

大黄粉高位保留灌肠对 ERCP 术后胃肠功能恢复的影响

● 林梅云 许梅烟 李婷丽

摘 要 观察中药大黄粉高位保留灌肠对经内镜逆行性胰胆管造影术(ERCP)术后胃肠功能恢复的影响。方法:将 72 例在全麻下行 ERCP 的患者,用随机数字法分为治疗组和对照组。对照组予采取常规处理,治疗组在常规处理的基础上加大黄粉高位保留灌肠。结果:治疗组在肛门恢复排气时间、开始进食时间、初次自行排便时间上优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:大黄粉高位保留灌肠有助于 ERCP 术后患者的胃肠功能恢复。

关键词 ERCP 大黄粉 高位保留灌肠 胃肠功能

经内镜逆行性胰胆管造影术(ERCP)是在内镜下经十二指肠乳头插管注入造影剂,从而逆行显示胰胆管疾病的造影技术,是一种治疗胰胆管疾病的安全、有效的微创技术,使大多数胆胰疾病的患者免受了开腹之苦,它已经成为目前诊断并治疗胰腺胆管疾病的金标准。但术后胃肠功能障碍和高淀粉酶血症是其最常见的并发症,往往增加患者痛苦、延长住院天数及增加住院费用,重者危及生命。如何促进 ERCP 术后胃肠功能的恢复成为术后护理的工作难点。我科在 ERCP 术后在基础的治疗上,辅助大黄粉高位保留灌肠,具有一定的临床疗效,缩短了住院天数,减少了患者的住院费用,取得效果满意。现将疗效报告如下:

1 临床资料与方法

1.1 病例来源 2009 年 1 月至 2009 年 12 月,我科共施行 94 例 ERCP 术,经以下排除标准及剔除标准排除后剩下 72 例作为样本。72 例患者中,男 42 例,女 30 例,年龄 18~65 岁,平均年龄 55.1 ± 11.8 岁,按照随机数字表法分为治疗组 36 例和对照组 36 例。两组患者的性别、年龄、主要基础疾病构成、病情等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

排除标准:(1)既往有奥狄氏括约肌切开史者;(2)胆总管十二指肠吻合术后者;(3)内镜操作前已有高淀粉酶血症者;(4)有严重肝肾功能不全、心脑血管疾病者;(5)哺乳、妊娠期妇女;(6)有严重结直肠疾病不宜灌肠者;(7)精神病患者。

剔除标准:(1)未按要求进行治疗者;(2)ERCP 术中开腹手术者;(3)ERCP 术后并发肠穿孔、胆肠道出血者。

1.2 方法 所有患者于 ERCP 术前禁食至少 6h,均严格按照 ERCP 操作规范,由同一专业人员操作。术后禁食,至淀粉酶正常且无腹痛、呕吐方可进食。对照组于术后予常规给予禁食、补液、BD 管引流、应用生长抑素抑制胰腺分泌、抗感染、营养支持治疗,按时活动,让其自然恢复胃肠功能;治疗组除术后常规护理外,术后 2h 开始用大黄粉高位保留灌肠,每日 2 次,直至患者能自行排便为止。

1.3 灌肠操作方法

1.3.1 灌肠操作要点 将大黄粉 15g 加生理盐水 100ml 倒在治疗碗中加温,搅拌均匀,用水温计测温度,温度为 $39 \sim 41^{\circ}\text{C}$ 。向患者解释进行灌肠的治疗作用及必要性,以取得患者理解和合作。操作前先右侧卧位,放平床头,抬高臀部 10cm,有利于药液的流入和保留。用一次性 50ml 注射器抽取药液,连接石蜡油润滑后的一次性无囊导尿管,排尽气体,缓慢插入肛门,并用手固定,缓慢注射。插入深度 20~

• 作者单位 福建中医药大学附属厦门市中医院

25cm,嘱患者做深呼吸,放松腹肌及肛门括约肌,如遇到阻力可稍移动导管后再插,灌完后嘱患者保留药液 1h 以上。

1.3.2 灌肠的注意事项 由于患者对疾病知识的缺乏等导致情绪焦虑、恐惧,因此需要对患者进行耐心细致的解释,帮助患者树立战胜疾病的信心,从而取得患者的理解及合作。充分润滑整个导管,有利于插管顺利进行。药液温度要控制在一定范围内,可促进肠腔血液循环,降低痛神经的兴奋性,从而提高肠道抵抗力和修复能力,减轻疼痛^[1]。灌肠时动作要轻柔,插管要慢,以免肛门括约肌痉挛造成插管困难,影响保留效果。加强肛周皮肤护理,保持局部清洁干燥。

