

- 625-630.
- [3] 符宇, 范冠杰, 段力, 等. 中药足浴对糖尿病周围神经病变干预作用研究进展[J]. 中医学报, 2018, 33(2): 218-222.
- [4] Bril V, Perkins BA. Validation of the Toronto Clinical Scoring System for Diabetic Polyneuropathy[J]. Diabetes Care, 2002, 25(11): 2048-2052.
- [5] 庞国明, 闫镛, 朱璞, 等. 糖尿病周围神经病变中医诊疗规范初稿[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(2): 260-264.
- [6] 汪晓妹. 参芪降糖颗粒联合银杏叶胶囊治疗糖尿病周围神经病变 52 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, 21(5): 201-205.
- [7] 熊广华, 李怡. 中药腿足浴治疗糖尿病周围神经病变研究概况[J]. 环球中医药, 2015, 8(5): 609-613.
- [8] 高小莉. 糖尿病周围神经病变中医护理进展[J]. 临床护理杂志, 2012, 11(5): 46-48.
- [9] 张小红. 中药足浴配合足部护理对糖尿病性周围神经病变的影响[J]. 护理学杂志, 2014, 29(15): 45-46.
- [10] 梁颖, 李丽萍, 刘丽婷. 改良后中药熏洗法在糖尿病周围神经病变护理中的应用[J]. 内蒙古中医药, 2011, 30(22): 33-34.
- (责任编辑: 吴凌)

柴芍承气汤保留灌肠治疗重症胰腺炎并发麻痹性肠梗阻疗效分析与护理体会

郑红燕

开化县人民医院, 浙江 开化 324300

[摘要] 目的: 观察柴芍承气汤保留灌肠治疗重症胰腺炎(SAP)并发麻痹性肠梗阻的疗效及分析护理要点。方法: 将72例SAP并发麻痹性肠梗阻患者随机分为对照组和观察组各36例。对照组给予禁食、持续胃肠减压、补充血容量等常规综合治疗, 观察组在对照组基础采用柴芍承气汤保留灌肠。2组均连续治疗5天。观察2组治疗前、治疗3天和5天腹胀、腹痛评分及血淀粉酶、C-反应蛋白(CRP)的变化, 记录患者腹痛、腹胀缓解、肠鸣音恢复时间和首次排气、排便时间。结果: 治疗3天和5天, 2组腹胀及腹痛评分均较治疗前下降($P < 0.01$); 观察组腹胀及腹痛评分均低于同期对照组($P < 0.01$)。治疗3天和5天, 2组血淀粉酶及CRP水平均较治疗前下降($P < 0.01$); 观察组血淀粉酶及CRP水平均低于同期对照组($P < 0.01$)。观察组腹痛、腹胀缓解及肠鸣音恢复时间和首次排气、排便时间均短于对照组($P < 0.01$)。结论: 柴芍承气汤保留灌肠可显著改善SAP并发麻痹性肠梗阻患者的腹胀、腹痛症状, 减轻炎症反应, 缩短病程。

[关键词] 重症胰腺炎(SAP); 麻痹性肠梗阻; 柴芍承气汤; 保留灌肠

[中图分类号] R248.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2019)04-0269-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.04.082

Analysis of Curative Effect and Nursing Experience of Retention Enema with Chaishao Chengqi Tang for Severe Acute Pancreatitis Complicated with Paralytic Ileus

ZHENG Hongyan

Abstract: Objective: To observe the curative effect of retention enema with Chaishao Chengqi tang for severe acute pancreatitis(SAP) complicated with paralytic ileus and to analyze the key points of nursing. Methods: A total of 72 cases of patients with SAP complicated with paralytic ileus were randomly divided into the control group and the observation group, 36

