

DOI: 10. 12209/CAIM202310090013

· 中西医结合临床案例 ·

改良中药热奄包治疗 1 例 重症急性胰腺炎合并肠梗阻的护理报告

戎璐¹, 王艳红², 刘亚波¹, 郭在强³

(1. 北京市丰台中西医结合医院 外二科, 北京, 100072;

2. 北京市丰台中西医结合医院 护理部, 北京, 100072;

3. 北京市丰台中西医结合医院 科教科, 北京, 100072)

摘要: 本文总结应用中药热奄包技术干预 1 例重症胰腺炎合并肠梗阻患者的护理经验。基于辨证施护, 应用中医特色技术——中药热奄包, 同时结合情志护理和饮食护理, 有效减轻患者腹痛, 缓解患者焦虑情绪, 提高患者生活质量。

关键词: 改良中药热奄包; 重症急性胰腺炎; 肠梗阻; 中医护理

Nursing report on a case of severe acute pancreatitis complicated with intestinal obstruction treated by improved Chinese medicine hot package technology

RONG Lu¹, WANG Yanhong², LIU Yabo¹, GUO Zaiqiang³

(1. Second Department of External Medicine, Beijing Fengtai Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Beijing 100072;

2. Nursing Department, Beijing Fengtai Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Beijing 100072;

3. Science and Education Department, Beijing Fengtai Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Beijing 100072)

ABSTRACT: This article summarized the nursing experience of a case of severe pancreatitis complicated with intestinal obstruction by using Traditional Chinese Medicine hot package technology. Based on dialectical nursing care, the TCM hot package technology, emotional care, and diet care were conducted. The patient's abdominal pain was effectively alleviated, the anxiety status was alleviated, and life quality was improved.

KEY WORDS: Improved Traditional Chinese Medicine hot package technology; severe acute pancreatitis; intestinal obstruction; Traditional Chinese Medicine nursing

重症急性胰腺炎 (Severe Acute Pancreatitis, SAP) 是常见的外科危重症之一, 指伴有全身和局部并发症的急性胰腺炎, 是一种病死率较高、并发症多、病情险恶的急腹症。患者易发生胰腺出血和坏死, 常继发感染、腹膜炎和休克等症^[1]。由于结肠靠近胰腺, 并且胰腺炎患者胰腺及胰腺周围存在大量促炎因子, 导致 SAP 患者容易受到促炎因子的影响, 从而引起肠道梗阻与麻痹^[2]。在过去的几十年间中, 人们生活习惯和饮食习惯

发生了巨大改变, 加上社会的发展导致人们压力的增大, SAP 的发病率在逐年增高。在我国引起 SAP 的主要原因包括: 肥胖、吸烟、酗酒、高脂血症、糖尿病、基因突变和胆结石等^[3]。SAP 的治疗包括抗生素的使用、急诊内镜逆行胰胆管造影、腹腔间隔室综合征的治疗、液体管理、镇痛镇静管理、器官功能支持、营养支持、局部并发症的管理、中医治疗等^[4]。中药热奄包治疗是我国传统的中医外治法, 简便易行, 绿色安全, 不依赖, 无创伤,

收稿日期: 2023-10-09

通信作者: 郭在强, E-mail: 1044637399@qq.com

OPEN ACCESS

www. case. jcme. net. cn

效果显著值,得进一步推广。

肠梗阻是外科常见的急腹症之一,发生的原因多种多样,易引起肠道麻痹或者堵塞,使肠内容物通过受到障碍,从而引起全身炎症综合征、大量体液流失、休克以及水、电解质和酸碱平衡失衡等全身病理改变。对于严重的肠梗阻患者以及高龄合并心肺功能不全者,有严重的生命安全隐患^[5,6]。

