

大黄牡丹汤内服联合护理干预急性胰腺炎患者临床观察

叶双双

义乌市中心医院, 浙江 义乌 322000

[摘要] 目的: 观察大黄牡丹汤内服联合护理干预急性胰腺炎的临床效果。方法: 选取就诊于本院的热毒内蕴证急性胰腺炎患者 101 例, 随机分为对照组 50 例和观察组 51 例。对照组患者给予头孢唑肟钠、左氧氟沙星等静脉滴注抗感染, 禁水、禁食、胃肠减压、营养支持等西医基础疗法治疗, 予常规护理干预; 观察组患者则予大黄牡丹汤为基础方加减而成的中药汤剂口服, 并由护理人员结合患者具体情况给予针对性护理干预。1 周为 1 疗程, 治疗 2 疗程。观察 2 组患者腹痛、腹胀、恶心、呕吐等临床症状的改善情况及证候积分的变化情况, 比较 2 组的疗效。结果: 临床疗效有效率观察组为 90.2%, 对照组为 72.0%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。2 组患者治疗后腹痛、腹胀、恶心、呕吐的积分均较治疗前有所下降, 以观察组的下降幅度较对照组更为明显, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 大黄牡丹汤内服联合护理干预热毒内蕴证急性胰腺炎患者, 能有效缓解腹痛、腹胀、恶心、呕吐等临床症状, 疗效确切。

[关键词] 急性胰腺炎; 热毒内蕴证; 大黄牡丹汤; 护理干预; 临床研究

[中图分类号] R657.5⁺1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 10-0216-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.10.087

急性胰腺炎是腹部外科常见病症, 以突发性上腹部剧痛为主要表现, 伴有恶心、呕吐、腹胀等症状。B 超或 CT 检查可见胰腺肿大, 质不均, 膜外有浸润。临床上其病情有轻重之分, 因其起病急、病情复杂、发展迅速、并发症多、病死率高等特点而严重影响患者的生活质量。有研究显示, 临床上大多数患者病程呈自限性, 20%~30% 的患者发展为重症急性胰腺炎, 总体病死率可达 5%~10%^[1]。因此, 急性胰腺炎的有效防治是临床研究的重要切入点。综合临床所见, 急性胰腺炎患者以热毒内蕴证居多。笔者观察本院医师采用大黄牡丹汤内服治疗联合护理干预热毒内蕴证急性胰腺炎患者, 效果满意, 现报道如下。

1 临床资料

选取 2011 年 3 月~2013 年 8 月就诊于本院的 101 例急性胰腺炎患者, 患者均参照《中国急性胰腺炎诊治指南(草案)》^[2]确诊。患者可见上腹或者整个腹部出现剧烈疼痛, 拒按, 腹胀难忍, 可见腹大硬满, 时有恶心呕吐, 发热口渴, 大便秘结, 小便短黄, 舌质红或红暗、苔黄厚或燥, 脉弦数或洪数, 临床辨证为热毒内蕴证。排除不坚持遵医嘱服药, 或对所用药物过敏的患者; 排除治疗期间依从性差的患者; 排除精神病、抑郁症、痴呆等不能配合治疗的患者; 排除肝、肺、肾等有严重功能障碍者。将患者按照随机数字表法分为对照组和观察组。对照组 50 例, 男 27 例, 女 23 例; 年龄 21~67 岁,

平均(40.2±5.4)岁; 病情轻型患者 32 例, 重型患者 18 例; 从病因而言, 酒精性患者 11 例, 高脂血症性患者 15 例, 胆源性患者 20 例, 其他原因者 4 例。观察组 51 例, 男 29 例, 女 22 例; 年龄 20~71 岁, 平均(41.7±6.2)岁; 病情轻型患者 39 例, 重型患者 12 例; 从病因而言, 酒精性患者 13 例, 高脂血症性患者 15 例, 胆源性患者 21 例, 其他原因者 2 例。2 组性别、年龄、病情、病因等数据经统计学处理, 差异均无显著性意义($P > 0.05$), 说明 2 组之间具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 由本院医师给予头孢唑肟钠(浙江海正药业股份有限公司, 国药准字 H20067031)、左氧氟沙星(浙江东亚药业有限公司, 国药准字 H20103513)等静脉滴注抗感染, 禁水、禁食、胃肠减压、营养支持等西医基础疗法治疗, 并由护理人员给予常规护理, 如密切关注患者的病情、病房环境护理、协助检查、饮食指导、运动指导等。