[收稿日期] 2018-08-22

[作者简介] 郑红燕(1977-), 女, 副主任护师, 研究方向: 外科临床护理。

cases in each group. The control group was treated with routine comprehensive treatment such as fasting, continuous gastrointestinal decompression and plasma volume expansion; the observation group was treated with retention enema with Chaishao Chengqi tang based on the treatment of the control group. Both groups were treated for five days. Before treatment, three days after treatment and five days after treatment, the scores of abdominal distension and abdominal pain as well as the changes of blood amylase and C-reactive protein(CRP) in the two groups were observed; the remission time of abdominal pain and abdominal distension, the recovery time of bowel sounds, the first flatus time and the first defecation time in the two groups were recorded. **Results:** The scores of abdominal distension and abdominal pain in the two groups three days and five days after treatment were decreased when compared with those before treatment($P < 0.01$); and those in the observation group were lower than those in the control group at the same period($P < 0.01$). The levels of blood amylase and CRP in the two groups three days and five days after treatment were decreased when compared with those before treatment($P < 0.01$); and those in the observation group were lower than those in the control group at the same period($P < 0.01$). The remission time of abdominal pain and abdominal distension, the recovery time of bowel sounds and the first flatus time and the first defecation time in the observation group were all shorter than those in the control group($P < 0.01$). **Conclusion:** Retention enema with Chaishao Chengqi tang can significantly improve the symptoms of abdominal distension and abdominal pain of patients with SAP complicated with paralytic ileus, reduce inflammatory responses and shorten the course.

Keywords: Severe acute pancreatitis(SAP); Paralytic ileus; Chaishao Chengqi tang; Retention enema

重症胰腺炎(Severe acute pancreatitis, SAP)伴脏器功能障碍,因多种病理机制常造成肠麻痹发生,出现腹胀、腹痛及肛门停止排气排便等肠梗阻症状。麻痹性肠梗阻的出现严重影响SAP自然病程及其转归,胃肠道动力恢复延迟是导致多器官功能障碍综合征(MODS)的重要危险因素;腹压增高可引起腹腔间室综合征(ACS),导致腹腔脏器缺血,甚至死亡;剧烈腹部疼痛对病情恢复不利,严重时可影响心脏功能^[1]。现代医学以对症支持治疗联合胃肠减压为主,但疗效欠佳,加用中药保留灌肠治疗中度重症急性胰腺炎合并麻痹性肠梗阻,可减少炎性介质释放,改善肠道功能^[2]。柴芍承气汤是治疗胰腺炎的验方,具有泄热通腑、疏肝利胆功效,已广泛用于临床,并为指南推荐^[3]。保留灌肠可将药液深入达到乙状结肠,药物作用持久,能起到较好的治疗效果^[2]。笔者以柴芍承气汤保留灌肠治疗SAP伴发麻痹性肠梗阻,在减轻症状、促进胃肠道动力恢复方面起到了显著疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2017年2月—2018年2月本院收治的72例SAP并发麻痹性肠梗阻患者,按照随机数字表法分为对照组和观察组各36例。对照组男20例,女16例;年龄23~61岁,平均(42.48±14.75)岁;入院时间7~44h,平均(22.56±17.51)h;腹围90~115cm,平均(95.17±8.36)cm;急性生理与慢性健康评分(APACHE II评分)(9.16±1.21)分。观察组男22例,女14例;年龄27~65岁,平均(43.61±15.83)岁;入院时间6~48h,平均(24.39±18.73)h;腹围88~113cm,平均(96.43±8.29)cm;APACHE II评分(9.28±1.33)分。2组性别、年龄、入院时间、腹围和APACHE II评分等基线资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 ①参考《中国急性胰腺炎诊治指南(2013,上海)》^[4]中的相关诊断标准:有急性胰腺炎的临床表现和生物化学改变,伴有持续1个或多个脏器功能障碍;或出现坏死、脓肿、假性囊肿等局部并发症者,或两者兼有,也可伴有严重的代谢功能紊乱;APACHE II评分≥8分;BahazarCT分级系统≥Ⅱ级。②麻痹性肠梗阻诊断标准参照《急症腹部外科学》^[5]拟定:持续性腹痛、腹胀、肠鸣音减弱或消失、呕吐、肛门停止排气排便超过24h,腹部X线检查见全部小肠和结肠胀气。

1.3 辨证标准 参考《急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见》^[6]中的肝郁气滞、腑实热结证辨证。主症:中上腹阵痛或窜痛,或向左季肋部、左背部窜痛,腹胀、矢气则舒,可无发热。次症:情志抑郁,急躁易怒,善太息,恶心或呕吐,嗝气呃逆,大便不畅。舌脉象:舌淡红、苔薄白或薄黄,脉弦紧或弦数。主症加次症2项结合舌脉即可辨为肝郁气滞、腑实热结证。

