

急性胰腺炎患者的系统性中医护理管理

单晶¹, 沈姣姣¹, 李甫², 龚彪³, 吕婵³, 陈萌³

Traditional Chinese medicine based nursing for patients with acute pancreatitis Shan Jing, Shen Jiaojiao, Li Fu, Gong Biao, Lv Chan, Chen Meng

摘要:目的 加速急性胰腺炎患者康复进程。方法 将126例急性胰腺炎患者随机分为两组各63例。对照组实施常规护理;观察组实施系统性中医护理管理,包括成立医护协作的管理小组,实施穴位贴敷按揉、中药贴敷、辨证施食、用药指导及情志调护等。结果 观察组干预后7 d血淀粉酶、血钙及白细胞计数显著优于对照组(均 $P<0.01$);住院时间短于对照组,出院时SF-36评分显著高于对照组(均 $P<0.01$)。结论 系统性中医护理管理有利于提高急性胰腺炎患者治疗效果,促进其康复。
关键词:急性胰腺炎; 穴位贴敷; 穴位按揉; 辨证施食; 用药指导; 情志调护; 中医护理管理
中图分类号:R248;R473.6 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2020.19.014

急性胰腺炎(Acute Pancreatitis)起病急、并发症多,严重者可发生多器官功能障碍,病死率约为10%^[1-2]。研究显示,急性胰腺炎发病机制复杂,是不良饮食方式、肝胆疾病等多种因素共同诱发,单一的治疗与护理措施难以达到理想效果^[3]。根据中医学理论,急性胰腺炎属于“结胸”“胰瘕”范畴^[4]。中医学强调整体观念,重视饮食、心理等多种因素对疾病转归的重要影响。近年来已有多项研究尝试将中医护理方法应用于急性胰腺炎的临床治疗中,均取得一定的积极效果^[5-7],但目前尚未形成系统化、规范化的中医护理模式。本研究根据急性胰腺炎疾病发展、转归的特点以及患者的护理需求,制订基于医护协作的系统性中医护理管理措施,包括对证施策、用药指导、辨证施食、情志调护4个方面,应用于急性胰腺炎患者,

取得一定成效,总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2019年4月至2020年4月在我院治疗的急性胰腺炎患者126例。纳入标准:①符合中华医学会消化病学分会制订的急性胰腺炎诊断标准^[8];②年龄≥18岁;③具有基本读写能力,能够完成问卷填写;④自愿参加研究。排除标准:①合并心、肝、肺、肾脏器严重疾病;②合并恶性肿瘤或免疫系统疾病;③存在认知功能、语言、听力障碍;④合并精神障碍性疾病;⑤有相关药物过敏史;⑥接受外科手术。将患者按随机数字表法分为两组,为避免组间沾染,对照组63例安排入住单号病房,观察组63例入住双号病房。两组一般资料比较,见表1。

表1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	发病至入院时间 (h, $\bar{x} \pm s$)	发病诱因(例)			
		男	女			胆源性	高脂血症	暴饮暴食	其他
对照组	63	34	29	47.33±4.39	2.37±0.52	43	13	5	2
观察组	63	37	26	48.23±4.64	2.25±0.46	45	11	4	3
统计量		$\chi^2=0.290$		$t=1.118$	$t=1.372$	—			
P		0.590		0.266	0.173	0.914			

组别	例数	临床类型(例)		合并疾病(例)		中医证型(例)				
		急性水肿型	急性坏死型	高血压	糖尿病	肝郁气滞证	肝胆湿热证	腑实热结证	瘀热互结证	内闭外脱证
对照组	63	43	20	7	9	11	17	9	7	19
观察组	63	46	17	6	7	12	19	8	8	16
统计量		$\chi^2=0.344$		$\chi^2=0.086$	$\chi^2=0.288$	$\chi^2=0.537$				
P		0.557		0.769	0.592	0.970				

作者单位:上海中医药大学附属曙光医院 1. 老年医学科 2. 胰胆外科 3. 脾胃病科(上海,201203)
单晶:女,本科,主管护师
通信作者:陈萌,3530702929@qq.com
科研项目:上海市进一步加快中医药事业发展三年行动计划项目(FWTX-1105);上海市浦东新区科研项目(PW2018E-03);上海中医药大学附属曙光医院四明科研项目(SGKJ-201828)
收稿:2020-05-28;修回:2020-07-15

1.2 方法

1.2.1 干预方法

对照组给予常规护理:①病情观察。严密观察患者腹痛、体温、脉搏、神志等症状与体征变化,发现异常时报告医生处置。②全身护理。帮助患者清洁口腔、皮肤,变换体位,做好病房消毒,避免受凉、感染等。③中药给药护理。遵医嘱按时给予中药治疗,如胃管给予柴芩承气汤、鼻饲大柴胡汤、中药灌肠等。

