

DOI: 10.12209/CAIM202411210007

· 中西医结合临床案例 ·

基于中医护理方案保守治疗 1 例 湿热型肠痈患者的护理体会

陈芳芳, 晁霞

(北京中医药大学房山医院 普通外科, 北京, 102400)

摘要: 本文总结基于中医护理方案保守治疗 1 例湿热型肠痈患者的护理体会。本例患者辨证分型为湿热型, 依据科室中医护理方案结合主要症状, 采用芒硝外敷消肿、四子散热奄包温经通络止痛, 穴位贴敷通腑理气, 辅以饮食护理、情志护理等特色中医护理。通过采取安全、有效、针对性强的护理措施, 促进患者早日康复。

关键词: 中医护理方案; 保守治疗; 湿热型; 肠痈

Nursing of a patient with damp-heat type intestinal carbuncle treated conservatively based on Traditional Chinese Medicine nursing program

CHEN Fangfang, CHAO Xia

(Department of Surgery, Fangshan Hospital Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 102400)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing of a patient with damp-heat intestinal carbuncle treated conservatively based on Traditional Chinese Medicine nursing program. The patient was diagnosed with syndrome classification of damp-heat type. According to the Traditional Chinese Medicine nursing program combined with the main symptoms of the patient, sodium sulfate external application, Sizi powder warm compress, acupoint application, diet care and emotional care and other characteristics of Traditional Chinese medicine nursing interventions were carried out to relieve the clinical symptoms of the damp-heat type intestinal carbuncle. The findings showed that a safe, effective, targeted nursing plan was required to promote the early recovery of the patient.

KEY WORDS: Traditional Chinese Medicine nursing program; conservative treatment; damp-heat type; intestinal carbuncle

阑尾炎中医称其为“肠痈”,系因饮食不节,肝郁化热,内陷肠腑,蒸腐血肉所致,为外科常见病。其临床表现的特点是转移性右下腹疼痛,伴发热、恶心、呕吐等症状,发病急促、病情进展迅速,可引起脓毒血症、弥漫性腹膜炎及腹腔脓肿等严重并发症。根据临床病理进程不同,可将急性阑尾炎分为瘀滞型、湿热型、热毒型及脓肿型等证型^[1]。目前,对于急性阑尾炎主要有保守治疗和手术治疗等方式,虽然手术治疗得到广泛应用,但也存在腹腔粘连等不良反应^[2-3],因此保守疗逐渐受到重视和青睐。西医保守疗多通过抗生素,防控阑尾炎患者炎症加重,缓解其症状,但单独使用存在一定局限性^[4]。本科室在西医抗生素治疗的基础

上,基于中医护理方案采用中医特色护理疗法,能有效改善患者腹痛、发热等症状,安全、有效、针对性强,患者满意度高。本文介绍基于中医护理方案保守治疗 1 例湿热型肠痈患者的护理体会,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性,62岁,主因:“转移性右下腹痛3天”于2024年9月4日由门诊以“阑尾炎”收入院。入院症见:右下腹疼痛伴恶寒,恶心,未呕吐,纳差,二便调,寐欠安,舌质红,舌苔黄腻,脉象弦,既往体健。

收稿日期:2024-11-21

通信作者:晁霞, E-mail: fangfang824316@163.com

OPEN ACCESS

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

1.2 专科检查

患者神志清,精神可,形态正常,营养中等,查体合作,对答切题。体温(T)37.9℃,脉搏(P)90次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)131/69 mmHg。入院后辅助检查:血常规:白细胞计数(WBC)19.4×10⁹/L,中性粒细胞(NE)%81.6%,血红蛋白(Hb)149g/L,血小板(PLT)220×10⁹/L。炎症指标:白细胞介素-6(IL-6)138.60 pg/mL,C反应蛋白(CRP)134.70 mg/L。腹盆CT:阑尾结石伴阑尾炎多考虑;脂肪肝;左肾低密度影,建议增强CT;前列腺钙化灶;部分小肠肠管积液。

专科查体:腹部平坦,未见胃肠型及蠕动波。腹部未触及明确包块,右下腹压痛明显,反跳痛及肌紧张阳性(+),结肠充气试验阳性(+),Murphy's征阴性(-),肝脾肋下未触及,液波震颤阴性(-),肝区、脾区无叩痛,移动性浊音阴性(-),肠鸣音约4次/分min。

