

· 经验交流 ·

大黄牡丹皮汤加减联合足三里艾灸对急性化脓性阑尾炎(气滞血瘀型)术后患者胃肠功能恢复的影响

李森虹 孙玲国 谢晓波

化脓性阑尾炎是急性阑尾炎的常见类型,具有发病急、病情重、预后差的特点,可诱发腹膜炎,严重时会引起脓毒血症而危及生命^[1]。炎症因子失衡是导致急性化脓性阑尾炎病情加重的重要机制,及时治疗至关重要^[2]。手术联合抗感染的方案已成为首选措施,但该方案可引起应激反应,降低免疫功能,对患者康复造成影响^[3,4]。中医认为本病隶属于“肠痈”范畴,气滞、血瘀是本病的重要病机,气滞血瘀证是临床常见证型^[5]。大黄牡丹皮汤具有泻热破瘀、散结消肿功效,艾灸是中医特色外治法,足三里艾灸则对于腹部疾病有较好疗效^[6]。本次研究探讨大黄牡丹皮汤加减联合足三里艾灸治疗急性化脓性阑尾炎(气滞血瘀型)的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2021年1月至2023年3月因急性化脓性阑尾炎(气滞血瘀型)于绍兴市中西医结合医院进行治疗的138例患者。纳入标准包括:①确诊急性化脓性阑尾炎^[7];②中医证型气滞血瘀型^[8];③均行腹腔镜手术治疗;④年龄18~75岁;⑤1个月内未接受其他临床研究;⑥签署知情同意书。排除标准包括:①处于哺乳期或者妊娠期;②受试药物过敏;③肝肾功能异常;④不能坚持完整疗程;⑤已引起严重腹腔粘连;⑥生命体征不平稳,无法耐受手术。本次研究经医院伦理委员会批准通过。采用随机数字表法分成两组,各69例。两组一般情况比较见表1,两组比较,差异均无统计学意义(P 均 >0.05)。

表1 两组一般资料比较

组别	n	年龄/岁	性别 (男/女)	体重/kg	病程/h	合并疾病/例(%)		
						高血脂	脂肪肝	其他
观察组	69	40.73±3.59	39/30	67.61±5.47	15.61±1.74	15(21.74)	9(13.04)	5(7.25)
对照组	69	40.26±3.85	38/31	67.35±5.09	15.27±1.92	13(18.84)	10(14.49)	6(8.69)

1.2 方法 对照组:所有患者西医常规治疗,予腹腔镜阑尾切除术治疗,完善术前评估等准备工作,全麻,行三孔法,选择脐上缘10 mm弧形切口为观察孔,建立人工气腹,置入10 mm的Trocar(由德国宝雅生产),然后将腹腔镜缓慢置入,探查腹腔情况。操作者于平脐右锁骨中线作长10 mm的另一个切口,将10 mm Trocar置入并作为主操作孔,于脐

下7 cm处作5 mm切口,将5 mm Trocar置入并作为副操作孔。经主操作孔置入分离钳,寻找病变阑尾,分离阑尾动脉并行夹闭处理,分离阑尾根部,结扎,将阑尾剪断后取出,对切口行缝合处理,术后常规给予抗感染处理。观察组:在对照组基础上联合大黄牡丹皮汤加减联合足三里艾灸治疗。中药:大黄18 g、牡丹皮9 g、山桃仁12 g、冬瓜子30 g、木香10 g、青皮6 g、金银花12 g、连翘10 g、大血藤15 g。刺痛者加地龙10 g,发热者加生石膏10 g。中药由我院中药房统一提供并依据标准煎煮法予代煎成360 mL,每日一剂,每次口服180 mL,每天2次。艾灸:选择足三里,常规消毒,艾灸直接将艾炷放入艾箱中燃烧,一般3壮即可,询问患者皮肤感觉情况,

DOI:10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2025.003.019

基金项目:柯桥区2021年社会发展类经费自筹科技计划项目(2021KZ45)

作者单位:310053 浙江杭州,浙江中医药大学(李森虹);绍兴市中西医结合医院普外科(李森虹、孙玲国、谢晓波)

通讯作者:孙玲国,Email:senhlee2015@163.com

每天1次,连续5 d,两组均治疗1周。

1.3 检测指标

1.3.1 主要指标 ①比较两组治疗前后中医总症状积分^[8]。②比较两组患者术后首次排便、肛门排气、肠鸣音恢复时间、住院时间。③比较两组术后并发症情况。

1.3.2 次要指标 比较两组治疗前后血清降钙素原(procalcitonin, PCT)、白介素(interleukin, IL)-17、皮质醇(cortisol, Cor)水平。

1.4 统计学方法 采用SPSS 22.0软件进行分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验;计数资料以例(%)表示,行 χ^2 检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后中医总症状积分比较见表2

