

DOI: 10.12209/CAIM202401150001

· 中西医结合临床案例 ·

中药鼻饲参苓白术散治疗1例脓毒血症患者 肠内营养相关性腹泻的护理体会

徐 幸, 王 晶

(上海中医药大学附属曙光医院 EICU, 上海 201203)

摘要: 本文总结1例采用参苓白术散中药鼻饲改善脓毒血症患者肠内营养相关性腹泻的护理经验。通过完善护理评估,在分析引起腹泻的原因及落实肠内营养相关性腹泻的预防措施基础上进行辨证施护,去除相关危险因素。对于腹泻未改善的患者,采用中药鼻饲参苓白术散,有效提高肠内营养的耐受性,缓解患者腹泻症状。

关键词: 脓毒血症; 肠内营养相关性腹泻; 中药鼻饲; 中医护理

Nursing experience of a sepsis patient with enteral nutrition-related diarrhea treated with Chinese medicine nasal feeding Shenlingbaizhu Powder

XU Xing, WANG Jing

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

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of a case of nasal feeding with Shenlingbaizhu powder to improve enteral nutrition-related diarrhea in a patient with sepsis. Based on the analysis of the causes of diarrhea and the implementation of preventive measures for enteral nutrition-related diarrhea, syndrome differentiation nursing was carried out to remove related risk factors. For patients with diarrhea, nasal feeding Shenlingbaizhu powder can effectively improve the tolerance of enteral nutrition and relieve the symptoms of diarrhea.

KEY WORDS: sepsis; enteral nutrition-related diarrhea; Chinese medicine nasal feeding; Traditional Chinese Medicine nursing

脓毒血症是一种多器官功能损害的综合征,创伤或者严重感染是本病的主要因素,发病时患者全身出现恶性炎症反应及组织灌流不足,是ICU死亡患者中常见的疾病^[1]。有研究显示,脓毒血症患者大多伴随高分解代谢、重要脏器功能衰竭等情况,然而目前发病机制尚未完全明确^[2]。脓毒血症的中医诊断标准参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》执行,热毒炽盛证主症为高热持续,舌红,苔黄燥,脉细数,次症为神昏,烦躁,恶心呕吐;气血瘀滞证主症为神昏谵语,面色晦暗,舌质紫暗,脉涩或沉迟,次症为气短无力,气促喘憋,斑疹隐隐,同时符合一项主症及次症即可确诊。脓毒血症属中医学“脱证”“血证”“神昏”及“脏竭证”等范畴。其发生主要由于素体

正气不足、气阴亏虚,邪毒入侵内陷,外邪积滞搏结,久而化热,络脉气血运行不畅,导致毒热瘀血、痰浊内阻、瘀阻脉络,进而全脏器受邪而损伤引发此病。现代学者提出热毒证与清热解毒法为脓毒血症的主要证型与治法^[3]。机体感染后细菌及毒素进入人体,激活机体的炎症反应细胞,产生并释放大量炎症介质,肠内屏障功能受损,出现胃肠功能障碍引起腹泻。患者因吸收障碍、分解代谢增加,易发生重度营养不良,需要启动肠内营养以改善患者的营养状况。有研究显示,早期肠内营养可显著增加脓毒血症患者胃肠道蠕动,促进胃肠道血液循环,降低感染风险,提高机体免疫力^[4]。对于脓毒血症患者,腹泻会引起机体脱水,营养物质吸收障碍,使感染扩散,甚至危及生命。因此在

收稿日期:2024-01-15

通信作者:王晶, E-mail: wjwy331512@126.com

OPEN ACCESS

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

落实预防肠内营养相关性腹泻措施的同时,联合中药鼻饲参苓白术散以消食导滞、和中止泻是必要的。本例患者中药鼻饲参苓白术散后,腹泻得以缓解,现将患者中西医结合护理经验报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女性,73岁,家属诉2d前患者受凉后出现鼻塞流涕,偶有干咳,双下肢乏力,腰背酸痛,自觉身热,自测体温(T)39.5℃,未予重视。昨夜患者病情加重,大小便失禁,呼吸较前稍喘,11月18日早晨由家属陪同至我院急诊就诊。患者于就诊过程中突发晕厥1次,意识丧失5min,经体外复苏患者神志恢复。既往史:2型糖尿病病史25年,2年前因胸闷于我院行介入治疗,房颤及脑梗塞病史。为求进一步诊治,2023年11月18日13:30由急诊拟以“脓毒血症、泌尿道感染、2型糖尿病、冠状动脉粥样硬化性心脏病(PCI术后)及脑梗塞恢复期”收治入院。