④饮食护理。遵医嘱实施禁食与营养支持,禁食结束后先给予不含脂肪清流质食物,逐渐过渡至半流质饮食。⑤情志护理。讲解急性胰腺炎发病及治疗相关知识,告知用药、饮食注意事项,耐心解答患者疑问,对存在较严重不良情绪的患者进行心理疏导。观察组在做好基础护理的同时实施系统性中医护理管理,具体如下。

1.2.1.1 成立系统性中医护理管理小组 由 1 名中医内科主治医师、1 名护士长、2 名主管护师、6 名责任护士组成。主治医师、护士长、主管护师负责系统性中医护理管理模式的制订、人员培训与监督;责任护士经统一培训与考核合格后,负责具体护理措施的实施。

1.2.1.2 对证施策 ①芒硝贴敷。对肝胆湿热证、腑实热结证、瘀热互结证患者,采用芒硝贴敷法。用专门缝制的布袋装入芒硝 1 000 g,贴敷于肚脐及其周围部位,每日更换 2 次^[9]。芒硝具有泻下通便、润燥软坚、清火消肿作用,能够缓解肠麻痹症状,促进消化道功能恢复。②耳穴贴敷及按揉。对肝郁气滞证、内闭外脱证患者,采用王不留行籽耳穴贴,贴敷于胆、胰、乙状结肠、肝、大肠等对应耳穴,每日用示指与拇指按揉 5~6 次,每次约 3 min,力度由轻至重,以出现可耐受的酸、麻、胀痛为宜,每 2 d 更换 1 次^[10]。通过穴位按揉,能够调节胆、胰、肝、大肠等脏腑功能,改善腹胀、腹痛症状。

1.2.1.3 辨证施食 根据中华中医药学会关于急性期急性胰腺炎的 5 种辨证分型^[11] 给予饮食调护:①肝郁气滞证患者,饮食以舒肝解郁为宜,适当进食苦瓜、金桔等食物;同时用佛手 5~10 g、山楂 5~10 g、陈皮 5~10 g 泡水饮用,以理气镇痛。②肝胆湿热证患者,适宜进食菠菜、黄瓜、冬瓜、莲藕、梨、绿豆等食物,同时用芦根、茅根 10~20 g,水煮约 20 min 饮用。以清肝利胆、去湿泄热。③腑实热结证患者,适宜食用莲藕、绿豆、苦瓜等,以清热泻火。④瘀热互结证患者,适宜食用莲藕、黑木耳、猴头菇等,同时用山楂 10~15 g 泡水饮用。⑤内闭外脱证患者,适宜食用小米、百合、大麦等煮粥食用,以祛邪扶正、补充元气。在实施过程中注意与现代营养学相结合,既考虑食物的四性五味,又注重营养成分,做到搭配合理,营养充分。

1.2.1.4 用药指导 总结中西药联合用药、中药配伍、服用中药的饮食禁忌等相关知识,制作成健康教育教材,为患者实施药物指导。如茵陈是治疗肝胆疾病的常用中药,不可与氯霉素等抗生素同用;中医治疗急性胰腺炎常用大承气汤,服药时不可食用油腻食物等。使患者了解药物的正确用法、用量、不良反应等,避免因药物、饮食搭配不当出现不良反应,或降低治疗效果。

1.2.1.5 情志调护 ①五行音乐法。按照五行音乐

理论^[12],肝郁气滞证、肝胆湿热证患者选择调节肝胆疏泄的角调音乐,如“姑苏行”“江南竹丝乐”“蓝色多瑙河”“春之声圆舞曲”等乐曲。腑实热结证、瘀热互结证、内闭外脱证患者选择有利于养脾健胃、安神定志的宫调音乐,如“月儿高”“平湖秋月”“良宵”“月光奏鸣曲”等乐曲^[13]。自患者入院第 2 天开始,将选择的曲目存至 MP3,提供专用耳机给患者聆听,每天至少 3 次,每次约 30 min。指导患者听音乐时配合深呼吸、肌肉放松等方法进行情绪调节。②情志相胜法。按照中医“七情致病”“以其胜治之”的理论实施针对性心理疏导。责任护士主动与患者交流,鼓励患者倾诉其患病感受,评估患者存在的情绪问题,每天 20~30 min。对于忧虑、抑郁情绪较严重的患者,遵循“喜胜忧”的原则,引导患者听笑话、观看娱乐节目等,并要求家属多与患者谈论轻松有趣的话题,帮助患者放松情绪。对于害怕、恐惧情绪较严重的患者,遵循“思胜恐”的原则,详细向患者介绍急性胰腺炎的临床治疗措施,通过健康宣教,增加患者的疾病知识,引导患者理性对待疾病,提升治疗信心。