中医四诊:①望:神志清,精神可,面色红润,舌质红,舌苔黄腻;②闻:言语无力,未闻及气味;③问:腹痛伴恶寒,时有恶心,纳差,二便调,寐欠安;④切:脉弦。

1.3 诊断

中医诊断:肠痈病;辨证分型:湿热证。辨证依据:患者由于食滞中阻、损伤脾胃,以致脾运失健,导致肠道功能失调,糟粕积聚,湿热内生,积结肠道而成痈。湿热内蕴、阻于胃肠、气血凝滞、络脉不通,故腹痛阵作。气滞则痛无定处,初为绕脐痛,血瘀则痛有定处,右下腹为阑门所在,故此处疼痛最剧;痈属实证,故按之痛甚。胃肠积滞、传化失职,故食欲不振。舌质红,苔黄腻,脉弦,为胃肠湿热蕴结之征。综观患者舌脉,病性属实,病位在阑门,证属湿热证之肠痈。西医诊断:急性阑尾炎。

1.4 治疗

2024年9月4日患者右下腹疼痛,伴恶寒、恶心。西医给予静脉滴注哌拉西林+克林霉素抗炎、静脉补液、雷尼替丁抑酸,禁食水。基于肠痈中医护理方案建立方案评价单,结合中医辨证确立以清热化湿、理气活血为治法。给予穴位贴敷于神阙穴,1次/d,通腑理气行气止痛;芒硝外敷于右下腹麦氏点处,2次/d;四子散热奄包放于右下腹,1次/d,嘱患者保持心情舒畅卧床休息时半卧位。9月7日患者右下腹疼痛有所好转,恶心,排便次数增多,少量稀便,未发热,暂停穴位贴敷。

继续给予哌拉西林+克林霉素抗炎、辅以芒硝外敷利湿消肿,四子散热奄包外敷清热利湿,行气止痛。9月11日患者右下腹部疼痛好转,无腹胀,无恶心、呕吐,无发热等不适。继续给予哌拉西林抗炎,芒硝外敷、四子散热奄包止痛,嘱患者进食面条汤米粥等半流食,适当下床活动。9月14日患者右下腹疼痛明显好转,无恶心发热于当日好转出院,同时完善肠痈中医护理方案评价单,结果示方案运行实用性强,患者依从性好,满意度高。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 疼痛评估

使用疼痛数字评分量表(NRS)评估患者疼痛程度,0分表示无疼痛;1~3分表示轻度疼痛,通常不会影响睡眠,患者能忍受;4~6分表示中度疼痛,睡眠可能受到影响,但患者尚能忍受;7~10分表示严重疼痛,疼痛剧烈或难忍,严重影响睡眠和生活质量。本例患者评分为5分,属中度疼痛。

2.1.2 发热评估

按照成人腋下温度指标进行评估,低热:37.3~38℃;中等度热:38.1~39℃;高热:39.1~41℃;超高热为体温>41℃。入院当日测患者体温(T)为37.9℃,属中等度发热。

2.1.3 焦虑评估

采用焦虑自评量表(SAS)评估患者情绪,SAS以50分为分界值,50~59分为轻度焦虑,60~69分为中度焦虑,70分以上为重度焦虑。本例患者焦虑评分为55分,属轻度焦虑。

2.2 护理诊断

根据患者辨证分型及主要症候要点,护理诊断内容包括:①疼痛:与阑尾炎症刺激壁腹膜有关;②体温过高:与阑尾炎症有关;③焦虑:与担心阑尾炎复发有关。

2.3 护理计划

腹痛恶心时给予禁食水,静脉滴注哌拉西林+克林霉素抗炎;根据患者主要症状及辨证分型,采用方案中的中医特色治疗:芒硝外敷、四子散热奄包、穴位贴敷等。患者发热时监测体温变化给予物理降温及药物治疗。患者紧张焦虑进行心理疏导,鼓励患者,放松心情保持良好心态。根据患者综合情况对中医护理效果进行评价。

2.4 护理措施

2.4.1 腹痛中医护理措施

2.4.1.1 腹痛观察和评估:观察腹痛特点,包括疼痛部位、性质、程度、持续时间,有无压痛、反跳痛。单纯性阑尾炎是轻度隐痛;化脓性呈阵发性胀痛和剧痛;坏疽性呈持续性剧烈腹痛;穿孔性阑尾炎因阑尾管腔压力骤减,腹痛可暂时减轻,但出现腹膜炎后腹痛又会持续加剧。盲肠后位阑尾炎痛在右侧腰部;盆腔位阑尾炎痛在耻骨上区;肝下区阑尾炎可在右上腹痛;极少数左侧腹部阑尾炎出现左下腹痛。

