

isoflavones improve menopausal symptoms but have no effect on blood lipids in early postmenopausal Chinese women : a randomized placebo- controlled trial[J]. Menopause , 2012 , 19(7) : 791- 798.

- [7] 杨银花. 帕罗西汀联合心理护理干预对围绝经期综合征妇女心理状态和生活质量的影响[J]. 海峡药学, 2012 ,

24(1) : 184- 186.

- [8] 石国凤, 张帆, 周秀芳, 等. “治未病”中医情志护理干预对围绝经期患者焦虑和抑郁的影响[J]. 贵阳中医学院学报, 2011 , 33(5) : 32- 34.

(责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)

清热解毒祛湿方灌肠与耳穴压豆治疗 溃疡性结肠炎疗效观察及护理体会

王霞, 吴静

丽水市中医院, 浙江 丽水 323000

[摘要] 目的: 观察清热解毒祛湿方灌肠及耳穴压豆治疗及护理干预溃疡性结肠炎湿热内蕴证患者的临床疗效。方法: 选取 120 例溃疡性结肠炎湿热内蕴证患者, 随机分为对照组及观察组各 60 例。对照组予美沙拉嗪栓治疗及常规护理, 观察组予清热解毒祛湿方保留灌肠、耳穴压豆治疗和相关护理措施。观察 2 组治疗前后肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、超敏 C-反应蛋白 (hs-CRP)、中医证候评分的变化, 以及评估护理满意度。结果: 临床疗效总有效率对照组 78.3%, 观察组 91.7%, 2 组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组 TNF- α 、hs-CRP 水平均较同组治疗前降低, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。观察组 TNF- α 、hs-CRP 水平均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。观察组治疗后第 2 周、第 4 周的中医证候评分均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。总满意率对照组 83.3%, 观察组 96.7%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 清热解毒祛湿方灌肠、耳穴压豆及护理联合干预溃疡性结肠炎湿热内蕴证患者, 疗效确切, 临床护理满意度高。

[关键词] 溃疡性结肠炎; 湿热内蕴证; 清热解毒祛湿方; 灌肠; 耳穴压豆; 护理满意度

[中图分类号] R574.62 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 12-0181-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.12.077

溃疡性结肠炎是一种累及结肠黏膜的非特异性慢性炎症疾病, 病理主要以溃疡形式出现。目前治疗主要采用氨基水杨酸类、糖皮质激素、微生态制剂、抗生素等, 但由于临床疗效欠佳, 导致病情反复发作、迁延难愈, 对患者的生活质量造成一定影响。笔者结合中医学优势, 对溃疡性结肠炎湿热内蕴证患者采用清热解毒祛湿方保留灌肠、耳穴压豆治疗及护理联合干预, 取得满意效果。现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2014 年 5 月—2015 年 12 月在本院治疗的 120 例湿热内蕴证溃疡性结肠炎患者, 采用随机分组法分为对照组与观察组各 60 例。对照组男 35 例, 女 25 例; 年

龄 23~58 岁, 平均(41.35 \pm 7.42)岁; 病程 6 月~6 年, 平均(3.46 \pm 1.20)年。观察组男 33 例, 女 27 例; 年龄 22~59 岁, 平均(42.47 \pm 7.36)岁; 病程 6 月~5 年, 平均(3.27 \pm 1.16)年。2 组一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见》^[1]中溃疡性结肠炎的诊断标准, 经大便培养及结肠镜检查证实。

1.3 辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]中慢性非特异性溃疡性结肠炎湿热内蕴证的辨证标准。主症: 腹泻腹痛, 有灼热感, 脓血便, 里急后重; 次症: 小便赤, 肛门灼热, 舌质红、苔黄腻, 脉滑数或濡数。

[收稿日期] 2016-07-17

[作者简介] 王霞 (1980-), 女, 护师, 研究方向: 消化系统及内分泌相关疾病护理。

1.4 纳入标准 ①符合上述诊断标准和辨证标准；②年龄20~60岁；③知情并签署知情同意书。

1.5 排除标准 ①结肠、直肠、肛门等手术后患者；②合并严重心、肝、肾功能不全及血液系统疾病者；③合并严重精神障碍性疾病者；④皮肤过敏者、孕妇；⑤治疗过程中依从性差或自动退出者。