1.2.1.6 质量控制 根据临床护理措施表,以时间为横轴,以上述各项护理措施为纵轴,责任护士每日根据路径表内容落实各项中医护理措施,并在已执行的项目打“√”,对于因故未按时执行的项目则打“×”,并标注具体原因与应对措施。交班时将路径表移交给下一班次的责任护士继续跟进,护士长不定时抽查路径表的实施情况,以确保各项中医护理措施规范、有序地实施。

1.2.2 评价方法 ①临床指标。包括血淀粉酶、血钙及白细胞计数(WBC),选取入院时与治疗 7 d 后的检验值。②两组住院时间。③生存质量。于患者入院时和出院前 1 d 采用 SF-36 健康状况调查问卷(Short Form 36 Questionnaire, SF-36)^[14] 进行调查。SF-36 量表共 8 个维度 36 个条目,包括生理(生理功能、生理职能、躯体疼痛、总体健康)4 个维度与心理(精力、社会功能、情感职能、精神健康)4 个维度。各维度得分及总分转化为百分制,得分范围均为 0~100 分,得分越高,表明个体生存质量越高。本研究统计两组患者总分。本研究中 Cronbach's α 系数为 0.857。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS19.0 软件进行统计分析,行 t 检验、 χ^2 检验及 Fisher 精确概率法。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组干预前后血淀粉酶、血钙及 WBC 比较 见表 2。

2.2 两组干预前后 SF-36 总分及住院时间比较 见表 3。

3 讨论

3.1 系统性中医护理管理有助于提高急性胰腺炎治

疗效果 急性胰腺炎患者发病急骤,大部分存在胃肠动力障碍的严重并发症,可导致肠道屏障受损,引起全身炎性反应,增加病死率^[2]。改善胃肠动力障碍是提高治疗效果的关键环节。观察组在制订中医护理管理计划时将解决该项问题放在首位即对症施策,对肝胆湿热证、腑实热结证、瘀热互结证患者,采用芒硝贴敷法;对肝郁气滞证、内闭外脱证患者,采用耳穴贴敷及按揉,以疏通经脉、攻积泻火、通里泄下;多种中医技术综合应用,以改善血液循环,抑制肠道细菌,增强机体自我康复进程,有效缩短肠功能恢复时间^[15-16]。第二,辨证施食。中医理论认为,食物有寒、热、温、凉属性,应根据病情的阴阳偏盛偏衰,“热者寒之,寒者热之”,进食合适的食物以辅佐临床治疗^[17-18]。观察组根据不同证型为患者推荐适宜食物,以食养身,以食促治,真正体现中医学认为的药食同源、辨证施食理论观与施治原则,且区别于以往对所有急性胰腺炎患者采取相同饮食指导的常规,有利于促进患者机体康复。第三,对急性胰腺炎同时采用中西医结合的综合治疗,用药复杂,为避免药物、饮食搭配不当,本研究结合联合用药情况,将中药配伍、服用中药的饮食禁忌等相关知识,制作成健康教育教材,指导患者,发挥了较好的作用。因此,观察组治疗效果优于对照组,且住院时间显著缩短(均 $P < 0.01$)。提示基于医护协作的中医护理管理有利于提高临床治疗效果。

表 2 两组干预前后血淀粉酶、血钙及 WBC 比较

				$\bar{x} \pm s$
组别	例数	血淀粉酶 (U/L)	血钙 (mmol/L)	WBC ($\times 10^9$ /L)
干预前				
对照组	63	952.45±97.48	1.72±0.33	17.74±2.47
观察组	63	938.32±95.79	1.64±0.29	18.05±2.28
<i>t</i>		0.821	1.445	0.732
<i>P</i>		0.413	0.151	0.466
干预后				
对照组	63	135.72±16.78	2.03±0.18	10.39±2.23
观察组	63	95.27±12.59	2.21±0.05	8.37±1.95
<i>t</i>		15.305	7.648	5.412
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000

表 3 两组干预前后 SF-36 总分及住院时间比较

组别	例数	SF-36 总分		住院时间 (d)
		干预前	干预后	
对照组	63	64.02±5.38	65.26±5.98	17.25±1.84
观察组	63	63.69±5.22	77.47±6.29	13.67±2.56
<i>t</i>		0.349	11.666	9.013
<i>P</i>		0.727	0.000	0.000

