

DOI: 10.12209/CAIM202310150040

· 中西医结合临床案例 ·

应用中医适宜技术治疗 1 例 老年重症胃肠功能障碍患者的护理

李学艳¹, 刘书华¹, 裴晓璐²

(1. 首都医科大学附属北京中医医院 重症医学科, 北京 100010;

2. 首都医科大学附属北京中医医院 护理部, 北京 100010)

摘要: 本文总结 1 例应用中医适宜技术治疗老年重症胃肠功能障碍患者的护理体会。针对本例患者实际情况制定“筛查—评定—干预—监测”肠内营养支持护理, 予中医适宜技术(耳穴压丸、足三里穴位注射和艾灸)及相关个性化护理措施。经治疗, 明显改善患者胃肠功能障碍及并发症, 有效促进患者恢复。

关键词: 胃肠功能障碍; 耳穴压丸; 穴位注射; 艾灸; 中医护理

Nursing of an elderly patient with severe gastrointestinal dysfunction treated with appropriate technology of traditional Chinese medicine

LI Xueyan¹, LIU Shuhua¹, PEI Xiaolu²

(1. Department of Critical Care Medicine, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University, Beijing 100010;

2. Department of Nursing, Beijing Traditional Chinese Medicine Hospital, Capital Medical University, Beijing 100010)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of an elderly patient with severe gastrointestinal dysfunction treated with appropriate technology of traditional Chinese medicine. According to the actual situation of this patient, the "screening-assessment-intervention-monitoring" enteral nutrition support nursing was formulated, and the appropriate TCM techniques (auricular pressure pills, Zusanli acupoint injection and moxibustion) and related personalized nursing measures were given. After treatment, the gastrointestinal dysfunction and complications of patients were significantly improved, and the recovery of patients was effectively promoted.

KEY WORDS: gastrointestinal dysfunction; auricular acupoint pressing pills; point injection; moxibustion; Traditional Chinese Medicine nursing

老年重症患者最常见的并发症之一是胃肠功能障碍, 重症患者胃肠运动功能障碍率高达 60%^[1]。急性胃肠损伤分级 (Acute Gastrointestinal Injury, AGI)^[2] 是 2012 年由欧洲危重症医学会 (European Society of Intensive Care Medicine, ESICM) 主要依据胃出血、胃潴留、腹泻、腹内高压、肠梗阻等症状及体征提出, 以指导实施肠内营养及评估预后^[3]。急性胃肠损伤患者胃肠道黏膜受损, 易出现缺血缺氧情况, 屏障功能损伤, 一定程度上可加速脓毒症及其他综合征进程^[4-5]。急性胃肠功能障碍在危重症患者中占据 27%~54%^[6]。由此, 积极改善胃肠功能

异常尤为重要^[7]。目前临床上对于急性胃肠损伤主要集中在药物治疗方面, 但药物存在副作用, 可加重患者胃肠不耐受程度。我科于 2022 年 9 月收治 1 例老年重症胃肠功能障碍患者, 患者 AGI 分级 II 级, 计划采用“筛查—评定—干预—监测”肠内营养支持护理, 予中医适宜技术及个性化管理。经治疗, 患者胃肠功能障碍的症状缓解, 患者 AGI 分级降为 0 级, 现将护理经验报告如下。

1 临床资料

患者男性, 79 岁, 身高 178 cm, 体重 55 kg,

收稿日期: 2023-10-15

OPEN ACCESS

www.case.jcme.net.cn

BMI 17.4 kg/m²。患者 10 余日前家中摔倒,右髋部疼痛未行诊治予卧床休息,逐渐出现纳差,喉中痰鸣,痰量较多,未重视。1 周前出现嗜睡,张口呼吸,喉中痰鸣,体温(T) 38.3℃,就诊于我院急诊。血压(BP) 104/61 mm Hg,血氧饱和度(SpO₂) 80%，“重症肺炎,脓毒症,脓毒症休克”,意识较前改善,发热咳嗽喘较前有所缓解。1 d 前出现喘症较前加重,血氧下降,喉中痰鸣,无创呼吸机辅助通气,应用万古霉素 0.5 g,抗感染,不排除急性肺栓塞,应用克赛 4000 IU,抗凝,为进一步诊治于 2022 年 9 月 8 日由急诊收入院。入院症见:体温(T) 39.6℃,嗜睡,间断喘憋,咳嗽咳痰,痰多,色黄白,质黏稠。暂禁食,留置胃管,肠内营养液鼻饲,抑酸护胃,预防消化道出血洛赛克 40 mg,静点。辨病为肺炎喘嗽,辨证为痰浊内蕴证。静点参麦注射液益气养阴;予中药方剂治以宣肺化痰;予耳穴压丸以清肺、化痰、通腑。

