

DOI: 10.12209/CAIM202405290005

· 中西医结合临床案例 ·

督灸联合中药直肠滴入在1例 溃疡性结肠炎患者护理中的应用

孙素娇, 韩 荣, 王晓倩, 杨亚星, 聂林盼, 焦馨远, 耿 钰

(河北中医药大学第一附属医院 河北省中医院 脾胃病一科, 河北 石家庄, 050000)

摘要: 本文总结1例溃疡性结肠炎患者的护理过程, 探讨督灸联合中药直肠滴入在溃疡性结肠炎护理中的应用效果。在完善各项临床检查基础上, 实施中医特色护理技术督灸联合中药直肠滴入, 治疗期间配合常规护理、情志护理及饮食指导。通过辨证施护进行干预, 能有效缓解溃疡性结肠炎临床症状。

关键词: 督灸; 中药直肠滴入; 溃疡性结肠炎; 中医护理

Application of moxibustion on Du meridian combined with rectal administration of Chinese medicine solution in nursing of a patient with ulcerative colitis

SUN Sujiao, HAN Rong, WANG Xiaoqian, YANG Yaxing,

NIE Linpan, JIAO Xinyuan, GENG Yu

(First Department of Spleen and Stomach Diseases, Hebei Provincial Hospital of

Chinese Medicine, Shijiazhuang, Hebei, 050000)

ABSTRACT: This paper summarized the nursing practice of a patient with ulcerative colitis, and investigated the effect of moxibustion on Du meridian combined with rectal administration of Chinese medicine solution in relieving clinical symptoms of ulcerative colitis. Based on a comprehensive diagnosis and nursing assessment, the Traditional Chinese Medicine Characteristic nursing techniques including moxibustion on Du meridian combined with rectal administration of Chinese medicine solution were carried out, in combination with routine nursing, emotion regulation and dietary guidance. Nursing interventions by syndrome differentiation are effective to relieve the clinical symptoms of ulcerative colitis.

KEY WORDS: moxibustion on Du meridian; rectal administration of Chinese medicine solution; ulcerative colitis; Traditional Chinese Medicine

溃疡性结肠炎是一种目前尚不清楚发病机制的慢性非特异性炎症性肠病, 容易反复发作且难以痊愈^[1]。该病症状主要表现为肠黏膜产生糜烂和溃疡, 以持续而反复的血性黏液便、腹痛、腹泻为主。该病发病的过程比较缓慢, 病情不一, 易复发, 病程可长达数年甚至数十年。流行病学研究显示: 我国该病的发病率是 11.6/10 万^[2], 溃疡性结肠炎的全球发病率逐年升高, 已成为全球重大的公共卫生问题^[3]。溃疡性结肠炎属中医学“痢疾”“便血”“泄泻”等范畴, 将活动期与缓解期交替出现的溃疡性结肠炎归为“休息痢”的范畴。与先

后天不足、外感邪毒、饮食不洁、饮食不节、情志异常等有关, 致病因素有湿热、血瘀等^[4]。现代医学治疗溃疡性结肠炎主要采用 5-氨基水杨酸制剂、糖皮质激素、硫嘌呤类药物以及英夫利西单抗抗体等。临床根据病情采用单一或联合用药, 但此类药物多具有依赖性大、药效短、不良反应多、停药后复发快等短处。中医药治疗溃疡性结肠炎具有不易复发、疗效好、不良反应小等独特优势, 有良好的应用前景^[5]。本文总结 1 例溃疡性结肠炎患者的护理过程, 探讨督灸联合中药直肠滴入在溃疡性结肠炎护理中的应用效果, 现报告如下。

收稿日期: 2024-05-29

通信作者: 韩荣, E-mail: 743586293@qq.com

OPEN ACCESS

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

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性,33岁,主因“间断黏液脓血便1年余,加重6天”于2024年3月19日由门诊以“溃疡性结肠炎(慢性复发型,左半结肠,活动期,中度)”收入院。既往有肾结石、鼻窦炎、过敏性鼻炎、骶髂关节炎病史。对清开灵、黄芪注射液过敏。否认外伤史。否认手术史。否认输血史。

患者于1年前出现大便次数增多,每日排便13~15次,伴黏液脓血便,腹痛,行肠镜示:溃疡性结肠炎,给予美沙拉嗪肠溶片口服,症状好转。后自行停药3个月后症状反复,期间口服葛根清肠颗粒及美沙拉嗪肠溶片,配合美沙拉嗪灌肠液联合紫榆膏肛内给药治疗后症状好转。3个月前曾因症状加重住院治疗,给予美沙拉嗪肠溶片口服联合美沙拉嗪灌肠液灌肠,给予左氧氟沙星、复方谷氨酰胺肠溶胶囊口服,症状好转出院,出院时每日排大便2~3次,呈黄色软便,无黏液脓血,无腹痛。2024年3月13日前,自行将美沙拉嗪肠溶片减量,加之吃甜瓜后大便次数增多,黏液脓血便,日行14~15次,伴乏力。

