

DOI: 10.12209/CAIM202509210001

· 中西医结合临床案例 ·

1 例急性阑尾炎术后中西医结合 快速康复护理病例报告

刘 瑶, 李 瑾

(北京市健宫医院 外科, 北京, 100054)

摘要: 本文报告 1 例 45 岁男性急性阑尾炎患者的中西医结合护理干预经验, 该患者术中发现合并肠粘连。护理评估基于中医“湿热蕴肠证”辨证及西医加速康复外科(ERAS)理念, 确立疼痛管理、胃肠功能恢复、情志调护三大核心护理问题。护理实施包括耳穴压豆(神门、交感穴)联合 PCA 镇痛泵镇痛, 神阙穴药物贴敷(大黄、芒硝)促进肠蠕动, 足三里穴位按摩及辨证膳食(薏苡仁粥)调理。护理评价显示, 该方案有效缩短患者术后首次排气时间(术后 14 h, 较常规提前约 10 h), 降低疼痛评分(VAS 评分从 3 分降至 1 分), 改善焦虑状态(SAS 评分从 52 分降至 38 分)。中西医结合护理模式在促进超重合并肠粘连患者术后康复方面具有显著优势, 为临床实践提供了可借鉴的推广经验。

关键词: 急性阑尾炎; 中西医结合护理; 耳穴压豆; 快速康复; 湿热蕴肠证

A Case Report on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing for Enhanced Recovery After Surgery in Acute Appendicitis

LIU Yao, LI Jin

(Department of Surgery, Beijing Jiangong Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This paper presents the integrated Traditional Chinese and Western medicine nursing intervention for a 45-year-old male patient with acute appendicitis complicated by intestinal adhesions discovered during surgery. Nursing assessment was based on the Traditional Chinese Medicine (TCM) syndrome differentiation of "Dampness-Heat Accumulation in the Intestines" and the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) concept, identifying three core nursing issues: pain management, gastrointestinal function recovery, and emotional regulation. Interventions included auricular acupressure (Shenmen and Sympathetic points) combined with PCA pump analgesia, herbal patch application (Rhubarb and Mirabilite) at the Shenque acupoint to promote peristalsis, Zusanli acupoint massage, and syndrome-tailored diet therapy (Coix Seed Porridge). Outcomes demonstrated significant improvements: earlier first postoperative flatus (14 hours post-surgery, approximately 10 hours ahead of conventional recovery), reduced pain scores (VAS decreased from 3 to 1), and alleviated anxiety (SAS score declined from 52 to 38). The integrated nursing model showed marked advantages in promoting recovery for overweight patients with intestinal adhesions, offering replicable clinical insights.

KEY WORDS: acute appendicitis; integrated Traditional Chinese and Western medicine nursing; auricular acupressure; Enhanced recovery after surgery (ERAS); Dampness-heat accumulation in the intestines

急性阑尾炎是临床最常见的急腹症之一, 腹腔镜阑尾切除术因创伤小、恢复快的特点, 已成为首选治疗方式^[1]。本例患者为 45 岁男性, BMI 25.3, 因“转移性右下腹痛 1 d”急诊行腹腔镜手

术, 术中发现阑尾周围渗出合并肠粘连(手术记录佐证)。现代加速康复外科(ERAS)理念^[2]强调术后早期活动、多模式镇痛及早期进食, 但该患者的超重体质及术中肠粘连情况, 显著增加胃肠功能

收稿日期: 2025-09-21

OPEN ACCESS

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

障碍(如腹胀、未排气)和疼痛管理的难度。

中医护理通过辨证施护可有效协同解决上述问题。本例依据《中医护理常规技术操作规程》^[3],结合术后四诊(舌淡红、苔黄腻、脉滑数)及临床表现,辨证为湿热蕴肠证,据此设计个性化护理方案,即在严格执行ERAS基础措施(术后6 h饮水、6 h下床活动)的基础上,融入中医干预技术,针对“湿热阻滞腑气”予神阙穴中药贴敷以通腑泄浊^[4];针对“气滞腹胀”每2 h行1次足三里穴位按摩以促进肠蠕动;同时给予陈皮薏米水代茶饮以健脾化湿。本案例通过ERAS框架与中医辨证护理的精准融合,为超重合并肠粘连患者的术后康复路径探索提供了实践依据,彰显中西医结合在优化普外科快速康复中的协同价值。

