

DOI: 10.12209/CAIM202310120041

· 中西医结合临床案例 ·

中药保留灌肠治疗 1 例肝性脑病患者的护理体会

周露佳, 谈晓红, 俞 婷, 沈丹凤, 乔洁丽, 陶 茹

(上海中医药大学附属曙光医院 肝病科, 上海 201203)

摘要: 本文总结 1 例肝性脑病的患者行中药保留灌肠技术治疗的护理经验, 包括中药保留灌肠的药方组成、操作方法、注意事项以及病情观察、生活起居、饮食、情志、安全护理等常规护理。在中医辨证施护理论指导下, 采取针对性护理措施, 患者肝性脑病症状明显改善。

关键词: 肝性脑病; 保留灌肠; 中医护理

Nursing experience of a patient with hepatic encephalopathy treated with traditional Chinese medicine retention enema

ZHOU Lujia, TAN Xiaohong, YU Ting, SHEN Danfeng, QIAO Jieli, TAO Ru

(Department of Hepatology, Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of
Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201203)

ABSTRACT: This article summarized the nursing experience of a patient with hepatic encephalopathy treated with traditional Chinese medicine retention enema technology, including the composition of traditional Chinese medicine retention enema prescription, operation method, precautions, condition observation, daily life, diet, emotion, safety and other routine nursing. Under the guidance of TCM syndrome differentiation and nursing theory, targeted nursing measures were taken, and the symptoms of hepatic encephalopathy were significantly improved.

KEY WORDS: hepatic encephalopathy; retention enema; Traditional Chinese Medicine nursing

肝性脑病(Hepatic Encephalopathy, HE)作为中枢神经系统功能失调的一种综合征, 主要是因为严重肝病造成的代谢紊乱, 临床症状包括意识障碍、昏迷及行为失常。症状轻时, 只出现行为、性格及智力上的些许变化, 症状重时, 会有显著的意识障碍, 所以也被叫作肝昏迷^[1]。结合具体的症状, 可纳入中医“臌胀”“神昏”等范畴^[2]。本病具有起病急、进展快、病死率极高等特点。中药保留灌肠对其具有温肾泄浊, 清解肠毒、通腑开窍的功效; 可降低血氨、改善肝功能, 从而提高患者智力水平、改善肝性脑病的症状^[3]。现将我科配合中药保留灌肠治疗 1 例肝性脑病的护理体会进行总结, 报告如下。

1 临床资料

患者男性, 66 岁, 主诉“乏力、咳嗽 1 周余”, 由门诊 2023 年 6 月 20 日收治入院。刻下: 轻度嗜

睡, 乏力, 无头晕头痛、无心慌胸闷, 胃纳可, 夜寐差。患者舌质红, 舌苔黄, 脉弦滑。中医诊断: 神昏; 西医诊断: 肝性脑病、混合肝硬化失代偿期、慢性肝衰竭。既往史: 平素体健, 无其他慢性病史, 否认药物及食物过敏史。专科检查: 轻微嗜睡, 应答不畅。全身皮肤粘膜无明显黄染, 无瘀斑瘀点, 全身浅表淋巴结未扪及肿大, 蜘蛛痣(-), 肝掌(+). 巩膜稍黄染, 结膜无充血水肿。腹膨隆, 腹软, 右上腹轻压痛, 余腹无压痛、反跳痛及肌卫, 麦氏征(-), 莫氏征(-), 肝脾肋下未及, 肝区叩痛(-), 移动性浊音(+), 肠鸣音不亢。肾区叩痛(-)。双下肢不肿。实验室检查: 血氨 124.0 $\mu\text{mol/L}$; 肝功能检查: 总胆红素 44.7 $\mu\text{mol/L}$, 直接胆红素 10.7 $\mu\text{mol/L}$, 间接胆红素 25.6 $\mu\text{mol/L}$ 。

入院时评估: 跌倒/坠床风险评估 5 分, 压疮风险评估 33 分, 血栓风险评估 5 分, 自理能力风险评估 65 分。患者肝性脑病分期为 II 级。辨证分

收稿日期: 2023-10-12

基金项目: 曙光医院临床护理科研课题(2023SGHL05)