2 治疗方法

2.1 对照组 美沙拉嗪栓(厂家: Mesalazine Suppositories, 规格: 每粒0.5g), 每次0.5g, 塞肛, 每天2次。疗程15天。

2.2 观察组 ①予清热解毒祛湿方保留灌肠: 处方: 白头翁、黄柏、黄连、秦皮各9g, 当归10g, 槟榔、木香、甘草各6g。加减: 气虚者, 加黄芪、白术、茯苓; 肾虚者, 加附子、肉桂、桑寄生、杜仲; 肝郁者, 加郁金、柴胡、合欢花; 气滞血瘀者, 加三七、乳香、没药; 阴虚者, 加生地、麦冬、赤芍、当归。每天1剂, 水煎煮, 浓缩, 过滤去渣; 睡前排空大便后, 患者取左侧卧位, 将导尿管润滑后轻柔插入肛内15~18cm, 然后将药液缓慢注入直肠(药液温度控制在38~40℃), 药液量约100mL, 卧床休息片刻, 保留药液约1h, 每天1次。疗程15天。②耳穴压豆: 取双侧神门、内分泌、大肠, 将王不留行籽粘在小块胶布, 固定在耳穴上, 轻柔按压, 保留3天后换另一侧耳穴, 每天按压3次, 共5次。

3 护理方法

2组在治疗过程中, 均予相同心理护理、饮食护理等溃疡性结肠炎常规护理。

观察组予中药灌肠及耳穴压豆护理如下: ①灌肠护理: 灌肠前, 护理人员针对患者病情进行详细解释, 包括灌肠的相关注意事项、中药灌肠的疗效及相关不适症等, 帮助患者再次认识溃疡性结肠炎及解除其心理负担; 灌肠时, 与患者保持交流, 分散注意力以缓解其紧张感, 同时也保证灌肠的安全性; 灌肠后, 鼓励患者保留药液1h左右。②耳穴压豆护理: 综合评估患者的病情, 予不同护理: 皮肤对胶布过敏者, 予粘合纸替之; 对饥饿、疲劳、紧张、年老体弱者, 手法宜轻柔; 同时嘱患者防水, 避免脱落。

4 观察指标与统计学方法

4.1 观察指标 ①肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、超敏C-反应蛋白(hs-CRP): 取患者治疗前后的空腹静脉血, TNF- α 采用免疫组化进行检测, 试剂盒来源于上海基免实业有限公司; hs-CRP采用全自动生化分析仪(产品型号: AU5800)进行检测。②中医证候评分: 参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]中结肠炎症状分级量化标准, 对腹泻、脓血便、腹痛、腹胀、里急后重、发热、肛门灼热、小便赤8项主症进行评分, 每项分3级, 分别为轻度(1分)、中度(2分)、重度(3分)。由同一医师在患者入组时、治疗后(第2周、4周)进行评分。③护理满意度: 治疗后, 采用科室制定的护理满意度调查表进行调查, 最后统计分析: 满意(≥ 80 分)、一般满意

(60~79分)、不满意(< 60 分)。

4.2 统计学方法 采用SPSS 17.0统计学软件处理数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 用 t 检验; 计数资料以百分比表示, 用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

5 疗效标准与治疗结果

5.1 疗效标准 参照《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2012年·广州)》^[3]中溃疡性结肠炎的评价标准拟定。治愈: 症状消失, 结肠镜示黏膜恢复正常; 有效: 症状部分消失, 结肠镜示黏膜轻度炎症及部分假性息肉形成; 无效: 不能达到有效评价标准, 甚至症状或结肠镜检查示恶化。

5.2 2组疗效比较 见表1。总有效率对照组78.3%, 观察组91.7%, 2组比较, 差异有统计学意义($\chi^2=4.183, P < 0.05$)。

组别	n	治愈	有效	无效	总有效率(%)
对照组	60	20	27	13	78.3
观察组	60	32	23	5	91.7 ^①

与对照组比较, ① $P < 0.05$

5.3 2组治疗前后TNF- α 、hs-CRP比较 见表2。治疗后, 2组TNF- α 、hs-CRP水平均较同组治疗前降低, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。观察组TNF- α 、hs-CRP水平均低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

组别	n	TNF- α (pg/mL)		hs-CRP (mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	50.46 \pm 7.82	17.83 \pm 4.27 ^①	26.73 \pm 5.17	15.41 \pm 3.63 ^①
观察组	60	52.13 \pm 8.04	13.11 \pm 4.03 ^{②③}	27.05 \pm 5.22	11.26 \pm 3.34 ^{②③}

