

● 医学护理 ●

穴位埋线序贯瑶药硬膏敷脐干预 溃疡性结肠炎30例效果观察

于玉秀, 李民杰, 周正颜, 李海强, 陈秀春, 杨兆宁, 蒋 敏

(广西壮族自治区贺州市中医医院, 广西 贺州, 542899)

[摘要] 目的:观察穴位埋线序贯瑶药硬膏敷脐并结合优质护理对溃疡性结肠炎(UC)的疗效。方法:将60例UC患者随机分为观察组和对照组各30例。对照组予西医常规治疗与护理,观察组在对照组干预的基础上予穴位埋线序贯瑶药硬膏敷脐治疗及相应的优质护理。2组均以8周为1个疗程。结果:总有效率观察组为93.3%,对照组为63.3%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组中医症状积分及2组IBDQ评分,干预前后组内比较及干预后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。复发率观察组为10.0%,低于对照组的53.3%($P < 0.05$)。观察组的护理满意度优于对照组($P < 0.05$)。结论:穴位埋线序贯瑶药硬膏敷脐治疗溃疡性结肠炎并结合优质护理能提高患者的治疗效果、住院患者满意度及生存质量,降低复发率。

[关键词] 溃疡性结肠炎;穴位埋线;瑶医膏药脐疗;护理

[中图分类号] R259.746.2 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.10.051

溃疡性结肠炎(UC)是以腹泻、腹痛、黏液脓血便、里急后重等为主要表现的一种原因不明的结肠与直肠慢性非特异性炎症,主要累及大肠黏膜和黏膜下层,属于炎症性肠病范畴^[1]。现代医学认为,UC病程迁延难愈,并发症多,无特效药且复发率高,WHO将其列为现代难治病之一^[2]。笔者在西医常规治疗的基础上应用穴位埋线序贯瑶药硬膏敷脐治疗UC 30例,并对其进行优质护理,效果满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 60例UC患者全是我院脾胃病科住院患者,按住院时间先后随机分成观察组30例和对照组30例。观察组中,男19例,女11例;平均年龄(41.6 ± 12.46)岁;平均病程(6.67 ± 2.23)周。对照组中,男21例,女9例;平均年龄(44.2 ± 8.23)岁;病程(6.65 ± 2.56)周。2组性别、年龄、病程等资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),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”^[3]中UC的诊断标准拟定。(1)临床表现:有持续或反复发作的腹泻、黏液脓血便,伴腹痛、里急后重和不同程度的全身症状。病程多在4~6周以上。(2)结肠镜检查:病变多从直肠开始,呈连续性、弥漫性分布。①黏膜血管纹理

模糊、紊乱或消失、充血、水肿、出血、脓性分泌物附着,亦常见黏膜粗糙,呈细颗粒状;②病变明显处可见弥漫性、多发性糜烂或溃疡;③缓解期患者可见假息肉,结肠袋囊变浅、变钝或消失。(3)黏膜组织学检查:呈炎症性变化,同时常见糜烂、溃疡、陷窝脓肿、腺体排列异常,杯状细胞减少及上皮变化。

1.3 纳入标准 (1)符合上述诊断标准;(2)自愿接受观察;(3)年龄在18~60岁之间。

1.4 排除标准 (1)有严重的全身或局部并发症,如肠梗阻、肠穿孔、结肠癌等;(2)有严重肝、肾原发性疾病;(3)妊娠、哺乳期的妇女;(4)有精神心理疾病病史。

2 治疗与护理方法

2.1 对照组 采用西医常规治疗及护理。包括枯草杆菌二联活菌肠溶胶囊、柳氮磺胺吡啶肠溶胶囊口服,康复新液灌肠等治疗及护理方法。

2.2 观察组 在对照组干预的基础上加用穴位埋线序贯瑶药硬膏敷脐及优质护理。

2.2.1 瑶药敷脐 制备瑶医膏药:选用雷公头255g、肉桂505g、七叶一枝花505g、五指毛桃根505g、独角莲105g、韭菜根255g、满山香155g及当地瑶族蜂蜜1035g等制成膏,装入玻璃瓶中备用。贴敷:住院前2周每天取制备的瑶医膏药约30g,加新鲜姜汁调和后用微波加热,将膏药外敷于脐部并

