

- 期寒颤患者中的应用观察[J]. 解放军护理杂志, 2012, 29(5): 74-76.
- [6] Oh JH, Kim JY, Chung SW, et al. Warmed Irrigation Fluid Does Not Decrease Perioperative Hypothermia During Arthroscopic Shoulder Surgery [J]. Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery, 2014, 30(2): 159-164.
- [7] Weiss AJ, Lin HM, Bischoff MS, et al. A propensity score-matched comparison of deep versus mild hypothermia during thoracoabdominal aortic surgery [J]. The Journal of thoracic and cardiovascular surgery, 2012, 143 (1): 186-193.
- [8] 刘永宁. 术中体温与手术部位感染相关因素的研究[J]. 中国医学创新, 2011, 8(14): 186-188.

(责任编辑: 刘淑婷)

## 中西医结合保守治疗急性单纯性阑尾炎疗效与护理观察

方惠英, 叶刚

龙游县中医医院外科, 浙江 龙游 324400

**[摘要]** 目的: 观察中西医结合保守治疗结合护理措施干预急性单纯性阑尾炎的临床疗效。方法: 将本院外科收治的 86 例急性单纯性阑尾炎患者随机分为对照组和综合组各 43 例, 对照组给予抗感染、退热、止痛等对症处理及常规护理, 综合组在对照组治疗与护理的基础上采用加味大黄牡丹汤内服、并配合阑尾区中药外敷及针刺治疗。疗程均为 7 天。观察 2 组退热、疼痛减轻的时间, 血常规及 C-反应蛋白 (CRP) 的情况。结果: 综合组痊愈率为 74.42%, 明显高于对照组的 44.19% ( $P < 0.05$ ); 综合组腹痛减轻时间、阑尾点压痛减轻时间及体温恢复时间均短于对照组 ( $P < 0.01$ ); 治疗后, 2 组白细胞计数、中性粒细胞百分比和 CRP 均较治疗前下降 ( $P < 0.01$ ), 综合组各指标与对照组比较, 下降更为显著 ( $P < 0.01$ )。结论: 中西医结合保守治疗结合护理措施干预急性单纯性阑尾炎, 可较快地控制发热、疼痛等症状、体征, 降低血中白细胞、中性粒细胞和 CRP, 其治疗效果优于单纯西医治疗。

**[关键词]** 急性单纯性阑尾炎; 保守治疗; 中西医结合疗法; 大黄牡丹汤; 中药外敷; 针刺

**[中图分类号]** R656.8 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 04-0309-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.146

急性阑尾炎是外科常见的急腹症之一, 其中急性单纯性阑尾炎指炎症只局限于阑尾黏膜及黏膜下层, 阑尾轻度肿胀, 浆膜充血, 有少量纤维性渗出物<sup>[1]</sup>, 相当于中医学的瘀滞型“肠痈”。急性阑尾炎确诊后应尽早行手术治疗, 但对于单纯性阑尾炎, 临床上首选无创伤、费用低且并发症少的保守治疗。本院外科采用中西医结合治疗急性单纯性阑尾炎, 实施综合护理措施, 取得良好的临床疗效, 现报道如下。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选择本院外科 2013 年 6 月—2014 年 4 月收住院的急性单纯性阑尾炎患者, 共 86 例, 将患者采用随机数字表法分为对照组和综合组各 43 例。对照组男 24 例, 女

19 例; 年龄 16~52 岁, 平均(30.4 ± 12.7)岁; 病程 3~29 h, 平均(11.2 ± 5.3)h。综合组男 21 例, 女 22 例; 年龄 18~50 岁, 平均(29.3 ± 11.4)岁; 病程 6~32 h, 平均(13.1 ± 6.2)h。2 组性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 参照《常见疾病的诊断与疗效判定标准》<sup>[2]</sup>中的诊断标准: 转移性或固定性右下腹痛, 持续性疼痛, 阵发性加剧; 麦氏点或右下腹有固定压痛、反跳痛或腹肌紧张; 伴不同程度发热、头痛及恶心、呕吐等胃肠道症状; 白细胞计数及中性粒细胞百分比升高; 排除右肾、输尿管结石, 胃肠穿孔, 宫外孕破裂, 右侧卵巢蒂扭转, 肠系膜淋巴结炎等