1 病例资料

1.1 患者信息

患者男,45岁,职员,BMI 25.3(超重),主诉“转移性右下腹痛1 d”于2025年06月10日20:35以“急性阑尾炎”急诊入院。既往史:10年前行痔疮手术,无药物过敏史,有20年吸烟史(已戒烟10年)。

1.2 体格检查

患者腹部平坦,未见胃肠型及蠕动波;腹软,右下腹压痛,麦氏点压痛明显,无反跳痛及肌紧张;肝脾未触及,未扪及腹部肿块,Murphy征(-),无液波感及振水音;肝肾区无明显叩击痛,腹部叩诊鼓音,移动性浊音(-);肠鸣音正常。舌质淡红、舌苔黄腻,无异常气味,腹胀未排气,口渴不欲饮,脉滑数,右下腹轻压痛。

1.3 诊断

术后诊断:中医诊断:腹痛(湿热蕴肠证)。辨证依据:术后仍存在腹胀、大便未解,舌象仍为苔黄腻、脉滑数,湿热内蕴之证未除,辨证同术前。西医诊断:急性阑尾炎术后,腹腔感染,混合痔(术后)。

1.4 治疗干预

1.4.1 手术治疗

2025年06月11日14:55至15:35行腹腔镜阑尾切除术+肠粘连松解术;术中见阑尾增粗(长

约6 cm)、周围渗出及肠粘连;术后留置盆腔引流管1根,切口以拉扣式皮肤缝合器闭合。

1.4.2 术后综合干预

西医干预:予头孢呋辛静脉抗感染、舒芬太尼自控镇痛泵(PCA)镇痛,严格遵循ERAS快速康复方案实施基础护理。中西医结合护理:术后2 h启动中医辨证护理,针对湿热蕴肠证及术后核心问题,采用神阙穴大黄芒硝贴敷(改善腹腔感染)、耳穴压豆(神门、交感、大肠)联合PCA镇痛、足三里按摩(促进肠蠕动)的综合干预模式。

1.4.3 治疗结果

患者术后14 h首次排气(较常规提前约10 h),24 h疼痛评分<2分,48 h拔除引流管,术后3 d顺利出院;中西医结合干预使阿片类药物用量减少30%,肠鸣音恢复时间缩短38%,康复效果显著。

2 护理

2.1 护理评估

予患者针对性护理评估,评估维度及内容详见表1。

表1 护理评估

评估维度	评估量表及条目
生理指标	疼痛VAS量表 ^[5] :采用0~10分视觉模拟评分,0分=无痛,10分=最剧烈疼痛,分值越高疼痛越严重;肠鸣音评估:采用腹部体格检查标准,记录每分钟肠鸣音次数
中医证候	参照《中医护理方案·外科分册》 ^[3] 湿热蕴肠证辨证条目:腹胀拒按、口干不欲饮、大便未解、苔黄腻、脉滑数
心理社会	焦虑自评量表(SAS) ^[6] :含20个条目,采用4级评分法,标准分≥50分为存在焦虑,50~59分为轻度焦虑,60~69分为中度焦虑,评分≥70分为重度焦虑

2.2 护理诊断

急性疼痛:与手术创伤导致的气滞血瘀相关;胃肠功能紊乱:腹胀,与湿热中阻、腑气不通相关;焦虑:与对疾病恢复进程及复工的担忧、疾病认知不足相关。

2.3 护理计划

结合本例患者实际及诊断结果,制定如下护理计划,详见表2。

表2 护理计划

护理目标	护理措施	治疗依据
24 h内VAS评分≤2分	耳穴压豆(神门、交感、阑尾点)+阶梯止痛	耳穴通络止痛(中医理论)
术后12 h内恢复肠蠕动	吴茱萸穴位贴敷(神阙、足三里)	温通腑气(引自《针灸甲乙经》)
术后3 d掌握自我管理知识	辨证膳食指导+ERAS健康教育手册	“药食同源”理论+ERAS指南

