

DOI: 10.12209/CAIM202406110003

· 中西医结合临床案例 ·

中药灌肠联合中药热奄包治疗 1 例 重症急性胰腺炎患者腹胀的护理

王晓明

(北京市健宫医院 普外肿瘤科, 北京, 100032)

摘要: 本文总结中药灌肠联合中药热奄包在 1 例重症急性胰腺炎患者腹胀中的临床效果, 分析中药灌肠和中药热奄包技术在腹胀治疗中的独特优势和特点。该病例西医运用常规综合治疗, 包括吸氧胃肠减压, 营养支持抗感染, 改善微循环及抑制胰液分泌等对症治疗改善患者整体状况, 联合中医辨证论治, 运用中药灌肠与中药热奄包技术内外兼攻, 同时结合情志护理和饮食护理, 有效减轻患者腹胀, 缓解焦虑情绪, 增加患者舒适度及满意度。

关键词: 重症急性胰腺炎; 腹胀; 中药灌肠; 中药热奄包; 护理

Nursing care of a patient with severe acute pancreatitis treated with traditional Chinese medicine enema combined with traditional Chinese medicine hot compress for abdominal distension

WANG Xiaoming

(Department of General Surgery Oncology, Beijing Jiangong Hospital, Beijing, 100032)

ABSTRACT: This article summarizes the clinical efficacy of traditional Chinese medicine enema combined with traditional Chinese medicine hot compress in the treatment of abdominal distension in a patient with severe acute pancreatitis, and analyzes the unique advantages and characteristics of traditional Chinese medicine enema and traditional Chinese medicine hot compress techniques in the treatment of abdominal distension. In this case, Western medicine applied conventional comprehensive treatment, including oxygen therapy for gastrointestinal decompression, nutritional support for anti infection, improvement of microcirculation, and inhibition of pancreatic juice secretion to improve the overall condition of the patient. Combined with traditional Chinese medicine syndrome differentiation and treatment, traditional Chinese medicine enema and traditional Chinese medicine hot compress technique were used to attack both internally and externally. At the same time, emotional and dietary care were combined to effectively reduce the patient's bloating, alleviate anxiety, and increase patient comfort and satisfaction.

KEY WORDS: severe acute pancreatitis; abdominal distention; Chinese herbal enema; traditional Chinese medicine hot compress; nursing

重症急性胰腺炎(SAP)是常见的外科危重症之一, 指伴有全身和局部并发症的急性胰腺炎, 是一种病死率较高、并发症多、病情险恶的急腹症, 是以胰腺局部坏死性感染并发全身炎症及多脏器功能衰竭、肠道应激反应为主要表现的临床重症疾病, 病死率达 20%^[1]。针对患者肠道黏膜屏障被破坏导致的严重腹痛、腹胀症状, 中国急性胰腺

炎诊疗指南指出^[2], 建议采用芒硝外敷方式, 有泻下、软坚、清热、加速腹内渗出液吸收, 以缓解腹痛、腹胀症状, 降低胰胆管压力, 改善胰腺功能^[3-4]。中医学认为中药生大黄具有攻下、导滞、泻火凉血等功效, 改善胰腺微循环的作用, 中药保留灌肠利用肠轴膜直接吸收药物, 而达到治疗的目的^[5]。研究表明, 生大黄水灌肠联合芒硝外敷

收稿日期: 2024-06-11

OPEN ACCESS

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

可促进肠蠕动恢复,改善肠麻痹,缓解急性胰腺炎患者的腹痛、腹胀情况^[6]。因此,熟悉中药灌肠及中药热奄包外敷的护理操作,并熟练应用对减轻急性胰腺炎患者的腹痛、腹胀情况至关重要。本文总结中药灌肠联合中药热奄包技术在治疗1例重症急性胰腺炎患者腹胀的护理,现报告如下。

1 病例资料

1.1 一般资料

患者男性,60岁,主因“腹痛伴恶心、呕吐2 d,加重6 h”于2024年03月07日入院。患者于患者2 d前饱餐后逐渐开始出现剑突下胀痛,呈持续性胀痛,伴食欲不振,恶心,呕吐,呕吐物为少量胃内容物,当时未来院就诊。6 h前腹痛加重,为全腹持续性胀痛不缓解,无肩背部放射痛,伴有反酸、烧心,无发热、腹泻等不适,遂就诊我院急诊外科。既往高血压10年,高脂血症、冠心病多年,阑尾炎手术史多年。无家族遗传史,无食物药物过敏史。患者有吸烟、饮酒的不良生活方式,间断口服药物治疗。患者入院时持续性全腹痛,伴有恶心,呕吐,反酸、烧心明显,无发热等不适,未排气排便。