本科室于2022年2月收治1例重症急性胰腺炎合并肠梗阻患者,在常规治疗的基础上应用了中药热奄包技术治疗,现将护理经验报告如下。

1 临床资料

1.1 病史

患者男性,36岁,因“腹痛伴恶心、呕吐3天,加重3小时”于2022年2月14日08:07入院。现病史:患者3天前出现无明显诱因腹痛,疼痛部位为上腹部,间性胀痛伴食欲不振,恶心,呕吐,呕吐物为少量胃内容物,当时未来院就诊。3小时前腹痛加重,为全腹部持续性胀痛不缓解,无肩背部放射痛,反酸、烧心,无发热、腹泻等不适,遂就诊我院急诊外科。现为求系统诊疗,急诊科以“急性胰腺炎”收入我科。自本次发病以来,患者全腹痛剧烈,无法进食,可少量饮水。刻下症见:持续性全腹痛,伴有恶心,呕吐,反酸、烧心明显,无发热等不适,未排气排便。

既往史:患者否认1个月内新型冠状病毒感染,否认疫情中高风险地区旅居史,无发热患者接触病史。曾多次因“急性坏死性胰腺炎、腹腔感染、胰腺假性囊肿、胆囊结石、反流性食管炎”于我院住院保守治疗。2020年9月7日于我院行腹腔镜下胆囊切除术,手术顺利。既往诊断2型糖尿病史、高脂血症、反流性食管炎病史,间断口服药物治疗,血糖和血脂控制不佳。否认输血史、外伤史;否认肝炎和结核传染等病史;否认药物和食物过敏史;否认高血压、心脏病等病史。预防接种史随社会。

1.2 查体

患者入院时生命体征:体温(T)36.4℃,脉搏(P)70次/分,血压(BP)120/80 mm Hg,呼吸(R)20次/分。患者发育正常,营养不良,神清语利,痛苦面容。患者由家属搀扶进入病房,被动体位,配合查体,皮肤及巩膜无黄染。心率70次/分,律齐,心前区和各瓣膜区未听到杂音及其他心音;

双肺呼吸音正常,两肺广泛叩诊清音,未闻及干湿罗音。专科检查:痛苦面容,营养不良。腹部稍膨,腹壁无静脉曲张,无胃肠型及蠕动波,腹部右上象限可见陈旧手术瘢痕。全腹部压痛,腹肌紧张、反跳痛,肠鸣音减少,1~2次/分。中医四诊:①望:精神可,舌质淡红,舌苔薄白;②闻:呼吸顺畅,言语清晰,未闻及异味;③问:腹痛难忍;④切:脉弦滑。发病节气:立春。

1.3 辅助检查

2022年2月14日行上腹+下腹+盆腔CT平扫:急性胰腺炎;胰腺尾部及胃底部周围囊肿,考虑既往胰腺炎遗留假性囊肿;脂肪肝;胆囊切除术后状态;左肾结石;阑尾多发小粪石。高分辨肺CT-新:双肺CT未见明显异常。立位腹平片:上消化道排空延缓,不完全梗阻可能。尿淀粉酶:U-AMY 7773 U/L;血淀粉酶+脂肪酶:AMY 1288 U/L,LPS 812.8 U/L。血常规+C反应蛋白:WBC 18.8×10⁹/L, HGB 180 g/L, NEUT (%) 83.5%。

1.4 诊断及鉴别诊断

中医诊断:胰瘕;辨证分型:肝郁气滞证。西医诊断:重症急性胰腺炎。

本病当与肠痈鉴别。肠痈,患者多为转移性右下腹痛,伴发热。查体可见麦氏点压痛、反跳痛,伴结肠充气试验阳性。胰瘕,患者饮食不节,致肝胆、脾胃功能紊乱,气机升降失司,清升浊降障碍,气滞湿阻壅遏,瘀凝不通,郁久化热,湿热互搏中焦,中焦闭阻不通,故见腹痛。胃气上逆则恶心呕吐,热毒炽盛而致高热热结阳明而致痞满燥实。热毒内陷,伤阴损阳,正虚邪恋而后欠佳。患者青年男性,以“腹痛伴恶心、呕吐3天,加重3小时”为入院,符合中医“胰瘕”的范畴^[7]。