1.4 观测指标 分别观察患者术后症状缓解情况及监测患者血淀粉酶,记录两组患者肛门恢复排气时间、开始进食时间、初次自行排便时间并进行比较。

1.5 统计学方法 所得数据采用 SPSS16.0 统计软件包进行统计学分析。计量资料所有数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,成组比较采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗组与对照组在肛门恢复排气时间、开始进食时间、初次自行排便时间上的差异经检验有统计学意义,治疗组疗效优于对照组,详见表 1。

表 1 两组胃肠功能恢复情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (例)	肛门恢复排气 时间(h)	开始进食时间 (h)	初次自行排便 (h)
治疗组	36	18.01 ± 9.52	52.08 ± 21.99	47.52 ± 22.07
对照组	36	26.24 ± 11.10*	72.30 ± 29.45*	65.96 ± 32.16*

注: * 为 $P < 0.05$ 。

3 讨论

3.1 ERCP 术后引起胃肠功能障碍的原因 ERCP 术后引起胃肠功能障碍的确切病因目前尚不完全清楚,有研究显示可能与下列因素有关^[2]: (1) Oddis 括约肌功能障碍引起慢性腹痛、胆汁、胰液排泄不畅及胆汁倒流。(2) 多次插管(5 次以上)致乳头水肿,引起胰液和胆汁的排放量减少而最终发生消化功能障碍。(3) 胰管内高压,损害胰管和胰泡上皮细胞,沟通了胰泡间隙和静脉循环,使胰腺实质显

影,胰腺炎发生率将明显增加。(4) 既往有胰腺炎病史。(5) ERCP 术中腹痛。(6) 造影剂的影响。(7) 十二指肠乳头切开出血。

3.2 中医病因病机 根据 ERCP 术后胃肠道功能障碍的表现,当属于“腹痛”、“痞证”等疾病范畴。中医学认为,肠道为传化之腑,“以通为用,以降为顺”。手术乃金创所伤,手术后脏腑脉络受损,离经之血留于腹内,瘀血阻滞,气机运行不畅,影响脾胃升降功能,清浊不分,不能藏谷纳新,推陈祛腐而致术后不能正常排气及进食。肠为传化之腑,泻而不藏,降下为顺,故而在治疗上应以行气通腑,活血化瘀为法。

3.2 大黄粉的作用

3.2.1 中医作用 大黄为蓼科草本植物掌叶大黄、唐古缘大黄或药用大黄的干燥根茎,味苦性寒,归脾、胃、大肠、肝、心包经,主要功效:泻下积滞、清热泻火、凉血解毒,逐瘀通经。《神农本草经》载:“味苦寒,主下瘀血,血闭寒热,破癥瘕积聚,留饮宿食,荡涤肠胃,推陈致新,通利水谷,调中化食,安和五脏。”《别录》载:“平胃,下气,除痰实,肠间结热,心腹胀满,女子寒血闭胀,小腹痛,诸老血留结。”《药性论》云:“主寒热,消食,炼五脏,通女子经候,利水肿,破痰实,冷热积聚,宿食,利大小肠,贴热毒肿,主小儿寒热时疾,烦热,蚀脓,破留血。”

3.2.2 西医作用 大黄能促进肠蠕动,尽快排除肠内压力及肠道内压力,消除肠麻痹;大黄能抑制胰酶的分泌、释放及其活性,能有效降低血尿淀粉酶,同时具有抑菌抗感染、改善肠道微循环,保护小肠屏障作用,较少肠源性毒素吸收及细菌易位;大黄有助于胆汁、胰液的引流通畅和胆道炎症的控制^[2],可消除胆源性胰腺炎的病因。现代药理学证实:大黄具有泻下作用,可通过抑制钠由肠壁转运到细胞促使水份滞留于肠腔,因而肠道扩张刺激肠壁促进了排便;有保肝作用;能减轻肝细胞的变性与坏死,并降低了血氨升高的幅度;有广谱抑菌作用,能抑制细菌呼吸及核酸与核蛋白的合成;有免疫调节功能,能减少抗体及免疫复合物的形成。大黄能减轻插管所造成的十二指肠乳头水肿,解除 Oddis 括约肌痉挛,减少十二指肠乳头切开处出血,保持 ERCP 术后胰管流出道的通畅,促进造影剂、胰液的排出,防治细菌逆行感染和胰酶的过度释放与激活,从而减轻病人痛苦,保护胰腺细胞,避免胰腺炎、胆管炎等严重并发症的发生^[3]。