2.4.1.2 芒硝外敷:保持手部卫生,戴清洁手套,称取芒硝 500 g 结块部分敲碎。把芒硝装入 40 cm×20 cm 布袋中封闭。向患者解释操作的目的,评估患者疼痛的部位,嘱患者平卧位。将装有芒硝的布袋平铺于右下腹麦氏点处,外部用一次性中单包裹,外敷 45 min,2 次/d,连续治疗 10 d,如中途发现芒硝结块可更换以免损伤皮肤。

2.4.1.3 四子散热奄包:将紫苏子 80 g、莱菔子 80 g、白芥子 80 g、吴茱萸 80 g 及粗盐装入 15 cm×15 cm 的无纺布袋内封口,将药包喷水加热并稳定在 60~70℃。患者取平卧位,右下腹放一块薄方巾,将热奄包放于其上方 20 min,以不烫伤、局部微红为宜,这样可局部刺激皮肤,使四子散的药力直达腹腔,促进血液循环及疏通经络^[5],缓解疼痛。1 次/d,连续治疗 10 d。操作结束后,观察局部皮肤情况,热敷时间与芒硝外敷隔开。

2.4.1.4 穴位贴敷:将中草药槟榔 10 g、莪术 10 g、川楝子 10 g、陈皮 10 g、川芎 10 g、木香 10 g、佛手 10 g、元胡 10 g 研磨成粉状。方中以莪术和槟榔行气破血、消积止痛;川楝子疏肝泻热、行气止痛;陈皮理气健脾、燥湿化痰;川芎活血行气,祛风止痛;木香健脾消食,佛手疏肝和胃,元胡理气止痛。全方具有通腑理气,行气止痛的功效。与姜汁和黄酒 1:1 调成软膏状,用压舌板取适量放于 6 cm×6 cm 无纺胶布上(凹槽中),贴于消毒后的神阙穴,贴至 6~8 h 取下,1 次/d,连续治疗 3 d,注意询问有无敷料和草药过敏史。

2.4.2 发热护理措施

定时监测体温变化,了解 WBC 和 CRP 水平变化。发热时给予物理降温:可将冰袋放于腋下、颈部两侧等大血管经过的部位;水温 38~40℃,可用毛巾湿水拧干擦拭全身;另可用 30% 酒精(温度 41~43℃)擦浴。物理降温效果不明显时,可合理使用退热药,保持皮肤清洁,汗出后及时擦干皮肤、更换衣被,忌汗出当风。评估患者的摄入

量和排出量,确保水分平衡,禁食水期间静脉补充足够的液体,注意口腔卫生,勤漱口。

2.4.3 生活起居

2.4.3.1 体位护理:急性期卧床休息,给予半卧位,床头抬高 30°,利于炎症局限,轻者可适当活动。

2.4.3.2 情志护理:忧思悲怒等情志内伤,均可干扰气机正常运行,进而影响肠道功能,致使气血凝滞,导致肠痛的发生^[6]。情志调理:多与患者沟通,了解其心理状态,指导其保持乐观情绪。指导患者采用移情相制疗法转移注意力。针对患者焦虑或抑郁的情绪变化,可采用暗示疗法或顺情从欲法。鼓励家属多陪伴患者,给予患者心理支持。指导患者和家属了解本病相关知识,掌握控制疼痛的简单方法,如深呼吸、全身肌肉放松、听音乐等。鼓励病友间多沟通,交流疾病防治经验,提高认识,增强治疗信心。

2.4.3.3 饮食护理:初期暂禁食水,待患者腹痛缓解无恶心症状后可逐步进食。先少量饮水,无不适可进食米油流质、面条汤半流质饮食,主要以宜食清热利湿的食品,如薏苡仁、黄瓜、芹菜、冬瓜等。