1.2 体格检查

患者入院后,查体温(T)36.4℃,脉搏(P)85次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)122/80 mm Hg。现主症:黏液脓血便,日行14~15次,便前腹痛,便后痛减,伴排便不尽感,周身乏力,食欲欠佳,寐差,小便可。查粪便常规、潜血:颜色黄色,性状黏液便,白细胞214~277个/HPF,红细胞12~22个/HPF,隐血阳性。查血常规正常。

1.3 诊断和辨证分析

中医诊断:休息痢,脾虚湿蕴证。西医诊断:溃疡性结肠炎。

病机:《景岳全书·泄泻》记载:“泄泻之本,无不由于脾胃”。脾虚为本,湿热之邪。饮食不节、情志失调等为标。脾气虚弱,脾胃失于运化生湿,湿浊相困,与肠道糟粕相搏结,热灼血络,肠络受损,下痢赤白脓血,发为本病^[5]。辨证:根据四诊合参辨证,患者以黏液脓血便为主症,故中医诊断为休息痢。患者饮食不节,损伤脾胃,脾虚失其健运之能而至水湿内蕴,腑气不通以致腹泻,热伤血络,故带脓血,纵观舌质红,苔色白,苔质腻,脉象细滑,本病当属休息痢、脾虚湿蕴证范畴。病性属虚实夹杂,病位在胃肠,与肝脾相关。

1.4 治疗干预

诊疗计划:中医治疗给予健脾化湿为治疗大法,并以健脾化湿为组方中药处方口服,给予督灸联合中药直肠滴入。西医以抗炎为主要治疗原则,给予美沙拉嗪肠溶片、美沙拉嗪灌肠液灌肠抗炎,给予头孢唑林钠静脉滴注,给予雷尼替丁静脉滴注以抑酸,给予复方维生素(3)静脉滴注以补充维生素,并给予补液补钾治疗。

入院后完善相关检查,遵医嘱给予中医特色护理疗法,督灸干预2次、中药直肠滴入干预14次后,患者脓血便由全部脓血便降至少量脓血,腹泻次数由日行14~15次降为每日5~6次,症状好转,腹痛评分由4分降至0分,里急后重感评分4分将为2分,乏力症状明显好转。于4月4日康复出院。

2 护理

2.1 护理评估

中医四诊:①望诊:望神:神志清楚,表情自如,无病容;望色:无病容;望形:体型正常;望态:肢体形态正常;望舌:舌质红,苔色白,苔质腻。②闻诊:声音:言语流利,未闻及咳嗽、呃逆、哮鸣、呻吟;气味:未闻及特殊气味。③问诊:黏液脓血便,日行14~15次,食欲欠佳,寐差,乏力,时有烧心反酸,脘腹胀满,便前腹痛,便后痛减,里急后重感。④切诊:全腹软,下腹轻压痛,脉象细滑。

各项专科护理评分:Barthel评分为100分,生活完全自理,无需依赖;跌倒坠床风险评分为2分,有跌倒坠床风险;腹痛评分为4分,隐痛或胀痛,每日发作数次;里急后重评分4分。

2.2 护理诊断

护理诊断结果:①排便异常:与炎症导致肠粘膜对水钠吸收障碍及热伤血络有关;②腹痛:与肠道炎症、溃疡有关;③活动无耐力:与久病体虚,正气损伤有关;④有体液不足的危险:与长期频繁腹泻有关。

2.3 护理计划

经过一系列的护理评估及辨证分析,确定护理原则为健脾化湿,给予督灸联合中药直肠滴入。根据患者的身体情况、心理状态及生活方式,为患者制定个性化的健康教育计划,并督促患者主动执行相关健康行为,以改善腹痛、腹泻、黏液脓血便,纠正活动无耐力,预防体液不足提高生活质量。

2.4 护理实施

2.4.1 中医特色护理

2.4.1.1 督灸:督脉行走于背部正中,可调节全身经脉阳气,为“阳脉之海”。督灸,又称火龙灸、长蛇灸、督脉灸、铺灸或督脉铺灸等,是隔姜灸、药物灸基础上产生的一种隔物灸疗法,主要沿脊柱区大椎穴至腰俞穴之间督脉段或膀胱经第一、第二侧线,依次铺敷药物、生姜再隔着姜放置艾炷点燃施灸^[6]。