1.4 纳入标准 ①符合SAP及麻痹性肠梗阻的诊断标准,符合肝郁气滞、腑实热结的辨证标准;②入院时间<48h;③年龄18~65岁,男女不限;④经本院医学伦理委员会审批,患者或家属知情同意。

1.5 排除标准 ①消化道出血者,消化道完全梗阻者;②爆发性急性胰腺炎者;③合并炎症性肠病、肛周疾病者;④需要进行外科治疗,无法进行保留灌肠者;⑤合并心脑血管、肝、肾、消化道、呼吸、血液系统等严重原发病者,肿瘤或精神病患者;⑥妊娠或哺乳期妇女。

2 治疗方法

2.1 对照组 参照文献[3]给予重症监护、禁食、持续胃肠减压、补充血容量、抑酸、纠正水电解质酸碱失衡、预防感染、镇痛、营养支持等综合治疗。注射用艾司奥美拉唑钠(阿斯利

康制药有限公司), 每 12 h 静脉滴注 1 次, 每次 40 mg; 注射用乌司他丁(广东天普生化医药股份有限公司), 持续静脉泵入, 每 12 h 泵入 1 次, 每次 30 U; 注射用生长抑素(深圳翰宇药业股份有限公司), 持续静脉泵入, 每 24 h 泵入 1 次, 每次 6 mg。疗程为 5 天。

2.2 观察组 在对照组治疗基础采用柴芍承气汤保留灌肠, 处方: 白芍 20 g, 厚朴、黄芩、枳实各 15 g, 柴胡、生大黄(后下)、玄明粉(冲入)各 10 g, 由本院中药房统一煎煮, 前 5 味常规煮 20 min, 后下生大黄煎煮 3 min, 取药液 200 mL 加入玄明粉。保留灌肠操作: 取左侧卧位, 抬高臀部, 先以 500 mL 温盐水灌肠清理肠道, 停止排便后 20 min, 插管深度 20~25 cm, 将药液(温度 39~41 ℃)低流速灌入大肠内, 保留 1~2 h, 每天 2 次。疗程为 5 天。护理事宜: ①灌肠器采用一次性灌肠袋, 以患者舒适为宜。②采用一次性吸痰管改制后灌肠, 质地柔软, 操作方便, 减少药物外溢, 避免黏膜损伤。③灌肠时间为早 9 点前和晚 19~21 点, 避开结肠运动高峰阶段。④灌肠深度距离肛门 20~25 cm, 减少排便反射。体位为左侧卧位, 且保持臀高位, 这样灌肠液借重力作用可顺利灌入, 使药液流向结肠更深处, 减轻肛门的坠胀感。⑤灌肠液 200 mL 左右, 不宜过多, 直肠内压力达到 2.4 kPa 左右, 患者就会产生便意, 影响保留时间。灌肠速度 120 滴/min 左右, 速度过快会刺激肠道, 增加肠蠕动, 引起排便反射或药液外溢, 不利于药液保留。过热过冷刺激均可使肠道受到刺激, 引起腹痛甚至肠痉挛或排便反射, 温度以 39~41 ℃为宜, 有利于血管扩张而促进药物吸收。⑥保留时间一般为 1~2 h, 有利于肠黏膜对药物有效吸收。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①腹胀和腹痛程度, 均采用视觉模拟评分法(VAS)。0 分表示没有腹胀或腹痛, 10 分表示腹胀或腹痛程度不能忍受, 由患者根据自身情况每天评价 3 次, 取均值为当日腹胀和腹痛程度。比较治疗前、治疗 3 天和治疗 5 天的 VAS 评分。②分别于治疗前、治疗 3 天和治疗 5 天各检测 1 次血淀粉酶、C-反应蛋白(CRP), 血淀粉酶采用全自动生化分析仪检查, CRP 采用酶联免疫吸附法检测。③记录患者腹痛、腹胀缓解时间, 肠鸣音恢复时间和首次排气、排便时间。

3.2 统计学方法 采用 SPSS21.0 统计学软件处理数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 *t* 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 治疗结果

4.1 2 组腹胀和腹痛程度评分比较 见表 1。治疗 3 天和治疗 5 天, 2 组腹胀及腹痛评分均较治疗前下降($P < 0.01$); 观察组腹胀及腹痛评分均低于同期对照组($P < 0.01$)。

