

DOI: 10.12209/CAIM202312140001

· 中西医结合临床案例 ·

中医调肠治疗 1 例全身炎症反应综合征患者的护理

李 媛, 房 丽, 马琳琳

(中国中医科学院西苑医院 急诊科, 北京 100091)

摘要: 本文总结 1 例全身炎症反应综合征肠功能障碍患者的中医调肠护理经验。护理要点包括参照四证四法辨治理论, 根据“辨体—辨病—辨证”三维辨证施护模式, 科学辨别患者体质、病位、证型, 辨证施护, 证法对应, 制定中医调肠护理方案。总体治疗分 3 个阶段施治施护, 实施中医适宜技术。经过 45 d 治疗后, 患者发热、咳嗽症状好转, 危重症评分从 18 分降至 13 分, 肠功能障碍评分从 4 分降至 1 分, 患者病情平稳, 顺利出院。

关键词: 全身炎症反应综合征; “辨体—辨病—辨证”三维辨证; 中医调肠; 护理

Nursing care of a patient with systemic inflammatory response syndrome treated with TCM bowel modulation

LI Yuan, FANG Li, MA Linlin

(Department of Emergency, Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100091)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of traditional Chinese medicine bowel adjustment in a patient with systemic inflammatory response syndrome with intestinal dysfunction. The key points of nursing included the reference to the theory of four syndromes and four methods of differentiation and treatment, according to the three-dimensional syndrome differentiation nursing model of "body identification-disease identification-syndrome differentiation", scientific identification of the patient's constitution, disease location and syndrome type, syndrome differentiation nursing, and the correspondence of syndrome and method, and the formulation of traditional Chinese medicine bowel adjustment nursing plan. The overall treatment was divided into three stages, and the appropriate technology of traditional Chinese medicine was implemented. After 45 days of treatment, the symptoms of fever and cough were improved, the critical illness score decreased from 18 to 13, and the intestinal dysfunction score decreased from 4 to 1. The patient's condition was stable and he was discharged smoothly.

KEY WORDS: systemic inflammatory response syndrome; The three-dimensional syndrome differentiation of "entity identification-disease identification-syndrome differentiation"; TCM regulating the intestine; nursing care

全身炎症反应综合征(systemic inflammatory response syndrome, SIRS)是机体对感染、手术、创伤等有害刺激的防御反应,当抗炎与促炎因子平衡被破坏时可引起炎症级联反应,导致器官损害,甚至引起死亡^[1]。SIRS 在重症监护病房(ICU)的发生率为 52%~71.3%,尤其多见于外科 ICU 患者,其病死率为 7%~26.5%^[2]。研究发现,应激状态下肠道可调节机体内环境稳定和全身炎症反应,肠道病变是促发 SIRS 失控的重要病理环节,保护肠黏膜屏障功能,恢复胃肠道功能,

可防止全身炎症失控及致死性靶器官损伤,有效阻止 SIRS 病情恶化发展,因此维持 SIRS 患者肠屏障功能的完整性将有利于防止其向多器官功能衰竭发展,提高患者生存率^[3]。目前国内外针对 SIRS 的研究,主要涉及机制和治疗等方面,有关护理模式的研究较少,尽管中医在治疗 SIRS 方面取得了一定的效果,但肠功能障碍的中医护理干预方案仍有待进一步完善。我们在既往中医调肠法^[4]研究的基础上,参照四证四法辨治理论,即热毒证清热解毒法、血瘀证活血化瘀法、腑气不通证

收稿日期:2023-12-14

通信作者:房丽, E-mail: fanglifly1005@163.com

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

通里攻下法、急性虚证扶正固脱法^[5],结合“辨体—辨病—辨证”三维辨证施护模式,形成干预SIRS肠功能障碍的中医调肠护理方案,现将护理经验报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性,88岁,1周前无明显诱因出现发热,最高体温达39℃,咳嗽、喘憋伴乏力,于家中对症处理后症状未见明显好转。4d前,患者出现吞咽困难,于2022年12月6日就诊于我院急诊。入院症见:痴呆貌,发热,气喘,咳白色黏痰,纳眠差,排便困难,需口服麻仁润肠丸或乳果糖辅助通便。入院后完善体格检查:体温(T)38.5℃,脉搏(P)102次/min,呼吸(R)28次/min,血压(BP)165/80 mm Hg;患者痴呆貌,长期卧床,无法自主翻身移动,留置胃尿管。辅助检查:白细胞计数14.68×10⁹/L,C反应蛋白:143.43 mg/L,D-二聚