与同组治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

5.4 2组治疗前后中医证候评分比较 见表3。观察组治疗后第2周、第4周的中医证候评分均低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	入组时	治疗后第2周	治疗后第4周
对照组	60	16.74 \pm 3.31	9.15 \pm 2.88	5.26 \pm 2.17
观察组	60	16.84 \pm 3.35	7.06 \pm 2.25 ^①	2.84 \pm 1.13 ^①

与对照组同期比较, ① $P < 0.05$

5.5 2组满意度比较 见表4。总满意度对照组83.3%, 观察组96.7%, 2组比较, 差异有统计学意义($\chi^2=5.926, P < 0.05$)。

6 讨论

溃疡性结肠炎属中医学泄泻、痢疾等范畴, 该病病位在脾, 病机在于脾虚, 运化失司, 痰湿内生, 郁而化热, 发展为

表4 2组满意度比较

组别	n	满意	一般满意	不满意	总满意率(%)
对照组	60	38	12	10	83.3
观察组	60	52	6	2	96.7 ^①

与对照组比较, ① $P < 0.05$

脾虚湿热证;或外感湿热,脾阳受阻,气机不畅,运化不能,湿热毒邪灼伤脉络,血败肉腐成脓,则见便血等症。故治疗溃疡性结肠炎时,以清热解毒祛湿、行气导滞为治则。本研究采用的清热解毒祛湿方,为笔者所在科室的经验用方,为白头翁汤化裁而得。《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》曰:“热利下重者,白头翁汤主之”“下利欲饮水者,以有热故也,白头翁汤主之”。白头翁苦寒入阳明血分而凉血止痢,黄连、黄柏泻上、下焦之火,并能燥湿止痢;秦皮能凉肝益肾而固下焦。配当归、槟榔、木香以行气活血;配甘草以调和诸药。诸药合用,发挥清热解毒祛湿、行气导滞之功。保留灌肠能使药物发挥直接治疗作用,提高药物浓度,减少不良反应,从而提高临床疗效。耳穴压豆法取神门穴以安神定惊,取内分泌及大肠穴以调节消化腺分泌功能,从而调节胃肠道功能,辅助药物治疗作用。

研究表明,患者全身免疫失调,促炎细胞因子及抗炎细胞因子的失衡是导致溃疡性结肠炎的重要原因^[4];TNF- α 与溃疡性结肠炎关系密切,其变化与病情程度及病变累及的范围呈正相关^[5];hs-CRP乃机体损伤或炎症反应时血清中急剧上升的一种蛋白质,可作为临床评价患者炎症反应的指标^[6]。本研究结果表明,清热解毒祛湿方灌肠及耳穴压豆治疗溃疡性结肠炎湿热内蕴证疗效确切,能有效降低患者的TNF- α 、hs-CRP水平,控制炎症反应,缓解症状,从而降低中医证候评分,促进康复。

根据患者病情采用相应的护理措施,不仅能使患者对本病的认识进一步加深,解除疑虑,使其积极配合治疗,而且能增加医患之间的信任感。本研究结果显示,观察组的护理满意率

高于对照组($P < 0.05$)。在灌肠操作过程中,灌肠速度不宜过快,防止刺激肠黏膜,导致排便反射;更换注洗器时,防止空气进入肠道,引起腹胀;同时防止肠内液体反流。耳穴压豆时,要保证压豆时间的充足,防止王不留行籽脱落;同时根据患者的病情采用适宜的刺激强度,防止刺激过度引起严重不良反应等事件发生。

综上所述,采用清热解毒祛湿方保留灌肠、耳穴压豆治疗及护理联合干预溃疡性结肠炎患者,疗效确切,满意度高。

【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] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国科技医药出版社, 2002: 129-134.
- [3] 梁洁, 周林, 沙素梅, 等. 炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2012年·广州)溃疡性结肠炎诊断部分解读[J]. 胃肠病学, 2012, 17(12): 712-720.
- [4] 徐霞, 戴幸平, 蒋荣鑫, 等. 三皮汤对小鼠实验性溃疡性结肠炎相关因子的影响[J]. 中国现代医学杂志, 2014, 24(6): 9-13.
- [5] 徐燕, 彭湘君, 刘昭文. 溃疡性结肠炎中肠黏膜免疫细胞因子作用的研究进展[J]. 赣南医学院学报, 2011, 31(1): 157-159.
- [6] Yazdchi R, Gargari BP, Asghari-Jafarabadi M, et al. Effects of vitamin D supplementation on metabolic indices and hs-CRP levels in gestational diabetes mellitus patients: a randomized, double-blinded, placebo-controlled clinical trial[J]. Nutr Res Pract, 2016, 10(3): 328-335.

(责任编辑: 吴凌)