

DOI: 10.12209/CAIM202406280034

· 中西医结合临床案例 ·

芒硝外敷联合中药灌肠治疗 1 例 急性水肿性胰腺炎患者的护理

张梅娟, 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 例芒硝外敷急性水肿性胰腺炎重症患者实施中西医结合治疗和护理经验。在常规护理基础上, 西医予胃肠减压、腹水引流及抗感染治疗, 中医根据患者的辨证分型, 即阳明腑实证, 予芒硝外敷、中药灌肠及耳穴压丸等干预措施实施治疗和护理, 缓解急性胰腺炎引发的腹痛等不适症状, 促进患者康复。患者治疗 9 d 后营养状况改善, 12 d 后拔除胃管经口进食, 于治疗 15 d 后顺利出院。

关键词: 芒硝外敷; 急性胰腺炎; 护理; 中西医结合

Nursing care of a patient with acute edematous pancreatitis treated with external application of saltpeter combined with traditional Chinese medicine enema

ZHANG Meijuan, WANG Jing

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

ABSTRACT: This article summarizes the experience of implementing integrated traditional Chinese and Western medicine treatment and nursing for a severe patient with acute edematous pancreatitis treated with external application of saltpeter. On the basis of routine nursing, Western medicine provides gastrointestinal decompression, ascites drainage, and anti infection treatment. Traditional Chinese medicine implements intervention measures such as external application of saltpeter, traditional Chinese medicine enema, and ear acupressure pills based on the patient's syndrome differentiation, namely Yangming Fu syndrome, to alleviate discomfort symptoms such as abdominal pain caused by acute pancreatitis and promote patient recovery. The patient's nutritional status improved after 9 days of treatment, and after 12 days, the gastric tube was removed for oral feeding. The patient was discharged smoothly after 15 days of treatment.

KEY WORDS: external application of saltpeter; acute pancreatitis; nursing; integrated traditional Chinese and western medicine

急性胰腺炎(acute pancreatitis, AP)为临床常见消化系统急症,为多种致病因素引起胰酶自身消化,从而引发一系列炎症反应。其中急性水肿性胰腺炎(acute edematous pancreatitis, AEP)占 80%~85%^[1]。发病后会导致患者恶心、呕吐、腹痛等,一些严重的患者还会有发热的症状^[2]。目前,临床上西医治疗 AEP 较多见,其措施包括禁食禁饮、胃肠减压、止痛抑酸及抗菌等^[3]。但西药对人体均有一定副作用,相比之下,祖国医学在 AP 的治疗上具有方便安全的优点,逐渐得到临床

的广泛应用和认可。因此,治疗本病应用中西医结合联合的方法,其过程对于临床治疗本病具有参考意义。本文总结 1 例芒硝外敷急性水肿性胰腺炎重症患者实施中西医结合治疗和护理体会,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女,53 岁,主因“腹痛 1 d”于 2024 年 2 月 1 日入院。患者入院诊断为急性水肿性胰腺炎,

收稿日期:2024-06-28

OPEN ACCESS

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

重症;高脂血症性胰腺炎;高脂血症。患者于2024年1月31日中午无明显诱因下出现腹痛,中上腹为主,呕吐1次非血性,腹泻10余次,稀便色黄。遂来我院急诊科就诊,查生化后考虑患者急性水肿性胰腺炎,由急诊拟“急性水肿性胰腺炎,重症”收入我科。

1.2 查体

入院时患者神清,精神可。生化示血清淀粉酶样蛋白A测定184.22 mg/L,C-反应蛋白61.06 mg/L,血红蛋白178.0 g/L,淋巴细胞%17.50%,白细胞 $11.80 \times 10^9/L$,白蛋白/球蛋白0.99,胆碱酯酶(干)11426 U/L,总胆固醇9.20 mmol/L,肌酸激酶24.00 U/L,肌酐45.10 $\mu\text{mol/L}$,总胆红素22.20 $\mu\text{mol/L}$ 。中医辨病辨证分析:由六淫之邪、饮食不节、情志失畅等引起邪阻气滞、肝胆不利、湿郁热结。