4.2 2 组治疗前后血淀粉酶及 CRP 水平比较 见表 2。治疗 3 天和治疗 5 天, 2 组血淀粉酶及 CRP 水平均较治疗前下降($P < 0.01$); 观察组血淀粉酶及 CRP 水平均低于同期对照组($P < 0.01$)。

表 1 2 组腹胀和腹痛程度评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	时间	腹胀	腹痛
对照组	36	治疗前	6.53 ± 1.27	6.73 ± 1.54
		治疗 3 天	4.95 ± 0.84 ^①	5.02 ± 1.25 ^①
		治疗 5 天	2.52 ± 0.61 ^①	3.68 ± 0.93 ^①
观察组	36	治疗前	6.70 ± 1.44	6.87 ± 1.63
		治疗 3 天	3.89 ± 0.78 ^{①②}	4.13 ± 1.02 ^{①②}
		治疗 5 天	1.36 ± 0.43 ^{①②}	2.75 ± 0.81 ^{①②}

与同组治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后同期比较, ② $P < 0.01$

表 2 2 组治疗前后血淀粉酶及 CRP 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	血淀粉酶(IU/L)	CRP(mg/L)
对照组	36	治疗前	513.26 ± 74.35	76.41 ± 13.52
		治疗 3 天	422.17 ± 54.86 ^①	44.77 ± 11.05 ^①
		治疗 5 天	236.45 ± 47.39 ^①	21.69 ± 7.38 ^①
观察组	36	治疗前	529.45 ± 68.63	75.73 ± 14.18
		治疗 3 天	348.03 ± 51.19 ^{①②}	31.04 ± 8.25 ^{①②}
		治疗 5 天	184.28 ± 40.26 ^{①②}	14.39 ± 5.42 ^{①②}

与同组治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后同期比较, ② $P < 0.01$

4.3 2 组腹痛、腹胀缓解及肠鸣音恢复和首次排气、排便时间比较 见表 3。观察组腹痛、腹胀缓解及肠鸣音恢复时间和首次排气、排便时间均短于对照组($P < 0.01$)。

表 3 2 组腹痛、腹胀缓解及肠鸣音恢复和首次排气、排便时间比较($\bar{x} \pm s$) d

组别	n	腹痛缓解	腹胀缓解	肠鸣音恢复	首次排气	首次排便
对照组	36	4.53 ± 1.47	4.42 ± 1.25	3.44 ± 0.75	3.74 ± 0.92	5.31 ± 1.12
观察组	36	3.41 ± 1.03 ^①	3.53 ± 0.94 ^①	2.68 ± 0.59 ^①	2.87 ± 0.85 ^①	4.04 ± 1.05 ^①

与对照组比较, ① $P < 0.01$

5 讨论

中医学将 SAP 并发麻痹性肠梗阻归为腹痛、胰瘵、脾心痛等范畴, 以里、实、热证为主, 乃过食辛辣肥甘、暴饮暴食、饮酒过度或情志不畅等导致肝胆疏泄失司, 胃肠腐熟传导失司, 湿热瘀蕴结中焦, 其中肝失疏泄为中心, 不通则痛为基本病机, 病机特点为正盛邪轻, 气滞邪壅, 治以疏肝利胆、理气通腑之法^[5-7]。

SAP 患者胰腺溶解、坏死、出血, 前、后腹膜均被累及, 形成全腹胀气, 肠鸣音消失, 出现麻痹性肠梗阻^[8]。同时大量炎性因子释放、局部缺氧及神经反射障碍导致肠道组织水肿、平滑肌蠕动无力、大量消化液和气体在肠道内积聚, 也容易出现麻痹性肠梗阻^[9]。麻痹性肠梗阻的临床表现符合中医学阳明腑实证的特点, 病位在肠, 故治疗应以通腑泄热为法, 中药灌肠是治疗的重要途径。灌肠在局部形成高浓度, 使药物由直肠