**[收稿日期]** 2014-12-10

**[作者简介]** 方惠英 (1977-), 女, 主管护师, 主要从事外科的临床护理工作。

其他腹部疾病。

1.3 纳入标准 符合急性单纯性阑尾炎诊断标准,且具有非手术指征<sup>[3]</sup>或患者要求保守治疗;签署知情同意书,能遵医嘱进行规律治疗。

1.4 排除标准 存在手术指征或转手术指征<sup>[4]</sup>或患者要求手术治疗;严重肝肾功能不全或合并其他系统严重疾病的患者;妊娠期、哺乳期、月经期妇女及对药物过敏的患者。

## 2 治疗与护理方法

2.1 对照组 予抗炎治疗:注射用头孢哌酮钠舒巴坦钠,每次2g,溶于生理盐水100mL中静脉滴注,每天2次,同时给予替硝唑氯化钠注射液200mL,静脉滴注,每天1次;予全身支持疗法,维持水、电解质和酸碱平衡,结合病情予止痛、退热、镇静等对症处理。连续治疗7天。

常规护理:取半卧位休息,密切观察病情,注意生命体征变化,注意发热、腹痛、血分析变化情况;视情况给予物理降温,慎用止痛药物,避免病情的掩盖;给予患者必要的心理指导及健康教育;病情缓解后,指导患者注意饮食卫生,食用清淡、易消化的食物,如面食和半流质饮食,避免食用辛辣刺激性食物,一旦发生病情变化则予以禁食,同时避免腹部受凉。做好静脉输液护理。

2.2 综合组 在对照组治疗与护理的基础上采用针刺结合中药内服外敷的方法治疗。加味大黄牡丹汤基本方:大黄、桃仁、冬瓜仁各10g,芒硝3g(冲服),牡丹皮、赤芍各12g,败酱草、红藤各15g,生甘草6g。随症加减:腹痛明显者加延胡索15g,白芷10g,川楝子6g;腹胀明显者加厚朴、莱菔子各10g(包煎);发热烦渴者加生石膏30g(先煎),蒲公英、天花粉各15g;舌苔黄厚腻明显者加薏苡仁、绿豆衣各30g;腹部可触及条索状硬块者加瓜蒌30g,穿山甲10g;恶心呕吐者加淡竹茹、姜半夏各10g。每天1剂,水煎,早晚温服。

中药外敷:大黄、蒲公英、红藤、侧柏叶、黄柏等份打为细末,每次100g,用水调成糊状敷于阑尾区,每天2次,每次持续4~6h。针刺:主穴为双侧阑尾、内关、足三里。腹痛甚者加大巨、上巨虚;胃肠道不适者加中脘;发热者加合谷、尺泽、曲池;腹胀者加次髎。手法以泻法为主,留针30min,每10min行大幅度捻转提插1次,每天针刺1次。疗程为7天。

密切观察病情变化,如果体温明显升高,脉搏呼吸加快,或白细胞计数持续上升,或腹痛加剧且范围扩大,或出现腹膜刺激征,说明病情加重,病程中腹痛突然减轻可能是阑尾腔梗阻解除,病情好转的表现,也可能是阑尾坏疽穿孔使腔内压力骤减,腹痛有所缓解,但这种腹痛缓解是暂时的并且体征是全身中毒症状迅速恶化的表现。若针对上述症状,保守治疗失败,应及时通知医生,必要时行手术治疗。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 记录2组患者的腹痛减轻时间、阑尾点压