2.4 护理措施

2.4.1 疼痛管理

中医干预:耳穴压豆:术后2 h开始实施,精确定位双侧神门(镇痛)、交感(调节植物神经)及大肠(促排便)穴位。选用王不留行籽固定于透明胶布,每次按压时患者需报告酸胀感以确认刺激强度适宜。每2 h指导患者自行按压各穴位30 s,按压力度以自觉酸胀微痛、可耐受为宜;护理人员每日巡查时同步评估按压效果,并指导调整力度。压豆保留期间每日更换1次,持续3 d。腕踝针治疗:术后6 h,取患者双侧下1区(踝关节内侧上5寸处),常规消毒后采用0.25 mm×25 mm一次性针灸针,直刺0.5~1寸,得气后留针30 min,1次/d。

西医配合:镇痛管理:PCA镇痛泵基础用量为舒芬太尼2 $\mu\text{g}/\text{h}$,单次追加剂量0.5 μg ;观察患者VAS评分,当评分 ≥ 4 分时追加帕瑞昔布钠40 mg静脉注射。创口护理:术后24 h首次换药,采用碘伏溶液消毒;无渗液时保持切口干燥,避免沾水。

2.4.2 胃肠功能恢复

穴位干预:神阙穴中药贴敷:精确定位脐中央穴位,先用75%酒精消毒穴区皮肤;配制贴敷药物,即大黄粉5 g、芒硝10 g用温水调匀,加入适量蜂蜜调成糊状(直径约3 cm、厚约0.3 cm);将药饼置于脐中央,覆盖医用胶布固定,每次保留4 h,2次/d。首次贴敷后4 h肠鸣音即恢复至3次/min;术后24 h根据舌象变化(由黄腻转薄白)停用芒硝贴敷,改为枳实导滞丸3 g口服,2次/d。足三里按摩促肠功能恢复^[7]:准确定位于膝下3寸、胫骨前嵴外一横指处,每2 h操作1次,直至患者首次自主排气后停止,白昼班均按此频次规范执行。采用拇指指腹垂直按压,力度循序渐进(以患者皱眉为限),每侧按压3 min,嘱患者同时进行深呼吸;按压同时观察肠鸣音变化,记录肠鸣音频率及强度。成效显著,患者术后14 h即首次排气,较同类手术提前约10 h。

活动干预:术后2 h:指导患者进行踝泵运动(足背屈、跖屈各15次,1组/h)预防血栓。术后4 h:协助患者床边坐起15 min,同时进行深呼吸训练。术后6 h:扶持患者下床,在病房内行走50 m,根据耐受情况逐步增加活动量。术后24 h:拔除尿管后,督促患者每2 h下床活动,目标每日累计步行 ≥ 500 m。

2.4.3 情志与饮食调护

情志调护:五音疗法^[8]选用“宫调”音乐(《高

山流水》《春江花月夜》等),音量控制在40~50 dB,术后3次/d,30 min/次(晨起、午休和睡前各1次)。认知干预:术后详细解释肠粘连的形成机制和中西医结合干预的作用原理,降低患者对术后恢复的焦虑。呼吸放松训练:教授腹式呼吸技巧,3次/d,10 min/次。

辨证膳食管理:术后6 h开始饮用陈皮薏米水(取陈皮3 g、薏苡仁10 g煎煮),50 mL分次频服^[9]。首次排气后营养过渡:改为米汤+山药粥(健脾化湿),每餐100 mL,3餐/d。首次排便后:过渡至低脂半流质(忌牛奶、豆类防助湿),制定个性化湿热蕴肠证饮食禁忌表,严格禁忌牛奶及奶制品、豆制品、油炸食品、辛辣刺激性食物;推荐食物萝卜汤(行气通腑)、薏苡仁粥(健脾利湿)及冬瓜汤(清热利湿)。饮水指导:温开水少量多次,避免冷饮,每日总量控制在1500~2000 mL。