1.2 体格检查

患者入院时生命体征,体温(T)36.9℃,脉搏68次/min,血压(BP)130/90 mm Hg,呼吸(R)20次/min。患者发育正常,神清语利,痛苦面容,轮椅推入病房,被动体位,配合查体,皮肤及巩膜无黄染。心率(P)68次/min,律齐,心前区和各瓣膜区未听到杂音及其他心音;双肺呼吸音正常,两肺广泛叩诊清音,未闻及干湿罗音。专科检查:痛苦面容,营养不良。腹部稍膨,腹壁无静脉曲张,无胃肠型及蠕动波,腹部右下象限可见陈旧手术瘢痕。全腹部压痛,腹肌紧张、反跳痛,肠鸣音减少,1~2次/min。中医四诊:①望:精神差,舌质淡红,舌苔薄白;②闻:呼吸顺畅,言语清晰,未闻及异味;③问:腹胀、腹痛难忍;④切:脉弦滑。发病节气:惊蛰。

1.3 诊断

2024年3月06日行上下腹+盆腔CT平扫:急性胰腺炎,周围渗出及积液,脂肪肝;双肾多发结石;阑尾切除术后状态。双肺CT未见明显异常。立位腹平片:可见膈下“新月形”游离气体。尿淀粉酶:U-AMY1773 U/L;血淀粉酶:AMY1288 U/L;血常规+C反应蛋白:WBC17.8×10⁹/L,HGB170 g/L,NEUT86.4%。中医诊断:胰

瘕;辨证分型:肝郁气滞证;西医诊断:重症急性胰腺炎。

1.4 治疗干预

入院后积极完善相关检查,遵医嘱予外科护理常规,一级护理,禁食水。西医治疗:抗炎预防感染,止痛抑酸,营养支持为主。予0.9%氯化钠注射液100 mL+注射用头孢美唑钠2.0 g及奥硝唑氯化钠注射液0.5 g,1次/12 h,静脉滴注抗炎。予0.9%氯化钠注射液100 mL+注射用艾司奥美拉唑钠40 mg,1次/d,静脉滴注抑酸。予患者盐酸曲马多氯化钠注射液100 mg,2次/d,肌肉注射止痛治疗。予患者0.9%氯化钠注射液50 mL+注射用生长抑素3 mg,以4 mL/h微量泵静脉泵入。患者急性弥漫性腹膜炎,腹部体征明显,伴有恶心,呕吐,遵医嘱予留置胃肠减压管,缓解腹胀腹痛。无法经口进食,予静脉营养支持。中医治则:疏肝理气,和胃通里。

患者于入院后第2天予患者中药灌肠联合中药热奄包治疗,敷于腹部阿是穴,2次/d。3月7日,患者入院第1天予留置胃管,引出胃液1300 mL,患者腹痛、腹胀明显,无排气、排便。3月8日,患者入院第2天胃液1400 mL,患者腹痛、腹胀明显,无排气、排便,予患者中药100 mL灌肠,时间为15~20 min,2次/d,予患者中药热奄包治疗,敷于腹部阿是穴,时间为20~30 min,2次/d。3月11日,患者入院第5天,胃液900 mL,腹胀有所好转,腹痛较前减轻,无排气、排便。3月14日,患者入院第8天,胃液500 mL,腹胀、腹痛有所好转,排气恢复,无排便。3月15日,患者入院第9天,胃液300 mL,患者第一次排便,遵医嘱拔除胃管。3月16日,尿淀粉酶:U-AMY389 U/L,血淀粉酶AMY56 U/L,血常规WBC6.5×10⁹/L;立位腹平片:结肠多发气液平面。3月18日,患者生命体平稳,未诉不适,患者出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 腹胀评估

患者全腹部压痛,腹肌紧张、反跳痛,肠鸣音减少,1~2次/min,烦躁不安难以平卧。参照2002年《中药新药临床研究指导原则》进行护理评估,0级:患者无腹胀,计0分;I级:患者自觉轻度腹胀,发作自止,但不影响正常工作、休息,计1分;II级:重度腹胀,患者自觉腹胀但可耐受,常有