1.2 入院查体

患者入院体温(T)39.2℃,脉搏(P)154次/min,呼吸(R)21次/min,血压(BP)121/70 mmHg,嗜睡,精神萎,营养较差,检查欠合作。脉搏(P)154次/min,律齐。双下肢无浮肿,四肢肌力肌张力正常。舌淡红,苔薄黄,脉细弦。血气分析、血常规:标准酸碱度(校正)7.348;二氧化碳分压(校正)23.30 mmHg;二氧化碳分压21.40 mmHg;氧饱和度98.40%;钾2.60 mmol/L;钠132.00 mmol/L;葡萄糖10.40 mmol/L;乳酸8.40 mmol/L;C-反应蛋白191.30 mg/L;白细胞 $29.34 \times 10^9/L$ 。肝肾功能电解质:血清白蛋白22 g/L,转铁蛋白1.5 $\mu\text{mol/L}$;肌酐163.50 $\mu\text{mol/L}$;葡萄糖9.50 mmol/L;钾2.83 mmol/L;钠134.80 mmol/L;磷0.65 mmol/L;肌钙蛋白I0.113 ng/mL;尿素13.82 mmol/L。西医诊断:脓毒血症;泌尿道感染;2型糖尿病;冠状动脉粥样硬化性心脏病(PCI术后);脑梗塞恢复期。中医诊断:血厥;证型:热毒壅结证。

1.3 治疗

入院后予患者倍能、稳可信抗感染,甲泼尼龙琥珀酸钠抗炎,热毒宁清热解毒,奥美拉唑钠抑酸护胃,培菲康胶囊补充肠内益生菌,依诺肝素抗凝血,特比澳促进血小板生成,胰岛素降糖,人血白蛋白提高白蛋白,肠内营养制剂(TPF)能全力、肠

内营养乳剂(TPF-D)瑞代营养支持等药物治疗。治疗一周后,患者感染基本控制,生命体征平稳,神志转清。开放肠内营养后72h内达到足量喂养,患者血清白蛋白、转铁蛋白升高明显。入院第5天,患者出现肠内营养相关性腹泻,并出现水样便,8~10次/d,遵医嘱添加培菲康及肯特令,但腹泻未好转,中药鼻饲参苓白术散后,患者腹泻逐渐缓解,肠内营养得以正常实施。经过治疗,患者已于2023年11月27日好转出院。

2 护理

2.1 护理评估

结合患者症状,护理评估具体如下。一般状况评估:患者入院时嗜睡,查体不配合,未及明显异常气味,形体偏瘦,肱三头肌皮褶厚度为9 mm;ICU评估内容:格拉斯哥昏迷评分(GCS)为13分,急性生理学及慢性健康状况评分系统(APACHE II)评分为22分,器官衰竭估计评分(SOFA)为7分;营养状况评分:依据NRS-2002营养风险筛查评估,本例患者评分为4分,提示有营养风险^[5];腹泻程度评分:入院第5天,患者肠内营养过程中出现腹泻,腹泻程度评分为4分。

2.2 护理诊断

护理诊断具体如下:①患者存在体温改变(过高),与邪毒入侵内陷、外邪积滞搏结、久而化热有关。②营养失调,低于机体需要量与患者不能经口进食,疾病导致分解代谢增强有关。③腹泻与脓毒血症大量炎症介质造成肠内屏障功能受损,出现胃肠功能障碍有关,此时肠内营养易引起患者腹泻。

2.3 护理目标

通过医疗护理解除或缓解脓毒血症引起的全身性炎症反应,控制血糖。关注患者营养状况,尽早启动肠内营养。营养不良已成为影响脓毒血症或重症患者预后转归的一项独立因素,国内外指南明确应尽早开展早期肠内营养^[6]。通过中药鼻饲参苓白术散缓解患者肠内营养相关性腹泻,提高肠内营养耐受性。

2.4 护理措施

2.4.1 特级护理

患者入院时予特级护理,配合心电监护、吸氧、留置胃管、留置导尿。密切观察患者生命体征变化及意识、血糖变化。遵医嘱及时用药,留取标本。入院2h内,测量肱三头肌皮褶厚度,完成营