操作方法:暴露背部,从督脉大椎穴至腰俞穴、膀胱经第一侧线先涂适量姜汁,均匀铺一层纱布,将适量生姜摩碎滤掉部分姜汁,在纱布上面铺上用微波炉温热过的姜泥,厚约2 cm,宽3~4指,再将艾绒搓成长9~10 cm,中间宽2.5~3 cm的面鱼状(详见图1),铺于姜泥之上,同时点燃“头、身、尾”3处艾绒,燃尽后再在原艾灰的上面放上艾绒,共灸3壮,灸毕移去生姜泥及艾灰,将背部擦干,灸后皮肤多出现潮红。

注意事项:督灸后需要注意保暖,不能受冷风刺激,以防引起身体各种僵硬、疼痛的症状。4 h内不能洗澡。多喝水,补充治疗过程中流失的水分。充分的休息,不能立即进行体力劳动和体育运动。



图1 督灸姜泥

2.4.1.2 中药直肠滴入:中药灌肠治疗可以直达病所,通过局部药物的灌注吸收促进局部血液循环,其可能是通过调节炎症因子及免疫因子来促进炎症消退和修复组织黏膜,起到直接治疗作用。同时还可以减少药物通过血液,减少肝损伤及对胃黏膜的刺激^[7]。中药直肠滴入治疗以清热止泻,具体处方如下:青黛6 g、白及15 g、黄柏9 g、儿茶6 g、黄连片9 g、地榆15 g、苦参12 g、珍珠粉3 g、新疆紫草15 g、侧柏叶15 g。

操作方法:药液煎煮200 mL装进一次性灌肠袋中,药温约为37℃,患者相关信息核对无误后,帮助患者取左侧卧位,同时将一次性中单铺于患者臀部下方,抬高患者臀部,暴露肛门,采用石蜡油润滑导管前端,插入肛门,待插入10~20 cm后打开输液开关,滴速控制为每分钟60滴。待药液剩余量低于茂菲氏滴管时,医护人员可将茂菲氏滴管上端折闭,将茂菲氏滴管中剩下的药液挤进患者直肠。为防止药液发生回流,医护人员需紧捏滴管,并将导管从患者肛门拔出,随后叮嘱患者保持左侧卧位半小时-俯卧位半小时-右侧卧位半小时。操作期间医护人员需主动与患者沟通交流,分散其注意力,以减轻患者的不适感^[8]。每日1次,持续干预2周。

注意事项:于每晚临睡前取200 mL进行保留灌肠操作。嘱患者灌肠后不要随意活动及排便,按左侧卧位半小时-膝胸卧位半小时-右侧卧位半小时变动体位,使药液与病变部位充分接触。保留时间为6~8 h以保证灌肠效果。治疗过程需注意患者呼吸频率及患者有无烦躁等情绪。如果患者出现上述情况,需立即终止,同时给予患者对症处理。

2.4.2 常规护理

2.4.2.1 生活起居:急性期卧床休息,注意腹部保暖。保持臀部清洁干燥,便后用温水擦洗,肛周涂油保护。适当的运动、锻炼可以强身健体、愉悦心神、增强体质、有助于疾病维持缓解。可选择的运动方式:八段锦。此外,日常生活中患者还须注意保暖,避免着凉,避免不洁食物、防止肠道感染。

2.4.2.2 饮食护理:饮食宜清淡、柔软、少纤维、易消化,忌食辛辣油腻生冷及易致敏的食物,如虾、鱼等海产品。宜食健脾益气、化湿助运食品,如银耳、山药、红枣,食疗方:薏米山药粥。

2.4.2.3 情志护理:积极调整心态,稳定情绪对改善病情至关重要。溃疡性结肠炎患者病程较长,患者容易出现内向、悲观、抑郁,对各种刺激情绪反应强烈等心理问题。医务人员应多与患者沟通,消除其不良情绪,注意劳逸结合,生活有序,保持充足的睡眠。保持情绪稳定愉快,避免不良刺激,避免精神过度紧张。

2.4.2.4 用药指导:嘱患者坚持治疗,不要随意更换药物或停药。教会患者识别药物的不良反应。

2.5 护理评价

溃疡性结肠炎作为脾胃病科一种常见慢性病,其治疗转归过程相对比较漫长易反复,需要患

者与医护共同努力。采用中医证候量化积分表^[9]评估:①脓血便:0分:无;2分:少量脓血便;4分:脓血便为主;6分:全部脓血或便新鲜血。②腹痛:0分:无;2分:轻微,隐痛,偶发;4分:隐痛或胀痛,每日发作数次;6分:剧痛或绞痛,反复发作。③里急后重感:0分:无;2分:偶感;4分:腹泻时伴有;6分:持续坠胀,难忍。