发作,影响工作和休息,计2分;III级:患者感觉重度腹胀,不能耐受,腹胀持续不止,需要药物缓解,计3分。本例患者腹胀评分为3分,属重度腹胀。

2.1.2 疼痛评估

数字分级法(NRS)将疼痛程度用0~10个数字依次表示,0表示无疼痛,10表示能够想象的最剧烈疼痛。按疼痛程度分为轻度疼痛(1~3分)表示患者有轻微疼痛,但可以忍受;中度疼痛(4~6分)表示患者疼痛明显并且影响睡眠,但仍可忍受;重度疼痛(7~10分)表示患者有强烈的疼痛,疼痛不能忍受,并且影响食欲及睡眠。本例患者疼痛评分为7分,属重度疼痛

2.1.3 焦虑评估

焦虑评分标准评估,SAS评分 ≤ 50 分,正常或者没有焦虑;SAS评分为50~60分,属轻度焦虑;SAS评分为60~70分,属中度焦虑;SAS评分 > 70 分,属重度焦虑。本例患者属中度焦虑。

本例患者营养风险MNA-SF评分为9分;跌倒风险评分为65分;压疮风险Barden评分为13分;生活能力ADL评分为70分,需要部分帮助。患者入院时神志清楚,对答切题,腹痛较重,大汗淋漓,情绪烦躁不安。

2.2 护理诊断

本例患者护理诊断结果,具体如下:①急性腹痛、腹胀与胰腺周围组织炎症、水肿有关;②舒适改变与重度腹胀、压痛有关;③有体液不足的危险,与大量呕吐导致失水有关;④营养失调,低于机体需要量,与食欲不振,恶心呕吐有关;⑤活动无耐力与频繁呕吐导致失水、电解质丢失有关;⑥焦虑和恐惧与所患疾病、担心预后有关;⑦患者缺乏有关本病的病因和预防知识;⑧有管路功能失效的危险,与管路堵塞或脱管有关。

2.3 护理计划

遵医嘱予患者常规治疗控制感染的同时,运用中医特色中药灌肠联合中药热奄包治疗,缓解患者腹胀腹痛,降低腹胀评分;实施情志护理,缓解患者焦虑情绪;做好生活护理及健康宣教,予患者讲解相关疾病知识,树立战胜疾病的信心,使患者身心健康地出院。

2.4 护理措施

2.4.1 腹胀腹痛护理

予患者采用半卧位,腹胀的现象比较明显,腹腔内部的压力增高,可能使胸腔内部的空间受到影响,这样既能休息,又能够减轻对肺部的影响,

从而可以改善临床症状。必要时遵医嘱予以哌替啶止痛类药物来缓解疼痛,监测用药前、后的效果,注意哌替啶反复应用可致成瘾性。

2.4.2 饮食护理

前期需严格禁食水,遵医嘱予患者通过静脉滴注方式进行营养支持。患者病情稳定,血、尿淀粉酶恢复正常,可逐步进行饮水、流食、半流食、固体食物、正常饮食方向过渡,期间依然不可饮食辛辣刺激、生冷黏腻的食物。随着患者饮食逐步恢复,可进行高热量、高蛋白的饮食,确保患者饮食摄入能够保障康复需求,但仍不可食用油炸、油腻食物,避免饮酒,多食用果蔬避免便秘。

2.4.3 情志护理

构建和谐护患关系,耐心倾听,关心爱护患者,赢得家属和患者的信任,加强交流,通过语言或非语言的方式进行安慰,使患者放松心情;介绍相关疾病知识,多讲解成功案例,树立战胜疾病的信心,鼓励家属共同参与增加安全感,取得家庭和社会的支持。