体50.11 mg/L;新冠核酸(+);螺旋CT全结肠平扫:结直肠内容物较多;螺旋CT胸部平扫:双肺感染。中医诊断:风温病;辨证分型:痰热壅肺证;西医诊断:全身炎症反应综合征。

1.2 治疗与转归

西医治疗予降温、控制感染、止咳平喘、化痰、氧疗、营养支持;中医治疗以清热解毒、通腑泄下、活血化瘀、扶正固本为主。经过45d治疗后,患者病情平稳,各项生命体征平稳,已于2023年2月5日顺利出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 发热及咳嗽评估

患者呈发热、咳嗽状态入院,根据肺炎咳嗽中医护理方案评价量表中发热和咳嗽的症状评估,患者入院治疗前评分为8分,详见表1。

表1 肺炎咳嗽中医护理方案评价量表

症状	无(0分)	轻度(2分)	中度(4分)	重度(6分)
发热	无	体温37.3℃~38℃	体温38.1℃~39℃	体温39.1℃以上
咳嗽	无	咳嗽较轻,能耐受,间歇性,可正常入眠	咳嗽呈阵发性连声咳,夜晚及晨起加重,影响休息,间断睡眠,雾化药或雾化吸入才缓解	咳嗽剧烈,呈阵发性连声咳,或持续性剧烈咳嗽,夜不能寐,服药或雾化吸入不缓解

2.1.2 病情评估

急性生理与慢性健康评分(Acute Physiology and ChronicHealth Evaluation, APACHE II)被广泛用于危重症患者的病情分类和预后的预测,它可对患者的病情做出定量的评价,分值越高,表示病情越重,预后越差,病死率越高。患者入院APACHE II评分18分,病情分类为重症。

2.1.3 “辨体—辨病—辨证”三维辨证

中医四诊评估:患者舌体红,舌形胖,舌苔黄厚;脉浮数;燥热不安,易发火;畏寒肢冷,气短懒语,抑郁不欢;出热汗,手心烦热;怕冷,手脚发凉;面色赭红,面部绛色。判定患者体质为阴阳两虚。患者年老体衰,脏腑亏损。肾气不足,外邪入侵,首先伤到肺,同时肾不纳气,导致患者肺气上逆,出现咳嗽喘息的症状。同时肺的肃降功能也受到一定的损伤,肺病及脾,脾失健运,脾生痰,导致痰浊上行,出现咳痰症状。中医辨证为痰热壅肺证。患者正气虚于一时,邪气突然爆发,导致正虚毒损,经脉闭阻,脏腑功能失调。毒邪入侵,热毒炙盛,以致气机不利,湿浊中阻,气滞血瘀,腑气不通。中医治疗SIRS应以清热解毒、通腑泻下、活

血化瘀、扶正祛邪为主。《黄帝内经》中也指出“肺与大肠相表里”,因此可尝试通过中药调肠护理,在促进胃肠功能恢复的同时,减轻肺部感染症状。

2.1.4 肠功能障碍评估

根据肠功能障碍评分表,患者入院肠功能评分为4分,详见表2。

表2 肠功能障碍评分

症状	得分
肠鸣音无减弱,且排便正常	0分
肠鸣音减弱或消失,且无自主排便	1分
肠鸣音减弱或消失,且口服泻药后仍无自主排便	2分
肠鸣音减弱或消失,且灌肠后仍无自主排便	3分
肠鸣音减弱或消失,且用过各种通便方法后仍无自主排便	4分

2.1.5 心理状态评估

患者入院时情绪不稳定,根据汉密尔顿焦虑量表(HAMA),患者有明显焦虑,评分为26分。其中,严重焦虑,总分超过29分;有明显焦虑,总分超过21分;肯定有焦虑,总分超过14分;可能有焦虑,总分超过7分;总分小于6分,没有焦虑。

2.2 护理诊断

结合患者发热,气喘,咳嗽咳痰,排便困难等

临床症状,护理诊断包括:①发热与风热袭表,阴阳失调,脏腑功能失调有关;②咳嗽咳痰与邪气犯肺、痰热壅肺、肺失肃降有关;③肠功能障碍与毒邪乘虚侵袭,胃肠瘀血阻络,气机逆乱,升降失和有关;④焦虑与缺少家属陪伴、缺乏疾病相关知识有关。

