

质量持续改进在溃疡性结肠炎中药保留灌肠 的临床应用探讨

毛轶青

上海中医药大学附属龙华医院 上海 200032

【摘要】目的：对溃疡性结肠炎（以下简称 UC）患者中药保留灌肠在肠道内保留时间长短进行探讨，从而判断治疗性保留灌肠的有效性，改进护理人员中药保留灌肠的方法，提供护理人员临床指导依据。**方法：**按 UC 的程度、病变范围、病变分期选择患者，检测指标为保留灌肠后药液保留的有效时间 ≥ 2 h。**结论：**通过改进各项监测指标，结合灌肠治疗期间饮食干预，能延长药物在肠道内保留时间，明显提高治疗效果。

【关键词】：质量改进；中药保留灌肠；临床指导

UC 是一种病因不明的慢性、非特异性溃疡性直肠和结肠炎。好发部位在大肠（主要是直乙状结肠）。对溃疡性结肠炎活动期治疗方案中有提出^[1]对病变局限在直肠或直肠乙状结肠者，强调局部用药（病变局限在直乙状结肠用灌肠方）中药直肠滴入疗法治疗 UC 疗效确切，副作用小，值得临床推广^[2]。研究表明中药保留灌肠对溃疡性结肠炎治疗有重要意义^[3]。

1 UC 治疗发展

1.1 细菌学说认为 UC 的发病与微生物感染密切相关，包括大肠杆菌等众多肠道微生物均被认为是导致 UC 的病原微生物。用抗生素来清除肠道中的“有害微生物”，效果并不理想。抗菌药引起的出血性结肠炎的纵行溃疡，溃疡大多出现纵向的黏膜红肿，周围黏膜呈红色，无炎型息肉。《美国消化医师协会溃疡性结肠炎患者手册》中明确提出：抗生素会导致 UC 复发。

1.2 免疫学说，受肠道牛奶过敏的启发，认为 UC 是一种过敏反应，随着 6-巯基嘌呤等免疫抑制剂的有效应用，免疫学假说得到不断发展。但缺点有潜在短期和长期副作用，易引起感染、胰腺炎等，且起效缓慢，故临床应用非常谨慎。

1.3 中医认为 UC 发生与情志失调、劳累内伤、饮食不节、外邪入侵、脾胃虚寒等相关，而中药治疗对病人的免疫失调有很强的调节作用，并且具有多环节、多方位、多靶点的特点，毒副作用少，具有满意理想的临床疗效，易被患者接受^[4]。

近二年中药保留灌肠治疗 UC 的相关文献多达 200 多篇，研究表明，中药灌肠在对 UC 的症状及预后改善、缩短病程、减少复发等方面发挥重要的作用^[5]。是目前治疗溃疡性结肠炎最有效的一种方式^[6]。

2 中药保留灌肠有效保留时间在质量持续改进中纳入标准

2.1 中药保留灌肠指将药液通过肛门灌入直肠至结肠，药物通过结肠黏膜吸收入血，以发挥局部或全身治疗的作用，有易释放、易吸收、易扩散的特点^[7]。

2.2 指标制定

2.2.1 灌肠适宜人群：UC 程度为轻度至中度；病变范围为直肠和累及直乙状结肠脾曲远端；UC 病情分期为活动期或缓解期。

2.2.2 灌肠后的第一次排便时间与灌肠时的时间间隔，即为保留时间。中药灌肠液在肠道内的保留时间直接影响其疗效结果。研究表明灌肠液在肠道内存留 2h 才能达到治疗效果^[8]。

2.2.3 由于灌肠液温度、肛管深度、滴入速度等原因，都可能影响药液在体内保留时间，致使灌肠效果达不到预期的治疗效果。故明确操作前后的注意事项，并改进各项指标，以确保 UC 患者中药保留灌肠治疗的有效性。

3 计划实施

3.1 各项指标改进依据

3.1.1 温度：护理常规中，保留灌肠液的温度为 39-41℃；陈志敏^[9]研究认为 37-38℃灌肠液，因接近直肠温度，可减轻对患者肠黏膜的刺激，增加患者的耐受性及药液的保留时间；黄芳等^[10]提出灌肠温度控制在 37.0-38.9℃较好。