1.5 治疗

患者入院后给予外科护理常规,一级护理,禁食水。西医治疗:抗炎预防感染,止痛抑酸,营养支持为主。给予0.9%氯化钠注射液100 mL+注射用头孢哌酮舒巴坦钠3.75 g及奥硝唑氯化钠注射液0.5 g bid静脉滴注抗炎。给予0.9%氯化钠注射液100 mL+注射用奥美拉唑钠40 mg qd静脉滴注抑酸。给予患者盐酸曲马多氯化钠注射液100 mL bid静脉滴注止痛治疗。给予患者0.9%氯化钠注射液50 mL+注射用生长抑素3 mg,以4 mL/小时微量泵泵入。患者急性弥漫性腹膜炎,腹部体征明显,伴有恶心,呕吐,给予患者保留胃

管接负压吸引,缓解腹胀腹痛。无法经口进食,给予复方氨基酸、丙氨酰谷氨酰胺、葡萄糖等静脉营养支持。中医治则:疏肝理气,和胃通里。患者于入院后第三天给予患者中药热奄包技术治疗敷于腹部阿是穴,7天为一个疗程。

2月14日患者入院第1天给予留置胃管,引出胃液2000 mL,患者腹痛、腹胀明显;无排气、排便。

2月16日患者入院第3天,胃液1900 mL。腹痛、腹胀明显;无排气、排便。给予患者中药热奄包治疗,敷于腹部阿是穴。时间为20~30分钟,每日1到2次。

2月19日患者入院第6天、中药热奄包外敷第3天,胃液1500 mL,腹胀有所好转,腹痛较前减轻;无排气、排便。

2月20日患者入院第7天、中药热奄包外敷第4天,胃液1200 mL,腹胀有所好转;无排气、排便。

2月21日患者入院第8天、中药热奄包外敷第5天,胃液1000 mL,排气恢复无排便。

2月22日患者入院第9天、中药热奄包外敷第6天,胃液850 mL,患者排第一次便。

2月26日患者入院第12天、中药热奄包外敷第9天,患者拔除胃管。

2月28日尿淀粉酶:U-AMY 489 U/L;血淀粉酶AMY 60 U/L;血常规WBC $7.0 \times 10^9/L$;立位腹平片:结肠多发气液平面。

3月1日患者生命体征平稳,未诉不适,患者出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 生活质量评估

根据患者入院时的状态对患者进行综合评估。使用Barthel指数评定量表,通过进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大小便、如厕、床椅转移、平地行走、上下楼梯几方面对患者进行评估。患者腹部疼痛站立行走与上下楼梯需要部分帮助,评分为90分,属于轻度依赖。跌倒及坠床风险评估为2分,属于非高位。压疮风险评估为23分,属于非高危。

2.1.2 疼痛评估

患者腹痛,采用视觉模拟评分法(visual analogue scales,简称VAS)在纸上面画一条10 cm的

水平线,分成10等份。水平线一端是10,代表疼痛剧烈;另一端是0,代表无痛;中间部分表示疼痛的不同程度。让病人根据自我感觉在水平线上画一符号,表示疼痛的程度。0分:表示患者无痛;3分以下为轻度疼痛:表示患者有轻微疼痛,但可以忍受;4~6分为中度疼痛:表示患者疼痛明显并且影响睡眠,但仍可忍受;7~10分为重度疼痛:表示患者有强烈的疼痛,疼痛不能忍受,并且影响食欲及睡眠。此患者评分为8分,属于重度疼痛。

2.1.3 心理评估

患者曾因急性胰腺炎反复住院,受疾病影响,担心预后差,且自发病以来病情逐渐加重,疼痛加剧,产生心理负担和消极情绪,从而导致自我效能感降低及焦虑的发生。入院后采用自我感受负担量表(Self-perceived Burden Scale, SPBS)检查,包括情感负担、身体负担和经济负担三方面,采用5级计分法,共10个题目,总分10~50分。得分越高,自我感受负担越重。该患者得分为25分。此外,采用焦虑自评量表SAS进行评估:临界值为50,其中小于50为正常,50~59为轻度焦虑,60~69为中度焦虑,70为重度焦虑。该患者得分为62,属于中度焦虑。