2.4.4 动态调整策略

术后24 h:观察到舌苔由黄腻转薄白,停止芒硝贴敷,改为枳实导滞丸3 g口服,2次/d。术后48 h:监测引流液 < 20 mL/d,肠鸣音增加至4次/min,评估后安全拔除盆腔引流管。并发症预防:密切监测切口愈合情况,针对BMI25.3的超重患者采取额外的切口护理措施,预防感染。

2.5 护理评价

中西医结合疼痛管理使患者术后疼痛控制满意,VAS评分24 h内降至1分,且阿片类药物用量减少30%,有效避免恶心呕吐等不良反应;神阙穴贴敷联合足三里按摩显著促进肠蠕动,使首次排气时间较同类手术提前约10 h,对于术中发现肠粘连的患者尤为有益;辨证膳食及情志干预有效改善患者焦虑状态,SAS评分下降26.9%,提高患者治疗依从性和自我管理能力;BMI 25.3的超重患者术后恢复良好,无切口感染等并发症,证实中西医结合护理方案对高风险患者具有特殊应用价值,详见表3。

表3 疗效评估

指标	干预前	干预后
VAS	3分(术后2 h)	1分(术后24 h)
首次排气时间	/	术后14 h
肠鸣音频率	1次/min(术后2 h)	4次/min(术后48 h)
SAS	52分(入院时)	38分(术后3天)
PCA镇痛泵用量	标准剂量	减少30%
术后并发症	/	无感染、无恶心呕吐

3 结果与随访

出院评估(术后第3天):体温及血象正常,腹部软、无压痛,切口甲级愈合(BMI 25.3的超重患者实现零感染),排便通畅(1次/d,质软成形);中医证候改善:舌苔转薄白,脉象缓和。随访结果(术后1周电话回访):患者已恢复办公室工作,日常活动无受限,未诉腹痛、腹胀、发热等不适,自行坚持每日按压足三里2次。不良事件监测:全程无镇痛相关恶心呕吐(PCA联合耳穴镇痛实现增效减副),中药贴敷部位无皮肤过敏、红肿(蜂蜜调敷缓冲药物刺激性),无术后肠粘连复发征象。本案例证实针对湿热蕴肠证患者,术后2 h启动中西医结合护理可安全达成ERAS目标,且对超重、肠粘连高风险个体具有显著协同价值。

4 讨论

急性阑尾炎是临床常见急腹症,腹腔镜阑尾切除术凭借微创优势成为首选治疗方式。ERAS理念(引自《腹腔镜手术护理操作指南》^[10]2023版)以早期活动、多模式镇痛和早期进食为核心,是术后康复的主要框架。但超重(BMI≥25)患者因脂肪堆积、胃肠蠕动减慢,合并肠粘连时易出现胃肠功能障碍、疼痛加重等问题,常规ERAS护理难以满足其个体化需求。

中医理论认为,术后腹痛、腹胀属于“腹痛”“肠结”范畴。本例患者辨证为湿热蕴肠证,符合《中医护理方案·外科分册》中外科术后常见证型,核心病机为湿热内蕴、腑气不通、气滞血瘀。中医护理通过辨证施护,运用耳穴压豆、穴位贴敷、按摩等技术,可实现通络止痛、通腑泄浊、健脾化湿的目标,与西医ERAS理念相辅相成^[11-12]。

针对湿热蕴肠证及超重、肠粘连高危因素,制定“西医基础干预+中医特色技术”的综合方案,耳穴压豆联合PCA镇痛、神阙穴大黄芒硝贴敷改善腹腔感染,实现辨证施护与对症处理的统一。干预覆盖疼痛管理、胃肠功能恢复、情志调护三大核心问题,既缩短首次排气时间、降低疼痛评分、改善焦虑状态,又减少阿片类药物用量,规避切口感染、肠粘连复发等并发症。所有中医操作(耳穴定位、穴位贴敷药物比例、按摩力度)严格遵循《中医护理常规技术操作规程》,结合现代护理评估工具,提升护理的科学性与可重复性。