黏膜直接吸收,增强了药物吸收率,有利于提高临床疗效^[9]。

本研究所用柴芍承气汤由大柴胡汤与大承气汤加减化裁而来,正投SAP初期少阳阳明共病的病机特点。方中柴胡疏解肝热;白芍柔肝止痛;厚朴燥湿化痰、下气消痞;枳实破气除痞、化痰消积;黄芩清热燥湿、泻火解毒;生大黄泻下攻积、清热泻火、凉血解毒、逐瘀通经;玄明粉软坚泄热、润燥通便。诸药合用,共奏攻下解毒、泄热通腑、疏肝利胆、行气止痛之功。现代医学研究表明,柴芍承气汤能作用于SAP的多个环节,可抑制炎症细胞因子及炎性介质、减轻中性粒细胞浸润和改善胰腺缺血^[9],具有减轻胰腺损伤、防止肠黏膜萎缩、促进胃肠道蠕动、恢复胃肠道动力等作用^[9]。

本研究结果显示,观察组在治疗3天和5天后,腹胀及腹痛评分均低于对照组($P < 0.01$),血淀粉酶和CRP水平均低于对照组($P < 0.01$);治疗5天后观察组腹痛、腹胀缓解及肠鸣音恢复时间和首次排气、排便时间均短于对照组($P < 0.01$)。提示柴芍承气汤保留灌肠可显著改善SAP并发麻痹性肠梗阻患者的腹胀、腹痛症状,减轻炎症反应,促进胃肠功能恢复,缩短病程,值得临床推广。

中药保留灌肠是临床开展最广泛的护理技术之一,但目前并没有对中药保留灌肠技术做详细规范,操作规程多是各医院自行制定,缺乏循证依据指导,主观性强、随意性大。保留灌肠标准与规范涉及灌肠材料、灌肠时间、体位选择、插管深度、灌肠液温度、药液量、灌肠速度和保留时间等^[10-11]。目前各项参数多数是经验分享,有重要的参考意义,但因疾病种类、个体差异等不同,有不同见解。中药保留灌肠规范化,既有利于提高治疗效果、提高患者的治疗依从性,也利于临床护理的实践操作。本研究笔者结合前人研究,制定了柴芍承气汤保留灌肠的各项事宜,保证了灌肠顺利进行,操作过程中无灌肠液外溢现象,未发生因灌肠导致的不适。

[参考文献]

- [1] 李佳,赵雨,文谦,等.电针干预重症急性胰腺炎伴麻痹性肠梗阻:随机对照研究[J].中国针灸,2016,36(11):1126-1130.
- [2] 唐锐,汪佳明,王颖.中度重症急性胰腺炎合并麻痹性肠梗阻患者的改良胃肠减压及保留灌肠护理[J].护理学报,2016,23(12):52-53.
- [3] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组,《中华胰腺病杂志》编辑委员会,《中华消化杂志》编辑委员会.中国急性胰腺炎诊治指南(2013,上海)[J].中华胰腺病杂志,2013,13(2):73-78.
- [4] 李桂民,薛明喜,李晓梅.急症腹部外科学[M].北京:人民军医出版社,2010:372-374.
- [5] 中华中医药学会脾胃病分会.急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见[J].中华中医药杂志,2013,28(6):1826-1831.
- [6] 谢梦姣,葛根芩连汤加味保留灌肠对湿热型溃疡性结肠炎的治疗作用观察及护理体会[J].广州中医药大学学报,2013,30(4):491-494.
- [7] 张永利,王小媛.柴芍承气汤联合疏血通注射液治疗高脂血症性重症急性胰腺炎临床研究[J].河南中医,2015,35(9):2158-2160.
- [8] 黄旻,吴小翎.柴芍承气汤对大鼠重症胰腺炎肠道屏障功能的影响[J].疑难病杂志,2008,7(10):588-590,封三.
- [9] 刘炳炜,杨建锋,刘长文,等.柴芍承气汤灌肠辅助治疗重症急性胰腺炎合并腹腔间隔室综合征患者10例疗效观察[J].中医杂志,2016,57(4):319-323.
- [10] 黄芳,徐桂华.溃疡性结肠炎的中药保留灌肠技术规范研究进展[J].护理研究,2014,28(4):1411-1414.
- [11] 温晓燕,孟繁洁,周倩妹.中药保留灌肠的护理研究[J].护理实践与研究,2012,9(23):128-130.

(责任编辑:吴凌,刘迪成)

[1] 李佳,赵雨,文谦,等.电针干预重症急性胰腺炎伴麻