3.1.2 卧位：左侧卧位乙状结肠及降结肠均位于下方，灌肠液借重力作用可顺利灌入，同时抬高臀部 10cm，并指导患者保持体位时间，以利于保留灌肠液。

3.1.3 肛管深度：人体直肠长度约为 12-15 cm，乙状结肠约为 40-45 cm。若插管深度为 15cm 左右，插管只能达到直肠和乙状

结肠交界位置,药液很快进入直肠并回流入肛管插管。当深度达到 20-30 cm 时(大面积溃疡患者遵医嘱),插管能到达乙状结肠的中部,减少对直肠肛门的刺激,使肠蠕动减慢,延长保留时间,增加药物吸收,充分发挥药效^[1]。修订插管深度 15-20cm,减少对直肠肛门刺激使肠蠕动减慢,增加保留时间。

中药保留灌肠操作数据修改对比表

内容	项目	中医技术实用手册—保留灌肠	UC 患者保留灌肠
保留时间		至少 ≥1h	至少 ≥2h
灌肠温度		39-41℃	38-39℃
肛管深度		10-15cm	15-20cm
滴入总计时间		15-20 分钟 (200ml)	10-15 分钟 (140-150ml)
抬高臀部要求		臀部垫软枕	抬高臀部 10cm
灌肠后臀部抬高维持时间		无要求	≥30 分钟

3.1.4 多项 Meta 分析多项研究^[12]表明,点滴时速度应控制在 60-100 滴/分钟,直肠内压力缓慢匀速上升,减少对肠壁压力的刺激,减缓肠蠕动,有利于增加药物保留灌肠,进而获得满意效果。

参考文献:

- [1] 2018 炎性肠病北京共识(简称共识)
- [2] 赵占强,胡文静,宋立峰.直肠滴入疗法治疗溃疡性结肠炎 56 例临床观察[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(28):129
- [3] 李欣. 中药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎的观察和护理[J].中医药, 2013, 31 (5): 96-97
- [4] 刘丹,李桂贤,王雪,等.中医药治疗溃疡性结肠炎的研究进展[J].湖南中医杂志,2017,33(3):167-169
- [5] 姜慧,毛堂友,史瑞,李军祥.中药灌肠治疗溃疡性结肠炎的最新研究进展[J].世界科学技术—中医药现代化综述,2018,20(2):298-302
- [6] 罗春香,吴锦荣,况朋娟.葛根芩连汤保留灌肠对溃疡性结肠炎患者的疗效及其护理评价[J].抗感染药学,2016,13(5):1099-1101
- [7] 高中丽,李婷,邵香.改良式中药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎疗效观察及护理[J].山西医药杂志,2018,47(3):355-356
- [8] 周小丽. 清洁灌肠后行药物保留灌肠治疗溃疡性结肠炎的护理研究 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2016, 1(4): 62-63
- [9] 陈志敏. 改变灌肠液温度对溃疡性结肠炎的疗效观察[J]. 蚌埠医学院学报, 2015, 40(10): 1450-1451
- [10] 黄芳, 徐桂华. 不同温度与速度的中药保留灌肠对溃疡性结肠炎患者的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(12): 57-60
- [11] 张歆,施家芳.中药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎的灌肠深度—速度优化研究[J].广西中医药大学学报,2018,21(3):20-24
- [12] 周俊,王琦,苏春香.保留灌肠插管深度对灌肠液在肠内保留时间影响的 Meta 分析[J].解放军护理杂志,2017,34(6):1-7
- [13] 饮食护理干预对降低溃疡性结肠炎复发率的影响,李迎冬.当代护士,2016,5(20):92-93

3.2 饮食干预

制定“中药保留灌肠患者饮食宣教标准流程”,由责任制和操作者作为监督员;落实交班内容。活动期 UC 患者选择低脂流质或低脂少渣半流质饮食^[13],优质蛋白如淡水鱼肉、瘦肉、蛋类等,但避免含乳糖蛋白食品,如牛奶。缓解期选择低脂饮食,摄入充足的蛋白质,避免食用容易胀气和刺激性的食物,如粗纤维和辛辣食品。辨证施食:湿热证患者慎食牛羊肉和烧烤等温性食品;虚寒证患者避免进食生冷食物如海鲜、冷饮、冷菜冷饭等。

4 结果

改进各项监测指标并结合饮食干预措施,提高 UC 患者灌肠 ≥2 小时保留时间的有效率,统计 2017-2018 年保留观察达标率,从 83.7%提高至 93.8%。

5 体会

在质量指标的改进实施中,从护理人员角度,在临床护理操作指导中提高了中药保留灌肠治疗的有效性观察,规范了护理人员的专科操作流程;从患者角度,药液保留时间延长、且排便无粘液脓血,是他们最直观的感受,同时情绪也因此随之转变。增进与患者的互动,对于慢病门诊的开展和管理有极大的帮助。