养风险筛查,评分为4分,营养筛查阳性,属于营养高危患者,应每天进行营养评估,若病情变化,应随时评估。

2.4.2 发热护理

遵医嘱予以低流量吸氧。密切监测患者体温的变化,遵医嘱予以物理降温,半小时后复测体温。抽取血培养,合理使用抗菌素,评估药物效果及副作用,及时更换潮湿衣服、被服。绝对卧床休息,限制活动,保持适宜温湿度,防止外邪入侵。予患者鼻饲温开水 1000 mL,以补充水分。

2.4.3 营养支持护理

肠内营养并发症主要分为机械性、胃肠道、代谢性、感染性这四大类,其中腹泻最为常见和高发。由医生、营养师、护士共同为患制定营养方案,遵循循序渐进的原则,落实预防肠内营养并发症的护理措施。患者入院第1天,留置胃管,予 1000 mL 温开水鼻饲后无不良反应,开始开放肠内营养,目标热量为 25 kcal/(kg·d)。第2天,予以营养液成品制剂能全力 500 mL 鼻饲,予以营养泵泵入,初始速度为 50 mL/h,营养液温度控制在 38℃~40℃,在营养输注过程中,每 4 h~6 h 观察营养液的耐受性,评分为0分。第3天,能全力加至 1000 mL 鼻饲,肠内营养耐受性评分为1分。第4天,由于患者血糖控制不佳,遵医嘱停用能全力,改成更适合糖尿病患者的瑞代,予 1000 mL 鼻饲,肠内营养耐受性评分为1分。第5天,患者肠内营养耐受性评分为3分,肠内营养过程中出现腹泻,予以减慢营养液速度,分析引起腹泻的原因可能是脓毒血症导致消化吸收功能受损,小肠吸收能力下降而导致腹泻。

2.4.4 中药鼻饲

中药鼻饲是一种将中药通过胃管注入胃内起到治疗作用的方法。该患者予以中药鼻饲参苓白术散以调节胃肠功能紊乱,缓解腹泻,使得肠内营养继续实施,以改善患者营养状况,促进疾病的治疗及康复。使用参苓白术散组方为党参 15 g,茯苓 15 g,白术 15 g,山药 15 g,莲子 10 g,白扁豆 12 g,薏苡仁 9 g,砂仁 6 g,桔梗 6 g,甘草 9 g,150 mL/剂,2剂/d,分2次鼻饲。鼻饲时应确保胃管在胃内,摇高床头 30°~45°,温度控制在 38℃~40℃^[7],鼻饲速度宜缓慢,并观察患者有无恶心、呕吐等不良反应。

3 结果和随访

实施肠内营养第6天,测得患者肱三头肌皮褶厚度为 10 mm,血清白蛋白 30 g/L,转铁蛋白 1.8 umol/L,患者营养失调有所改善。中药鼻饲参苓白术散后,观察患者大便形状、次数、肠鸣音及腹痛腹泻持续时间;根据腹泻程度评分标准,计算患者中药鼻饲前后腹泻程度积分;患者中药鼻饲参苓白术散共计6次,150 mL/次,72 h内再次进行腹泻程度评分,得分为0分,患者粪便形状及次数恢复正常。

患者体温正常、生命体征平稳,已于2023年11月27日好转出院。患者脑梗塞后遗症,存在吞咽困难,留置胃管出院,予以家庭鼻胃管肠内营养监测及延续照顾。通过每周电话随访掌握患者的喂养、营养及排泄情况。患者营养状态改善,无肠内营养相关性腹泻的发生。

4 讨论

脓毒血症具有病情重、进展快及死亡率高的特点,本病好发于烧伤、严重创伤及外科手术后的严重感染性疾病^[8],脓毒血症患者往往病情危重,大多无法进行正常进食,危重患者机体处于高应激状态,加速分解代谢,同时伴有胃肠道功能紊乱等症状,极易出现营养不良,严重影响患者康复^[9]。同时患者因感染、炎症及创伤等导致代谢异常,使得机体无法有效利用营养物质,从而出现重度营养不良的情况,严重影响重要脏器功能。肠内营养与肠外营养相比,具有维护肠粘膜及屏障功能完整的作用。因此,肠内营养是ICU患者进行营养支持治疗的首选途径,肠内营养的早期启动可保障患者肠道黏膜的正常生理结构,在喂养的过程中生成正常菌群,进一步刺激胃肠道消化液的产生,促进胃肠道蠕动,加速机体的恢复^[10-13]。但肠内营养相关性腹泻的发生直接影响了肠内营养的应用,其发生原因很多,虽然实施肠内营养时落实了各项预防措施,但仍有腹泻的发生,目前针对肠内营养相关性腹泻的西医治疗主要为添加肠道益生菌及保护胃肠粘膜。但以上治疗措施作用有限,腹泻难以控制且易反复发作。

