄包外敷及情志调护等综合护理措施。通过精心护理, 患者腹胀腹痛症状显著缓解, 肠功能恢复, 焦虑情绪显著改善; 住院期间未发生电解质紊乱、肠坏死、腹腔感染等严重并发症, 出院时已掌握疾病自我管理要点。本案例证实, 中西医结合护理在阑尾炎术后肠梗阻患者康复中具有显著优势, 可有效促进肠功能恢复、缩短住院时间、降低并发症风险。

关键词: 阑尾炎; 肠梗阻; 中西医结合护理; 胃肠功能; 康复

Case Report on Perioperative Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing for a Patient with Post-Appendectomy Ileus

LI Jingjie, LI Jin

(Department of General Surgery and Oncology, Beijing Jiangong Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This report presents the perioperative integrated traditional Chinese and Western medicine nursing process for a patient with ileus following appendectomy. On the basis of conventional Western medical treatment, integrated nursing interventions were implemented, including TCM syndrome differentiation-based care, Chinese herbal enema, acupoint application, auricular point pressing, Chinese herbal hot compress, and emotional nursing. Through meticulous care, the patient experienced significant relief of abdominal distension and pain, recovery of intestinal function, and marked improvement in anxiety. No severe complications such as electrolyte imbalance, intestinal necrosis, or intra-abdominal infection occurred during hospitalization. At discharge, the patient had mastered key self-management skills for the condition. This case confirms that integrated traditional Chinese and Western medicine nursing offers significant advantages in the rehabilitation of post-appendectomy ileus patients, effectively promoting intestinal function recovery, shortening hospital stay, and reducing complication risks.

KEY WORDS: appendicitis; ileus; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing; gastrointestinal function; rehabilitation

阑尾炎术后肠梗阻是急性阑尾炎术后常见并发症之一, 多因手术创伤、炎症刺激或术后粘连所致, 国内报道发生率约为 5% ~ 10%^[1]。临床表现以腹痛、腹胀、呕吐、停止排气排便(或排气排便减少)为主, 严重影响患者术后康复进程。西医治疗以禁食水、胃肠减压、抗感染、维持水电解质平衡及营养支持为主, 但部分患者肠功能恢复缓慢, 住

院周期延长。本文通过探讨 1 例急性阑尾炎术后并发肠梗阻患者的中西医结合护理过程, 运用中药保留灌肠(通腑泄热法)、穴位贴敷、中药热奄包外敷(温经通络法)、耳穴贴压(调节脏腑气机法)等综合中医护理措施^[2], 以缓解患者腹胀腹痛症状、促进肠功能恢复、预防并发症发生, 助力患者顺利康复出院。

收稿日期: 2025-08-27

通信作者: 李瑾, E-mail: 3024342776@qq.com

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男,35岁,公司职员,已婚,于2025年06月15日因“急性化脓性阑尾炎”行急诊腹腔镜阑尾切除术。术后第3天(2025年06月18日)出现阵发性腹痛、腹胀加剧,伴恶心,未排气排便;患者主诉腹部胀痛难忍,口渴。既往体健,无慢性病史及药物过敏史。

1.2 体格检查

生命体征:体温(T)37.8℃,脉搏(P)96次/min,呼吸(R)24次/min,血压(BP)130/85 mm Hg;腹部查体:腹部膨隆,未见胃肠型及蠕动波,腹软,未触及明显包块,全腹轻压痛,无反跳痛,叩诊呈鼓音,肠鸣音减弱,1~2次/min。辅助检查:①实验室检查:白细胞 $11.5 \times 10^9/L$,血钾3.3 mmol/L;②立位腹部X线平片:可见多个阶梯状气液平面,中下腹部肠管扩张;③舌脉象:舌质红、苔黄燥、脉弦数。

1.3 诊断

西医诊断:急性化脓性阑尾炎术后,不完全性粘连性肠梗阻;中医诊断:肠结(腑实热结证)。辨证依据:患者腹痛腹胀、停止排气排便,结合舌红苔黄燥、脉弦数,符合腑实热结、气机阻滞之象^[3]。

1.4 治疗方案

西医治疗:给予禁食水、持续胃肠减压、静脉补液(纠正水电解质紊乱)、抗感染、肠外营养支持等保守治疗。中医治疗:①中药保留灌肠:予大承气汤加减,1次/d;②穴位贴敷:将大黄、芒硝按1:2比例研末,用蜂蜜调成糊状,贴敷于双侧足三里穴,4~6 h/次,1次/d;③耳穴贴压:取穴大肠、小肠、交感、腹、三焦,用王不留行籽贴压;④中药热奄包外敷:外敷于腹部,20~30 min/次,2次/d。经7 d综合治疗后,患者肠梗阻解除,症状消失,于2025年06月25日出院。

