

# 结肠息肉患者中药保留灌肠液温度的选择研究

王向军, 陈一秀

(中国中医科学院望京医院, 北京 100102)

**[摘要]** 目的: 调整中药保留灌肠液温度, 选择适合于结肠息肉患者最适宜的灌肠温度。方法: 将120例结肠息肉患者随机分为寒证低温组、寒证常规组、寒证高温组、热证低温组、热证常规组、热证高温组6个组, 每组20例。结果: 根据舒适度评价量表所示, 热证患者组显示低温组患者较为满意( $P=0.000$ ), 寒证患者组显示高温组患者较为满意( $P=0.011$ )。结论: 根据寒热证患者体质的不同应选择其适合的中药保留灌肠液温度。

**[关键词]** 结肠息肉; 中药; 保留灌肠; 温度

**[中图分类号]** R248 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1672-951X(2015)13-0062-02

DOI:10.13862/j.cnki.cn43-1446/r.2015.13.022

## Research on Selection of Temperature for Retention Enema Solution of TCM in Patients with Colon Polyps

WANG Xiang-jun, CHEN Yi-xiu

(Wangjing Hospital, Chinese Academy of Chinese Medicine, Beijing 100102, China)

**[Abstract]** Objective: To adjust the temperature for retention enema solution of TCM, in order to choose the most appropriate temperature for retention enema solution of TCM in patients with colon polyps. Methods: There were 120 patients with colon polyps randomly divided into 6 groups, cold syndrome group at low temperature group, conventional group, high temperature group, heat syndrome group at low temperature group, conventional group and high temperature group, 20 cases in each group. Results: According to the comfort evaluation questionnaire, low temperature of heat syndrome patients obtained satisfactory( $P=0.000$ ); High temperature of cold syndrome patients is relatively satisfactory( $P=0.011$ ). Conclusion: The temperature for retention enema solution of TCM in patients with colon polyps should be appropriate, according to the constitution.

**[Key words]** Colon polyps; Chinese Medicine; retain enema; emperature

中药保留灌肠是常用中医护理技术之一,要取得预期的效果,对其技术的研究非常重要,主要涉及灌肠液的温度、插管的深度、量及速度和肛管、体位、时间的选择等多个方面。保留灌肠是通过温热刺激肠壁,使血管扩张而促进药物吸收,一般灌肠液温度为 $39^{\circ}\text{C}$ ~ $41^{\circ}\text{C}$ <sup>[1]</sup>。在临床工作中发现,患者对温度的要求不一,且灌肠液温度过高或过低都会影响灌肠效果。此研究主要探索寒热证结肠息肉患者最适宜的灌肠温度。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 从2013年6月至2013年12月共收集120份病例,采用随机数字表法,共分为寒证低温组、寒证常规组、寒证高温组、热证低温组、热证常规组、热证高温组6个组,每组20例。寒证低温组:男10例,女10例,年龄( $60.10\pm 15.10$ )岁;寒证常规组:男12例,女8例,年龄( $58.45\pm 12.75$ )岁;寒证高温组:男12例,女8例,年龄( $56.50\pm 13.52$ )岁;热证低温组:男17例,女3例,年龄( $54.55\pm 13.79$ )岁;热证常规组:男11例,女9例,年龄( $56.10\pm 9.30$ )岁;热证高温组:男16例,女4例,年龄( $58.65\pm 11.27$ )岁。由医生辨证,再由护士进行随机温度选择,按照统一操作标准进行中药保留灌肠。

### 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断** 结肠息肉是上皮来源隆起于粘膜表面的

肿物,包括肿瘤性和非肿瘤性。参照WHO诊断标准与《消化系统疾病诊断与治疗学》<sup>[2]</sup>。入组的患者通过电子肠镜,结合活检病理确诊为结肠息肉。

**1.2.2 中医证候诊断** 根据中医八纲辨证之寒热辨证思想,参照《消化系统西医难治病种中西医结合诊疗方略》<sup>[3]</sup>等相关文献,将结肠息肉患者主要分为寒证和热证两大类证型,中医分型的诊断标准参考如下。寒证:如腹痛拘急,得温痛减,遇寒痛甚,小便清长,大便清稀,畏寒,喜温,形寒肢冷,手足不温,舌质淡,苔白腻,脉沉紧等等寒性病证。热证:如腹痛拒按,大便次数增多,泻下较臭,或脓血,或大便秘结,肛门灼热,小便短赤,烦渴引饮,苔黄厚,脉滑数等等热性病证。

