

3 讨论

幽门螺杆菌根除能够降低溃疡复发率,临床中已经较为广泛地应用质子泵抑制剂治疗消化性溃疡。目前,治疗幽门螺杆菌感染患者主要应用阿莫西林、甲硝唑以及克拉霉素等抗生素。随着现代医学发展水平的不断提高,质子泵抑制剂疗效也在不断增强。雷贝拉唑属于第二代 PPI,具有较强的抗胃酸分泌活性,其具备更强的抑制 $H^{+}-K^{+}-ATP$ 酶作用,且不会给血浆胃泌素水平带来较大影响,能够选择性地对幽门螺杆菌进行抑制。患者首次单剂量口服 20 mg 雷贝拉唑,能够提高夜间碱化波发生率,延长夜间酶突破时间,提高夜间碱化波酸碱度值,尤其是在夜间,给胃酸分泌产生的抑制作用更强^[3]。本研究

结果表明,治疗组患者的上腹痛缓解率高于对照组 ($P<0.05$);两组患者的溃疡治愈率、幽门螺杆菌根除率比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$)。综上所述,采用雷贝拉唑治疗幽门螺杆菌相关性胃溃疡患者,能够提高临床症状缓解率和溃疡治愈率。

参考文献

[1]齐秀荣,赵景成,宗湘裕.雷贝拉唑联合枸橼酸铋钾治疗消化性溃疡的临床疗效观察[J].医学综述,2014,20(12):2294-2295
[2]欧阳艳君,张艳梅,李炳东,等.雷贝拉唑三联疗法对活动期胃溃疡患者组织学愈合质量及溃疡复发的作用分析[J].现代中西医结合杂志,2014,23(20):2196-2198
[3]黄泽辉,周文博,林震群,等.康复新液联合雷贝拉唑治疗幽门螺杆菌阴性胃溃疡的疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志,2014,23(8): 858-860

(收稿日期: 2015-04-15)

中药保留灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎的临床效果观察

李琪

(广东省化州市中医院 化州 525100)

摘要:目的:观察中药保留灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎的临床效果。方法:将 2013 年 5 月~2014 年 6 月我院 96 例慢性溃疡性结肠炎患者随机分为对照组和观察组,每组 48 例。对照组实施一般中医辨证护理,观察组在一般护理基础上进行中药保留灌肠治疗,每天 1 次,连续 10 d 为 1 个疗程。比较两组患者在治疗后的疼痛缓解程度、腹泻以及营养调节状况。结果:观察组进行中药灌肠治疗 1 个疗程后,患者疼痛缓解率明显高于对照组,差异具有统计学意义 ($P<0.05$);观察组大便恢复正常及营养调节的效果均优于对照组 ($P<0.05$)。观察组的总有效率为 95.83%,明显高于对照组的 87.50%,差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。结论:中药灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎疗效可靠,可明显改善患者临床症状。

关键词:慢性溃疡性结肠炎;中医护理;中药灌肠

中图分类号:R574.62

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.10.024

溃疡性结肠炎是一种原因不明的直肠、结肠慢性炎症,又称慢性非特异性溃疡性结肠炎^[1]。本病可发生于任何年龄,以 20~40 岁居多,病情轻重各异,病程呈慢性经过,可达数年至十余年,常有反复发作或持续加重,偶有急性爆发性现象。慢性溃疡性结肠炎以内科治疗为主,主要控制患者疼痛、腹泻以及营养失调。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 5 月~2014 年 6 月,我院收治的 96 例慢性溃疡性结肠炎患者,经血液检查、粪便检查和结肠镜检查确诊。排除恶性肿瘤、慢性痢疾以及肠结核等疾病,其中男 56 例,女 40 例,年龄 21~57 岁,平均年龄 (37 ± 3.5) 岁,病程 6 个月~10 年,慢性复发型 42 例,慢性持续性 54 例。按病情程度分为轻型 17 例,临床表现为腹泻 <4 次/d,便血轻,无全身症状;重型 41 例,临床表现为腹泻 >6 次/d,有黏液血便和全身症状;中型 38 例,症状介于两者之间^[2]。根据患者意愿以及在患者及其家属

知情同意的情况下,将患者随机分为观察组和对照组,每组 48 例,两组在性别、年龄、病程、分类以及临床表现等方面比较,无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 临床方法

1.2.1 对照组 实施一般的溃疡性结肠炎中医辨证护理。以问卷调查的方式了解患者的生活、工作习惯帮助了解患者的病情,随后指导护理人员进行辨证施护。结肠炎多由湿邪所胜,脾胃功能障碍而引起的。外感寒湿暑热之邪,内伤饮食、情志,损及脾胃,运化失调,水湿不化,下注大肠,引起大肠传导失司而致泄泻。湿蕴日久化热,湿热郁蒸,气血阻滞,湿热与气血相互搏结,脉络受伤,气血凝滞、腐败化为脓血而成下痢赤白。从以下几方面对患者进行中医辨证护理。(1)脾胃虚弱型:症见大便时溏时泄,稍进油腻之物则大便次数增多,食欲不振,时腹痛不适,腹胀肠鸣,伴面色欠华,神疲乏力,舌质嫩淡红,苔薄白,脉濡细。护理时帮助患者正确认识疾病,引