2.2 护理诊断

根据患者体征和症状以及主诉,护理诊断如下:①疼痛,与胰腺周围组织炎症、水肿有关;②营养失调,低于机体需要量,与食欲不振,恶心呕吐有关;③活动无耐力,与频繁呕吐导致失水、电解质丢失有关;④焦虑和恐惧,与所患疾病、担心预后有关;⑤有体液不足的危险,与大量呕吐导致失水有关;⑥知识缺乏,缺乏有关本病的病因和预防知识;⑦有管路功能失效的危险,与管路堵塞或脱管有关。

2.3 护理计划

根据患者主诉及症状体征,制定如下护理计划:①提高Barthel指数评定量表评分,提高患者生活自理能力;②实施中医特色热奄包技术,缓解患者疼痛,降低VAS模拟量表评分;③实施情志护理,缓解患者焦虑情绪,降低SPBS量表和SAS量表评分;④做好生活护理及健康宣教,使患者身心健康地出院。

2.4 护理措施

2.4.1 中医特色护理

采用中医外治法——中药热奄包技术缓解患

者腹痛。中药热奄包是科内自拟方:甘草 100 g、大黄 100 g、木香 100 g、芒硝 100 g 四味中药组成。具体操作:①上述四味药材放入打药机打磨成细腻药粉,量约 400 克,装入专门的布袋。注意实施热奄包前要严格询问患者有无过敏史。②把制作好的中药热奄包放入微波炉加热,加热时间不宜过长,大火 3 分钟或小火 5 分钟即可,温度在 50 ~ 60 ℃ 之间。注意温度不宜过高,避免烫伤患者。③根据病人做 B 超或 CT 检查的结果或胰腺、假性囊肿或炎性水肿在腹部的投影部位,决定热奄包外敷的位置,该患者热敷阿是穴。选择棉质布料,透气性好,以单层薄型为宜,贴紧患者腹壁妥善固定,防止移位。患者平卧位时腹壁与热奄包接触更充分,效果更好。时间为 20 ~ 30 分钟,每日 1 到 2 次。④敷药过程中以及前后要严格观察患者外敷热奄包部位的皮肤有无红肿、起泡或破溃等现象,及时询问患者有无不适或不良反应。中药热奄包治疗,7 天为一个疗程,该患者共经过两个疗程的治疗。

2.4.2 常规护理

生活护理:每小时对患者进行一次巡视,密切观察患者病情有无虚弱、口渴、神志不清等失水症状,监测患者生命体征,按照医嘱准确计量出入量,并按照医嘱正确执行给药措施和护理措施。做好床单位的清洁,如有污染随时更换。嘱患者卧床休息,定期协助患者改变体位,采取弯腰、屈膝侧位缓解疼痛,必要时使用止痛药。每天观察并记录腹痛的部位、性质和程度以及发作的时间和频率。加床具保护,防止患者从床上摔下。下床时,应在家人陪同下穿防滑拖鞋,以免跌倒。留置胃管者做好健康宣教,避免胃管脱出。该患者护理前期禁食水,口渴时可含少量水漱口或湿润,口唇可涂抹润唇膏保护唇部皮肤,并做好口腔护理。

饮食护理:严格观察患者的营养状况。该患者前期需要严格禁食水,遵医嘱给予患者通过静脉滴注方式进行营养支持。患者病情稳定,血、尿淀粉酶恢复正常,可逐步进行饮水、流食、半流食、固体食物、正常饮食方向过渡;期间依然不可饮食辛辣刺激、生冷黏腻的食物。随着患者饮食逐步恢复,可进行高热量、高蛋白的饮食,确保患者饮食摄入能够保障康复需求,但仍不可食用油炸、油腻食物,避免饮酒,多食用果蔬避免便秘。