2 护理

2.1 护理评估

腹式呼吸,腹部叩诊鼓音,肠鸣音弱,2 次/min。本例患者 ADL 日常生活量表评分 0 分,Braden 压疮风险评估量表 12 分,AGI 急性胃肠损伤分级 II 级,NRS2002 营养风险 3 分;实验室检查:白蛋白 23.6 g/L,血红蛋白 104 g/L。

2.2 护理过程

入院后,鼻饲短肽的百普力营养液,20 mL/h,予耳穴压丸调整脾肾功能;入院第 3 天,百普力逐渐调至 40 mL/h,大便 5 次/d,喂养不耐受;第 5 天,调整喂养方案,百普力换成瑞能 50 mL/h;第 7 天,3 d 无大便,日间胃液量增加 250 mL/d,腹胀,血钾 3.3 mmol/L;第 9 天,营养液速度调整,补钾,双足三里穴位注射新斯的明,日间胃液量减少,大便次数及量正常;第 12 天,夜间胃液增加,会暂停营养液鼻饲,后继续输注,未减鼻饲速度;第 14 天,胃液量多,大便次数多,血钾 3.2 mmol/L,除补钾,穴位注射外,增加中脘、神阙、气海穴艾灸治疗;第 18 天,胃液量,大便次数及量均减少,20 点及 2 点胃液量在 150 mL 左右,予枸橼酸莫沙必利片 5 mg,管饲,3 次/d。第 21 天,胃液量减少,20 点及 2 点胃液仍在 100 mL 至 150 mL 左右,与主管医生协商调整枸橼酸莫沙必利片 5 mg 末次管饲时间。第 28 天,患者胃液量及大便次数及量趋于正常,白蛋白由入院时 23.6 g/L 升至 35.8 g/L。

2.3 护理措施

2.3.1 营养支持护理

喂养目标量应用“筛查—评定—干预—监测”的肠内营养工作流程,患者入科时 NRS2002 营养风险评估为 3 分,存在营养不良的风险,需要进行营养干预。根据患者炎症状态、能量代谢、营养吸收及合成消耗等因素,制定个体化的营养治疗方案。每周对患者人进行营养评估 1 次,关注白蛋白和血红蛋白情况,根据患者营养情况,调整营养治疗方案。实施肠内营养过程中评估使用合适的营养制剂,做好肠内营养制剂的温度、速度、浓度、清洁度及患者卧床时床头 30°~45°体位角度和舒适度的“六度”和“四防”(防堵管、防返流、防误吸、防脱管)的管理。使用肠内营养专用泵,输注营养液前后均用 30 mL 温开水脉冲式冲洗管道,输注期间每 2 h~4 h 冲管一次预防堵管。持续监测患者腹部症状及胃潴留量,根据患者个人情况使用促胃肠动力药。

2.3.2 个性化护理

针对患者实际情况实施个性化护理。护士在护理患者过程中,仔细观察发现,夜间尤其是凌晨 2 点,患者胃液残余量在 150 mL 左右。通过与患者主管医生沟通后,调整胃肠动力药晚上喂药时间,由 16 点推迟到 22 点后,夜间 2 点胃液明显减少。

2.3.3 中医特色护理

2.3.3.1 耳穴贴压:患者取侧卧位,用 75% 的医用酒精消毒患者耳廓。选穴取肺、大肠、心、神门穴位。用镊子将王不留行籽贴于一侧耳所选的穴位上,全部耳贴贴好后,使用拇指和食指指腹相对用力逐个按压耳穴,力度由轻到重,使患者产生酸、痛、胀感,以耳廓微红有发热感为宜。每天按压 3 次~5 次,每个穴位按压 1 min~2 min。从第 1 天开始耳穴贴压,3 d 更换一次,每 3 次为一个疗程,连续治疗 3 个疗程。

2.3.3.2 穴位注射:对足三里穴位进行消毒,使用一次性 1 mL 无菌注射器抽取新斯的明注射液(上海信谊金朱药业有限公司,国药准字 310227720,规格:1 mg/2 mL),行双侧足三里注射,每次每侧 0.5 mg/1 mL,垂直刺入穴位 2.1 cm~2.5 cm,轻轻上下提插,待患者有麻酸胀感觉时,将药液缓慢注入后立即拔针,拔针后轻柔按压注射部位 5 s~10 s。1 次/d,连续治疗 3 d。