2.3 护理计划

针对患者存在的护理问题,采取有效措施,使患者住院期间临床不适症状有效缓解。

2.4 护理措施

2.4.1 发热护理

遵医嘱物理降温,静脉输注抗炎、清热解毒药物,观察记录药物效果。遵医嘱予患者中药麻黄桂枝汤鼻饲注入发汗解表,温服解表药后给予温水或温流食,以助汗出。同时注意患者避风取暖,加盖被物,观看患者发汗情况,以微汗热退为度。

2.4.2 气道护理

观察病人痰液的颜色、性质、量,以及干、湿啰音和痰鸣音的变化;予患者定时翻身叩背,日间2 h一次,夜间4 h一次,排出气道深部痰液,患者自主排痰困难时,予及时吸痰,以祛痰祛瘀。用药护理:超声雾化稀释痰液,促进痰液排出;静脉输入清热化痰止咳药物,观察药物疗效。俯卧位通气护理:患者CT提示重力区炎症更明显,予俯卧位通气护理,帮助患者塌陷的肺泡复张、改善通气血流比及呼吸系统的顺应性。实施过程中,注意监测生命体征,及时清理气道痰液及口鼻腔分泌物,保持呼吸道通畅;妥善固定各管道,防止管道屈曲、打折、脱管。予患者中药口腔护理,预防口腔感染。

2.4.3 中医调肠护理

SIRS I期为全身感染或脓毒症期,李淑芳等^[6]从“毒、热、瘀、虚”4个方面认识其病因病机:“毒”包括外来之毒及内生之毒;“热”是重要的病机特点,“热”和“毒”往往并提;“瘀血内结”为关键病机,既是疾病发展中的病理产物,也是影响疾病预后的主要因素;正气虚是本病发生的内在因素。王今达等将脓毒症病机概括为邪毒入侵后出现正邪交争,随之邪毒壅盛,瘀血阻滞,腑气不通,正气耗伤而正虚邪实,故在辨证上以毒热证、腑气不通证、血瘀证、急性虚证划分脓毒症,谓之“四证四法”,当分别以清热解毒、通腑泄下、活血化瘀、扶正固本治之,为目前临床指南推荐。结合本案例,制定中医调肠护理方案,分为三个阶段:第一阶

段,清热解毒、通腑泄下,中医护理技术为中药灌肠、穴位贴敷;第二阶段,活血化瘀,中医护理技术为中药热奄包、中药膏摩;第三阶段,扶正固本,中医护理技术为皮内针。

2.4.3.1 中医调肠护理第一阶段:清热解毒、通腑泄下,中医护理技术为穴位贴敷、中药灌肠。穴位贴敷将大黄、芒硝、枳实、厚朴、生地、当归按照1:5:2:2:2:3比例研磨成粉,以醋汁调和,凡士林塑形,制成直径3 cm左右的圆形面饼,将面饼固定在有黏性的敷料上,清洁神阙穴,将面饼覆盖其上,作用时间4 h~6 h/d,1次/d,连续贴敷25 d。穴位贴敷疗法作用于机体腧穴表皮,药物透过皮肤,经经络传导吸收,促进胃肠蠕动。神阙为任脉之要穴,有理气和胃、调节肠道之功。穴位贴敷药物成分作用,具体包括:大黄泻下攻积、清热泻火、凉血解毒;芒硝泄下通便、润燥软坚;枳实破气消积,止泻通便;厚朴行气通腑健脾;生地清热生津、润肠通便;当归润燥滑肠;诸药合用,共奏行气消胀通便之效^[7]。

中药灌肠是用中药煎剂从肛门灌入,保留在直肠和结肠内,通过肠道黏膜吸收,达到治疗疾病的目的。本案例中选用承气汤类方,以泻火排毒退热。基本方:生大黄15 g,芒硝10 g,枳实、厚朴各30 g,加水500 mL煎液至200 mL,降温至39℃予保留灌肠,1次/d,连续灌肠7 d。