祖国医学博大精深,开拓思路,采用中医药应用于肠内营养相关性腹泻的治疗方法很有必要。祖国医学认为:“脾胃者,仓廪之官,五味出焉”,“脾胃为后天之本、气血生化之源”,意为脾胃有如

粮食仓库,胃主受纳水谷,脾主运化水谷精微,脾胃功能旺盛是机体健康与抵御外邪的关键因素。脓毒血症致机体阴竭阳脱,脾胃功能失调,脾胃气机升降失常,清气不升,化生内湿,则生泄泻;脾失运化,则易湿滞水停,清浊不分,与湿邪并趋于下,致泄利无度。基于以上病因病机,中医认为外感热邪,郁久化热,热毒内蕴是发病的关键,病初热邪病位以气分为主,临床证型以热毒壅滞型多见^[14]。可采取益气健脾、渗湿止泻治法。参苓白术散是健脾祛湿第一方,出自《太平惠民和剂局方》,方中党参、茯苓、白术为君药,益气健脾渗湿,山药补脾益肺,莲子健脾涩肠,助以白扁豆、薏苡仁以健脾祛湿,砂仁醒脾和胃,桔梗宣肺利气,甘草健脾和中,调和药性。诸药合用,可共奏健脾和胃,渗湿止泻之效。

作为中医院的护理人员,我们应做好中医辨证,掌握患者的辨证分型,密切观察舌苔脉的变化,更好的运用中医理论知识,把中医护理技术融入脓毒血症患者的临床护理中,重视患者的喂养,使肠内营养得以实施,在疾病的转归和康复中起到重要的作用。在中药鼻饲时注意配伍禁忌,与营养液分开注入,间隔至少 30 min,中药注入前后也要用 30 mL 温水脉冲式冲管,中药每次鼻饲不超过 200 mL。近年来,我国的中医护理技术得到了巨大发展,然而相关规范未及时进行更新,依然存在诸多安全隐患,可逐步引入循证护理以改良临床中医护理,使护理工作更规范、科学,进而提高临床的护理实践^[15]。

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] WESTERMANN I, GASTINE S, MÜLLER C, et al. Population pharmacokinetics and probability of target attainment in patients with sepsis under renal replacement therapy receiving continuous infusion of meropenem: sustained low-efficiency dialysis and continuous veno-venous haemodialysis [J]. *Br J Clin Pharmacol*, 2021, 87(11): 4293-4303.
- [2] 韩艳丽, 苏醒. 连续性肾脏替代治疗对严重骨创伤后脓毒血症患者的临床价值[J]. *中国医学前沿杂志(电子版)*, 2021, 13(5): 89-92.
HAN Y L, SU X. Clinical value of continuous renal replacement therapy on sepsis after severe bone trauma [J]. *Chin J Front Med Sci Electron Version*, 2021, 13(5): 89-92. (in Chinese)
- [3] 李银平. 从“三证三法”看中西医结合治疗危重病的研究思路: 王今达教授学术思想探讨[J]. *中国中西医结合急救杂志*, 2004, 11(1): 7-9.
LI Y P. On the research thinking of treating critical illness with combination of traditional Chinese and western medicine from the perspective of “three certificates and three methods” —discussion on Professor Wang Jinda’s academic thought [J]. *Chin J Integr Tradit West Med Intensive Crit Care*, 2004, 11(1): 7-9. (in Chinese)
- [4] BLASER A R, STARKOPF J, ALHAZZANI W, et al. Early enteral nutrition in critically ill patients: ESICM clinical practice guidelines [J]. *Intensive Care Med*, 2017, 43(3): 380-398.
- [5] 浙江省医师协会营养医师专业委员会, 浙江省临床营养中心, 浙江省医学会肠外肠内营养学分会, 等. 营养风险筛查疾病严重程度评分专家共识 [J]. *浙江医学*, 2022, 44(13): 1351-1355, 1361.
Nutrition Physicians Committee of Zhejiang Medical Doctor Association, Clinical Nutrition Center of Zhejiang Province, Parenteral and Enteral Nutrition Society of Zhejiang Medical Association, et al. Expert consensus on disease severity score of nutritional risk screening [J]. *Zhejiang Med J*, 2022, 44(13): 1351-1355, 1361. (in Chinese)
- [6] 许丽洁, 王益斐, 朱伟东, 等. 黄连解毒汤加味治疗脓毒血症患者早期肠内营养临床疗效及干预机制探讨 [J]. *浙江中医杂志*, 2023, 58(9): 688-689.
XU L J, WANG Y F, ZHU W D, et al. Clinical efficacy and intervention mechanism of modified Huanglian Jiedu Decoction in the treatment of early enteral nutrition in patients with sepsis [J]. *Zhejiang J Tradit Chin Med*, 2023, 58(9): 688-689. (in Chinese)
- [7] 孙仁华, 江荣林, 黄曼, 等. 重症患者早期肠内营养临床实践专家共识 [J]. *中华危重病急救医学*, 2018, 4(8): 715-721.
SUN R H, JIANG R L, HUANG M, et al. Consensus of early enteral nutrition clinical practice in critically ill patients [J]. *Chin Crit Care Med*, 2018, 4(8): 715-721. (in Chinese)
- [8] EMAMI-RAZAVI S H, MOHAMMADI A, ALI-BAKHSHI A, et al. Incidence of post-operative sepsis and role of charlson co-morbidity score for predicting postoperative sepsis [J]. *Acta Med. Iran.*, 2016, 54(5): 318-322.