2.3.3.3 艾灸:病人取仰卧位,使用灸材、灸桶、固

定装置、固定胶贴组成,在灸桶插入艾条并点燃,置于患者腹部,对准中脘、神阙、气海穴位,艾灸 20 min/次,每日上午 1 次。操作期间注意保暖,观察患者皮肤颜色变化,并询问患者自主感觉,避免烫伤。

2.4 结局与转归

患者已于 2022 年 10 月 13 日出院。通过采用“筛查—评定—干预—监测”肠内营养支持护理、中医适宜技术及个性化管理后,患者胃肠功能障碍症状改善,肠鸣音正常,4 次/min,AGI 转为 0 级,白蛋白由入院时 23.6 g/L 升至 35.8 g/L,血红蛋白浓度由入院时 104 g/L 升至 110 g/L。

3 讨论

肠内营养因其在促进肠道蠕动、维持肠道屏障功能、调节肠道微生态、改善重症患者机体营养状况及降低感染性并发症等方面的优势,是住院重症患者营养支持治疗的首选途径之一^[8-9]。然而,肠内营养实施过程中,33.0%~65.7% 的患者会出现喂养不耐受可阻碍肠内营养的实,延迟重症患者达成目标喂养量,造成患者摄入不足,延长 ICU 住院时间及机械通气时间,增加医疗费用,不利于患者预后,严重者甚至导致死亡。胃肠黏膜缺血再灌注,对胃肠功能存在很大影响,常表现为胃潴留、腹内高压等。临床常通过 AGI 分级反映患者病情和预后情况。《黄帝内经》记载:“有胃气则生,无胃气则死”,中医学认为肾为先天之本,脾为后天之本,现认为胃肠功能受损发生原因与患者年龄、心态、疾病本身及手术创伤等有关,易导致正气消耗、气血两亏。中医学者一般认为胃肠功能受损表现为阴阳两虚或气血亏虚,所有的生命活动都有赖于后天脾胃摄入的营养物质,脾主运化,脾运化水谷精微功能旺盛,则机体消化吸收功能才能健全,才能为化生精、气、血、津液提供足够原料,濡润脏腑、经络、四肢百骸、筋肉、皮毛等组织。胃肠道疾患尤其是慢性胃肠病以虚证较为多见。

耳穴压丸通过多个系统,如内分泌、自主神经、丘脑等发挥调节作用,也可通过丘脑—垂体系统发挥调节作用,刺激机体非特异性防御反应,改善免疫功能,促进机体恢复。选取肺、大肠、心、神门穴位,具有清肺、化痰、通腑作用,配合按压神门安神镇静、缓解焦虑、止痛的作用。穴位注射是融合中医针刺和药物干预的中医外治疗法,足三里

穴位于足阳明胃经合穴,注射前先用注射器针头刺激足三里,发挥调理脾胃、扶正培元、通经活络的效果,利用该穴位的亲和性,对穴位的刺激利用药物的靶向作用,注射新斯的明药物后能通过神经、体液、内分泌等机制调节肠道功能,缩短见效所需时间,药物药理作用与穴位治疗功效相结合^[10]。新斯的明药物与胆碱酯酶结合,使胆碱酯酶失活,促进胃肠道平滑肌收缩蠕动,可使结肠内容物排出,防止肠道细菌移位,加强胃肠道蠕动改善危重症患者胃肠功能障碍,达到保护胃肠道功能,减少毒素摄入,抑制机体炎症反应及氧化损伤。艾灸选取的穴位为中脘、神阙、气海,施灸后均具有调理脾胃、温阳止泻等作用。其中,神阙穴位于脐中,生命之根蒂与十二经脉相连,和五脏六腑相通调治疾病的主要气穴,具有温通元气、运肠胃气机、化寒湿积滞之功,神阙穴与消化器官位置邻近,艾灸能激发各经络,经气血流通而循行于五脏六腑、四肢百骸、五官九窍,发挥治疗作用。艾灸以温阳救里,有胃气则生,无胃气则死,则当救里,用灸法以恢复身体机能^[11];通过温热刺激推动气血在血液中运行,使阳气得温,继而布散全身,达到温补脏腑的作用。

针对本例患者特点采取耳穴贴丸、足三里穴位注射、艾灸治疗等中医适宜技术,操作简便、疗效显著、安全性高、费用低廉、副作用少,易于患者接受的特点。通过“筛查—评定—干预—监测”肠内营养支持,有助于改善老年重症住院患者的营养状况和生活质量^[12],保证其全量性喂养,加速康复。护理人员通过直接评估反映胃肠功能的指标如肠鸣音、胃潴留、便秘以及腹泻等胃肠道症状或体征,进行分级评定,有益于精准实施防治措施。护理人员及时有效观察及沟通,动态观察记录患者胃液情况,并与医生及时沟通后调整治疗方案,体现护士对患者病情观察、分析能力,提高护士职业自豪感与幸福感,从而促进护理事业发展。

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] 亚洲急危重症协会中国腹腔重症协作组,蒋正英,常志刚,等.重症病人胃肠功能障碍肠内营养专家共识(2021版)[J].中华消化外科杂志,2021(11):1123-1136.