导患者进行自我心理调节,保持愉快的生活态度,促进机体正气回复,指导患者进行适宜的体育锻炼,饮食上少油腻、忌生冷等。(2)肝脾不和型:症见大便溏软,次数增多,排便不爽或夹黏液便,伴有腹胀腹痛、便后痛减、纳呆胸闷善叹息,舌质红,苔薄白,脉细弦。症状多由情志不悦、恼怒引起,护理时告知患者情绪与疾病的利害关系,指导患者进行愉悦身心的活动,可以听音乐、看报纸、看书,参加一些患者接受的娱乐活动,动员患者家属在日常生活中积极配合。(3)湿热内盛型:症见大便溏软,排出不爽,多夹脓血黏液便,肛门灼热,腹胀腹痛,里急后重,伴身重纳呆,口渴不欲饮,身热不扬,舌质红,苔黄腻,脉滑数。嘱患者卧床休息,尽量少些下床活动,饮食尽量是无渣半流质性的,避免水果、蔬菜等多纤维性食物,减少对胃肠的刺激,减少胃肠蠕动。出现脱水或电解质紊乱现象,要严格记录患者出水量,按医嘱补充电解质或营养液。由于大多数患者的病程长,神经比较敏感,易出现焦虑或抑郁的心理状况,护理人员要关心体贴患者,及时进行心理疏导,指导患者正确认识疾病,保持乐观稳定的情绪。

1.2.2 观察组 在上述对照组一般护理基础上进行中药灌肠治疗,每天 1 次,连续 10 d 为 1 个疗程。灌肠方剂:白头翁 10 g、秦皮 10 g、苦参 10 g、木香 15 g、白芍 20 g、大黄 10 g、当归 10 g、黄连 10 g、黄柏 10 g、黄芩 10 g、茵陈 10 g、车前草 20 g,上药浓煎,取 150~200 ml。嘱患者灌肠前排空二便,药液温度为 39~41 ℃,将其倒入灌肠筒中,挂在输液架上,液面距肛门 30~40 cm。摆好体位,根据病变部位取左侧或右侧卧位,臀下垫胶单和治疗巾,并用小枕抬高臀部 10 cm 左右,暴露肛门,病房温度低时注意保暖。润滑肛管前端,与输液器连接,排气后夹紧输液管,轻轻插入肛门 15~20 cm,调节滴速,60~80 滴/min,药液滴完后将肛管缓慢拔出,用纱布轻轻按压肛门片刻。嘱患者卧床休息,为了延长药物停留时间,促进药物吸收,可在患者臀下垫软枕。宜在晚上对患者进行灌肠,减少活动。

1.3 评价指标 比较两组患者在治疗 1 个月后疼

痛的缓解程度及腹泻和营养失调状况是否改善。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行分析。计数资料比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

以主诉疼痛缓解、大便次数及形态恢复正常、营养状态改善的患者数为有效,比较两组的有效率。观察组的总有效率为 95.83%, 明显高于对照组的 87.50%, $P<0.05$, 差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者的临床效果比较[例(%)]					
分组	n	疼痛缓解	排便正常	营养正常	总有效
观察组	48	45 (93.75)	46 (95.83)	45 (93.75)	46 (95.83)
对照组	48	39 (81.25)	42 (87.50)	41 (85.42)	42 (87.50)

3 讨论

慢性溃疡性结肠炎的病变部位主要在乙状结肠和直肠,也会延伸至降结肠甚至整个结肠^[3]。灌肠疗法的给药途径是通过肠黏膜局部作用或吸收,对溃疡性结肠炎有较好的疗效^[4-6]。灌肠疗法起源较早,汉代张仲景《伤寒论》中已有猪胆汁灌肠治疗便秘的记载。由于慢性溃疡性结肠炎病程长,需要特别注意治疗过程中的心理护理^[7]。本文在对患者进行临床一般护理的基础上采用中药保留灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎,可以有效地缓解患者疼痛、调节肠道内环境稳态控制腹泻,使患者恢复良好的营养吸收,提高生活质量,值得临床推广应用。

参考文献

[1]顾金红.中药灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎疗效观察及护理体会[J].黑龙江医药,2013,26(2):346-347
[2]李娟.辨证分型治疗慢性溃疡性结肠炎随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2013,27(5):5-6
[3]孙晓萍.涩肠止泻法干预溃疡性结肠炎作用机理的研究[D].天津医科大学,2012
[4]王继英,于淑英,孙昱,等.中医综合疗法治疗慢性溃疡性结肠炎[J].中国医疗前沿,2011,6(6):57-96
[5]滕明珍.中药灌肠治疗慢性结肠炎疗效观察与护理[J].临床合理用药杂志,2011,4(8):27-28
[6]刘红芸,欧玲,周泉,等.中药灌肠加内服治疗慢性结肠炎疗效观察[J].求医问药(下半月),2011,27(6):102
[7]张蕊,迟建萍.慢性溃疡性结肠炎的情志护理[J].中国医药指南,2010,8(32):182-183

(收稿日期: 2015-05-06)

(上接第 46 页)

[4]Kama A Wlodzimirow,Saeid Eslami, Ameen Abu-Hanna,et al.A systematic review on prognostic indicators of acute on chronic liver failure and their predictive value for mortality[J].Liver International, 2013,33(1):40-52
[5]吕日英,吴继周,李仕雄,等.影响重型肝炎患者预后的危险因素研

究[J].实用医学杂志,2012,18(4):45-46
[6]王宇明.肝衰竭命名、分型和诊断的新认识[J].中华肝脏病杂志, 2010,18(11):803-804
[7]张晶.慢加急性肝衰竭临床诊断与治疗研究热点[J].中华肝脏病杂志,2011,51(16):3-5

(收稿日期: 2015-04-08)