2.2 观察组 由本院医师给予大黄牡丹汤为基础方加减而成的中药汤剂口服, 并由护理人员结合患者具体情况给予针对性护理。中药方如下: 大黄 10g(后下), 薏苡仁 30g, 枳壳、桃仁、牡丹皮、川楝子、当归、川芎、连翘各 15g, 冬瓜仁 12g, 蒲公英、厚朴各 10g, 芒硝、姜半夏各 8g, 生甘草 6g。随症加减, 血瘀甚者加入丹参、鸡血藤各 15g; 内热甚者加入金银花 15g, 紫花地丁 10g; 肝郁甚者加入柴胡 8g,

[收稿日期] 2014-06-04

[作者简介] 叶双双 (1984-), 女, 护师, 主要从事临床护理工作。

郁金 15 g, 白芍 30 g; 口渴甚者加入天花粉 8 g, 芦根 15 g。每天 1 剂。将以上药物浸泡 30 min 后用水煎, 去渣取汁约 300 mL, 分早晚于饭后 30 min 服下。1 周为 1 疗程, 治疗 2 疗程。针对性护理: ①健康行为认知教育: 医护人员要在全面系统了解患者资料的基础上, 结合具体情况, 就患者急性胰腺炎的发病原因、治疗方式、转归、预后、日常护理等多方面给予宣教, 深入与患者沟通, 倾听患者诉求, 化解患者内心的疑虑, 端正患者的认知, 养成良好的行为习惯。②生活护理: 主要体现在饮食调理、环境护理、适当运动等方面。饮食方面, 建议患者饮食以流质、半流质食物为主, 以健脾和胃, 利于消化吸收; 为患者提供整洁卫生、安静和谐的环境, 保持室内清洁, 床单保持整洁卫生, 保持室内适度通风, 结合患者具体情况指导其倾听舒缓优美的音乐以调畅心志, 或读书、打太极拳、散步等。③心理护理: 急性胰腺炎患者长期的疼痛不可避免使患者存在焦虑、抑郁等负面情绪, 医护人员需要强化与患者沟通, 化解患者内心的疑虑, 积极引导患者正视疾病, 并积极治疗。另外, 医护人员要及时将患者的情绪、想法、预后等与家属进行沟通, 使家属积极配合, 给予患者精神上的鼓励和支持。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察 2 组患者治疗后腹痛、腹胀、恶心、呕吐等症状的改善情况, 根据患者的临床症状轻重分别给予 0、1、2、3 分的评分, 评分越少, 代表症状越轻。观察血常规、血、尿淀粉酶及影像学的变化。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计学软件对数据进行统计学分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 进行 t 检验; 计数资料采用 χ^2 检验; 等级资料采用 Ridit 分析。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准^[3] 痊愈: 临床症状及体征完全消失, 血常规, 血、尿淀粉酶以及影像学检查均恢复正常, 患者未出现不适反应; 好转: 症状体征有减轻, 血常规, 血、尿淀粉酶以及影像学检查均已正常; 无效: 症状体征及化验无改善。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。有效率观察组为 90.2%, 对照组为 72.0%, 2 组比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。

组别	n	痊愈	好转	无效	有效率(%)
观察组	51	21	25	5	90.2 ^①
对照组	50	10	26	14	72.0

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组治疗前后证候积分比较 见表 2。2 组患者治疗后腹痛、腹胀、恶心、呕吐的积分均较治疗前有所下降, 以观察组的下降幅度较对照组更为明显, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

