

DOI: 10.12209/CAIM202605050002

· 中西医结合临床案例 ·

穴位贴敷联合中药热奄包在1例湿热蕴结型 肠痈患者术后的中西医结合护理

高婉晴, 李 瑾, 王晓明

(北京市健宫医院 普通外科, 北京, 100054)

摘要: 本文报告1例湿热蕴结型肠痈(急性化脓性阑尾炎)术后患者采用穴位贴敷联合中药热奄包中西医结合护理的临床实践。患者为19岁女性,因转移性右下腹痛1 d入院,中医辨证为湿热蕴结证,行腹腔镜下阑尾切除术。术后在常规护理基础上,予中药热奄包腹部热敷以行气通腑、活血止痛,联合穴位贴敷(足三里、上巨虚及天枢)以健脾和胃、通调腑气,并配合饮食、情志及康复指导。干预后患者术后18 h排气、48 h排便,疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分由6分降至2分,无并发症发生,术后第4天顺利出院。提示该中西医结合护理方案可有效促进肠痈术后患者快速康复,值得临床借鉴。

关键词: 急性阑尾炎; 肠痈; 湿热蕴结证; 中药热奄包; 穴位贴敷; 中西医结合护理

Integrative Chinese and Western Medicine Nursing Care of One Postoperative Patient with Intestinal Abscess of Damp-Heat Accumulation Pattern Treated by Acupoint Application Combined with Traditional Chinese Medicine Hot Compress Package

GAO Wanqing, LI Jin, WANG Xiaoming

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

ABSTRACT: This article reports the clinical practice of integrative Chinese and Western medicine nursing care using acupoint application combined with a traditional Chinese medicine (TCM) hot compress package for one postoperative patient with intestinal abscess (acute suppurative appendicitis) of damp-heat accumulation pattern. The patient was a 19-year-old female admitted for migratory right lower abdominal pain lasting one day. The TCM pattern was identified as damp-heat accumulation, and laparoscopic appendectomy was performed. In addition to routine postoperative care, a TCM hot compress package was applied to the abdomen to promote qi movement, unblock the fu-organs, activate blood circulation, and relieve pain, while acupoint application was administered at Zusanli, Shangjuxu, and Tianshu to strengthen the spleen, harmonize the stomach, and regulate fu-qi. Dietary, emotional, and rehabilitation guidance were provided concurrently. Following the intervention, the patient experienced flatulence at 18 hours and defecation at 48 hours postoperatively, with the Visual Analog Scale (VAS) pain score decreasing from 6 to 2. No complications occurred, and the patient was discharged smoothly on postoperative day 4. These findings suggest that this integrative Chinese and Western medicine nursing protocol can effectively promote rapid recovery in postoperative patients with intestinal abscess and is worthy of clinical reference.

KEY WORDS: acute appendicitis; intestinal abscess; damp-heat accumulation pattern; traditional Chinese medicine hot compress package; acupoint application; integrative Chinese and Western medicine nursing

肠痈(急性阑尾炎)是临床高发急腹症,腹腔镜阑尾切除术因创伤小、恢复快已成为临床首选术式,但术后腹胀、切口疼痛及胃肠功能恢复延迟等并发症发生率较高,可延长患者住院时间,影响术后康复质量^[1]。目前临床常规西医护理多以对症镇痛、病情监测、基础照护为主,对改善胃肠功能、缓解术后不适的干预手段较为单一。中医学认为,本病术后核心病机为气机痹阻、腑气不通,护理干预以行气通腑、活血止痛、健脾和胃为核心原则^[2];穴位贴敷、中药热奄包等中医特色疗法在腹部术后康复中具有独特优势。鉴于当前中西医结合护理在阑尾炎术后的标准化实践案例仍较有限,本文开展个案报道^[3],报道1例腹腔镜阑尾切除术后采用穴位贴敷联合中药热奄包干预的护理个案,总结该方案的实施要点与康复效果,为优化阑尾炎术后中西医结合护理模式、推广可复制的临床护理方案提供参考依据。