干预7 d后,大便次数由每日14~15次降至7~8次(见图2),由全部黏液脓血便变为便中带血,色鲜红,黏液便为主。腹痛评分4将为2分,里急后重感4分将为2分(见表1)。干预14 d后,大便次数由每日7~8次降至5~6次,症状进一步缓解(见表1)。正常便为主偶尔黏液便。腹痛评分0分,里急后重感2分(见表1)。



图2 患者大便次数

表1 中医证候量化积分表

观察项目	治疗前	7 d 治疗后	14 d 治疗后
脓血便/分	6	4	2
腹痛/分	4	2	0
里急后重感/分	4	2	2

3 结果及随访

出院2周后,对患者进行电话随访。患者每日按照健康教育计划主动执行相关健康行为,患者诉大便成形,每日0~3次,无黏液脓血便,已不影响正常生活,偶有饮食不节时,大便不成形,偶腹痛。护士再次给予健康宣教,讲明饮食不节对疾病的不良影响以及食疗方,患者表示认可和赞同。

4 讨论

随着社会经济水平的不断提高,溃疡性结肠炎的发病率不断增加,治愈难度大、复发率高严重影响患者的生活质量。溃疡性结肠炎的发病机制非常复杂,涉及多种因素的相互作用,需要不断的挖掘与探讨。临床往往采用联合方案治疗溃疡性结肠炎,虽取得一定成效,但仍面临着许多问题。

中医药干预重视个体化治疗、综合调理各种病因、治愈率高、不良反应少,疗效显著,但仍存在很多不足:①由于中医强调个体化治疗,同样的中药治疗方案可能会因人而异,治疗效果也会有所不同。②中医治疗强调整体观念,强调机体自身的阴阳平衡,导致治疗效果难以通过客观指标进行评估。关于溃疡性结肠炎的预防仍然是一个难题,目前还没有找到有效的预防措施,未来需要加强基础研究和临床研究,发现有效的预防措施,探索出高效且安全的治疗方法。

艾灸以针灸学为理论依据,具有温中补虚、温阳散寒、温止痛功效,通过利用其温通和温热之性,作用于特定穴位,利用其“温”的特性来达到治疗效果,适用于脾胃虚弱型和脾肾阳虚型溃疡性结肠^[10]。督灸以阴阳学说为出发点,联系经络理论,通过艾炷燃烧时释放的热力激活督脉上各腧穴,通过腧穴、脏腑机制,热力将药力贯穿治疗始终,以达“温通”“温补”效应,具有施灸面积广、温通力强等特点,临床操作以外治代替药物内服,无胃肠负担,不良反应小、治疗依从性高。

中药直肠滴入作为一种中医外治疗法,因安全有效、操作简便等优势,广泛应用于临床治疗中。肺与大肠相表里,肺朝百脉,主治节,通过灌肠使药物在大肠被吸收,可循经上传于肺,然后布散于周身发挥疗效。现代医学研究指出,大肠肠壁能选择性吸收与排泄,灌肠给药能增加药物浓度,直达病所,且无肝脏首过效应,发挥抗炎、止血、修复及保护肠黏膜的作用^[11]。督灸、中药直肠滴入二者联合可发挥叠加效应,通过刺激经络、调和气血、驱邪外出,能够显著改善腹痛、腹泻、粘液脓血便症状,使患者能更好、更快地回归日常生活。

本例患者持续服用美沙拉嗪肠溶片、美沙拉嗪灌肠液灌肠抗炎,但其病情控制不稳定,患者仍持续腹痛、腹泻日14~16次、黏液脓血便等症状,这些症状严重影响了其日常生活质量。生物制剂价格高,激素药物不良反应明显,使用激素或生物制剂为备用方案。本研究以中医辨证为基础,整体论治为原则,依据患者中医辨证分型及临床症状,为患者实施督灸联合中药直肠滴入的中医护理干预方案。在征得患者同意后,该方案得以实施。干预后,在患者继续服用美沙拉嗪肠溶片、美沙拉嗪灌肠液灌肠的情况下,其大便次数明显减少每日5~6次,黏液脓血便,里急后重感减轻。