表2 两组治疗前后中医总症状积分比较/分

组别	治疗前	治疗后
观察组	10.83±1.62	1.95±0.29*
对照组	10.69±1.51	4.97±0.84

注: *:与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

由表2可见,治疗前两组中医总症状积分比较,差异无统计学意义($t=0.02, P > 0.05$),治疗后观察组

表5 两组治疗前后血清PCT、IL-17、Cor水平比较

组别	PCT/ng/mL		IL-17/pg/mL		Cor/ng/mL	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	3.18±0.31	0.47±0.06*	86.68±12.27	49.27±5.01*	88.97±9.27	124.63±16.21*
对照组	2.93±0.27	0.93±0.14	89.17±11.95	65.27±7.36	87.83±9.62	150.12±21.90

注: *:与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

由表5可见,治疗前两组PCT、IL-17、Cor水平比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.45、0.14、0.16, P 均 > 0.05),治疗后,观察组血清PCT、IL-17、Cor水平均明显低于对照组(t 分别=34.49、6.83、9.08, P 均 < 0.05)。

3 讨论

急性化脓性阑尾炎的致病菌多以厌氧菌为主,传统开腹术操作简单,可快速切除病变部位,但对于手术切口要求较高,一般切口长约5~7 cm,术中手术器械对组织损伤大^[9]。随着微创概念引入外科手术,切口感染风险减少,手术切口明显缩小,手术创伤明显降低,切口处血肿发生风险随之降低^[10]。

本研究中,观察组中医总症状积分、术后首次

中医总症状积分低于对照组($t=47.88, P < 0.05$)。

2.2 两组术后恢复情况比较见表3

表3 两组术后恢复情况比较

组别	首次排便时间/h	肛门排气/h	肠鸣音恢复时间/h	住院时间/d
观察组	19.82±1.38*	14.57±1.83*	10.09±0.87*	5.27±0.67*
对照组	26.46±2.37	17.27±1.93	14.85±1.29	7.84±1.69

注: *:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表3可见,观察组首次排便时间、肛门排气时间、肠鸣音恢复时间、住院时间均明显短于对照组(t 分别=13.46、8.91、7.12、41.73, P 均 < 0.05)。

2.3 两组术后并发症情况见表4

表4 两组术后并发症情况比较/例(%)

组别	n	切口感染	粘连性梗阻	肠痿	总发生率
观察组	69	1(1.45)	1(1.45)	0	2(2.90)*
对照组	69	3(4.35)	6(8.70)	2(2.99)	11(15.94)

注: *:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表4可见,观察组术后并发症总发生率低于对照组($\chi^2=6.91, P < 0.05$)。

2.4 两组治疗前后血清PCT、IL-17、Cor水平比较见表5

排便、肛门排气、肠鸣音恢复时间、住院时间、并发症发生率均低于对照组(P 均 < 0.05)。表明联合大黄牡丹皮汤加减及足三里艾灸治疗疗效更明显。急性阑尾炎发病初期,气滞血瘀是始动病机,气滞则血行不畅,瘀血内生又可影响气机运行,两者互为影响;气滞亦会导致胃肠气机紊乱,痰浊内生,因此“气滞血瘀”是发病的关键,在此过程中需兼顾痰浊。术后患者失津耗液、元气耗损、脾胃运化功能受损,直接造成脾胃病损,表现为肠鸣音减弱,中医治病强调“整体观念、辨证论治”。观察组中药方中大黄清热解毒、通腑泄热,促进肠道通降功能恢复;牡丹皮凉血散瘀、消肿;山桃仁活血化瘀、止痛,且有润肠功效;木香行气消胀、疏肝;冬瓜子消痛散

结,促进痈肿清除;大血藤化瘀通络、祛风除湿;金银花疏散风热、解毒消肿,促进热邪从卫分而解;连翘清热解毒、消痈散结;青皮行气消胀,加强木香行气功效;艾灸具有温经散寒、化瘀通络功效,可调节气血、脏腑功能恢复,治疗时选择足三里,可促进腹部脏腑气血功能恢复。诸药合用能够有效减轻患者病痛,缩短恢复时间,减少并发症。