1.3 诊断

西医诊断:急性水肿性胰腺炎,重症;高脂血症性胰腺炎;高脂血症。中医诊断:卒腹痛;辨证分型:阳明腑实证。临床上祖国医学诊断标准:主症为脘腹胀满、阵痛或窜痛,大便黏滞不通;次症为胸闷不舒、善太息,发热,烦渴引饮,小便短黄,身目发黄,舌淡红、苔薄白或薄黄,脉弦紧或弦数;主症两项加次症两项即可诊断为AEP^[4]。

1.4 治疗

患者入我科后遵医嘱予特级护理,告病重,禁食饮食,予深静脉置管大量补充液体控制感染,抑酸护胃,解热镇痛,扩血管,保肝,抑制胰酶,抗凝血,改善肠道菌群,化痰,营养支持。患者中上腹疼痛,遵医嘱予以留置胃管接胃肠减压,初步稳定病情。治疗2 d后,患者腹胀减轻,故遵医嘱予停胃肠减压,停静脉营养,予百普力增加肠内营养;治疗3 d后,患者体温38℃,分析生化检验指标,考虑患者胰腺炎症改变,腹腔积液可能,遵医嘱予善宁针抑制胰酶,腹腔穿刺引流。入科治疗第5天,予中药鼻饲内服,芒硝外敷泻下;治疗9 d后,患者疼痛评分归0,上腹无疼痛,予以拔除左上腹腔引流管,改琥珀酸亚铁片补血,盐酸万古霉素抗菌抗感染;患者入科第14天,无中上腹疼痛,无发热,二便可,半流质饮食,寐尚可。患者病情稳定,治疗好转,遵医嘱顺利出院。

2 护理

2.1 护理评估

患者入院时神清,气喘、乏力,形体消瘦。患

者自理能力评分10分,无法自理,需要特级护理;采用营养评估NRS2002评估患者营养状况^[5],患者营养评分为4分,提示有营养风险;血栓危险因素评分5分,属超高危,需做好各项预防措施;予患者疼痛评估,患者中上腹阵发性胀痛,NRS疼痛评分为7分,属重度疼痛,予以上报。

2.2 护理诊断

本例患者护理诊断结果,具体如下:疼痛与原发病AEP有关;体液过多与腹水有关;体温过高与感染有关;活动无耐力与长期卧床有关;营养失调,低于机体需要量;患者存在血栓形成、感染性休克及压疮等潜在并发症。

2.3 护理目标

结合患者实际,整体护理目标如下:患者腹痛得到缓解,配合医生控制高热,调节血糖,纠酸、纠正电解质紊乱,肠内营养维持机体营养需求;预防血栓,避免发生压力性损伤。

2.4 护理措施

2.4.1 基础护理

遵医嘱予患者药物治疗,予瑞芬太尼24 h泵推维持镇痛,予生长抑素质子泵抑制剂,1次/d,以抑制胰液分泌,每日评估疼痛两次。腹腔引流保持腹腔引流管通畅在位,准确记录引流液色质量,遵医嘱采集样本送检并跟踪结果,定期护理穿刺部位,保持无菌整洁。监测患者生命体征、记录24 h出入量。观察皮肤及粘膜改变情况,判断有无体液不足。遵医嘱及时送检标本,严密监测电解质,肾功能检验结果,及时采取措施维持水电解质平衡。监测白蛋白、血红蛋白以及血糖等变化情况,遵医嘱予鼻饲营养支持,制定营养计划。同时建立静脉通路补充营养。对患者进行相应的饮食护理,同时以患者病情为依据制定具有针对性、个性化饮食方案,选择富含营养的食物类型,增加果蔬摄入,补充维生素,增强机体免疫、抵抗力,促进病情快速康复^[6]。严格监测患者血糖变化,使用胰岛素泵时应每2小时检测血糖,根据血糖变化遵医嘱及时调节胰岛素治疗用量及方案,如出现低血糖立即通知医生进行处理,必要时建立静脉通路补充糖分。遵医嘱合理利用舒普深静滴,1次/d,定期监测体温,控制感染,体温超过38.5℃留取血标本并及时送检。预防压力性损伤,评估压力损伤,根据评分进行临床干预,例如定期翻身,制定翻身卡并做好记录;修剪指甲,保持床单干燥平整,保持受压皮肤干燥,营养合理丰富。