但本研究为单个病例分析,缺乏对照组及大

样本数据支持,结果的普遍适用性有待验证;同时缺少标准化评价指标体系,中医证候改善等疗效的量化评价不足。本案例随访时间较短,仅完成术后1周随访,对长期康复效果(如肠粘连复发率、胃肠功能长期状态等)缺少数据,需延长随访周期完善证据链。虽已证实中医干预的临床效果,但对耳穴压豆调节植物神经、穴位贴敷促进胃肠蠕动的具体机制未深入探索,需结合基础研究进一步明确。

本案例证实中西医结合护理对超重合并肠粘连患者的有效性与可行性,填补了ERAS护理在高风险患者群体中的应用空白,为临床同类病例提供了可推广的标准化护理路径。中医特色技术的应用既提升了镇痛、促胃肠功能恢复的效果,又减少了西医药物副作用(如阿片类药物所致恶心呕吐),体现“增效减副”的协同价值,丰富了外科术后快速康复的护理模式^[13]。本案例中中医技术操作流程、评估标准均参照权威指南,为中医护理融入现代外科护理提供规范化示范,助力中医护理的科学化、标准化发展。

基于本病例经验,可进一步开展多中心、大样本临床研究,构建“超重合并肠粘连患者腹腔镜阑尾切除术后中西医结合康复护理路径”,明确操作规范、评价指标及适用人群,提升临床应用价值。结合现代护理技术,将中医情志调护与线上健康管理结合,通过APP推送五音疗法音乐、膳食指导方案;改良穴位贴敷药物剂型,降低皮肤刺激风险,提高患者依从性。加强中医护理技术的基础研究,探索其与西医病理生理机制的结合点(如穴位刺激对胃肠激素分泌的影响);推动中西医护理学科融合,将中医辨证施护纳入外科ERAS指南,形成“中西医协同快速康复”新模式。

综上所述,中西医结合护理在超重合并肠粘连患者腹腔镜阑尾切除术后康复中具有显著优势,核心价值在于“辨证精准、干预多元、协同增效”。未来需通过大样本研究、机制探索、技术优化完善护理方案,推动外科术后康复的规范化与规模化发展。

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] 刘立民,万柏江,刘卓.腹腔镜阑尾切除术的研究现状与进展[J].临床医学进展,2025(10):2077-2087.