- Asian Association of Acute and Critical Care, Chinese Abdominal Critical Care Collaboration Group, JIANGZ Y, CHANGZ G, et al. Expert consensus on enteral nutrition for gastrointestinal dysfunction in critically ill patients (2021 edition) [J]. *Chin J Dig Surg*, 2021(11): 1123–1136. (in Chinese)
- [2] 马晓春. 欧洲危重病学会(2012)急性胃肠损伤共识解读[J]. *临床外科杂志*, 2013(3): 159–161.
MA X C. Interpretation of the European Society of Critical Care Medicine (2012) consensus on acute gastrointestinal injury [J]. *J Clin Surg*, 2013(3): 159–161. (in Chinese)
- [3] REINTAM BLASER A, MALBRAIN M L N G, STARKOPF J, et al. Gastrointestinal function in intensive care patients: terminology, definitions and management. Recommendations of the ESICM Working Group on Abdominal Problems [J]. *Intensive Care Med*, 2012, 38(3): 384–394.
- [4] KUMAR P, WANG P C, TUDOR G, et al. Evaluation of plasma biomarker utility for the gastrointestinal acute radiation syndrome in non-human Primates after partial body irradiation with minimal bone marrow sparing through correlation with tissue and histological analyses [J]. *Health Phys*, 2020, 119(5): 594–603.
- [5] VELAZQUEZ N, FANTUS R J, FANTUS R J, et al. Blunt trauma pelvic fracture-associated genitourinary and concomitant lower gastrointestinal injury: incidence, morbidity, and mortality [J]. *World J Urol*, 2020, 38(1): 231–238.
- [6] HUANG W L, YU J S, LIU T, et al. Proteomic evaluation of the natural history of the acute radiation syndrome of the gastrointestinal tract in a non-human primate model of partial-body irradiation with minimal bone marrow sparing includes dysregulation of the retinoid pathway [J]. *Health Phys*, 2020, 119(5): 604–620.
- [7] FU W P, HU Z H, ZHOU X M, et al. Establishment and evaluation of a prediction model for acute gastrointestinal injury in patients with prolonged disorder of consciousness [J]. *BMC Gastroenterol*, 2022, 22(1): 440.
- [8] WANG K L, MCILROY K, PLANK L D, et al. Prevalence, outcomes, and management of enteral tube feeding intolerance: a retrospective cohort study in a tertiary center [J]. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 2017, 41(6): 959–967.
- [9] GUNGABISSOON U, HACQUOIL K, BAINS C, et al. Prevalence, risk factors, clinical consequences, and treatment of enteral feed intolerance during critical illness [J]. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 2015, 39(4): 441–448.
- [10] 周元, 徐鹏. 穴位注射联合半夏泻心汤治疗胃肠功能紊乱 96 例 [J]. *中医临床研究*, 2016, 8(29): 84–86.
ZHOU Y, XU P. Treating 96 cases of gastrointestinal disturbances by acupoint injection plus the Banxia Xiexin Decoction [J]. *Clin J Chin Med*, 2016, 8(29): 84–86. (in Chinese)
- [11] 贾璐, 姜婧, 肖雅霖, 等. 《黄帝内经》胃气理论内涵及其对中医护理的指导作用 [J]. *湖南中医药大学学报*, 2023, 43(10): 1902–1905.
JIA L, JIANG J, XIAO Y L, et al. Connotation of stomach qi theory in Huang Di Nei Jing (Huangdi's Inner Classic) and its guidance on TCM nursing [J]. *J Hunan Univ Chin Med*, 2023, 43(10): 1902–1905. (in Chinese)
- [12] 刘彩云, 杜红娣, 李薇, 等. 基于临床护理路径的营养支持对阿尔茨海默病老年住院患者营养状况和生活质量的影响 [J]. *中华临床营养杂志*, 2019, 27(5): 287–292.
LIU C Y, DU H D, LI W, et al. Effect of nutritional support based on clinical nursing pathway on nutritional status and quality of life among elderly inpatients with Alzheimer disease [J]. *Chin J Clin Nutr*, 2019, 27(5): 287–292. (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。