

改良愈疡汤灌肠治疗溃疡性结肠炎

44 例护理体会

蒋艳茹¹ 于素静²

【摘要】 为解决单纯用西药毒副作用大且易复发的问题,应用口服西药联合中药灌肠的方法进行溃疡性结肠炎(UC)的治疗。文章在 44 例改良愈疡汤灌肠治疗溃疡性结肠炎的基础上,总结了中西医结合治疗溃疡性结肠炎的护理体会。护理要点包括:病情观察、心理护理、饮食护理、灌肠护理、起居护理、生活护理等。其中把握正确的灌肠方法进行灌肠护理是溃疡性结肠炎治疗的重要环节,适宜的温度、时间、深度、速度、体位和插管动作决定了灌肠治疗成功与否。临床结果证明,中西医结合、内外同治是治疗和护理溃疡性结肠炎的有效途径。

【关键词】 溃疡性结肠炎;中西医结合;改良愈疡汤;灌肠;护理

溃疡性结肠炎是一种病因不明的直肠和结肠慢性非特异性炎性疾病,病变主要限于大肠黏膜与黏膜下层。临床表现为腹泻、黏液脓血便、腹痛。病情轻重不等,多呈反复发作的慢性病程。治疗溃疡性结肠炎目前尚无特效药物,用西药治疗虽有一定效果,但毒副作用大,且易复发。从 2009 年 1 月到 12 月上旬,我院对 44 例溃疡性结肠炎的患者实施了柳氮磺胺吡啶口服联合中药改良愈疡汤灌肠的治疗方法,取得了良好疗效,现报道如下。

一、资料与方法

1. 临床资料:从 2009 年 1 ~ 12 月,在唐山市中医医院连续收治的成人(年龄 ≥ 18 岁)溃疡性结肠炎患者,符合 2008 年我国颁布的 IBD 诊治规范共识意见中的 UC 标准的患者(左半结肠型)^[1]。排除病例标准(包括不适应证或剔除标准):①年龄在 18 岁以下或 65 岁以上,妊娠或哺乳期妇女,过敏体质及对本药过敏者。②合并有心、脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病、精神病患者。③有严重并发症,如局部狭窄、肠梗阻、肠穿孔、直肠息肉、中毒性结肠扩张、结肠癌、直肠癌及肛门疾病者。④不符合纳入标准,未按规定服药,无法判断疗效,或资料不全等影响疗效者。

2. 治疗方法:符合以上标准的 UC 患者(左半结肠型),采用柳氮磺胺吡啶口服联合中药改良愈疡汤灌肠,4 周为 1 个疗程。改良愈疡汤由白头翁、穿山龙、败酱草、徐长卿、仙鹤草、地榆、槟榔、薏苡仁

等 8 味药组成,由唐山市中医医院煎药室提供。水煎服,取汁 100 ~ 120 mL,日 1 剂。每晚 1 次睡前灌肠。

3. 疗效判定标准:参照 1988 年全国肛肠学会拟定的溃疡性结肠炎的疗效评定标准^[2]。痊愈:临床症状消失,大便成形无脓血,大便常规检查正常,结肠镜检查溃疡愈合,肠黏膜充血消失。好转:腹痛腹胀减轻,大便次数明显减少,大便常规检查白细胞减少,结肠镜检查:溃疡基本愈合,黏膜轻度水肿,黏液较少。无效:治疗前后病情无改善或恶化者。结果:痊愈 28 例,好转 14 例,无效 2 例。

二、护理体会

1. 严密观察病情变化,做好护理记录。观察大便的色、量、质、气味及次数,里急后重情况,观察体温、脉搏、舌苔、脉象、口渴、尿量及皮肤弹性等变化。

2. 心理护理:3 个要点:首先,“接受”,即耐心地听患者述说病情。中医主张“木郁达之”,让患者把内心的痛苦或压抑畅快地通过言语发泄出来,是解除“心病”的重要环节。其次,“支持”,即对患者给予鼓励,支持他们继续治疗,反复强调“症状肯定是会好转的”。第三,“保证”,即在充分进行接受和支持的同时,对患者的症状进行分析,而后解释病情,解释过程中要始终贯彻一条原则,即进行保证,让患者相信,自己所有不适都会好转,通过与医护人员的密切配合,疾病必定会被战胜。

3. 饮食护理:选食原则有三个:第一,应选择富于营养、易于消化,且有一定治疗作用的食物。第二,UC 中医多属湿热,实证,热证,饮食应禁辛辣、油腻、燥热及刺激性食物,如肥肉、猪蹄、油炸食品

作者单位:1. 河北省唐山市中医医院,河北 唐山 063000;2. 唐山市第四医院,河北 唐山 063000
通讯作者:蒋艳茹,Email:676623968@qq.com

及辣椒等,烈酒、香烟、浓茶也应绝对禁用。此外,饮食宜忌生冷,以免加重腹泻。第三,忌暴饮暴食,忌过饱,以免加重肠道负担,促进腹泻。应少量多餐,待腹泻基本好转后再恢复正常饮食。

4. 灌肠护理:操作前做好解释,耐心做患者的思想工作,向患者讲灌肠的适应证、禁忌证,说明灌肠的必要性、安全性,消除患者的紧张心理,增强对医务人员的信任感,以取得合作,以便操作顺利进行。