4 小结

本研究利用肠粘膜血管丰富、粘膜面积大及易于吸收的特点,通过中药大黄粉高位保留灌肠,促进了大黄粉的吸收,同时刺激便意,更能发挥作用,促成药物性胃肠减压。本研究中治疗组疗效优于对照组,说明大黄粉高位保留灌肠有助于 ERCP 术后患者的胃肠功能恢复,这有利于缩短住院时间、降低

住院费用,故值得推广。

参考文献

- [1]郭伟昌,黄 君,易先武,等.生大黄高位保留灌肠联合生长抑素治疗急性胰腺炎 46 例[J].《海南医学》,2010,21(2):12.
- [2]高学敏.中药学[M].北京:人民卫生出版社,2001:595-605.
- [3]林向阳,毛 欣,吕 礁,等.生大黄防治胰胆管造影术后并发症疗效观察[J].人民军医,2004,47(2):66.

征稿征订

2012 年征订启事

《中医文献杂志》双月 25 日出版,国际标准刊号:ISSN1006-4737,国内统一刊号:CN31-1682/R。2011 年《中医文献杂志》为国际标准的大 16 开,56 页,欢迎读者订阅,每册定价:8.00 元,全年 48.00 元,国内邮发代号:4-540,国外订阅代号:Q6352。编辑部地址:上海市瑞金二路 156 号《中医文献杂志》编辑部。邮编:200020。电话:(021)54669083。E-mail: shtcmliter@yahoo.com.cn

《世界中西医结合杂志》(CN 11-5511/R,ISSN 1673-6613)为月刊,大 16 开本,每期 96 页,每月 28 日出版。每期定价 10 元,120 元/年。全国各地邮局均可订阅,国内邮发代号 80-538;国外向中国图书贸易总公司订阅,代号 M7968。国内邮发代号:80-538,亦可直接向本刊编辑部订阅。地址:北京市朝阳区北四环东路 115 号院 6 号楼 109 室《世界中西医结合杂志》编辑部收 邮编:100101 电话:010-64822253,64822337 传真:010-64822253,网址: <http://www.zhongxi.org> E-mail: sjzyj@126.com

《中成药》杂志国内邮发代号:4-249;国外代号:M-1093。2012 年价格为每期 32 元,全年 384 元。《中成药》编辑部已经开通网络投稿的采编平台系统,欢迎注册投稿。编辑部地址:上海市汉口路 239 号 450 室 邮编 200002 电话(021) 63213275 电子邮箱: zcy.med@foxmail.com 投稿网址: <http://zcy.ch.cnki.net>

《中医研究》杂志是由中华中医药学会、河南省中医药研究院主办,国内外公开发行的综合性国家级中医药学术刊物。国内刊号:CN41-1124/R,国外代号:BM1111,邮发代号:36-130。每期定价 6.00 元,全年共 72.00 元。国内统一连续出版物号:CN 41-1124/R 邮发代号:36-130 地址:郑州市城北路 7 号 中医研究杂志社 邮政编码:450004 电话:0371-66322705 电子信箱:zgzyyj@yahoo.com.cn 或 zgzyyj@tom.com

《中华临床医师杂志(电子版)》是中国科技核心期刊,半月刊,全年出刊 24 期,定价 672 元,国内刊号 CN 11-9147/R,邮发代号 80-728,2012 年度重点栏目征稿及 2012 年优惠征订详情,请见中华临床医师杂志官方网站 www.clinicmed.net 的期刊动态。投稿信箱:北京市 100035-50 信箱 编辑部收 邮编 100035,投稿电子邮箱:Ledoctor@163.com & Lcyszz@163.com 电话:010-62219211 传真:010-62222508 网址: www.clinicmed.net

《吉林中医药》为月刊,大 16 开本,正文 96 页,每月 20 日出版。定价 8 元/期,96 元/年。标准刊号 ISSN1003-5699, CN22-1119/R。国内邮发代号 12-42,国外发行代号:0846(MO) 中国国际图书贸易总公司(北京 399 信箱),漏订者可直接向本编辑部办理邮购。联系人:高明枢 E-mail: jlyzybjb@126.com 联系电话:0431-86172608 传真:0431-86172608,通讯地址:吉林省长春市净月经济开发区博硕路 1035 号 邮编:130117

《国医论坛》(双月刊)自 2012 年开始,由中华中医药学会和南阳医学高等专科学校联合主办,成为中华中医药学会系列期刊(国家级杂志)。国内统一刊号 CN41-1110/R,国际连续出版物号 ISSN1002-1078,国内邮发代号 36-100,国外代号 BM4417。每册定价 5.00 元,全年 30 元。地址:河南省南阳市卧龙路 1439 号《国医论坛》编辑部;邮编:473061 电话:0377-63529058;电子邮箱:gyt1986@126.com。