3.2 系统性中医护理管理有利于改善患者生存质量 急性胰腺炎起病急骤、病情变化快、治疗时间长,患者被迫中断正常的生活、工作与社会交往,心理压力

巨大,这是影响其生活质量的重要因素。常规的临床护理关注患者病情变化,而对其情绪、心理需求关注不够。而中医重视整体观念,中医护理干预对于促进全身症状改善具有独特优势^[16]。“七情致病”理论认为,不良情志可影响气血运行,损害脏腑功能^[19]。应用“以情胜情”的心理疏导方法,结合音乐干预,有效缓解患者负性情绪^[20]。本研究按照五行音乐理论^[12],对肝郁气滞证、肝胆湿热证患者选择调节肝胆疏泄的角调音乐,对腑实热结证、瘀热互结证、内闭外脱证患者选择有利于调养脾健胃、安神定志的宫调音乐,有效缓解患者的焦虑情绪,增加有效睡眠。与此同时,系统中医护理管理措施的落实及严格质控管理,增加了护理人员与患者接触的时间,通过娴熟的操作技术、专业的工作态度,真诚的交流,建立良好的护患关系,这些对于提升患者的治疗信心具有正向影响,也进一步促进患者生活质量的提高。

综上所述,系统性中医护理管理有利于提高急性胰腺炎治疗效果,缩短住院时间,提高患者生活质量。本研究在探讨系统性、规范化中西医结合护理干预研究方面刚起步,今后将更多应用循证证据、进一步完善干预方案,使中医护理管理更具实证效果。

参考文献:

[1] Novotny D, Malina P, Krumpholcova P, et al. Total adiponectin, adipocyte fatty acid binding protein, fibroblast growth factor 21 and proinflammatory marker levels during the early stage of acute pancreatitis—A pilot study[J]. Clin Lab, 2015, 61(9):1119-1128.

[2] Landahl P, Ansari D, Andersson R. Severe acute pancreatitis: gut barrier failure, systemic inflammatory response, acute lung injury, and the role of the mesenteric lymph[J]. Surg Infect, 2015, 16(6):651-656.

[3] Tarasiuk A, Pawlik L, Fichna J. Berberine as a potential therapeutic agent in the treatment of acute pancreatitis[J]. Postepy Biochem, 2019, 65(3):224-230.

[4] 康鸿鑫,唐文富. 急性胰腺炎伤寒六经平脉辨证体系探索[J]. 中国中医急症, 2020, 29(1):100-104, 108.

[5] Zhang M, Fan J C, Zhang H M, et al. Effect of acupoint application combined with microwave treatment on the intestine barrier functional disturbance of moderately severe acute pancreatitis[J]. TMR Integrat Nurs, 2019, 3(3):93-99.

[6] Zhang K, Li C H, Gao C, et al. Efficacy and safety of acupuncture as an adjuvant treatment for acute pancreatitis: a protocol of systematic review and meta-analysis[J]. BMJ Open, 2019, 9(7):e029327.

[7] 夏秀丹,陆瑶. 中医护理对重症胰腺炎患者心理状态与并发症的影响[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(10):156-157.

[8] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组,中华胰腺病杂志编辑委员会,中华消化杂志编辑委员会. 中国急性胰腺炎诊治指南[J]. 中国实用内科杂志, 2013, 33(7):530-

- 535.
- [9] 李珍,李华铭,李春霞,等.通腑化痰清胰汤联合芒硝外敷序贯治疗急性胰腺炎的临床研究[J].重庆医学,2019,48(23):3974-3977.
 - [10] 彭美霞,赵春梅,姚小燕,等.中医护理在急性胰腺炎患者胃肠动力障碍中的应用[J].护理实践与研究,2019,16(19):79-80.
 - [11] 中华中医药学会脾胃病分会.急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见[J].中华中医药杂志,2013,28(6):1826-1831.
 - [12] 杨玉兴,权元文,杨艳斐,等.关于五行音乐疗法的哲学思考[J].中华中医药杂志,2015,30(8):2759-2762.
 - [13] 杨莹,卢萍,张巍,等.五行音乐联合中医护理方案在腰椎间盘突出症患者情志护理中的应用研究[J].护士进修杂志,2019,34(20):1912-1914.
 - [14] 浙江大学医学院社会医学教研室. SF-36 量表内容及计分方法[EB/OL]. (2014-07-30)[2020-04-10]. <https://wenku.baidu.com/view/c2afaf9b0c22590103029d02.html>.
 - [15] 赵娜,杨文佳,于心同,等.近 5 年神阙穴位数贴治疗疾病临床研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2018,20(2):71-74.
 - [16] 胡婷婷.中医治疗与护理干预重症急性胰腺炎临床效果观察及满意度评价[J].新中医,2016,48(6):238-240.
 - [17] 尹雨晴,张洁,陈燕.健商理论下老年人中医辨证施膳管理研究进展[J].护理学杂志,2020,35(6):111-113.
 - [18] 张萍.胃脘痛中医护理方案临床应用效果评价[J].护理学杂志,2016,31(1):50-52.
 - [19] 朱文莉,许宽勤,施慧,等.药食两用中药抗肿瘤作用及辨证施食规律分析[J].护理研究,2019,33(3):511-513.
 - [20] 方跃坤,方腾铎,陶方泽,等.浅谈永嘉医派陈无择七情诊疗学术思想[J].新中医,2019,51(8):310-312.
- (本文编辑 王菊香)