2 护理

2.1 护理评估

患者主诉腹部胀痛,对休息及情绪造成严重影响。采用NRS数字评价量表^[4]评估,得分为5分,属中度疼痛。根据患者症状及体格检查,评估为Ⅱ度中度腹胀(腹围较入院时增加3 cm,腹部膨隆但未影响呼吸,评估标准同胆囊炎个案)。听诊肠鸣音减弱(1~2次/min),已停止排气排便超过24 h;每日测量腹围,记录排气排便性质及量。

患者表现为焦虑、烦躁,反复询问病情,担心需二次手术。汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评估结果为15分,属中度到重度焦虑。存在电解质紊乱、肠坏死、切口愈合不良等潜在并发症。

2.2 护理诊断

急性疼痛:与肠管梗阻、积液积气导致肠壁张力增加有关;肠动力障碍:与术后肠蠕动减弱有关,表现为腹部膨隆、腹胀及肠鸣音减弱;焦虑:与疾病预后不确定、舒适改变及担心二次手术有关;潜在并发症:电解质紊乱(低钾血症)、肠缺血坏死、切口感染;知识缺乏:缺乏肠梗阻缓解后饮食及活动相关自我管理知识。

2.3 护理计划

疼痛与腹胀管理:遵医嘱执行禁食水、胃肠减压等治疗,配合中医外治法(中药保留灌肠、中药热奄包外敷、耳穴贴压)以通腑理气、缓解胀痛。目标:疼痛NRS评分由5分降至≤3分,腹胀减轻(腹围较干预前缩小≥2 cm)。肠功能恢复:密切监测肠鸣音及排气排便情况,鼓励床上主动翻身及踝泵运动,病情稳定后协助床边活动。目标:肠鸣音恢复至4~5次/min,24 h内恢复自主排气排便。心理支持:采用AIDET沟通模式^[7]缓解焦虑(Acknowledge问候患者、Introduce自我介绍、Duration告知治疗时长、Explanation解释操作目的、Thank you感谢配合),每日评估HAMA评分。目标:患者HAMA评分降至≤14分,情绪稳定并主动配合治疗。并发症预防:严格记录24 h出入量,每8 h监测电解质,保持胃肠减压管通畅,密切观察腹部体征及引流液性状。目标:住院期间未发生电解质紊乱、肠坏死等严重并发症。健康教育:指导患者及家属掌握肠梗阻缓解后的饮食原则(从流质逐步过渡至低脂软食,避免产气食物)与活动注意事项(术后1个月内避免剧烈运动,循序渐进增加活动量)。

2.4 护理措施

2.4.1 常规及西医护理措施

早期活动与饮食管理:术后待麻醉清醒、生命体征平稳后,鼓励患者早期下床活动;术后第1天可床边坐起,逐步过渡至站立、行走,以促进肠蠕动恢复。胃肠功能恢复(肛门排气后)从少量饮水开始,逐步过渡至流质饮食、半流质饮食。

切口护理:保持伤口敷料清洁干燥,严格无菌操作更换敷料;密切观察切口有无红肿、疼痛加剧、渗液,监测体温变化(4次/d),警惕切口感染。

并发症监测:①出血风险:观察伤口敷料有无渗血、引流液颜色及量(若引流液鲜红且量>100 mL/h),若出现血压骤降、脉搏细速等休克表现,立即建立两条静脉通路,遵医嘱快速补液、纠正电解质紊乱,必要时输血并报告医生。②肠梗阻预警:观察患者有无腹痛、腹胀、呕吐、停止排气排便,每4 h听诊肠鸣音(正常4~5次/min);若出现肠梗阻迹象,立即禁食水,遵医嘱行胃肠减压,维持静脉补液及电解质平衡。

呼吸道管理:鼓励患者深呼吸、有效咳痰,每2 h协助翻身拍背;必要时予雾化吸入(生理盐水20 mL+氨溴索15 mg,2次/d)稀释痰液,指导吹气球等肺功能锻炼,预防坠积性肺炎。

自理能力指导:根据患者恢复情况,逐步指导其增加自理能力,如半卧位自行进食、床上翻身等。

2.4.2 中医特色护理

(1)中药保留灌肠(5~7 d为一疗程):遵医嘱予大承气汤(大黄10 g后下、芒硝9 g冲服、厚朴12 g及枳实12 g)煎汤200 mL,每晚1次保留灌肠^[5]。操作方法:①药液温度控制在38~40℃,避免过凉刺激肠道;②患者取左侧卧位,双腿屈膝,臀部垫高10 cm,暴露肛门;③戴无菌手套,肛管前端涂润滑油,缓慢插入肛门15~20 cm,排尽空气后以30~50滴/min速度滴注;④药液注完后反折肛管,轻柔拔出,协助患者保持左侧卧位30 min以上,观察排便性质及量。