2.4.4 皮肤护理

中药灌肠和热奄包治疗后密切观察患者肛周及腹部皮肤情况,出现过敏、红肿、水泡、刺痒感及时处理,操作后用温水清洁皮肤,涂抹润肤霜保护皮肤。

2.4.5 中医特色护理

①中药灌肠:遵医嘱熬制中药药液,即生大黄30g,芒硝30g(分冲),厚朴10g,炒枳实10g,白芍15g,川楝子15g,玄胡15g,黄芩12g,黄连6g,甘草3g及丹参20g等,取100mL,温度为39~41℃,协助患者取左侧卧位,置垫枕以抬高臀部10cm,从肛门插入10~15cm缓慢滴入药液,滴注时间15~20min,2次/d,1周为一疗程。中药液灌入直肠或结肠,使药液保留在肠道内,通过肠黏膜的吸收达到清热解毒、软坚散结、泄浊排毒及活血化瘀等作用。②中药热奄包:药物为科内自定方,选择芒硝300g、甘草20g、大黄20g、木香20g、盐小茴香20g、制吴茱萸20g及干姜20g这7味中药。将备好的药物稍打碎,装入棉布袋内,扎好袋口,注意实施热奄包前要严格询问患者有无过敏史。把制作好的中药热奄包放入微波炉加热,加热时间不宜过长,大火2~3min即可,温度在50~60℃。注意温度不宜过高,避免烫伤患者。穴位选择阿是穴,取平卧位,腹壁与热奄包充分接触,效果好。时间为20~30min,2次/d,1周

为一疗程。在治疗过程中注意保护患者隐私,芒硝外敷受热潮湿,病人腹部会出现潮湿情况,告知病人要及时更换衣物,保持皮肤、衣服、床单元干燥。除此之外还要注意芒硝潮解后会变硬,应该根据变硬的程度及时更换。

3 结果和随访

该患者经中药灌肠联合中药热奄包干预治疗后,腹胀有所缓解;治疗3~7 d后,腹胀、腹痛明显缓解,胃肠蠕动恢复,肛门已排气排便;治疗10 d后,患者腹胀基本或完全缓解,肠鸣音活跃,腹围减小,进食后未诉腹痛腹胀等不适。患者出院后饮食及作息规律,已戒烟戒酒,出院1周后随访,复查血常规、生化及全腹CT,未示异常,患者无不适主诉,预后恢复良好。随访时继续予患者生活、饮食及心理辅导,嘱病人不适随诊。

4 讨论

近年来,随着人们生活水平的不断提高,饮食结构改变,急性胰腺炎发病率逐渐上升^[7]。中医学认为SAP是腑气不通致湿热蕴结中焦而致病,“六腑以通为用”“不通则痛”故治疗以清热解毒、活血化瘀及通里攻下为基本原则。方中生大黄具有攻下、导滞、泻火凉血;芒硝、枳实及厚朴通腑泄浊;丹参活血化瘀;黄芩、黄连清热利湿等功效,中药保留灌肠由于灌肠液在肠腔内存留时间长,可抑制胰酶活性,维护肠黏膜屏障,促进胃肠蠕动,加速体内致炎因子排泄的作用,减少肠道致炎因子的产生,利用肠轴膜直接吸收药物,而达到治疗的目的^[8]。热奄包中芒硝软坚泻下、消肿止痛;吴茱萸、小茴香温中止痛;干姜温中散寒;大黄泻下利胆、消炎镇痛;木香行气健脾、疏肝利胆;甘草缓和大黄、芒硝的泻下作用。利用热奄包的热蒸气使局部的毛细血管扩张、血液循环加快,让其中的中药的成分在一定的温度下透过皮肤到达穴位/经络/疼痛点,从而达到温经通络、调和气血及祛湿驱寒作用^[9]。因此,在综合治疗急性重症胰腺炎过程中,采用中药灌肠联合中药热奄包排除因肠麻痹造成的肠内大便滞留及细菌产生的毒素、炎症渗液,改善急性胰腺炎,促进胃肠功能恢复,以减轻患者腹胀腹痛症状^[10]。早发现、早诊断、早治疗是救治成功的关键。急性重症胰腺炎的临床护理需要严格遵循操作规范和护理路径,从而确保达到最佳的治疗效果。

通过本例患者的护理实践,深刻体会到该技术在缓解腹胀、促进肠道功能恢复方面的显著效果。然而,也应认识到该技术的不足之处,比如中药灌肠操作时速度及时间存在差异,热奄包中的芒硝外敷后使布袋会变硬,注意患者皮肤情况,在今后的工作中加以改进和完善。现今我国医疗卫生水平正在不断提高,人们对医疗卫生水平的要求也越来越高。此病例中所使用的中药灌肠及中药热奄包技术加快患者康复进程,缩短患者住院时间,减轻患者经济负担,同时也节约了国家的医疗资源。通过不断总结经验、提高护理质量,为患者提供更加安全、有效的护理服务。