急性化脓性阑尾炎患者存在炎症反应,手术可对正常组织造成损伤,并且由于手术过程中脏器暴露,可引起腹腔粘连^[11]。本次研究结果显示,治疗3 d后观察组血清PCT、IL-17、Cor水平较对照组更低,说明大黄牡丹皮汤加减联合足三里艾灸治疗可明显减轻患者的炎症反应和应激状态。PCT主要由甲状腺C细胞分泌,生理状态下钙素1基因的表达被抑制,且其分泌水平稳定性较高,不会受到神经内分泌因素而影响^[12]。PCT在细菌性感染诊断中的价值已被多项研究证实,细菌性感染时降钙素1基因的表达增加,脾脏、肝脏等器官可在短期内快速分泌产生PCT^[13]。阑尾炎患者体内的Th1/Th2失衡,IL-17是由Th1分泌的关键性促炎症因子,在炎症形成中发挥着重要作用^[14]。急性阑尾炎患者IL-17呈现高表达,进而引起血管通透性提高,组织肿胀,并且还可促使5-羟色胺等疼痛介质分泌,从而引起疼痛感^[15]。严重感染时可出现脏器功能衰竭,炎症因子升高时还可影响细胞中的线粒体功能,随着无氧代谢增强,自由基大量堆积,而此可影响线粒体功能^[16]。Cor是评价应激反应的重要指标,由于受到应激反应影响,Cor分泌增加,促使糖皮质激素分泌增多,机体能量消耗增加,对于此类患者而言减轻应激状态具有重要意义^[17]。

综上所述,大黄牡丹皮汤加减联合足三里艾灸对急性化脓性阑尾炎(气滞血瘀型)术后患者的胃肠功能恢复有很好的改善作用,并且明显降低术后并发症发生率。

参考文献

- 1 Zarog MA, O'leary DP, Kiernan MG, et al. Role of circulating fibrocytes in the diagnosis of acute appendicitis[J]. *BJS Open*, 2020, 4(6): 1256-1265.
- 2 褚忆忆. 小儿急性阑尾炎治疗的研究进展[J]. *国际儿科学杂志*, 2020, 47(8): 531-534.
- 3 曾俊, 邱振雄, 刘晓辉. 腹腔镜手术治疗急性阑尾炎的并发症及术后炎症反应观察[J]. *中国医学工程*, 2019, 27(1): 42-44.
- 4 欧有冠, 朱蕾, 吴海燕. 腹腔镜阑尾切除术与开腹手术治疗急性阑尾炎效果分析[J]. *中国现代普通外科进展*, 2019, 22(8): 666.
- 5 刘峰, 陈振宙, 薛立峰. 急性阑尾炎的中医证型临床诊疗标准[J]. *中医临床研究*, 2018, 10(15): 85-87.
- 6 高炳玉. 大黄牡丹汤加减联合抗生素治疗急性阑尾炎的临床观察[J]. *河北医药*, 2019, 41(4): 588-591.
- 7 中华医学会外科学分会外科感染与重症医学学组, 中国医师协会外科医师分会肠瘘外科医师专业委员会. 中国腹腔感染诊治指南(2019版)[J]. *中国实用外科杂志*, 2020, 40(1): 1-16.
- 8 郑筱萸. 中药新药临床指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 162-167.
- 9 马志, 王慧智, 李术平, 等. 腹腔镜微创术CO₂气腹对阑尾炎腹内感染患儿细胞免疫因子和肠道功能的影响[J]. *中华医院感染学杂志*, 2021, 31(8): 1211-1215.
- 10 纪孝国. 腹腔镜下阑尾切除手术与开放手术治疗急性阑尾炎患者的价值分析[J]. *中国医疗器械信息*, 2023, 29(1): 104-106.
- 11 李海峰. 柴胡汤加味方对急性化脓性阑尾炎手术患者术后恢复及炎症因子的影响[J]. *中国医药科学*, 2023, 13(15): 98-102.
- 12 王道喜, 李浪, 江君, 等. 血清PCT、sICAM-1联合HMGB1预测急性阑尾炎患儿手术切口感染风险的临床研究[J]. *现代生物医学进展*, 2023, 23(16): 3043-3047.
- 13 杨佳, 卢玉容, 刘玉雄, 等. 中性粒细胞/淋巴细胞比值联合降钙素原、白细胞计数检测在小儿急性阑尾炎诊断及病情评估中的价值[J]. *陕西医学杂志*, 2023, 52(8): 1081-1084.
- 14 蔡伟敏, 熊建卫. 酪酸梭菌联合抗菌药物对急性阑尾炎患者腹腔镜术后炎症因子及胃肠功能的影响[J]. *临床医药实践*, 2021, 30(6): 422-424.
- 15 孟爱霞, 宋雅琪, 高树全. 解毒通腑汤加减对湿热蕴脾证化脓性阑尾炎术后胃肠功能恢复、Th17相关细胞因子的影响[J]. *四川中医*, 2023, 41(6): 140-143.
- 16 林鸿坡, 戴育坚, 叶彤, 等. 腹腔镜微创手术治疗小儿急性化脓性阑尾炎的疗效及对血清细胞因子的影响分析[J]. *中外医疗*, 2022, 41(30): 35-38.
- 17 雷丽云, 王璐, 宣向荣, 等. 个性化心理护理对儿童急性化脓性阑尾炎围手术期应激反应的干预效果[J]. *国际精神病学杂志*, 2018, 45(6): 1142-1145.

(收稿日期 2023-12-25)

(本文编辑 葛芳君)