痛减轻时间及体温恢复时间;治疗前后检测2组患者的血常规及C-反应蛋白(CRP)水平。

3.2 统计学方法 所有临床资料采用SPSS 16.0 统计分析软件进行处理。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 $t$ 检验,计数资料采用 $\chi^2$ 检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准<sup>[5]</sup> 痊愈:临床症状消失,腹部体征(-),血常规和腹部B超正常;好转:临床症状明显减轻,时作时止,腹部体征(+),血常规和腹部B超有改善;无效:临床症状未见明显改善,腹部体征(+),血常规和腹部B超无改善或加重。总有效率=(痊愈病例+好转病例)/总病例数 $\times 100\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。综合组痊愈率为74.42%,明显高于对照组的44.19%,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	例(%)			总有效率(%)
		痊愈	好转	无效	
对照组	43	19(44.19)	17(39.53)	7(16.28)	83.72
综合组	43	32(74.42)	9(20.93)	2(4.65)	95.35

与对照组比较,① $P < 0.01$

4.3 2组主要症状体征减轻与恢复时间比较 见表2。综合组腹痛减轻时间、阑尾点压痛减轻时间及体温恢复时间均短于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。

表2 2组主要症状体征减轻与恢复时间比较( $\bar{x} \pm s$ ) h

组别	n	腹痛减轻时间	阑尾点压痛减轻时间	体温恢复时间
对照组	43	65.5 $\pm$ 20.6	76.5 $\pm$ 23.5	61.3 $\pm$ 18.4
综合组	43	36.4 $\pm$ 18.7	42.3 $\pm$ 19.4	29.5 $\pm$ 10.5

与对照组比较,① $P < 0.01$

4.4 2组治疗前后炎症指标比较 见表3。治疗前,2组白细胞计数、中性粒细胞百分比和CRP水平比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后,2组上述炎症指标均较治疗前下降( $P < 0.01$ ),综合组各指标与对照组比较,下降更为显著( $P < 0.01$ )。

表3 2组治疗前后炎症指标比较( $\bar{x} \pm s, n=43$ )

组别	时间	白细胞计数( $\times 10^9/L$ )	中性粒细胞百分比(%)	CRP(mg/L)
对照组	治疗前	11.47 $\pm$ 1.93	84.14 $\pm$ 3.66	15.3 $\pm$ 4.5
	治疗后	9.23 $\pm$ 1.22	66.52 $\pm$ 2.18	11.9 $\pm$ 3.4
综合组	治疗前	11.85 $\pm$ 1.62	83.28 $\pm$ 3.02	15.7 $\pm$ 4.2
	治疗后	8.28 $\pm$ 1.04	61.67 $\pm$ 2.94	9.1 $\pm$ 2.3

与治疗前比较,① $P < 0.01$ ;与对照组治疗后比较,② $P < 0.01$

4.5 2组患者转归情况比较 治疗过程中共有7例保守治疗后效果不明显转手术治疗,其中对照组5例,综合组2例;另有2例对照组治疗无效患者要求继续保守治疗,经7~10

天综合治疗后好转。

## 5 讨论

急性阑尾炎是常见急腹症之一，可由多种细菌导致<sup>[6]</sup>，临床上表现为转移性右下腹部疼痛，常伴有发热、恶心、呕吐等<sup>[7]</sup>。一般采取手术治疗，但临床发现阑尾阴性切除率达16%<sup>[8]</sup>，尤其是单纯性阑尾炎，属于病变早期，及时干预可以有效地杀灭细菌和控制细菌繁殖，加上现代医学对阑尾功能的新认识，非手术疗法在急性单纯性阑尾炎治疗中的作用引起越来越多的关注。西医保守治疗急性单纯性阑尾炎主要采取抗感染、止痛及营养支持等方法，尤其是抗生素的应用十分重要。但仅以西医治疗控制感染，在一定的条件下，阑尾腔内的致病菌还是很可能引起炎症复发，因此难以从根本上解决发病因素<sup>[9]</sup>，而中西医结合为保守治疗急性单纯性阑尾炎提供了新思路。