**1.3 纳入标准** A:行电子结肠镜检查及结肠息肉电子肠镜切除术的患者。B:意识清醒,能够配合采集临床资料者。C:愿意配合研究的患者。D:有肠镜检查适应症者。E:患者寒证与热证分型由临床医生诊断。

**1.4 排除标准** A:恶性肿瘤,肾功能不全,肝功能不全,造血系统等严重全身性疾病者。B:孕妇,哺乳期妇女,或精神疾病者。C:依从性差者。D:对中药过敏者。

**1.5 中药灌肠液方药** 中药灌肠液方药为中国中医科学院望京医院脾胃科协定方,根据寒热辨证组方如下:A:寒证组

采用热性方,方药为:大黄10g,党参30g,升麻10g,当归15g,附子10g。B:热证组采用寒性方,方药为:大黄10g,地榆炭30g,牡丹皮30g,黄连10g。

中药灌肠汤剂由本院制剂室配置,与药煎室沟通,统一煎药方法,浓煎至100 mL。

1.6 温度选择分组 低温组 37~39℃(低于39℃)。常规组:39~41℃(低于41℃)。高温组:41~43℃(低于43℃)。

1.7 护理操作 (1)患者插管深度统一为20~30 cm。(2)每个患者每次中药灌肠液用量统一为100 mL。(3)灌肠速度和缓,控制至一致。(4)统一使用规格一致的肛管。(5)患者均取左侧卧位,屈膝,臀部靠近床沿,用小枕抬高10 cm。

1.8 观察指标 参照Kolcaba舒适状况量表<sup>[9]</sup>(Kolcaba的舒适状况量表(General Comfort Questionnaire, GCQ),包括生理、心理、精神、社会文化和环境4个维度,共28项),制定结肠息肉患者中药保留灌肠舒适度评价量表。

1.9 统计学处理 采用SPSS17.0软件统计分析。

## 2 结果

2.1 热证组3组之间舒适度评价量表比较 见表1。

表1 热证组舒适度评价量表评分比较

组别	例数	舒适度评价量表(分 $\bar{x} \pm s$ )
热证低温组	20	18.20±3.50
热证常温组	20	20.40±2.60
热证高温组	20	23.35±2.94
整体比较	$F=14.457$	$P=0.000$
多重比较		$P$
热证低温组vs热证常温组		0.026
热证常温组vs热证高温组		0.003
热证高温组vs热证低温组		0.000

2.2 寒证组3组之间舒适度评价量表比较 见表2。

表2 寒证组舒适度评价量表评分比较 (分  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	舒适度评价量表(分 $\bar{x} \pm s$ )
寒证低温组	20	22.90±3.46
寒证常温组	20	22.05±2.78
寒证高温组	20	19.80±3.46
整体比较	$F=4.859$	$P=0.011$
多重比较		$P$
寒证低温组vs寒证常温组		0.412
寒证常温组vs寒证高温组		0.033
寒证高温组vs寒证低温组		0.004

## 3 讨论

3.1 中药保留灌肠的重要性 结肠息肉属于中医“肠蕈”的范畴,为国际公认的癌前疾病,临床危害极大,其息肉切除后的预防再复发既是难点,也是目前国内外防治的空白。北京城区2万查体人群接受结肠镜检查者中结肠息肉检出高达28.35%,50岁以上达40%,提示北京城区人群结肠息肉发病率较高<sup>[5-6]</sup>。对本病的治疗,西医除采用外科手术,内镜下摘除外,尚无理想的治法和药物<sup>[7-8]</sup>。中医药对本病的认识和治疗有独特之处,中医药在防治结肠息肉,预防息肉复发及降低结肠癌的发生率方面,具有一定的疗效优势<sup>[9]</sup>。中药保留灌肠是中医外治法治疗本病的特色,中药保留灌肠直接肠道

给药,可使药液直接被病变部位肠粘膜吸收,充分发挥治疗作用。中药灌肠后能使病灶的肠粘膜起到清洁作用,能缓解肠道炎症,调节肠道微生态,体现了祖国医学理论整体与局部相结合的思想,故能收到较好疗效<sup>[9]</sup>。《血证论·便血》指出:“必先治肠,后治各脏。”采用中药内服、保留灌肠及结肠镜下圈套电切或微波灼除综合治疗结肠多发息肉170例,疗效显著,并发症少,复发率低,是治疗结肠息肉的安全、有效和经济的方法<sup>[10]</sup>。