- [9] SINGER P, BENDAVID I, MESILATI-STAHY R, et al. Enteral and supplemental parenteral nutrition enriched with omega-3 polyunsaturated fatty acids in intensive care patients – A randomized, controlled, double-blind clinical trial [J]. *Clin Nutr*, 2021, 40(5): 2544–2554.
- [10] 周陈芳, 卢青云, 王立丽, 等. EN用于SAP患者效果观察及不耐受风险因素分析[J]. *现代消化及介入诊疗*, 2019, 5(10): 1155–1159.
- ZHOU C F, LU Q Y, WANG L L, et al. Effect of EN on SAP patients and analysis of risk factors of intolerance [J]. *Mod Dig Interv*, 2019, 5(10): 1155–1159. (in Chinese)
- [11] 米玉红. 肠屏障功能与危重症患者早期肠内营养的必要性[J]. *中华急诊医学杂志*, 2020, 29(4): 447–455.
- MI Y H. Intestinal barrier function and the necessity of early enteral nutrition in critically ill patients[J]. *J Zhejiang Chin Med Univ*, 2020, 29(4): 447–455. (in Chinese)
- [12] OHBE H, JO T, YAMANA H, et al. Early enteral nutrition for cardiogenic or obstructive shock requiring venoarterial extracorporeal membrane oxygenation: a nationwide inpatient database study [J]. *Intensive Care Med*, 2018, 44(8): 1258–1265.
- [13] 苏世琼, 孙荣青, 刘瑞芳, 等. 肠内营养时间对危重病患者胃液 pH 值及呼吸机相关性肺炎的影响 [J]. *中华危重病急救医学*, 2018, 30(8): 768–770.
- SU S Q, SUN R Q, LIU R F, et al. Effect of enteral nutrition time on pH value of gastric juice and ventilator-associated pneumonia in critically ill patient [J]. *Chin Crit Care Med*, 2018, 30(8): 768–770. (in Chinese)
- [14] 彭琳. 尿源性脓毒血症中医证候规律研究[J]. *山东中医药大学学报*, 2018, 42(2): 153–156.
- PENG L. Study on syndrome regularity of urinary sepsis in traditional Chinese medicine [J]. *J Shandong Univ Tradit Chin Med*, 2018, 42(2): 153–156. (in Chinese)
- [15] 杨艳明, 刘姝, 秦阳阳, 等. 基于循证证据的中医护理技术管理方案的构建 [J]. *齐鲁护理杂志*, 2024(1): 84–90.
- YANG Y M, LIU S, QIN Y Y, et al. To construct a TCM nursing technology management plan based on evidence-based evidence [J]. *J Qilu Nurs*, 2024(1): 84–90. (in Chinese)
- (本文编辑:居跃琳)

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。