5 讨论

急性胰腺炎是由多种病因引起的以胰酶激活和胰腺组织自

组别	n	时间	腹痛	腹胀	恶心	呕吐
观察组	51	治疗前	2.16±0.10	1.82±0.14	1.53±0.25	2.24±0.13
	51	治疗后	0.41±0.05 ^{①②}	0.32±0.05 ^{①②}	0.44±0.03 ^{①②}	0.50±0.04 ^{①②}
对照组	50	治疗前	2.15±0.13	1.87±0.16	1.52±0.27	2.28±0.10
	50	治疗后	0.96±0.09 ^①	1.02±0.11 ^①	0.86±0.08 ^①	0.92±0.07 ^①

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较,

② $P < 0.05$

身消化为特征的疾病。近年来, 中医药在治疗本病方面疗效突出。中医中药能针对本病多环节、多靶点进行治疗, 能有效缓解该病的症状, 减少并发症, 缩短病程, 显著提高临床疗效, 降低死亡率^[4]。笔者认为, 本病急性发作期多为热毒内蕴证。本研究所用的基础方大黄牡丹汤为张仲景《金匮要略》中功可泻热破瘀、散结消肿的经典方剂, 方中以大黄为君, 功可荡涤肠胃积滞, 有清热解毒、祛瘀通便之效。现代研究也表明, 大黄能抑制胰酶的分泌、调控炎症细胞因子、保护肠黏膜屏障的完整性、促进胰腺腺泡细胞凋亡、促进胰腺细胞修复和再塑, 能有效缓解急性胰腺炎患者的症状, 减少并发症, 降低病死率, 且无明显不良反应^[5]。方中芒硝为臣药, 有助大黄泻热解毒、泻下通便之功; 桃仁、牡丹皮为活血化瘀良药, 兼有清热之效; 冬瓜仁功可润肠排脓、散结消痈; 厚朴、枳壳、姜半夏为通利气机之良药, 功可降逆止呕, 宽胸除胀; 川楝子善行少腹之气, 功可行气止痛; 当归、川芎功可养血活血, 有活血止痛之功; 蒲公英、连翘功可清热解毒、消肿排脓; 薏苡仁在健脾之余可清热利湿; 生甘草调和诸药。多药配伍, 共奏解毒破瘀、散结消肿之效。另外, 护理干预在临床治疗过程中的辅助作用愈加重要。急性胰腺炎患者的护理工作亦要从行为认知、健康宣教着手, 结合患者的具体情况给予针对性护理方案。尤其对患者的饮食及心理亟需更多地关注, 急性胰腺炎患者热毒熏蒸, 不宜进食肥甘厚腻、辛辣之品, 发作期更要以流质食物为主; 另外, 医护人员及家属要密切关注患者就诊过程中心理的变化, 及时解除患者心中的疑虑, 让患者感受到来自家庭和医护人员的关怀和支持。

本研究结果显示, 对照组有效率为 72.0%, 观察组有效率为 90.2%, 2 组有效率比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。2 组患者经治疗后, 腹痛、腹胀、恶心、呕吐等症状均较治疗前有所改善, 证候积分均有所下降, 以观察组的改变程度尤为明显, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。由此可以得出, 大黄牡丹汤内服联合护理干预热毒内蕴证急性胰腺炎患者, 能有效缓解腹痛、腹胀、恶心、呕吐等临床症状, 疗效确切, 值得临床广泛运用。

[参考文献]

[1] 郑吉敏, 刘娜, 张建, 等. 114 例急性胰腺炎临床特点分

- 析[J]. 临床荟萃, 2014, 29(4): 445-446.
- [2] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组. 中国急性胰腺炎诊治指南(草案)[J]. 中国消化内镜, 2007, 1(10): 30-33.
- [3] 刘伦扬, 李卿明, 魏天宁. 中药辨证论治联合西药常规治疗急性胰腺炎[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(14): 260-262.
- [4] 景云玲, 黄屏. 中医对急性胰腺炎的治疗研究进展[J]. 云南中医中药杂志, 2014, 35(2): 72.
- [5] 周娟娟, 郑国荣. 大黄治疗急性胰腺炎作用机制的研究进展[J]. 中医药导报, 2014, 20(1): 105-106.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