通信作者: 谈晓红, E-mail: ritatan2017@163.com

OPEN ACCESS

www.case.jcme.net.cn

型:湿热蕴结。治拟:清热利湿,攻下逐水。遵医嘱予以低蛋白质饮食,西医治疗予以谷胱甘肽保肝降酶,瑞甘降血氨,恩替卡韦抗病毒,熊去氧胆酸片改善胆汁淤积;中医治疗予以中药保留灌肠,1次/d,干预14 d。患者于2023年7月3日出院,出院时神志清,对答切题,乏力较前好转,无头晕头痛,胃纳可,夜寐安。实验室报告结果显示:血氨26 $\mu\text{mol/L}$;肝功能检查:总胆红素22.5 $\mu\text{mol/L}$,直接胆红素3.9 $\mu\text{mol/L}$;间接胆红素19.5 $\mu\text{mol/L}$,均下降至正常水平。

2 护理

2.1 护理评估

入院时为患者进行生命体征测量,体温(T)36.7℃,心率(P)66次/min,呼吸(R)17次/min,血

压(BP)112/69 mm Hg。生活自理能力评估:通过生活自理能力评估量表(Barthel指数)对自理能力进行评分。量表分值为0~100分,总分 ≤ 40 分,表示重度依赖;总分41~60分,表示中度依赖;总分61~99分,表示轻度依赖;总分100分,表示无需依赖。该患者评分为65分,属于轻度依赖类型。乏力评估:通过博格疲劳感知评估量表(RPE)对身体运动时感受到的困难程度评分,量表分值为6~20分,其中6分表示“不费力”,20分表示“最大努力”;共分为7级, >13 分说明有明显乏力, ≥ 17 分则表示需要立即休息^[4]。该患者的乏力评估为14分。

根据病程进展及患者临床症状和体征,West-Haven分级标准将肝性脑病分为0至4级^[5](详见表1),该患者肝性脑病分期为Ⅱ级。

表1 肝性脑病West-Haven分级标准

分级	临床要点
0级	没有能觉察的人格或行为变化,无扑翼样震颤
I级	轻度认知障碍,欣快或抑郁,注意时间缩短,加法计算能力降低,可引出扑翼样震颤
Ⅱ级	倦怠或淡漠,轻度定向异常(时间和空间定向),轻微人格改变
Ⅲ级	行为错乱,语言不清,减法计算能力异常,容易引出扑翼样震颤
Ⅳ级	嗜睡到半昏迷,但对语言刺激有反应,意识模糊,明显的定向障碍,扑翼样震颤可能无法引出昏迷(对语言和强刺激无反应)

2.2 护理分析

患者表现为乏力、嗜睡、血氨增高,因不慎受肝炎之邪毒,留滞中焦,久则酿湿生热,以致湿热蕴结肝胆,终成此病。湿热困脾,脾虚湿蕴,气血生化乏源,神体失养,发为乏力;脾胃虚弱,水谷精微无以运化,肝失条达、肠道传导失司,腑浊上攻,神明被扰,故导致肝性脑病。

2.3 护理措施

2.3.1 中药保留灌肠

将中药保留灌肠与常规治疗相结合,防治肝性脑病^[6]。通过使用本科室的中药协定方进行保留灌肠,旨在通过肠粘膜径直吸收药物,可以起到清热解毒、活血化瘀、通便利湿等功效,好处是不损伤胃黏膜,作用迅速,灵活度高。该患者使用的中药方剂是由石菖蒲、郁金、大黄各9 g,薤白30 g组成的灌肠方,将其制作成中药汤剂160 mL/包,1次/d,1包/次,疗程为两周。在灌肠之前让患者将肠道里的大便排掉,加大药物和肠粘膜的触及面,深入利用药疗的效果;灌肠时让患者屈膝,行左侧卧位,同时垫高臀部10 cm~20 cm;选取较细的灌肠管,以石蜡油对其前端进行润滑,插入长

度15 cm~20 cm。药液的温度宜为39℃~41℃,温度太高会伤害肠粘膜,造成粘膜红肿,严重时还会导致溃疡;而温度太低会促进肠蠕动,导致患者腹部不适,药物作用时间不长,难以取得较好效果。在患者第一次接受灌肠治疗时,由于药物作用,加之神经过分紧张,导致药物存留时间短的问题,这时应向患者进行充分讲解,同时增加灌肠时间,适度降低流速,在其后的治疗中,亦应坚持“两头慢,中间稍快”的原则,尽可能地在晚餐后3 h~4 h进行灌肠,如此方可以排空肠道,降低腹压,从而便于吸收药物。同时亦可防止由于运动而引发的肠蠕动迅速,灌肠桶高度切勿高于30 cm。若遭受阻力,切勿硬行插入,防止肠穿孔,这时可让患者深呼吸,腹肌放松,以减少腹腔内压力,化解肠道痉挛,同时变化插管方向,在操作时,动作要轻柔且熟练,确保肛管的有效插入。在灌肠时,要了解患者感受,留心患者是否有头晕、面色苍白、恶心、出冷汗、腹痛、腹胀等不良反应,若发现异常,马上暂停操作,向医生汇报,以第一时间得到处置。做完灌肠后,要求患者保留2 h,轻揉腹部且变化体位,方便局部取得充足的药效。在灌肠