1 病例资料

1.1 患者信息

患者女性,19岁,未婚,于2026年02月25日14:28因“转移性右下腹痛1d,加重伴发热,体温(T)38.7℃”入院。患者2d前出现上腹部疼痛,1d前疼痛转移至右下腹,行腹部CT检查提示阑尾增粗伴粪石形成,予抗炎治疗后症状无改善,遂急诊入院。既往2024年行骶管囊肿手术治疗,有低血糖病史,对头孢类药物、芒果及花粉过敏。中医四诊:神志清楚,面色红润,语声清亮;舌淡红、苔薄白,脉弦滑^[4]。

1.2 体格检查

患者体温(T)38.7℃,脉搏(P)112次/min,呼吸(R)21次/min,血压(BP)97/68 mm Hg;腹软,右下腹压痛、反跳痛,无肌紧张,肠鸣音减弱。

1.3 诊断

西医诊断:急性化脓性阑尾炎,低血糖症。中医诊断:肠痈,湿热蕴结证^[5]。

1.4 治疗干预

入院后完善相关检查,2026年02月25日19:40于急诊行腹腔镜阑尾切除术;术后予外科一级护理、禁食水、心电监护、吸氧、抗生素抗炎及静脉补液支持;联合应用中药热奄包+穴位贴敷中医护理技术^[6]。患者于术后18h肛门排气,2026年03月01日(术后第4天)停止治疗,痊愈出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 中医及临床症状评估

患者术后腹胀明显,伴恶心,尚未排气排便;口干、小便偏黄;舌淡红、苔薄白,脉弦滑,辨证为气机痹阻、腑气不通。胃肠功能评估:术后肠鸣音1~2次/min,胃肠蠕动减弱,腹胀症状显著。健康认知评估:患者缺乏腹腔镜阑尾切除术后康复要点及中医特色调护相关知识。

2.1.2 量表评估

疼痛评估:采用视觉模拟评分量表(Visual Analogue Scale, VAS)^[7],0分为无痛,1~3分为轻度疼痛,4~6分为中度疼痛,7~10分为重度疼痛。本例患者术后疼痛评分为6分,提示中度疼痛。心理评估:采用焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)^[8],标准分<50分为无焦虑,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。本例患者评分为52分,提示存在轻度焦虑情绪。

2.2 护理诊断

①急性疼痛:与手术切口及腹腔炎症刺激相关;②胃肠功能紊乱:与麻醉、手术致肠蠕动减弱相关;③焦虑:与突发疾病、手术及预后担忧相关;④知识缺乏:缺乏术后快速康复及中医调护知识。

2.3 护理计划

护理目标:优先减轻患者腹部疼痛,其次促进胃肠功能早期恢复,同时预防术后并发症,缓解焦虑情绪,改善整体身心状态。核心措施:以常规护理为基础,按症状优先级针对性实施中医特色干预。首要采用中药热奄包,发挥行气通腑、活血止痛之效,直接缓解疼痛、改善胃肠气滞;其次联合穴位贴敷,健脾和胃、通调腑气,助力胃肠功能恢复;辅以饮食调护、情志疏导及康复功能锻炼,进一步预防并发症、舒缓焦虑,实现综合护理干预^[9]。

2.4 护理实施

2.4.1 常规护理

2.4.1.1 病情观察

术后持续严密监测患者体温、脉搏、呼吸及血压等生命体征,每2h观察腹部压痛、腹胀程度及切口敷料渗血、渗液情况,及时记录切口有无红肿、感染迹象。患者术后体温波动于36.5~37.2℃,无发热,生命体征平稳,未出现腹腔感染、