用胶布固定,每天贴 4h 再除去。

2.2.2 穴位埋线 瑶医膏药敷脐 2 周后序贯穴位埋线。每周 1 次。取穴:关元、中脘、天枢、双侧足三里、大肠俞。埋线 6 周为 1 个疗程。

2.2.3 护理方法 (1)治疗前的护理:治疗前向患者及家属解释穴位埋线及脐部贴敷的目的、方法、注意事项以及可能出现的不良反应,消除其思想顾虑,积极配合治疗。贴敷或者埋线前做好患者病情及皮肤的评估,有严重心肺疾病、胶布过敏、皮肤有病变者不宜进行贴敷与埋线。治疗前注意保持皮肤干燥清洁,以免引起感染。(2)治疗中的护理:①埋线时消毒皮肤、贴敷时清洁脐部皮肤。②埋线过程中,注意询问患者的感受,如出现心悸、胸闷、头晕、恶心时要告知医务人员,当立即停止埋线,予平卧休息,吸氧、饮食温开水等对症处理。③贴敷时注意药膏的温度,以免烫伤。④观察贴药后的局部反应,如脐部出现热辣、瘙痒或烧灼感明显,不能忍受时,则告知医务人员,可提前取药。感觉舒适可延长贴敷时间,最佳的时间是去药后脐部皮肤微红,有温热感,则达到治疗目的。(3)治疗后的护理:①告知患者及家属贴敷时间为 4h。②敷药后告知患者注意保暖,贴药期间观察患者的反应。去药后观察皮肤有无潮红、瘙痒等。③埋线后 1 周左右,局部皮肤可能出现红肿热痛等无菌炎症反应,是由于羊肠线刺激穴位造成,多属正常现象,少数患者可有全身反应,责任护士向患者做好解释工作,并及时告知医师做好对症处理。④穴位埋线及贴敷当天需 4h 后方可用热水洗澡,并注意防寒保暖。⑤治疗期间注意起居有常,调节饮食,忌辛辣肥甘厚腻及生冷瓜果、冰冻冷饮之品。⑥加强体育锻炼以增强体质。

2 组均以 8 周为 1 个疗程,1 个疗程完成后统计效果。

3 效果观察

3.1 观察指标 (1)观察 2 组患者干预前后的中医症状积分,中医症状积分标准根据《中药新药临床研究指导原则》^[4]中的标准计分,症状包括腹痛、腹泻、黏液脓血便次数等。(2)比较炎症性肠病生存质量问卷(IBDQ)评分。(3)观察干预后的复发情况及护理工作的满意情况。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]中有关标准拟定。完全缓解:大便性状、量、次数正常,腹痛、腹泻等腹部不适症状及体征消失,结肠镜检查黏膜正常;有效:大便正常、症状及体征消

失,内镜下黏膜轻度炎症或形成假息肉;无效:临床症状、体征无缓解或加重,内镜及病理检查黏膜无改善。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 19.0 软件包进行处理,计量资料均以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,符合正态分析、方差齐性时采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗与护理结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率观察组为 93.3%,优于对照组的 63.3%,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[n(%)]					
组别	n	完全缓解	有效	无效	总有效
观察组	30	19(63.3)	9(30.0)	2(6.7)	28(93.3) ^a
对照组	30	4(13.3)	15(50.0)	11(36.7)	19(63.3)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2 组干预前后中医症状积分比较 观察组干预后中医症状积分比干预前改善,且优于对照组,组间比较,差异有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组干预前后中医症状积分比较($\bar{x} \pm s$,分)				
组别	n	干预前	干预后	
观察组	30	14.45 ± 3.52	2.77 ± 0.45 ^{ab}	
对照组	30	14.36 ± 3.41	7.62 ± 2.49	

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$;与对照组干预后比较,^b $P < 0.05$ 。

3.4.3 2 组干预前后 IBDQ 评分比较 2 组干预前 IBDQ 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后 2 组 IBDQ 评分均有所改善,但观察组改善更明显,差异均有统计学意义。(见表 3)

表 3 2 组干预前后 IBDQ 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)						
组别	n	时间	肠道症状	全身症状	情感能力	社会能力
观察组	30	干预前	23.16 ± 5.3	10.82 ± 2.90	27.73 ± 5.41	11.20 ± 3.15
		干预后	31.43 ± 3.37 ^{ab}	17.68 ± 2.12 ^{ab}	33.27 ± 5.31 ^{ab}	14.62 ± 3.12 ^{ab}
对照组	30	干预前	23.93 ± 3.85	10.18 ± 2.19	26.27 ± 5.25	10.62 ± 3.16
		干预后	28.30 ± 3.63 ^a	14.41 ± 2.17 ^a	30.92 ± 5.11 ^a	12.87 ± 2.58 ^a