(上接第 3 页)

- [4] 陈青.隔姜灸治疗神经源性膀胱患者的护理[J].中国临床护理,2011,3(1):24-26.
 - [5] 刘承梅,高玲莉,冯晓东.益元灸治疗不完全性脊髓损伤后膀胱功能障碍的临床研究[J].中国康复医学杂志,2017,32(10):1148-1151.
 - [6] 孙伟娟,冯晓东,李瑞青,等.益元灸治疗脊髓损伤后神经源性膀胱的临床疗效观察[J].时珍国医国药,2018,29(5):1134-1136.
 - [7] 廖利民,吴娟,鞠彦合,等.脊髓损伤患者泌尿系管理与临床康复指南[J].中国康复理论与实践,2013,19(4):301-317.
 - [8] 李忠仁.实验针灸学[M].北京:中国中医药出版社,2007:360.
 - [9] 王琦.中医藏象学[M].北京:人民卫生出版社,2004:919.
 - [10] 孙薇,周红俊,李晓颖,等.无接触式导尿技术在脊髓损伤神经源性膀胱患者的应用[J].护理学杂志,2018,33(24):61-63.
 - [11] 蔡文智,孟玲,李秀云.神经源性膀胱护理实践指南(2017 年版)[J].护理学杂志,2017,32(24):1-7.
 - [12] 彭咏梅.电针对骶上脊髓损伤后神经源性膀胱大鼠尿流动力学和脊髓组织 PACAP-38、PAC1R 的影响[D].长沙:湖南中医药大学,2018.
 - [13] 边静,张为民,王宇峰,等.中医综合康复对脊髓损伤后膀胱功能障碍患者自主排尿功能及生活质量的影响[J].世界中西医结合杂志,2019,14(1):62-65.
 - [14] 许焕芳.艾燃烧生成物抗衰老效应机制及嗅觉通路作用途径研究[D].北京:北京中医药大学,2012.
 - [15] 任亚锋,张博爱,冯晓东,等.艾灸治疗脊髓损伤后膀胱功能障碍的临床研究[J].中国中医基础医学杂志,2013,19(10):1178-1180.
 - [16] 魏方月,冷军,田梦,等.任脉灸对脊髓损伤后逼尿肌反射亢进型神经源性膀胱的影响[J].浙江中医药大学学报,2018,42(8):650-653.
 - [17] de Groat W C, Yoshimura N. Mechanisms underlying the recovery of lower urinary tract function following spinal cord injury[J].Prog Brain Res,2006,152:59-84.
 - [18] 廖利民,韩春生,黄悦.脊髓损伤患者的泌尿系治疗与康复[J].中国康复理论与实践,2003,9(4):30-33.
 - [19] 金锡御,宋波.临床尿动力学[M].北京:人民卫生出版社,2002:331.
 - [20] 施龙,卫中庆.非肾上腺素能非胆碱能神经机制在糖尿病膀胱中的研究进展[J].现代泌尿外科杂志,2018,23(4):306-308.
 - [21] 吴君,吴清和.膀胱逼尿肌受体研究进展[J].世界中西医结合杂志,2011,6(12):1071-1073.
 - [22] Cockayne D A, Hamilton S G, Zhu Q M, et al. Urinary bladder hyporeflexia and reduced pain-related behaviour in P2X3-deficient mice [J]. Nature, 2000, 407 (6807): 1011-1015.
 - [23] Caulfield M P, Birdsall N J. International Union of Pharmacology. XVII. Classification of muscarinic acetylcholine receptors[J]. Pharmacol Rev,1998,50(2):279-290.
 - [24] Chess-Williams R, Chapple C R, Yamanishi T, et al. The minor population of M3-receptors mediate contraction of human detrusor muscle in vitro[J]. J Auton Pharmacol,2001,21(5-6):243-248.
- (本文编辑 颜巧元)