出血等异常征象。

2.4.1.2 体位与活动护理

术后予去枕平卧6 h,头偏向一侧,预防呕吐物误吸;6 h后协助患者定时翻身,指导进行踝泵运动,促进下肢血液循环,预防深静脉血栓。术后第1天鼓励并协助患者床边坐起、下床慢走,循序渐进增加活动量,以促进胃肠蠕动,缓解腹胀不适。

2.4.1.3 饮食管理

严格遵循术后饮食过渡原则,术后禁食至肛门排气;排气后给予米汤、面汤等流质饮食,少量多餐;术后第2~3天过渡至稀粥、烂面条等半流质饮食,忌食生冷、油腻及产气食物,减轻胃肠负担,避免加重腹胀。

2.4.2 中药热奄包

药物制备:取吴茱萸、粗盐、莱菔子及小茴香,四味药物等份配比,无需特殊炮制,充分混合均匀。穴位选择:选取神阙穴、中脘穴为主要热敷部位,操作范围覆盖腹部结肠生理走行区域。操作步骤与手法:将混匀药物加热至50~60℃,装入热敷袋;放置于神阙、中脘穴位处行局部热敷,同时以温热药袋沿结肠走向缓慢推熨按摩,操作全程避开手术切口及破损皮肤。时间与疗程:每次热敷推熨15~20 min,每日干预2次,连续治疗3 d为一疗程。注意事项:严格把控药物温度,防止腹部皮肤烫伤;操作时及操作后做好腹部保暖,指导患者适量饮用温水^[10]。

2.4.3 穴位贴敷

药物制备:取大黄、芒硝、厚朴及枳实,按2:1:2:1比例配比,以蜂蜜调和成糊状,无需特殊炮制。穴位选择:选取双侧足三里、上巨虚、天枢穴为贴敷穴位。操作步骤与手法:常规碘伏对穴位局部皮肤进行清洁消毒,将调好的药糊均匀敷于穴位表面,妥善固定。时间与疗程:单次贴敷4~6 h,1次/d,连续干预3 d为一疗程。注意事项:贴敷期间密切观察局部皮肤状态,及时识别红肿、瘙痒等过敏反应,做好皮肤护理。

2.4.4 辨证施护

饮食护理:遵循清热利湿、健脾和胃原则,指导患者合理膳食,严格禁食生冷、油腻刺激性食物。情志护理:加强沟通宣教,及时做好病情解释与心理疏导;配合五行音乐疗法,宁心安神,稳定情绪。起居护理:调节病室温湿度至适宜范围,做好患者腹部保暖,避免受凉。

2.4.5 康复锻炼

早期康复:指导患者行踝泵运动、股四头肌等长收缩训练,预防下肢静脉血栓及肌肉萎缩。恢复期康复:开展腹式呼吸训练,根据患者耐受情况循序渐进指导下床活动,促进胃肠功能及机体恢复。

2.5 护理评价

经治疗,患者相关症状得到改善,详见表1。

表1 疗效评估

评估项目	干预前	干预后	效果
VAS	6分	2分	显著改善
肠鸣音	1~2次/min	4~5次/min	恢复正常
首次排气	/	术后18 h	早期恢复
首次排便	/	术后48 h	早期恢复
腹胀	中重度	无腹胀	完全缓解
SAS	52分	40分	焦虑解除

3 结果和随访

经中西医结合护理干预后,患者术后恢复平稳,未出现切口感染、腹腔脓肿等并发症,手术切口愈合良好,胃肠功能恢复理想,于术后第4天顺利出院。出院后第7天予以电话随访,患者饮食、二便均恢复正常,已正常开展学习及日常生活,无腹胀、腹痛等不适症状,对本次穴位贴敷联合中药热奄包的中医特色护理干预满意度较高。