(1) 灌肠的温度:宜在 39 ~ 41 ℃。如果温度太低,易引起肠蠕动增强和痉挛,加速排便反射,引起或加重腹痛;如果温度过高易引起肠黏膜烫伤,加重肠管的充血和渗出。

(2) 灌肠的时间:灌肠前嘱患者排空大小便,约 10 min 后再行灌肠,使肠腔在清洁的状态下行中药保留灌肠,能使药物在肠道保存时间更长,使之充分吸收,发挥药效^[3]。

(3) 灌肠的深度:一般 16 ~ 18 cm,根据结肠炎病变的部位,适当调节深度。如果病变在乙状结肠中断,插入深度不能低于 18cm,既能避免药物直接进入直肠,又能使药液注入速度减慢,对肛门括约肌的刺激强度减小,从而使药液在肠道内保留的时间增加。

(4) 灌肠的速度:速度不宜过快,以每分钟 60 滴为宜,否则肛门处肿胀不适出现便意,且若对肠腔充盈过快,直肠压力增高即引起排便反射;速度过慢,药液温度难以维持。

(5) 灌肠的体位:患者开始采用左侧卧位,将中药缓慢注入后取胸膝卧位 30 min,然后采取右侧卧位,多次变换体位,让药液能沿肠腔方向逆向流动,延长其肠内保留时间,能最大可能将药液送到深部肠腔,充分发挥药物作用^[4]。

(6) 插管时动作要轻柔,嘱患者深呼吸,应仔细观察患者情况,如果患者出现面色苍白、心悸等,应立即停止灌肠,密切观察病情变化。灌肠后也要观察患者反应,如果患者有腹痛、腹胀等不适,应及时

处理,以保证灌肠效果。

5. 起居护理:保持病室空气新鲜,阳光充足,定时开窗通风,根据天气变化增减衣服。

6. 生活护理:讲究环境卫生和个人卫生,饭前便后洗手,保持肛门部清洁干燥,排便后及时用清水清洗干净,适当进行体育锻炼,以增强体质。

三、总结

我们在长期临床实践中体会到,UC 活动期以标实证突出,实证、热证居多,有相似的病理改变,患者活动期大多腹泻黏液脓血便,里急后重,腹痛,肛门重坠,口干苦,舌质紫暗,苔黄腻,脉弦滑数,表现一派湿热内蕴,邪毒亢盛,瘀血内阻的征象,内镜下见到肠黏膜水肿、充血、糜烂、浅溃疡形成类似中医的“内痛”及“疮疡”,针对以上病机,我们确立了清热燥湿、凉血解毒、祛腐生肌的治疗大法,应用改良愈疡汤灌肠加服西药柳氮磺胺吡啶中西医结合治疗 UC 患者,取得较好疗效,患者灌肠治疗过程并未见明显毒副作用。穿山龙、徐长卿属传统抗风湿药物,UC 发病时好时坏,很难预测,迁延难愈,与“风”“湿”性质类似,在辨证祛湿解毒基础上加用抗风湿药物,符合中医“祛风胜湿”“祛风解痉止痛”理论,也符合现代医学抗炎、抗免疫的机理,故能取得较好疗效。配合护理措施可以增强溃疡性结肠炎的治疗效果,临床护理结合模式为 UC 治疗最佳模式和最终方向。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病协作组. 对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见[J]. 现代消化及介入诊疗, 2008, 13(2): 139 - 145.
- [2] 上海市卫生局. 上海市中医病证诊疗常规[M]. 2 版. 上海: 上海中医药大学出版社, 2003: 117 - 210.
- [3] 刘辉. 锡类散保留灌肠辅助治疗溃疡性结肠炎病人的护理[J]. 护理学杂志, 2002, 17(1): 73 - 74.
- [4] 肖小娥, 朱云霞, 王婉秋, 等. 先天性巨结肠患儿灌肠方法的改进[J]. 护理学杂志, 2002, 17(2): 8.

(收稿日期: 2011-02-01)

· 信息 ·

中华中医药学会 3 年将培养全科医生 3000 名

从 5 月 7 日中华中医药学会全科医生培训启动仪式上获悉,从今年起,学会将联合华润三九等相关单位开展全科医生暨适宜技术推广培训班,计划 3 年内在全国范围内开展培训活动 30 场(次),培训基层医务人员 3000 人。

启动仪式上,来自北京的 200 多名基层医务人员听取了北京中医药大学东直门医院专家的讲座。今后,学会还将组织多家三甲医院的 100 余名专家赴浙江、江苏、山东、河北等地开展培训工作。为了使培训更具实用性、可操作性,学会还邀请专家编写了全科医生培训教材。

近年来,学会联合各省中医药学会和各专科分会、相关大专院校以及 21 世纪中医药网络教育中心,通过多种方式培养中医药人才。目前为止,一共举办了 6000 多项继续教育活动,7 万人次参加了学习和培训,内容涵盖了中医临床各科、中医经典、中药、管理等各个方面。同时,还筛选了 20 多项具有中医特色的专科技术,面向农村和基层推广。