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] KOMARA N L, PARAGOMI P, GREER P J, et al. Severe acute pancreatitis: capillary permeability model linking systemic inflammation to multiorgan failure[J]. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*, 2020, 319(5): G573-G583.
- [2] 杜奕奇, 陈其奎, 李宏宇, 等. 中国急性胰腺炎诊治指南(2019年, 沈阳)[J]. *临床肝胆病杂志*, 2019, 35(12): 2706-2711.
DU Y Q, CHEN Q K, LI H Y, et al. Chinese guidelines for the management of acute pancreatitis (Shenyang, 2019)[J]. *J Clin Hepatol*, 2019, 35(12): 2706-2711. (in Chinese)
- [3] 王晶晶, 蔡常春, 张晴, 等. 联合使用大黄、芒硝对重症急性胰腺炎患者肠道功能和炎性因子的影响[J]. *中成药*, 2019, 41(5): 1191-1193.
WANG J J, CAI C C, ZHANG Q, et al. Effects of rhubarb combined with mirabilite on intestinal function and inflammatory factors in patients with severe acute pancreatitis[J]. *Chin Tradit Pat Med*, 2019, 41(5): 1191-1193. (in Chinese)
- [4] 付杰, 刘强, 刘国兴, 等. 重症急性胰腺炎诊疗现状及主要问题[J]. *世界华人消化杂志*, 2017, 25(32): 2851-2857.
FU J, LIU Q, LIU G X, et al. Diagnosis and treatment of severe acute pancreatitis: current status and main problems[J]. *World Chin J Dig*, 2017, 25(32): 2851-2857. (in Chinese)
- [5] 李巧玲, 郭丽红, 陈娜惠. 中药辅助治疗急性重症胰腺炎的观察与护理[J]. *中国社区医师*, 2014, 30

- (29): 137, 139.
- LI Q L, GUO L H, CHEN N H. Observation and nursing of traditional Chinese medicine in the treatment of acute severe pancreatitis[J]. Chin Community Dr, 2014, 30(29): 137, 139. (in Chinese)
- [6] 侯清, 李晓泉, 张琦, 等. 复方大承气汤灌肠联合芒硝外敷治疗急性胰腺炎临床观察[J]. 安徽中医药大学学报, 2021, 40(3): 39-43.
- HOU Q, LI X Q, ZHANG Q, et al. Clinical effect of enema with compound Dachengqi Decoction combined with external application of mirabilite in treatment of acute pancreatitis [J]. J Anhui Univ Chin Med, 2021, 40(3): 39-43. (in Chinese)
- [7] 曹石波. 中西医治疗重症急性胰腺炎 13 例疗效观察[J]. 中国社区医师, 2019, 35(2): 111-112.
- CAO S B. Clinical observation on 13 cases of severe acute pancreatitis treated by traditional Chinese and western medicine [J]. Chin Community Dr, 2019, 35(2): 111-112. (in Chinese)
- [8] 潘以丰, 蔡海荣, 陈锦锋, 等. 通腑泄热、行气活血法治疗重症急性胰腺炎的疗效观察[J]. 中国中医急症, 2018, 27(5): 895-896, 899.
- PAN Y F, CAI H R, CHEN J F, et al. Clinical observation on the treatment of severe acute pancreatitis by clearing fu-organs and clearing heat, activating qi and promoting blood circulation[J]. J Emerg Tradit Chin Med, 2018, 27(5): 895-896, 899. (in Chinese)
- [9] 王瑞, 易晓雷. 清胰导泻方热奄包佐治急性胰腺炎肝郁气滞证的临床观察[J]. 云南中医中药杂志, 2024, 45(3): 28-32.
- WANG R, YI X L. Clinical observation of hot compress pack of qingyidaoxie prescription for the adjuvant treatment of acute pancreatitis syndrome of liver-qi stagnation[J]. Yunnan J Tradit Chin Med Mater Med, 2024, 45(3): 28-32. (in Chinese)
- [10] 唐燕辉. 中药方灌肠与芒硝外敷治疗急性胰腺炎的临床效果[J]. 吉林医学, 2023, 44(5): 1307-1310.
- TANG Y H. Clinical effect of enema with traditional Chinese medicine and external application of mirabilite on acute pancreatitis [J]. Jilin Med J, 2023, 44(5): 1307-1310. (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。