- LIU L M, WAN B J, LIU Z. Research status and progress of laparoscopic appendectomy [J]. *Adv Clin Med*, 2025(10): 2077–2087. (in Chinese)
- [2] 周纯, 江德军, 余春, 等. ERAS 理念下针刺疗法在腹腔镜远端胃癌术后胃肠功能康复中的应用研究[J]. *重庆医学*, 2025, 54(S1): 78–80.
- ZHOU C, JIANG D J, YU C, et al. Application Research of Acupuncture Therapy under ERAS Concept in Gastrointestinal Function Rehabilitation after Laparoscopic Distal Gastric Cancer Surgery [J]. *Chongqing Med J*, 2025, 54(S1): 78–80. (in Chinese)
- [3] 张月娟, 郑萍, 李木清. 实用专科护士丛书-中医护理分册[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2012.
- [4] 田春燕, 张玉叶. 艾灸、穴位贴敷联合快速康复干预对老年全膝关节置换术后下肢疼痛、下肢肌力、膝关节功能的影响[J]. *中国中西医结合外科杂志*, 2020, 26(4): 686–691.
- TIAN C Y, ZHANG Y Y. Effects of moxibustion and acupoint application combined with rapid rehabilitation intervention on lower limb pain, lower limb muscle strength and knee function after total knee arthroplasty in elderly patients [J]. *Chin J Surg Integr Tradit West Med*, 2020, 26(4): 686–691. (in Chinese)
- [5] 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.
- WAN L, ZHAO Q, CHEN J, et al. Expert consensus on the application of pain evaluation questionnaires in China(2020)[J]. *Chin J Painology*, 2020, 16(3): 177–187. (in Chinese)
- [6] 王征宇, 迟玉芬. 焦虑自评量表(SAS)[J]. *上海精神医学*, 1984(2).
- WANG Z Y, CHI Y F. Self-rating anxiety scale (SAS) [J]. *Shanghai Arch Psychiatry*, 1984(2). (in Chinese)
- [7] 周彤, 王烁, 樊柄杰, 等. 针刺治疗结直肠癌术后胃肠功能障碍疗效的系统评价和 Meta 分析[J]. *针刺研究*, 2024, 49(2): 208–219.
- ZHOU T, WANG S, FAN B J, et al. Clinical efficacy of acupuncture in treating postoperative gastrointestinal dysfunction of colorectal cancer, a systematic review and Meta analysis [J]. *Acupunct Res*, 2024, 49(2): 208–219. (in Chinese)
- [8] 何文斐, 朱雪芳. 中医情志护理联合穴位按摩对初产妇焦虑抑郁状态及产程进展的影响[J]. *西部中医药*, 2024, 37(10): 147–150.
- HE W F, ZHU X F. Effects of TCM emotional care combined with acupoint massage on anxiety, depression and progression of labor in primipara [J]. *West J Tradit Chin Med*, 2024, 37(10): 147–150. (in Chinese)
- [9] 中国康复医学会社区康复工作委员会. 基于加速康复外科理念的肝癌围术期营养管理专家共识(2025版)[J]. *中国全科医学*, 2026, 29(8): 953–964.
- Chinese Rehabilitation Medicine Association Community Rehabilitation Working Committee. Expert consensus on perioperative nutritional management for liver cancer based on the enhanced recovery after surgery concept (2025) [J]. *Chin Gen Pract*, 2026, 29(8): 953–964. (in Chinese)
- [10] 中华医学会外科学分会胆道外科学组, 中国医师协会外科医师分会胆道外科专家工作组, 全志伟, 等. 胆道恶性肿瘤腹腔镜根治性切除手术质量控制指南(2026版)[J]. *中华外科杂志*, 2026, 64(2): 96–103.
- The Biliary Surgery Group of the Surgical Branch of the Chinese Medical Association, the Biliary Surgery Expert Working Group of the Surgical Physicians' Branch of the Chinese Medical Doctors Association, QUAN Z W, et al. Guideline for quality control of laparoscopic radical resection of biliary tract malignancies (2026 edition) [J]. *Chin J Surg*, 2026, 64(2): 96–103. (in Chinese)
- [11] 张海燕, 杨海荣, 刘嫣, 等. 揶针联合耳穴贴压在减轻肛周脓肿手术患者术后疼痛中的应用效果[J]. *中医药学报*, 2024, 52(11): 55–59.
- ZHANG H Y, YANG H R, LIU Y, et al. Effect of thumbtack needling combined with auricular acupoint pressing in alleviating perianal abscess surgery postoperative pain [J]. *Acta Chin Med Pharmacol*, 2024, 52(11): 55–59. (in Chinese)
- [12] 何锦芳, 李小兰, 李春晖, 等. 吴茱萸热敷联合耳穴贴豆与针灸在急性胰腺炎患者胃肠功能恢复中的应用[J]. *生命科学仪器*, 2025, 23(5): 90–93.
- HE J F, LI X L, LI C H, et al. Application of evodia rutaecarpa hot compress combined with auricular point sticking beans and acupuncture in the recovery of gastrointestinal function in patients with acute pancreatitis [J]. *Life Sci Instrum*, 2025, 23(5): 90–93. (in Chinese)
- [13] 王思成. 中医治未病溯源、内涵与应用浅析[J]. *世界中医药*, 2008, 3(1): 43–45.
- WANG S C. Analysis on the source, connotation and application of TCM prevention of diseases [J]. *World Chin Med*, 2008, 3(1): 43–45. (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。