2.4.3.2 中医调肠护理第二阶段:活血化瘀,中医护理技术为中医膏摩、中药热奄包。中药膏摩技术是将治疗腹胀的中药膏涂于加热的砭石上,在腹部进行推摩,刺激腹部经络穴位,通经温络,调畅肠道气机以行气导滞,行气通血通便。选取气海、天枢、中脘、神阙、关元等穴进行推摩,5次/周,连续治疗3周。气海穴扶正补虚,温阳益气;天枢穴调理脾胃,通大肠之腑气;中脘和胃健脾,降逆利水;神阙补气调气,通大肠之腹气而通便;关元又可促进小肠对营养物质的吸收,增强胃肠道功能^[8]。

中药热奄包内中药材主要由莱菔子、白芥子、紫苏子、吴茱萸、小茴香、粗盐各50 g组成。其中,紫苏子行气通便;莱菔子消食除胀行气;白芥子止痛通络、散寒温中;小茴香行气止痛、和胃理气,有芳香走窜功效,使血管扩张,药物渗透至肠腔,刺激肠壁收缩,促进肠蠕动恢复;吴茱萸疏肝和胃、降逆止呕;粗盐软坚散结、引药下行^[9]。上述中药材以棉布包成25 cm×20 cm的长方形,恒温箱加

热至适合温度,后将中药包隔单层衣物置于患者腹部穴位之上,可覆盖患者中脘、神阙、气海、天枢穴位,热敷 30 min,2 次/d,连续治疗 14 d。

2.4.3.3 中医调肠护理第三阶段:扶正固本,中医护理技术为皮内针疗法。选取穴位气海、关元、天枢、足三里、三阴交,予酒精消毒腧穴表皮后,将皮内针刺入并固定于腧穴部位的皮内,3 d~4 d 更换 1 次,共更换 5 次。通过长时间刺激皮部及腧穴,直接激发经络穴位的免疫功能,通过留针对经络气血产生持久稳定的刺激,激发人体正气。选取穴位气海可益气健脾,关元泌别清浊、通利二便,天枢疏调肠腑、调中和胃,足三里调理脾胃、通肠化滞,三阴交滋阴健脾、补气益肾^[10]。

2.4.4 心理护理

加强患者情志管理教育,使患者认识到情志与疾病的关系,及时识别不良情绪,制定改善措施。可以多和护工、医护沟通交流,倾诉,主动表达自己的情绪。指导患者进行放松训练,治疗时引导患者深呼吸,听轻音乐,并闭眼想象,肢体放松、呼吸放松,继而达到全身心放松。患者住院期间属心理脆弱阶段,重视对其安慰和鼓励,联系亲人、家属鼓励支持患者,列举治疗成功的病例,增强患者治疗信心。

3 结果和随访

患者及患者家属对治疗后的效果满意,治疗过程中未发生不良反应。患者出院时发热咳嗽症状好转,肺炎咳嗽中医护理方案评价量表中发热和咳嗽的症状评估由 8 分降至 0 分;APACHE II 评分由 18 分降至 14 分,从重症患者转为了非重症患者;肠功能障碍评分由 4 分降至 1 分,患者肠功能得到改善;汉密尔顿焦虑量表(HAMA)由 26 分降至 10 分,患者情绪稳定,焦虑症状缓解。

患者出院后第 7 天、第 14 天进行电话随访,患者基本情况良好,未出现发热,偶有咳嗽咳痰,大便通畅。嘱患者按时服药,健康饮食,防风寒,有不适随时复诊。

4 讨论

本案例特色亮点为“辨体—辨病—辨证”三维辨证施护模式,参照四证四法辨治理论制定中医调肠护理方案,改善患者胃肠道功能,维持 SIRS 患者肠屏障功能完整性,防止其向多器官功能衰竭发展。护理过程中,除西医常规护理外,养成中

医护理思维。“辨体—辨病—辨证”三维辨证施护模式,证法对应,从而改善患者高热、便秘等症状。同时改善患者体质,标本兼治,降低疾病复发率,阻止 SIRS 向 MODS 的发展。中医调肠护理治疗 SIRS 患者具有较好的临床疗效,减轻患者炎症反应、明显促进胃肠功能障碍患者肠蠕动,改善肠功能评分,且具有较高的安全性,具有一定的借鉴意义。通过本案例的成功,继续开展中医三辨护理模式,将更多中医护理适宜技术应用于患者,如该病中医属“热病”“痧证”范畴^[11],也可开展刮痧疗法等,降低重症患者死亡率,提高患者生存质量。同时,通过临床科研,提供证据支持,使其有证可循。