中药浴足对原发性高血压伴失眠患者的影响

盛淑萍, 季晓东

义乌市中医医院, 浙江 义乌 322000

[摘要] 目的: 观察中药浴足对原发性高血压伴失眠患者的影响。方法: 将 64 例原发性高血压伴失眠患者随机分为 2 组各 32 例, 对照组患者给予常规降压药物及促睡眠治疗, 观察组患者在对照组基础上加以中药浴足治疗。观察患者干预前后血压(舒张压、收缩压), 睡眠质量采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)量表评分。结果: 2 组患者出院时收缩压、舒张压较入院时明显下降($P < 0.05$)。另外观察组出院时收缩压明显低于对照组($P < 0.05$)。2 组出院时 PSQI 评分较入院时明显下降($P < 0.05$)。观察组出院时 PSQI 评分明显低于对照组($P < 0.05$)。结论: 中药浴足不仅可以有效降低血压, 而且可以改善患者失眠症状, 值得临床进一步应用。

[关键词] 原发性高血压; 失眠; 中药浴足

[中图分类号] R544.1

[文献标识码] A

[文章编号] 0256-7415(2014)10-0218-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.10.088

高血压患者年龄一般较大, 睡眠质量相比年轻人明显下降, 加上受疾病的折磨, 时常出现抑郁、焦虑等心理问题, 进而出现失眠症状^[1-2]。而失眠会通过激活交感-肾上腺髓质系统引发血压上升, 加重病情, 两者互相影响^[3-4]。为此治疗高血压疾病的同时需保持良好的睡眠质量^[5]。西药治疗高血压, 往往能很快使血压下降, 但在改善头晕、头痛等症状上效果欠佳。中医学以辨证论治为主收到较好的疗效。本研究在常规治疗的基础上采用中药浴足治疗高血压伴失眠患者, 效果明显, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取本院 2013 年 1 月~2014 年 1 月收治的 64 例原发性高血压伴失眠患者。随机将 64 例患者分为对照组和观察组, 各 32 例。观察组 32 例, 男 18 例, 女 14 例; 年龄 48~68 岁, 平均(55.2±2.7)岁; 病程 4~10 年, 平均(5.2±1.8)年。对照组 32 例, 男 19 例, 女 13 例; 年龄 49~

67 岁, 平均(56.2±2.5)岁; 病程 4~11 年, 平均(5.6±1.4)年。2 组患者年龄、病程等比较, 差异均无显著性意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 所有患者均符合 WHO 高血压诊断标准。具体如下: ①正常血压: 收缩压在 18.7 kPa(140 mmHg)或以下, 舒张压 12.0 kPa(90 mmHg)或以下, 而又非低血压者, 应视为正常血压。②临界高血压: 收缩压在 18.8~21.2 kPa(141~159 mmHg)和舒张压在 12.1~12.5 kPa(91~95 mmHg)者。③确诊高血压: 收缩压达到或超过 21.3 kPa(160 mmHg)和舒张压达到或超过 12.7 kPa(95 mmHg)者。

1.3 纳入与排除标准 纳入标准: ①患者收缩压在 140 mmHg 及以上, 舒张压在 90 mmHg 及以上; ②患者伴有多梦、难以入眠、疲乏、早醒等症状, 1 周出现 3 次或者持续超过 1 月; ③知情同意。排除标准: ①继发性高血压; ②肝肾功能严重障碍、脑病; ③老年痴呆。

[收稿日期] 2014-05-11

[作者简介] 盛淑萍 (1978-), 女, 主管护师, 主要从事神经内科临床护理工作。