情志护理:①评估和记录患者的焦虑程度并

确定焦虑的来源。②向患者讲解疾病和胃肠减压相关知识以减轻其焦虑情绪。举例说明与患者合作的重要性,引用康复出院的相关案例,以解决患者的担忧。③以认真细致的工作态度,熟练的工作技术取得患者的信赖。④多与患者沟通,了解患者产生焦虑的原因,采取针对性的辅导措施,鼓励患者发现自身优点,树立战胜疾病的信心;多关心病人,尽量满足他们的合理要求。⑤患者情绪焦虑时,帮助患者转移注意力,指导患者合适的放松的方法,如听音乐,深呼吸。⑥允许家属陪护,鼓励视频探视;帮助家属和患者共同克服焦虑的心理。⑦为患者提供安静的环境,保证患者充足的睡眠。

2.5 护理评价

患者于使用中药热奄包治疗的第 3 天腹胀有所好转,腹痛较前减轻,无排气、排便;干预的第 4 天,腹痛有所好转,无排气、排便;干预的第 5 天,患者排气恢复,无排便;干预的第 6 天,患者排第一次便。VAS 模拟量表评分,疼痛评分由护理干预前的 8 分(重度疼痛)下降至 0 分(无疼痛)。

采用 Barthel 指数评定量表进行生活自理能力评价,该患者由护理干预前的 90 分(轻度依赖)上升到 100 分完全自理的状态。进行焦虑情绪评分,SPBS 量表评分从 25 分下降至 5 分;SAS 量表分数由 62 分(中度焦虑)下降至 40 分(无焦虑)。

患者 2 月 14 日化验结果:尿淀粉酶 U-AMY 7773 U/L;血淀粉酶 AMY 1288 U/L;血常规 WBC $18.8 \times 10^9/L$;至 2 月 28 日各指标恢复正常,尿淀粉酶 U-AMY 489 U/L;血淀粉酶 AMY 60 U/L;血常规 WBC $7.0 \times 10^9/L$ 。

3 结果和随访

患者对治疗后的效果非常满意,依从性良好;治疗过程中对疾病的病因及发展有了充分的了解。

于患者出院后的第 3 天、第 7 天以及第 14 天进行电话随访,询问患者有无不适症状,饮食及生活情况,是否定期复查。患者表示无不适症状,饮食及作息规律,已戒烟戒酒,有定期复查。随访时继续给予患者生活、饮食及心理辅导,再次嘱病人不适随诊。

4 讨论

SAP 作为一种特殊类型的急性胰腺炎,是一

种病因复杂的疾病。传统治疗胰腺炎是通过胃肠减压、禁食、抑制胃酸分泌、抗感染等一系列对症措施以减轻胃肠道损伤,从而在一定程度上避免病情的加重。此病例是通过中西医结合的方法,在传统治疗的基础上加入中医特色护理技术——中药热奄包技术。护理结果表明中药热奄包可有效促进患者胃肠功能的恢复,缩短排便排气时间,促进患者早日康复。该病例中使用的中药热奄包是科内自拟方:甘草 100 g、大黄 100 g、木香 100 g、芒硝 100 g。其中芒硝:软坚泻下、消肿止痛;大黄:泻下利胆、消炎镇痛;木香:行气健脾、疏肝利胆;甘草:缓和大黄、芒硝的泻下作用。有研究表明^[8],生大黄灌肠可以治疗重症急性胰腺炎,芒硝外敷治疗腹腔积液等疗效良好。大黄灌肠联合芒硝腹部外敷可有效缓解重症急性胰腺炎伴腹胀患者的临床症状,加速胃肠功能恢复,安全性高。但是,由于灌肠是一种侵入性操作,人们普遍不愿接受。此病例通过改良中药热奄包,将药物外敷于阿是穴,直达病所,促进胰腺周围渗出吸收,安全无创伤,相比灌肠方式,患者易接受。

现今我国医疗卫生水平正在不断提高,人们对医疗卫生水平的要求也越来越高。如何合理利用紧缺的卫生资源已成为中国医疗事业中一个非常重要的研究课题^[10]。此病例中所使用的中药热奄包技术加快了患者康复进程,缩短了患者的住院时间,降低了患者的住院费用,减轻了患者的经济负担,同时也节约了国家的医疗资源;此外,中药热奄包技术操作简单,医护人员更易上手。