后,要科学记下排便和灌肠溶液状况。

2.3.2 常规护理

应紧密留心察看患者的生命体征、面色、神志、尿量、瞳孔等变动情况,小心黄疸、消化道大出血、肝肾综合征、腹水等严重的并发症。进行预见性护理,预备好及时抢救措施,及早发现,提供预判性护理,降低患者风险意外的发生率。①生活起居护理:注意保持病室内空气新鲜,注意通风,通风时避免注意保暖,以防因受凉导致上呼吸道感染从而加重肝性脑病程度。尽量卧床休息,中医认为“人卧血归于肝”,卧床休养能为肝脏供应更多血液,帮助肝细胞改善营养,促进其生长、康复。②辨证施膳:饮食宜清热利湿、攻下水的食物,如薏仁、苦瓜、黄瓜等,注意饮食调节,宜清淡、忌暴饮暴食和辛辣、厚味、过咸之品。严格限制蛋白的摄入量,以减少氨的形成和吸收,30 g~40 g/d,短时间内不宜高于40 g~50 g/d,以植物蛋白摄入为主。另外,推荐患者坚持以低脂、高维生素饮食为原则。③情志调护:肝主疏泄,调畅气机。该患者处于west-Haven分期Ⅱ级,进展可能会出现谵妄、激动等情况,因此在护理过程中要细致、耐心,关心体贴和爱护患者。同时指导患者调节自我心理,向患者提供较佳的治疗氛围,同一病房病友可以彼此支持,一起消除心理障碍;而医护人员态度要和蔼,多和患者沟通,帮助患者增强打败病魔的自信,确保心态平和地配合治疗,同时对自己的康复满怀希冀。④安全护理:肝性脑病患者往往有异常性格、暴躁、举止错乱等表现,会伤害他人,甚至自伤,因此,必须采取相应的安全办法。患者出现定向力减退时,切勿让其一人擅自外出;患者有躁动不安的症状时,应由专人进行24 h陪护,增加床栏,需要时还可用约束带,以防止患者从床上跌下,而造成意外伤害;在上厕所时应有人陪同;对于神志不清的患者,应为其戴上腕带,标注住院号、病区、姓名、床号、血型等相关内容,由两人核对无误才为患者戴上,从而确保治疗与护理时准确无误。

3 结果和随访

该患者生活能力评估由入院时65分提升至100分,属于无需依赖类型;乏力评估由入院时14分下降至8分,乏力症状好转;根据肝性脑病West-Haven分级标准,该患者出院时肝性脑病分期为0级。患者出院后1周内进行电话随访,以生

活起居、辩证施膳、调畅情志、安全用药、适当运动等方面进行健康指导,告知其每3~6个月定期复查。患者病情平稳,暂无不主诉。

4 总结

肝性脑病的发病机理,当下主要观点是氨中毒。因为肝功能严重受损、普遍产生侧支循环,使得肠道内的毒物径直经由人体循环穿透血脑屏障,产生主要是中枢神经功能代谢紊乱的病理损伤^[7]。可以纳入中医中的“臌胀”“神昏”等范围。引发原因往往是湿热疫毒等邪气入侵肝脏,造成脾失健运、肝失条达、肠道传导失司,腑浊上攻,神明被扰,时间长了,就会造成热、湿、痰、虚、瘀混杂,下移至肠腑,肠道传导失司,腑气不畅,浊邪上攻,神明受到袭扰。所以,治疗要坚持通腑排浊、解毒泄热的原则。