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$;与对照组干预后比较,^b $P < 0.05$ 。

3.4.4 2 组复发率比较 出院后随访 6 个月,复发率观察组为 10.0%,对照组为 53.3%,组间比较,差异有统计学意义。复发的主要原因是生活不规律,其次是饮食的影响。(见表 4)

表 4 2 组复发情况比较(n)					
组别	n	生活方式	饮食	情志	其他
观察组	30	2	1	0	0
对照组	30	6	5	3	2

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

中医护理及健康教育 干预社区2型糖尿病的效果观察

陈秀春

(广西壮族自治区贺州市中医医院, 广西 贺州, 542899)

[摘要] 目的:观察社区2型糖尿病患者的中医护理及健康教育干预效果。方法:对确诊为2型糖尿病的60例社区患者实施中医护理及健康教育干预,随访1年,观察血糖控制效果。结果:60例患者血糖水平均得到控制,患者依从性高。结论:在社区对2型糖尿病患者运用中医护理措施及健康教育干预,可有效控制患者血糖水平,提高自我管理能力和

[关键词] 2型糖尿病;社区;中医护理;健康教育

[中图分类号] R248.1, R259.871 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.10.052

糖尿病是慢性终身性疾病,严重威胁人类健康,2013年一项大规模的调查研究发现,我国2型糖尿病患者约9 840万人^[1]。如何平稳有效地控制血糖,对糖尿病患者来说至关重要。糖尿病患者大部分时间在社区生活,只有病情危重或者急性变化时才会住院治疗。因此,社区护理干预对糖尿病的管理意义重大。中医护理简便易行、价廉,具有良

好的群众基础,易于推广应用,在社区实施具有独特优势。笔者于2016年10月至2017年10月期间,对60例2型糖尿病患者进行院外中医护理及健康教育干预,取得良好效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 从贺州市中医医院社区卫生服务中心管辖的街道办事处3个社区居民中,选取自愿

3.4.5 2组对护理工作满意度比较 观察组对护理工作的满意度明显优于对照组,2组比较,差异均有统计学意义。(见表5)

表5 2组干预后护理工作满意度比较

组别	n	服务与技术	关心与爱护	环境与指导
观察组	30	17.13 ± 1.17 ^a	16.57 ± 2.45 ^a	14.16 ± 1.54 ^a
对照组	30	14.57 ± 1.33	13.08 ± 1.69	11.79 ± 1.24

注:与对照组比较,^aP < 0.05。

4 讨论

溃疡性结肠炎属于中医学中“泄泻”“痢疾”的范畴,古代医家指出本病的病因为饮食不节,起居不时,从而导致脏腑的阴阳失调,邪气滯积,侵犯已虚大肠,导致本病发生。瑶医以“三元和谐”为医道之理论纲纪,并用盈亏平衡论指导治疗,选药原则上主要依据药物气味的“风”“打”属性,即瑶医认为风药具有和缓、平调脏腑功能作用,打药具有峻逐邪气之效。本研究选用打药雷公头、七叶一枝花、独角莲、满山香行气祛风、解毒化湿,风药肉桂、五指毛桃根、韭菜根温阳健脾、化湿散瘀,风打药兼用。诸药合伍,制成膏药敷于脐部,通过筋脉脉道的开启,将药物渗透于神路、脏腑,达到治病、促进

康复的目的。

本研究结果表明,在西医常规治疗的基础上予瑶医膏药敷脐、穴位埋线,可以提高患者的治疗效果、住院患者满意度及生存质量,降低复发率。说明通过穴位埋线及瑶医膏药敷脐疗法使药物渗透入皮肤、刺激穴位,具有调节气血、疏通经络、平衡脏腑功能,促进肠黏膜修复的作用。同时,在治疗过程中,应加强治疗前后瑶药贴敷、穴位埋线部位的护理,防止感染,促进药物的吸收,提高患者的抗病能力。综上所述,穴位埋线序贯瑶药硬膏敷脐治疗UC的临床疗效显著,安全性好,值得临床应用。

参考文献

- [1] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识[S]. 中国中西医结合消化杂志, 2010, 18(6): 416-419.
- [2] Sciano G. Asthma, nasal polyposis and ulcerative colitis: a new perspective[J]. Clinand Exp Allergy, 2002, 32(8): 1144-1149.
- [3] 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(2007年, 济南)[S]. 中华消化杂志, 2007, 27(8): 545-550.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 143. (收稿日期: 2018-01-21)