需要指出的是,SAP的病因多样,中药热奄包仅针对于此个案病例有很好的疗效,但是否对治疗其他类型的胰腺炎有效,还有待更多的临床观察。中药热奄包的制作过程能否再简化,温度能否更精准,以及用药组方能否再细化等,均是需要今后研究的内容。作为中西医结合医院的护士,我们更应该努力学习中西医知识,以更好地服务于患者。

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] MATTA B, GOUGOL A, GAO X T, et al. World-wide variations in demographics, management, and outcomes of acute pancreatitis[J]. Clin Gastroenter-

ol Hepatol, 2020, 18(7): 1567-1575. e2.

[2] BANTER L R, MAATMAN T K, MCGUIRE S P, et al. Duodenal complications in necrotizing pancreatitis: challenges of an overlooked complication[J]. Am J Surg, 2021, 221(3): 589-593.

[3] 杜娟娟,李增晖,刘威,等. 急性胰腺炎病程的动态变化及影像学评价[J]. 国际医学放射学杂志, 2021, 44(3): 303-309.

DU J J, LI Z H, LIU W, et al. Dynamic course of acute pancreatitis and its imaging evaluation[J]. Int J Med Radiol, 2021, 44(3): 303-309. (in Chinese)

[4] 王国兴,肖红丽,任恩峰. 急性胰腺炎急诊诊断及治疗专家共识[J]. 临床肝胆病杂志, 2021, 37(5): 1034-1041.

WANG G X, XIAO H L, REN E F. Expert consensus on emergency diagnosis and treatment of acute pancreatitis [J]. J Clin Hepatol, 2021, 37(5): 1034-1041. (in Chinese)

[5] HIYOSHI Y, MUKAI T, NAGASAKI T, et al. Treatment outcome of laparoscopic surgery after self-expandable metallic stent insertion for obstructive colorectal cancer [J]. Int J Clin Oncol, 2021, 26(11): 2029-2036.

[6] 胡建昆,张维汉. 急性肠梗阻发病现状及病因分析[J]. 中国实用外科杂志, 2019, 39(12): 1269-1272.

HU J K, ZHANG W H. The Current status and causes of acute intestinal obstruction [J]. Chin J Pract Surg, 2019, 39(12): 1269-1272. (in Chinese)

[7] 戚亚婷,张玉峰,张依,等. 急性胰腺炎中医治疗研究进展[J]. 中国中医药现代远程教育, 2020, 18(24): 145-147.

QI Y T, ZHANG Y F, ZHANG Y, et al. Research progress on traditional Chinese medicine in the treatment of acute pancreatitis [J]. Chin Med Mod Distance Educ China, 2020, 18(24): 145-147. (in Chinese)

[8] 李斌杰,周晓芳,黄自冲. 生大黄灌肠联合芒硝外敷辅助治疗急性胰腺炎的临床研究[J]. 湖北中医杂志, 2022, 44(4): 13-16.

LI B J, ZHOU X F, HUANG Z C. Clinical study of rhubarb enema combined with mirabilite external application in adjuvant treatment of acute pancreatitis [J]. Hubei J Tradit Chin Med, 2022, 44(4): 13-16. (in Chinese)

[9] 肖爱荣. 生大黄保留灌肠联合生长抑素治疗急性胰腺炎效果观察[J]. 武警后勤学院学报(医学版), 2020, 29(2): 16-18, 23.

- XIAO A R. Study of raw rhubarb retention enema combined with somatostatin in the treatment of acute pancreatitis[J]. J Logist Univ PAP Med Sci, 2020, 29(2): 16-18, 23. (in Chinese)
- [10] 徐志浩, 蒋理添. 基于药物经济学的卫生决策应用[J]. 现代养生, 2021, 21(24): 121-123.
- XU Z H, JIANG L T. Application of health decision-making based on pharmacoeconomics [J]. Heath Prot Promot, 2021, 21(24): 121-123. (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。