预防呼吸道感染,保持病室内空气清新,温湿度适宜。

2.4.2 中医护理

2.4.2.1 芒硝外敷

将适量芒硝碎末装入外敷袋中,准确放置患者上腹部,充分贴合患者腹部,直至药物结晶,每日热敷两次,并于7 d后进行临床效果评定。

2.4.2.2 中药灌肠

遵医嘱予取我科Ⅲ号方(大黄150 g、芒硝50 g、厚朴及枳实各100 g)药液100 mL进行保留灌肠,协助患者侧卧位,嘱其臀部抬高约10 cm。使用60 mL一次性注射器抽取药液,连接一次性吸痰管,经石蜡油润滑吸痰管后,缓慢插入肛门

20~30 cm^[7],灌注时中药温度控制为39~41℃,每日灌肠两次,保留2 h以上。

2.4.2.3 耳穴压丸

嘱受试者仰卧位或坐位,取降压点、降压沟、神门、交感、耳尖及皮质下,逐一确定以上穴位位置,以探棒探得压痛点,常规消毒耳廓。一手固定耳廓,另一只手将粘有王不留行籽的胶布块贴于上述所选穴位,采用轻(虚证)、重(实证)、缓(久病)三种手法适度的揉、捏、压,3~5次/d,3~5 min/次,使耳廓有发胀、放散、发热感,两耳交替,3 d更换1次双耳交替进行^[8]。将耳穴贴撤除后,如果观察到患者贴压部位出现红肿青紫、破损等情况,应立即进行消毒,避免进一步引发炎症甚至感染。

表1 疗效评估

评估时间	NRS/分	血栓危险因素评估/分	C-反应蛋白/(mg/L)	血清淀粉酶样蛋白A/(mg/L)
入院时	7	5	61.06	184.22
出院时	2	0	18.15	121.21

3 结果和随访

经治疗,患者相关症状得到改善,出院时各项相关性指标对比详见表1。患者出院后10 d至我院复检,经系统询问和交流,患者对于主要健康宣教内容,尤其以生活饮食习惯内容,基本悉知。复检结果显示恢复良好,暂无复发迹象。

4 讨论

根据中医学论述,AEP的主要发病部位包括肝和胃,由于饮食不节、宜忌失当及过度劳神引发肝气郁结,影响气机正常升降,日久会引发气虚血亏营养输注不畅的病理状态。因此,在急性胰腺炎尚处于早期时,即水肿期,预见性发现和治疗可有效遏制疾病恶化,有助于良好的预后。本案例正是1例水肿期胰腺炎患者,虽然治疗结果有效,但是其前提依旧是传统西医为主的对症治疗,中医手段在本案例中处于辅助作用,只可作为参考,仍有待进一步完善^[9]。案例中运用的耳穴贴压,可养肾润肝、扶正益气、开窍聪耳,还能充盈五脏能量,畅通经络,深度滋养耳窍。此外耳穴贴压可提高内耳毛细血管的渗透力,促进耳内血液循环,尤其是其具有操作简便、安全性高、愈早愈好等优点。

在AP的治疗中,中药灌肠应用正逐步推广且临床疗效好^[10]。周金明治疗AEP应用大承气汤加减鼻饲和灌肠辅助治疗联合传统住院治疗患

者,症状改善快,血清淀粉酶恢复速度快,总体来说更有效且有明显差异($P<0.05$)^[11]。郑聪聪等应用生大黄灌肠治疗AP,能降低腹压,快速降低AMS水平并恢复正常指标范围,可显著提高疗效。随着中医学的兴起,中医护理也需要整体观念及辨证论治的理论,在临床治疗中开展相应的中西医结合的护理措施,将中医护理运用于实践,协助医生为患者治疗的顺利进行,有助于患者早日康复。

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] 王国兴,肖红丽,任恩峰.急性胰腺炎急诊断断及治疗专家共识[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)

[2] 王斯莹.自拟清胰汤中药灌肠合芒硝外敷治疗急性水肿型胰腺炎(肝郁气滞型)的临床研究[D].长春:长春中医药大学,2021.