2.5 护理评价

基于肠痈中医方案,经过 10 d 的治疗和护理,对中医护理效果进行评价,有效缓解患者腹痛、发热、焦虑状态,患者满意度高,见表 1。

表 1 护理效果评价

评估项目	护理前	护理后
疼痛评估(NRS)	5 分	0 分
发热评估(T)	37.9℃	36.3℃
焦虑评估(SAS)	55 分	45 分

3 结果和随访

1 周后进行电话回访,患者无腹痛发热症状。告知患者要少食多餐,避免暴饮暴食,日常饮食要以清淡易消化为主,可以多吃一些蔬菜水果、粗粮或流质食物,如米粥、鸡蛋、苹果、香蕉、丝瓜等;胀气的食物,油腻食物、辛辣刺激性食物、发物等要少吃。注意休息适当锻炼,保持愉快心情,如有不适及时就诊。

4 讨论

急性阑尾炎多采用手术方法进行治疗,且疗效显著,但经长期实践发现,患者术后极易发生切口感染影响临床疗效。急性阑尾炎属中医“肠痈”

范畴,湿热壅滞主要病机,因此中医主张从“清热祛湿、化瘀”等方面进行治^[7]。在此基础上科室制定了肠痛的中医护理方案,在运行的过程中不断地优化。此患者主要表现为腹痛加重,右下腹或全腹出现按压痛、反跳痛,腹肌紧张;伴发热,恶心,舌质红,舌苔黄腻,脉象弦,属于湿热型肠痛的临床表现。依据辨证施护,针对湿热型肠痛患者主要采用的是清热利湿,通腑解毒。芒硝可破痞、消食消肿、逐水、缓泻;芒硝的主要成分是硫酸钠,具有良好的潮性,可起到促进渗液吸收、改善局部血液循环、消炎杀菌、缓解肠壁水肿、促进炎症介质吸收等作用^[8-9]。

芒硝外敷疗法在我国的传统医学中是一种有着悠久历史的外治方法,《神农本草经》谓芒硝“除寒、热邪气,逐六腑积聚,结固留痕,能化七十二种石”^[10]。在腹部外科中,芒硝外敷多用于腹部炎性疾病,如急性阑尾炎、急性胆囊炎、急性胰腺炎等疾病。四子散包主要由紫苏子、白芥子、莱菔子、吴茱萸四味药组成,其中苏子性辛温,归肺、大肠经,可降气滑肠;白芥子辛散温通,可利气机、通经络;莱菔子味辛、甘、平,归脾胃肺经,降气除胀之力强。加热后的四子散包可温经通络止痛,散寒除湿,降气除胀。穴位贴敷贴于神阙穴可通腑理气,行气止痛。神阙穴最早见于《黄帝内经》,别名气舍、气合等。神阙穴位于脐中,位置较为特殊,奇经八脉中的冲、任、督、带脉都直接或间接联系脐部,通过奇经八脉与十二经脉相通,可间接调节全身经脉气血^[11]。神阙穴穴位贴敷以此中医理论为基础,通过药物刺激脐部,起到疏通经络、内达脏腑,进而防治疾病的作用^[12]。依据肠痛中医护理方案,辅以生活起居情志饮食指导,对治疗湿热型肠痛患者实用性强、疗效好,加之此患者依从性好,增加了护理的满意度。

由于部分患者对中医护理的依从性较差,对中医健康指导内容掌握不全面,增加了方案的难点和可行性。因此方案的运行并不适用于所有保守治疗湿热型肠痛患者的护理。护理人员应宣教肠痛中医知识,依据辨证分型给予适宜的中医特色治疗,做好康复、生活指导,加强沟通能力。通过运用规范系统的专科中医护理方法,减轻患者疼痛,有效提高肠痛患者的临床护理质量,促进患者快速康复。