急性单纯性阑尾炎属于中医学肠痛范畴，其病位在胃肠，肠痛初起，多因肠道传导不利，糟粕积滞，导致气血凝聚，热结不散，热腐成脓，则成痈肿。根据中医学“六腑以通为用”的理论，临床以泻热破瘀，行气止痛为治疗大法<sup>[10]</sup>。本研究采用的加味大黄牡丹汤是在《金匮要略》名方大黄牡丹汤的基础上加减而来，方中大黄苦寒，可清热泻火、逐瘀通便，牡丹皮清热凉血、活血化瘀，二者共用，泻肠腑积热瘀结，排出肠道毒素，共为君药；芒硝软坚散结、泻下通便，助大黄清除燥结积滞为臣；桃仁助牡丹皮活血行滞、透脓散瘀为佐，冬瓜仁清热利尿、排脓散结为使，两者还兼能润肠通便；在此基础上加赤芍、红藤可增强凉血活血、散瘀止痛之效；败酱草清热解毒，利湿消肿；生甘草不但能清热解毒，还能调和诸药药性。全方共奏泻热破瘀、散结消肿之效<sup>[11]</sup>。同时，充分发挥中医优势，利用针刺进行辅助治疗，针刺阑尾能通降腑气，清热止痛；内关为手厥阴心包经之络穴，是八脉交会穴之一，是通络止痛的重要穴位；足三里为足阳明胃经之合穴，又是胃的下合穴，功效和胃降逆、疏通腑气。针刺可调节脏腑气血，激发机体内在的抵抗能力，促进疾病早日恢复。外敷中药中，大黄破瘀消肿，蒲公英清热解毒消痈，红藤活血化瘀止痛，侧柏叶凉血消肿，黄柏清热疗疮，共奏清热、活血化瘀、消肿之效，敷于阑尾区，药物直接透皮吸收，达到内外合治的效果。在予

针药结合积极治疗和护理的同时，配合中药外敷等极具中医特色的护理方法，既方便、安全、无毒副作用，又能提高疗效。外敷时应注意保暖，保护患者隐私。配制药物时要掌握好药物的浓度不宜过稀，防止污染衣被。

综上，在西医常规治疗及护理的基础上采用中医综合治疗急性单纯性阑尾炎，既取西药快速控制全身症状的优势，又取中药内服、外敷及针刺整体调治、因人制宜的优点，属标本兼治，两者协力消炎止痛、清热排脓，作用全面，能减少炎症反应，提高临床疗效，值得临床推广应用。

## [参考文献]

- [1] 李乃卿. 中西医结合外科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 533.
- [2] 吴少祯. 常见疾病的诊断与疗效判定标准[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 737.
- [3] 吴阶平, 裘法祖. 黄家驷外科学[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1147.
- [4] 吴孟超, 吴在德. 黄家驷外科学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 1574.
- [5] 孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准[M]. 北京: 人民军医出版社, 2002: 370.
- [6] 方登峰, 洪钧晖. 自拟清肠消痈汤在急性阑尾炎保守治疗中的应用[J]. 中国中医急症, 2014, 23(5): 946-947.
- [7] 肖应超. 非手术治疗急性阑尾炎的疗效研究[J]. 临床合理用药, 2012, 5(4C): 15-16.
- [8] Blair NP, Bugis SP, Turner LJ. Review of the pathologic diagnoses of 2216 appendectomy specimens [J]. Am J Surg, 1993, 165(5): 618.
- [9] 周建国. 中西医结合治疗急性阑尾炎 80 例疗效观察[J]. 现代诊断与治疗, 2012, 23(10): 1650-1651.
- [10] 翟淑萍, 刘增军, 陈佩仪, 等. 双柏散治疗急性阑尾炎疗效观察[J]. 新中医, 2011, 43(12): 54-55.
- [11] 张董晓. 肠痛中医治疗进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(2): 62-64.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)