4 讨论

中医认为,肠痈术后病机以气机痹阻、腑气不通及气血瘀滞为主,术后腹胀、腹痛及排气排便延迟均为腑气不行之象,护理当以行气通腑、活血止痛及健脾和胃为核心。本例患者为湿热蕴结型肠痈,术后湿热未清、气机受阻,更易出现胃肠功能紊乱。腹腔镜阑尾切除术为临床治疗急性阑尾炎的首选术式,但术后仍存在肠麻痹、疼痛及胃肠功能恢复慢等问题,是影响快速康复的主要因素^[1]。本例患者术后肠鸣音仅1~2次/min,腹胀明显,存在中度疼痛,符合腹部术后常见病理生理表现,采用中西医结合护理可针对性解决上述问题。

中药热奄包借助温热效应与药物渗透,实现行气通腑、活血止痛之效。吴茱萸、小茴香温中行气,莱菔子消胀降气,粗盐温通经络,热敷于神阙、中脘穴并沿结肠走向推熨,可直达病所、温通气血。现代研究证实,中药热奄包的温热刺激能够改善腹部血液循环,兴奋胃肠道平滑肌,提高肠蠕

动频率,有效缓解术后腹胀与疼痛,与本例患者干预后肠鸣音恢复、18 h排气、腹胀完全缓解的结果相符。同时,热奄包操作简便、无创舒适,患者依从性高,适合术后早期使用,与既往研究中的腹部术后应用优势一致。

穴位贴敷以大黄、芒硝、厚朴及枳实通腑泻热、行气消胀,选取足三里、上巨虚及天枢三穴贴敷,实现药穴协同、标本兼顾。足三里为胃之下合穴,健脾和胃、益气行气;上巨虚为大肠下合穴,专调大肠腑气;天枢为大肠募穴,理气通腑、消胀止痛,三穴合用是促进胃肠功能恢复的经典配伍。研究表明^[10],穴位贴敷可通过皮肤吸收与经络传导,调节自主神经功能,促进肠动力恢复,缩短排气排便时间。本例患者术后48 h顺利排便,疼痛评分降至2分,与文献结论相互印证,证实穴位贴敷对肠痈术后胃肠紊乱与疼痛具有明确改善作用。

本方案契合加速康复外科(ERAS)理念,在常规护理基础上联合中医外治,能够减轻手术应激、减少并发症并缩短住院日,提升康复质量。中华医学会外科学分会专家共识提出,阑尾炎术后应采取综合措施促进胃肠功能早期恢复^[1],本护理模式通过中药热奄包与穴位贴敷互补,配合早期活动、饮食指导及情志调护,形成系统化快速康复路径。患者术后焦虑缓解,无感染、脓肿等并发症,第4天顺利出院,在减轻痛苦、提升满意度的同时,降低医疗资源消耗,与ERAS核心目标高度一致。

在安全性与适用性方面,本方案针对患者头孢类药物、芒果、花粉过敏史及低血糖史,严格控制热敷温度、贴敷时长,密切观察皮肤反应,全程未出现烫伤、过敏或不适等不良反应,体现辨证施护与个体化护理优势。与单纯西医护理相比,中西医结合护理在改善症状、缩短康复周期、提升舒适度方面更具优势,可作为临床常规优化方案推广。在腹腔镜阑尾切除术后护理中同样证实^[9],中医特色技术联合常规护理能够显著提高康复效果,与本个案结果一致。

本研究为单病例报告,样本量小、证据等级有限,无法排除个体差异、术式等因素对结果的影响,未来需开展大样本、多中心及随机对照研究,优化药物配比、干预时机与疗程,建立标准化操作流程,进一步验证穴位贴敷联合中药热奄包的长期疗效与安全性,为中医护理技术在急腹症术后

的规范化应用提供更高等级证据。综上,穴位贴敷联合中药热奄包用于湿热蕴结型肠痈术后护理,中医理论充分、临床效果确切且安全性高,可有效促进胃肠功能恢复、缓解疼痛、改善情绪、减少并发症并缩短住院时间,符合临床需求与ERAS理念,值得在急性阑尾炎术后护理中推广应用。