(2)穴位贴敷(3~6 d为一疗程):取大黄6 g+麸炒枳壳10 g研末,用醋调成糊状,贴敷于双侧足三里穴,1次/d,4~6 h/次^[6]。操作要点:①定位:髌骨下3寸,胫骨前嵴外1横指;②贴敷前用75%酒精脱脂,药膏厚度0.3 cm(一元硬币大小),采用网状弹力绷带固定;③首次贴敷缩短至2 h观察皮肤耐受性,若出现瘙痒、灼热感立即移除;夏季贴敷时间不超过4 h。

(3)耳穴贴压(7 d为一疗程):取穴大肠(耳轮脚上方前部)、小肠(耳轮脚上方中部)、交感(对耳轮下脚末端与耳轮内侧交界处)、腹(耳轮脚周围及耳甲艇区)、三焦(耳甲腔中部),隔日1次,左右耳交替^[8]。操作方法:①耳廓皮肤用酒精棉球消毒,探棒探查压痛敏感点;②镊子夹取王不留行籽贴对准穴位贴压,贴后按压至酸胀痛感(得气);③指导患者每日自行按压4~6次(餐前为佳),每次每穴15~20 s,力度以耳廓微红为宜;④观察耳部皮肤,出现红肿瘙痒立即取下。

(4)中药热奄包外敷(5~10 d为一疗程):将莱菔子100 g、小茴香50 g、粗盐100 g装入布袋,微波炉加热3 min(或恒温箱70℃加热),以神阙穴为中心热敷腹部,2次/d,20~30 min/次^[9]。操作要点:①用手腕内侧测试温度(50~60℃),外层包裹棉布袋避免烫伤;②患者取平卧位,热奄包敷于腹部,每5 min巡视1次,确保温度不超过50℃;③热敷后观察腹部皮肤有无红斑、水疱。

(5)情志调护与康复指导:①解释中医“六腑以通为用”理论,减轻患者焦虑;②指导床上踝泵运动及下肢屈伸活动,梗阻缓解后协助早期下床;③饮食指导:胃肠功能恢复后从流质(米汤、萝卜汤)过渡至半流质(山药粥),逐渐改为软食,忌产气(牛奶、豆浆)及油腻食物,少食多餐。

3 结果和随访

患者经中西医结合治疗与护理,肠梗阻症状于5 d后解除,恢复经口进食,详见表1。出院一周后予患者电话随访,患者已恢复正常饮食,无腹痛腹胀,每日有正常排气排便,体温正常,情绪稳定。

表1 疗效评估

评估项目	干预前(肠梗阻期)	干预后(出院前)
疼痛情况	5分(中度疼痛)	1分(轻度疼痛)
腹胀程度	Ⅱ度(中度腹胀)	消失
肠鸣音	1~2次/min	4~5次/min
排气排便	停止	恢复(成形软便)
心理状况	焦虑、烦躁	情绪稳定,积极配合
并发症	存在低钾风险	未发生严重并发症

4 讨论

阑尾炎是由于阑尾腔阻塞和感染引发的疾病,可导致阑尾内压力升高、血流受阻,进而引发炎症。临床表现初期为脐周或上腹部疼痛,随后转移至右下腹麦氏点。阑尾炎术后肠梗阻多因手术操作、炎症渗出导致肠管粘连或功能紊乱所致,治疗原则为矫正肠梗阻引起的全身生理紊乱并解除梗阻,治疗方案需根据肠梗阻的病因、性质、类型、部位、程度、有无并发症及全身情况决定。①胃肠减压:是治疗肠梗阻的重要措施之一,通过胃肠减压吸出胃肠道内的气体和液体,可减轻腹胀,降低肠腔内压力,改善肠壁血液循环,减少肠腔内细菌及毒素吸收,还能减轻腹内压,改善因膈肌抬高导致的呼吸循环障碍。②纠正水、电解质及酸碱平衡紊乱:液体补充的量与种类取决于病情,包