对于腑浊之气上攻,同时又受湿热蕴毒之邪、病体本虚标实的患者,中药灌肠方具有一定疗效^[8]。我科室针对该患者采用的方剂,能够祛邪、泄浊与逐瘀,从而保肝、利胆、抗菌、扫除内毒素,其中大黄具有有降低血氨的作用,它对肝性脑病具有预防的作用。通过抑制肠道内细菌的繁殖,减少肠内氨的生成;通过泻下缩短NH₃、LPS等毒素在体内聚集、抑制肠道对NH₃的吸收^[9]。从该患者入院到出院的数据研究中,可以看到血氨值的下降,亦可导泄扫除散布于胃肠道的尿素,从而管控这个产氨最多的渠道,亦具备促进氨基酸代谢之功效。同时,保留灌肠借助肠黏膜径直吸收药物,以此取得疗效,灌肠之后通过体位变化让药液充分接触肠道,从而促进药效的吸引,快速取得效果。概括来说,通过中药灌肠治疗,一方面顺应辨证施治的中医治疗特点,另一方面亦便于操作,效果较佳,具有临床推广价值。

科学有效的护理是中药保留灌肠对肝性脑病有疗效的关键原因,应留心观察患者病情,做好饮食、起居、情志及安全等方面的护理。本次通过科室自制的中药灌肠方可有效改善降低血氨浓度。因此,通过中药保留灌肠有助于改善患者的肝功能,降低血氨,从而缓解肝性脑病的相关症状,本案例中中药保留灌肠治疗肝性脑病的疗效较满意,值得在早期肝性脑病中进一步推广与应用。

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] 吴思梦. 中医治疗对肝性脑病生存影响的回顾性队列研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2021.
- [2] 石浩, 刘永刚, 李京涛, 等. 名中医常占杰从肝-肠-脑论治肝性脑病经验[J]. 中西医结合肝病杂志, 2022, 32(7): 642-644.
SHI H, LIU Y G, LI J T, et al. Chang Zhanjie's experience in treating hepatic encephalopathy from liver-intestine-brain [J]. Chin J Integr Tradit West Med Liver Dis, 2022, 32(7): 642-644. (in Chinese)
- [3] 刘家玲, 陈月桥, 何毅轩, 等. 通腑开窍法中药保留灌肠在肝性脑病中的应用研究[J]. 内蒙古中医药, 2023, 42(2): 40-42.
LIU J L, CHEN Y Q, HE Y X, et al. Study on the Application of traditional Chinese Medicine retention Enema in Hepatic Encephalopathy [J]. Inn Mong J Tradit Chin Med, 2023, 42(2): 40-42. (in Chinese)
- [4] ARNEY B E, GLOVER R, FUSCO A, et al. Comparison of RPE (rating of perceived exertion) scales for session RPE [J]. Int J Sports Physiol Perform, 2019, 14(7): 994-996.
- [5] 贾林, 张美华. 肝性脑病的定义、命名、诊断和定量标准修订方案的新进展[J]. 世界华人消化杂志, 2003, 11(12): 2008-2010.
JIA L, ZHANG M H. 肝性脑病的定义, 命名, 诊断和定量标准修订方案的新进展[J]. World Chin J Dig, 2003, 11(12): 2008-2010. (in Chinese)
- [6] 李汾香. 中西医结合治疗肝性脑病 57 例疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2010, 8(5): 626-627.
LI F X. Clinical observation on 57 cases of hepatic encephalopathy treated by combination of traditional Chinese and western medicine [J]. Chin J Integr Med Cardio /cerebrovascular Dis, 2010, 8(5): 626-627. (in Chinese)
- [7] 罗思. 中药灌肠方对慢加急性肝衰竭肝胆湿热证轻微型肝性脑病的临床观察[D]. 长沙: 湖南中医药大学, 2019.
- [8] 韦彩花, 赖美莹. 中药加米醋灌肠联合护理干预治疗肝性脑病的效果观察[J]. 当代护士(中旬刊), 2018, 25(9): 27-29.
WEI C H, LAI M Y. Observation on the effect of traditional Chinese medicine plus rice vinegar enema combined with nursing intervention on hepatic encephalopathy [J]. Today Nurse, 2018, 25(9): 27-29. (in Chinese)
- [9] 周学寻, 曾胜澜, 严惠萍, 等. 大黄煎剂保留灌肠辅助治疗肝性脑病的临床观察[J]. 广西中医药大学学报, 2022, 25(1): 12-16.
ZHOU X X, ZENG S L, YAN H P, et al. Retention enema therapy with rhubarb decoction in the adjuvant treatment of hepatic encephalopathy [J]. J Guangxi Univ Chin Med, 2022, 25(1): 12-16. (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。