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] Xu-Zhao L, Cheng-Shan R, Zhong-Jie G. Systemic inflammatory response syndrome and multiple organ dysfunction syndrome in critical patients [J]. CHINESE JOURNAL OF CRITICAL CARE MEDICINE, 2000. DOI: 10.1016/j.theriogenology.2010.03.019.
- [2] 刘德培. 中华医学百科全书-临床医学, 普通外科学: 临床医学 普通外科学[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2017.
- [3] 邓怒骄. 大黄素、栀子苷配伍对酵母多糖致全身炎症反应综合征大鼠模型肠屏障功能受损保护作用的研究[D]. 长沙: 湖南中医药大学, 2019.
- [4] 李岩涛, 陈分乔, 梅建强. 中医集束化调肠方案治疗脓毒症肠功能障碍的疗效及其对炎症水平的影响[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2016, 1(7): 8-9.
LI Y T, CHEN F Q, MEI J Q. Therapeutic effect of traditional Chinese medicine (TCM) cluster intestinal regulation scheme on intestinal dysfunction in sepsis and its influence on inflammatory level[J]. J Clin Nursing's Pract, 2016, 1(7): 8-9. (in Chinese)
- [5] 杨飞宇, 郭力恒, 张敏州, 等. 基于“四证四法”辨治脓毒症心肌病的研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(8): 4263-4268.
YANG F Y, GUO L H, ZHANG M Z, et al. Research progress in the syndrome differentiation and treatment of sepsis-induced cardiomyopathy by the

- theories of ‘four patterns and four methods’ [J]. *China J Tradit Chin Med Pharm*, 2022, 37(8): 4263–4268. (in Chinese)
- [6] 李淑芳, 庞辉群. 脓毒症中医证型研究的思路和探讨[J]. *中国中医急症*, 2014, 23(9): 1683–1684, 1688.
- LI S F, PANG H Q. Thoughts and discussion on TCM syndrome types of sepsis [J]. *J Emerg Tradit Chin Med*, 2014, 23(9): 1683–1684, 1688. (in Chinese)
- [7] 柳冬兵, 刘加新, 徐甦, 等. “肠通贴”穴位贴敷对便秘患者肠镜检查肠道准备的干预作用研究: 附 80 例临床资料[J]. *江苏中医药*, 2023, 55(1): 41–44.
- LIU D B, LIU J X, XU S, et al. Study on the effect of “Changtong paste” Acupoint application on intestinal preparation of colonoscopy in patients with constipation—clinical data of 80 cases attached[J]. *Jiangsu J Tradit Chin Med*, 2023, 55(1): 41–44. (in Chinese)
- [8] 李倩, 郝丽. 功能性便秘的中医护理体会[C]//全国第 13 届老年护理学术交流暨专题讲座会议, 全国中医, 中西医结合护理学术交流暨专题讲座会议论文汇编. 中华护理学会, 2010.
- [9] 刘金苗, 王玉玲. 穴位贴敷联合中药热奄包在腹腔镜胆囊切除术后胃肠功能恢复中的应用[J]. *中国中西医结合外科杂志*, 2022, 28(5): 679–682.
- LIU J M, WANG Y L. Application of acupoint application combined with traditional Chinese medicine hot package in the recovery of gastrointestinal function after laparoscopic cholecystectomy [J]. *Chin J Surg Integr Tradit West Med*, 2022, 28(5): 679–682. (in Chinese)
- [10] 梁艳东, 黄小文, 刘秋江. 腹部穴位按摩联合皮内针对危重患者胃肠功能障碍的影响[J]. *中医外治杂志*, 2020, 29(3): 9–11.
- LIANG Y D, HUANG X W, LIU Q J. Effect of abdominal acupoints massage combined with intradermal needle therapy on gastrointestinal dysfunction in critically ill patients [J]. *J Extern Ther Tradit Chin Med*, 2020, 29(3): 9–11. (in Chinese)
- [11] 章思佳, 齐诗仪, 龚萌, 等. 中医外治法治疗全身炎症反应综合征作用机制探析[J]. *甘肃中医药大学学报*, 2021, 38(5): 13–16.
- ZHANG S J, QI S Y, GONG M, et al. Analysis of action mechanism of TCM external treatment for systemic inflammatory response syndrome [J]. *J Gansu Univ Chin Med*, 2021, 38(5): 13–16. (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。