治疗过程中依从性良好,并对护理效果表示满意,患者的生活质量因此得到了大幅提升,同时减轻了患者的经济负担。

值得注意的是,目前尚无针对督灸姜泥具体温度的描述,为了更深入地了解督灸联合中药直肠滴入治疗溃疡性结肠炎中医特色疗法的实际效果,需要在临床上开展更深入、更持久的探索与研究。这样不仅可以对该疗法进行优化,还能为患者提供更为精湛、细致的护理服务,从而进一步提升患者的满意度和生活质量。

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] 中国中西医结合学会. 溃疡性结肠炎中西医结合诊疗专家共识[J]. 中国中西医结合杂志, 2023, 43(1): 5-11.
CHINESE ASSOCIATION OF INTEGRATIVE MEDICINE. Experts consensus on diagnosis and treatment of ulcerative colitis by integrative medicine [J]. Chin J Integr Tradit West Med, 2023, 43(1): 5-11. (in Chinese)
- [2] 刘亚培, 张虹玺. 穴位疗法干预溃疡性结肠炎治疗进展[J]. 中医临床研究, 2024, 16(12): 73-77.
LIU Y P, ZHANG H X. A review on acupoint therapy in the intervention and treatment of ulcerative colitis [J]. Clin J Chin Med, 2024, 16(12): 73-77. (in Chinese)
- [3] KOBAYASHI T, SIEGMUND B, LE B C, et al. Ulcerative colitis [J]. Nat Rev Dis Primers, 2020, 6(1): 74.
- [4] 许冉, 张毛毛, 杨若彤, 等. 中药对溃疡性结肠炎相关细胞信号通路干预的研究进展[J]. 安徽中医药大学学报, 2024, 43(4): 108-112.
XU R, ZHANG M M, YANG R T, et al. Research progress on intervention of traditional Chinese medicine on cell signal pathway related to ulcerative colitis [J]. J Anhui Univ Chin Med, 2024, 43(4): 108-112. (in Chinese)
- [5] 张玉洁, 刘兴山. 溃疡性结肠炎的发病机制及中医药干预进展[J]. 实用中医内科杂志, 2024, 38(6): 136-138.
ZHANG Y J, LIU X S. Pathogenesis of ulcerative colitis and progress of traditional Chinese medicine intervention [J]. J Pract Tradit Chin Intern Med, 2024, 38(6): 136-138. (in Chinese)
- [6] 张文奎. 督灸的研究现状及不足[J]. 中医临床研究, 2021, 13(24): 132-134.
ZHANG W K. Research status and deficiency of Du moxibustion [J]. Clin J Chin Med, 2021, 13(24): 132-134. (in Chinese)
- [7] 于司杰, 张小元. 中药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎的临床研究进展[J]. 光明中医, 2022, 37(20): 3830-3832.
YU S J, ZHANG X Y. Clinical research progress of Chinese medicine retention enema in the treatment of ulcerative colitis [J]. Guangming J Chin Med, 2022, 37(20): 3830-3832. (in Chinese)
- [8] 常文丽, 李晓华, 邵秋香, 等. 中药口服液联合中药直肠滴入对溃疡性结肠炎临床疗效和炎症因子及凝血指标的影响[J]. 西部中医药, 2023, 36(8): 119-122.
CHANG W L, LI X H, SHAO Q X, et al. Clinical effects of oral liquid of Chinese medicine and rectal dripping of Chinese medicine in the treatment of ulcerative rectitis and its impacts on inflammatory factors and coagulation indicators [J]. West J Tradit Chin Med, 2023, 36(8): 119-122. (in Chinese)
- [9] 杨阳. 中药内外合治治疗60例大肠湿热型溃疡性结肠炎的回顾性分析[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2021.
YANG Y. Retrospective analysis of 60 cases of ulcerative colitis caused by damp-heat type of large intestine treated with internal and external Chinese medicine [D]. Shenyang: Liaoning University Of Traditional Chinese Medicine, 2021. (in Chinese)
- [10] 王建成, 齐洪军, 郭洁洁. 溃疡性结肠炎的中医药治疗研究进展[J]. 实用中医内科杂志, 2024, 38(2): 106-109.
WANG J C, QI H J, GUO J J. Research progress in treatment of ulcerative colitis with traditional Chinese medicine [J]. J Pract Tradit Chin Intern Med, 2024, 38(2): 106-109. (in Chinese)
- [11] 周巧, 王宏昌, 李明月, 等. 基于数据挖掘的中药灌肠治疗溃疡性结肠炎用药规律分析[J]. 中国民间疗法, 2023, 31(9): 60-65.
ZHOU Q, WANG H C, LI M Y, et al. Medication rules of traditional Chinese medicine enema in treating ulcerative colitis based on data mining [J]. China's Naturopathy, 2023, 31(9): 60-65. (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。