括呕吐情况、缺水体征、血液浓缩程度、尿排出量和比重、血清电解质及血气分析结果等,需注意钾的补充;输液过程中应严密观察和准确记录出入量,监测每小时尿量。③应用抗菌药物:根据医嘱正确、按时给予抗菌药物,以预防感染、减少毒素产生,同时注意观察药物副作用及疗效。④营养支持:给予禁食及肠外营养支持(如复方氨基酸、脂肪乳剂),待梗阻解除、患者恢复排气排便、腹痛腹胀消失 12 h 后可进流质饮食(忌食易产气的甜食和牛奶等);如无不适,24 h 后进半流食,3 d 后过渡至软食。中医将其归属于“肠结”“关格”范畴,病机主要为腑气不通、湿热瘀滞、气机阻滞,治疗当以“通里攻下、行气止痛”为法^[3,8]。

本研究个案显示,在常规西医护理基础上,联合中药灌肠能直接作用于肠道局部,荡涤肠腑、清热泻下;穴位贴敷(足三里)可刺激经络、疏通气血;耳穴贴压通过刺激相应耳部穴位调节肠道传导功能;中药热奄包外敷腹部可起到温通经络、行气消胀之功。诸法联用,内外同治,能显著缓解腹胀腹痛,促进肠蠕动恢复,缩短病程^[9-10]。综上所述,针对阑尾炎术后肠梗阻患者,在西医常规治疗与护理基础上,结合中医辨证施护,采用中药灌肠、穴位贴敷(足三里)、耳穴贴压、中药热奄包外敷及情志调护等综合干预措施,能有效缓解症状,促进康复,改善患者体验,值得临床推广应用。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 李雯喆,张云杰,王猛,等. 术后粘连性肠梗阻的中西医结合诊疗现状[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2025, 31(4): 618-621.
- [2] LI W Z, ZHANG Y J, WANG M, et al. Present situation of diagnosis and treatment of postoperative adhesive intestinal obstruction with integrated traditional Chinese and western medicine[J]. Chin J Surg Integr Tradit West Med, 2025, 31(4): 618-621. (in Chinese)
- [3] 张西波,崔乃强,哈良,等. 中医“痼疽”理论在急腹症腹内痈中的应用[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2025, 31(6): 807-810.
- [4] ZHANG X B, CUI N Q, HA L, et al. Application of “carbuncle” theory in traditional Chinese medicine in abdominal carbuncle of acute abdomen[J]. Chin J Surg Integr Tradit West Med, 2025, 31(6): 807-810. (in Chinese)
- [5] 王永炎,鲁兆麟. 中医内科学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社, 2011.
- [6] 李乐之,路潜. 外科护理学实践与学习指导[M]. 北京:人民卫生出版社, 2022.
- [7] 刘虹. 中医护理学基础[M]. 北京:中国中医药出版社, 2005.
- [8] 中华中医药学会. 中医护理常规 技术操作规程[M]. 北京:中国中医药出版社, 2006.
- [9] 罗丽娟. AIDET沟通模式下积极心理护理在腹腔镜胆囊炎术后患者中的应用效果及对心理状态的影响[J]. 医学信息, 2025, 38(5): 148-151.
- [10] LUO L J. Application effect of positive psychological nursing under AIDET communication mode in patients after laparoscopic cholecystitis surgery and its influence on psychological state[J]. Med Inf, 2025, 38(5): 148-151. (in Chinese)
- [11] 丁鹏,周媛,周秀娟,等. 大承气汤联合复苏合剂加减救治急性肠梗阻合并脓毒性休克的治疗体会[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2024, 31(3): 342-345.
- [12] DING P, ZHOU Y, ZHOU X J, et al. Treatment of acute intestinal obstruction complicated with septic shock with Dachengqi decoction and Fusu agent[J]. Chin J Integr Tradit West Med Intensive Crit Care, 2024, 31(3): 342-345. (in Chinese)
- [13] 柳春梅,马玉侠,叶小娜,等. 中医外治法辅助治疗术后胃肠功能紊乱的研究进展[J]. 世界中医药, 2025, 20(16): 2951-2957.
- [14] LIU C M, MA Y X, YE X N, et al. Research progress on adjuvant treatment of postoperative gastrointestinal dysfunction with external treatment of traditional Chinese medicine [J]. World Chin Med, 2025, 20(16): 2951-2957. (in Chinese)
- [15] 贲世燕,王静,方朝晖,等. 中药热奄包治疗糖尿病胃轻瘫疗效的Meta分析[J]. 中国老年保健医学, 2025, 23(5): 26-31.
- [16] BEN S Y, WANG J, FANG C (Z) H, et al. Meta-analysis of the efficacy of Chinese Medicine Hot Compress in the treatment of diabetic gastroparesis [J]. Chin J Geriatr Care, 2025, 23(5): 26-31. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC BY 4.0)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。