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] 彭晓兵,王英霞,张向涛.腹腔镜系膜剥离法阑尾切除术联合加速康复外科理念治疗急性穿孔性阑尾炎的临床观察[J]. 腹腔镜外科杂志, 2025, 30(8): 595-599.
Peng X B, Wang Y X, Zhang X T. Clinical observation of the laparoscopic mesoappendiceal dissection method combined with the enhanced recovery after surgery concept in the treatment of acute perforated appendicitis [J]. J Laparosc Surg, 2025, 30(8): 595-599. (in Chinese)
- [2] 蔡瑞,张雪红,曹天生,等.消肿透脓汤联合抗生素治疗湿热型阑尾周围脓肿的临床疗效观察[J]. 实用医学杂志, 2026, 42(10): 1822-1827.
Cai R, Zhang X H, Cao T S, et al. Clinical efficacy of Xiaozhong Tounong Decoction combined with antibiotics in the treatment of damp-heat type periappendiceal abscess [J]. J Pract Med, 2026, 42(10): 1822-1827. (in Chinese)
- [3] 王红,崔乃强.从“消托补”到“消托引补”:腹内痈治疗原则的理论演进[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2025, 31(5): 642-645.
Wang H, Cui N Q. From “removing entrapment and reinforcing” to “removing entrapment and reinforcing”: theoretical evolution of treatment principles for abdominal carbuncle [J]. Chin J Surg Integr Tradit West Med, 2025, 31(5): 642-645. (in Chinese)
- [4] 吴勉华,石岩. 中医内科学[M]. 5版. 北京:中国中医药出版社, 2021: 489-492.
- [5] 陈红凤. 中医外科学[M]. 5版. 北京:中国中医药出版社, 2021: 245-248.
- [6] 孙涛,耿金海,刘畅,等.柴胡承气汤保留灌肠联合中药热奄包治疗气滞血瘀型粘连性肠梗阻效果观察[J]. 北京中医药, 2025, 44(12): 1520-1525.
Sun T, Geng J H, Liu C, et al. Clinical efficacy of Chaimu Chengqi Decoction retention enema com-

- bined with Chinese herbal hot pack in treatment of adhesive intestinal obstruction of qi stagnation and blood stasis syndrome [J]. Beijing J Tradit Chin Med, 2025, 44(12): 1520–1525. (in Chinese)
- [7] 严广斌. 视觉模拟评分法[J/OL]. 中华关节外科杂志(电子版), 2014, 8(2): 273.
Yan G B. Visual analogue scale [J/OL]. Chin J Jt Surg Electron Ed, 2014, 8(2): 273. (in Chinese)
- [8] 段泉泉, 胜利. 焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J]. 中国心理卫生杂志, 2012, 26(9): 676–679.
Duan Q Q, Sheng L. Differential validity of SAS and SDS among psychiatric non-psychotic outpatients and their partners [J]. Chin Ment Heal J, 2012, 26(9): 676–679. (in Chinese)
- [9] 李燕, 何平, 高蓓蕾, 等. 精细化早期饮食计划在腹腔镜胃癌根治术后患者中的应用研究[J]. 中华护理杂志, 2025, 60(1): 106–113.
Li Y, He P, Gao B L, et al. Application of a refined early diet plan in patients with gastric cancer after laparoscopic radical surgery [J]. Chin J Nurs, 2025, 60(1): 106–113. (in Chinese)
- [10] 邓浩健, 卢燕妮, 黄高飞, 等. 基于CiteSpace探讨中药穴位贴敷对腹部术后胃肠功能恢复的临床研究现状和发展趋势[J]. 医学综述, 2024, 30(24): 3065–3072.
Deng H J, Lu Y N, Huang G F, et al. Investigation of clinical research status and development trends of traditional Chinese medicine acupoint application in postoperative gastrointestinal function recovery after abdominal surgery based on CiteSpace [J]. Med Recapitulate, 2024, 30(24): 3065–3072. (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。