[3] 杨洋.清胰汤和雷火灸技术治疗急性水肿型胰腺炎患者效果观察与护理[J].新疆中医药,2024,42(2):55-57.
YANG Y. Observation and nursing care of patients

- with acute edematous pancreatitis treated by Qingyi decoction and thunder-fire moxibustion [J]. *Xinjiang J Tradit Chin Med*, 2024, 42(2): 55–57. (in Chinese)
- [4] 张声生, 李慧臻. 急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. *临床肝胆病杂志*, 2017, 33(11): 2052–2057.
ZHANG S S, LI H Z. Expert consensus on TCM diagnosis and treatment of acute pancreatitis (2017) [J]. *J Clin Hepatol*, 2017, 33(11): 2052–2057. (in Chinese)
- [5] 张片红, 沈贤, 黄晓旭, 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.
ZHANG P H, SHEN X, HUANG X X, 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] 党丽丽, 王菲, 白巧丽, 等. 基于加速康复外科的舒适护理在超高龄股骨颈骨折患者围手术期的应用[J]. *医学研究生学报*, 2022, 35(12): 1314–1316.
DANG L L, WANG F, BAI Q L, et al. Application of comfort nursing based on enhanced rehabilitation surgery in the perioperative period of ultra-senile patients with femoral neck fractures [J]. *J Med Postgrad*, 2022, 35(12): 1314–1316. (in Chinese)
- [7] 胥碧芬, 曾敏. 灌肠体位与插管深度探索[J]. *川北医学院学报*, 2001, 16(2): 77–78.
XU B F, ZENG M. Exploration of enema position and intubation depth [J]. *J N Sichuan Med Coll*, 2001, 16(2): 77–78. (in Chinese)
- [8] 傅智丽, 王燕, 石亚楠, 等. 中药小方剂代茶饮联合耳穴贴压干预高血压前期的临床研究[J]. *内蒙古中医药*, 2024, 43(3): 112–113.
FU Z L, WANG Y, SHI Y N, et al. Clinical study on the intervention of traditional Chinese medicine small prescription instead of tea combined with auricular point sticking on pre-hypertension [J]. *Inn Mong J Tradit Chin Med*, 2024, 43(3): 112–113. (in Chinese)
- [9] 吴珊珊, 范铁兵. 中医药治疗急性胰腺炎的临床应用进展[J]. *中国中医急症*, 2020, 29(2): 370–372.
WU S S, FAN T B. Progress in clinical application of traditional Chinese medicine in treating acute pancreatitis [J]. *J Emerg Tradit Chin Med*, 2020, 29(2): 370–372. (in Chinese)
- [10] 杨小芳, 孙芳园, 雷鸣. 中医外治法治疗重症急性胰腺炎胃肠功能障碍的研究进展[J]. *黑龙江科学*, 2019, 10(2): 54–56.
YANG X F, SUN F Y, LEI M. Research progress of external therapy of traditional Chinese medicine in the treatment of gastrointestinal dysfunction in severe acute pancreatitis [J]. *Heilongjiang Sci*, 2019, 10(2): 54–56. (in Chinese)
- [11] 周金明. 大承气汤加减鼻饲和灌肠辅助治疗急性水肿型胰腺炎的临床观察[J]. *临床医药文献电子杂志*, 2018, 5(A4): 174, 177.
ZHOU J M. Clinical observation on Dachengqi decoction in the treatment of acute edematous pancreatitis by nasal feeding and enema [J]. *Electron J Clin Med Lit*, 2018, 5(A4): 174, 177. (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。