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] 刘启航,王锋,刘想德,等.急性阑尾炎中西医保守治疗现状及临床研究进展[J].大医生,2024,9(4):121-124.
LIU Q H, WANG F, LIU X D, et al. Current situation and clinical research progress of conservative treatment of acute appendicitis with traditional Chinese and western medicine [J]. Doctor, 2024, 9(4): 121-124. (in Chinese)
- [2] 宋立忠.急性阑尾炎患者术后感染的危险因素分析及预防对策[J].抗感染药学,2021,18(6):870-874.
SONG L Z. Analysis on risk factors of postoperative infection in patients with acute appendicitis and its preventive measures [J]. Anti Infect Pharm, 2021, 18(6): 870-874. (in Chinese)
- [3] 陶新光,谢应海,张仁泉.改良双孔腹腔镜阑尾切除术对急性阑尾炎患者血清疼痛应激指标及ICAM-1、MMP-9的影响[J].贵州医科大学学报,2020,45(11):1355-1359.
TAO X G, XIE Y H, ZHANG R Q. Effect of transumbilical single-port and modified double-port laparoscopic appendectomy on serum pain stress indexes and ICAM-1, MMP-9 in patients with acute appendicitis [J]. J Guizhou Med Univ, 2020, 45(11): 1355-1359. (in Chinese)
- [4] 陈胜秋,郑银坤.中西医结合保守治疗急性阑尾炎30例疗效观察[J].四川中医,2015,33(2):2.
CHEN S Q, ZHEN Y K. Curative effect of 30 cases of acute appendicitis treated by traditional Chinese and western medicine conservatively [J]. J Sichuan Trad Chin Med, 2015, 33(2):2. (in Chinese)
- [5] 朱培培,陈林玲,曹建梅,等.四子散热奄包循经取穴外敷缓解结肠镜后腹胀的效果观察[J].航空航天医学杂志,2024,35(3):344-347.
ZHU P P, CHEN L L, CAO J M, et al. Effect observation on relieving abdominal distension after colonoscopy by external application of sizi heat-dissipating bag along meridian and acupoint selection [J]. J Aerosp Med, 2024, 35(3): 344-347. (in Chinese)
- [6] 钟晴,张蓉,姜德友,等.肠痛源流考[J].中国中医急症,2023,32(11):2035-2037,2068.
ZHONG Q, ZHANG R, JIANG D Y, et al. Investigation on origin and development of intestinal carbuncle [J]. J Emerg Tradit Chin Med, 2023, 32

- (11): 2035–2037, 2068. (in Chinese)
- [7] 谭冬梅, 李彬, 何成伟, 等. 急性阑尾炎的中医药治疗研究进展[J]. 现代消化及介入诊疗, 2021, 26(7): 912–915.
- TAN D M, LI B, HE C W, et al. Research progress on treatment of acute appendicitis with traditional Chinese medicine [J]. Mod Dig Interv, 2021, 26(7): 912–915. (in Chinese)
- [8] 彭宣福, 王德良, 王尧. 中药芒硝外敷防治腹部外科术后手术部位感染的临床疗效研究[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2024, 30(4): 471–475.
- PENG X F, WANG D L, WANG Y. Prevention and treatment of postoperative surgical site infection in abdominal surgery with external application of Chinese medicine mirabilite [J]. Chin J Surg Integr Tradit West Med, 2024, 30(4): 471–475. (in Chinese)
- [9] 刘攀, 秦忠萍, 吴少林, 等. 大黄芒硝外敷联合温针灸对腹腔镜阑尾切除术后康复的影响[J]. 药品评价, 2024, 21(1): 108–111.
- LIU P, QIN Z P, WU S L, et al. Effect of rhubarb mirabilite external application combined with warm acupuncture on rehabilitation after laparoscopic appendectomy [J]. Drug Eval, 2024, 21(1): 108–111. (in Chinese)
- [10] 付云强, 韩晓伟, 陈艳, 等. 芒硝外敷治疗在腹部常见炎性疾病中的应用价值[J]. 菏泽医学专科学校学报, 2023, 35(1): 56–58.
- FU Y Q, HAN X W, CHEN Y, et al. Application value of external application of mirabilite in common abdominal inflammatory diseases [J]. J Heze Med Coll, 2023, 35(1): 56–58. (in Chinese)
- [11] 周如意, 张丽娜, 叶森林, 等. 近10年神阙穴隔盐灸临床研究进展及文献分析[J]. 中国医药导刊, 2022, 24(3): 263–267.
- ZHOU R Y, ZHANG L N, YE S L, et al. Clinical research progress and literature analysis of moxibustion with salt on Shenque acupoint in recent 10 years [J]. Chin J Med Guide, 2022, 24(3): 263–267. (in Chinese)
- [12] 黄玥, 冉珊. 中药穴位贴敷配合穴位点按在PCI术后便秘病人中的应用[J]. 循证护理, 2023, 9(5): 948–950.
- HUANG Y, RAN S. Application of acupoint application of traditional Chinese medicine and acupoint pressing in patients with constipation after percutaneous coronary intervention [J]. Chin Evid Based Nurs, 2023, 9(5): 948–950. (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 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。