3.2 温度的选择对中药保留灌肠治疗效果起着非常重要的作用 中药保留灌肠要取得预期的效果,对其技术的研究非常重要,主要涉及灌肠液的温度、插管的深度、量及速度和肛管、体位、时间的选择等多个方面。中药保留灌肠药物直达病所,药物较长时间停留于肠腔,才有利于机体吸收,对结肠息肉尤其是低位的炎性息肉,更为适宜<sup>[11]</sup>。因此本研究着重对中药保留灌肠液的温度进行了研究,灌肠液温度过高或过低都会影响灌肠效果。溃疡性结肠炎中药灌肠液温度不宜太高,37℃~39℃左右为佳<sup>[12]</sup>。李莹莹<sup>[13]</sup>在观察灌肠液的温度对慢性结肠炎疗效的影响中将温度跨度设为31~39℃。《脾胃论》中有“气虚不能寒,血虚不能热,血气俱虚不能寒热”<sup>[14]</sup>,可见不同体质的患者对寒热的需要不同。寒证患者怕寒喜热,四肢冷,热证患者怕热喜冷,四肢热。温度过低,易引起肠痉挛,使结肠瓣收缩,缩小吸入面积,影响药物的吸收和降低患者的耐受性<sup>[15]</sup>,温度过高刺激排便反射,缩短中药保留时间,降低疗效。

中药保留灌肠是中医外治法治疗结肠息肉的特色,是直接肠道给药,使药液直接被病变部位肠粘膜吸收,充分发挥治疗作用。灌肠液的温度对于结肠息肉的治疗效果影响较大,温度过低或过高<sup>[16]</sup>均会影响疗效。选择适宜的灌肠液温度对提高护理效果和预后非常重要。

## 参考文献

- [1] 殷磊.护理基础学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2005:327.
- [2] 沈志祥,陈喜兰,谭诗云,等.消化系统疾病诊断与治疗学[M].北京:科学技术文献出版社,2004:363-367.
- [3] 魏玮,唐艳萍.消化系统西医难治病种中西医结合诊疗方略[M].北京:人民卫生出版社,2012:310-320.
- [4] 朱丽霞,高凤莉,罗虹辉.舒适状况量表的信效度测试研究[J].中国实用护理杂志,2006,22(5A):57-59.
- [5] 朱元民,刘玉兰,李世荣,等.北京城区2万查体人群大肠息肉发病情况调查[J].中国内镜杂志,2003,9(3):8-10.
- [6] Hassan C, Repici A, Zullo A. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sharma%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=23614122](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sharma%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=23614122) et al. New paradigms for colonoscopic management of diminutive colorectal polyps: predict, resect and discard or do not resect? Clin Endosc 2013, 46(2):130-137.
- [7] 高家信.大肠息肉的中医临床研究概况[J].现代中西医结合杂志,2001,10(2):117-118.
- [8] Atkin W, Dadswell E, Wooldrage K et al. Computed to-

# 白芍总苷胶囊治疗慢性湿疹的疗效观察 及对外周血IFN- $\gamma$ 、IL-4水平的影响

肖常青 邓景航 罗育武 徐丽华

(广州市皮肤病防治所皮肤科 广东 广州 510095)

**[摘要]** 目的 观察白芍总苷胶囊治疗慢性湿疹的疗效及对外周血IFN- $\gamma$ 、IL-4水平的影响。方法 将86例符合纳入标准的慢性湿疹患者随机分为治疗组和对照组各43例,治疗组予白芍总苷胶囊治疗,对照组采用氯雷他定片治疗,两组患者均予丁酸氢化可的松软膏外涂。治疗3周后观察两组患者治疗前后皮损情况、外周血IFN- $\gamma$ 、IL-4水平,并评价临床疗效。结果 治疗组痊愈12例,显效18例,好转9例,无效4例;对照组痊愈8例,显效10例,好转19例,无效6例;两组临床疗效比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),治疗组优于对照组。两组患者治疗后外周血清IFN- $\gamma$ 水平均升高,IL-4水平均降低,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );两组治疗后比较,治疗组外周血清IFN- $\gamma$ 高于对照组,IL-4水平低于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 白芍总苷胶囊治疗慢性湿疹有较好疗效,可调节外周血IFN- $\gamma$ 、IL-4水平。

**[关键词]** 白芍总苷胶囊 慢性湿疹 IFN- $\gamma$  IL-4

**[中图分类号]** R274 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1672-951X(2015)13-0064-02

**DOI:**10.13862/j.cnki.cn43-1446/r.2015.13.023

湿疹是由多种内外因素引起的瘙痒剧烈的一种皮肤炎症反应,分急性、亚急性、慢性三期。慢性湿疹发病原因复杂,内外因素相互作用,大多与免疫功能失常及变态反应有关<sup>[1]</sup>;患者往往是过敏体质,与遗传因素有关,故在特定的人群中发病。慢性湿疹病程较长,常有急性发作,时轻时重,严重影响患者生活质量。笔者观察白芍总苷胶囊治疗慢性湿疹的疗效及对外周血IFN- $\gamma$ 、IL-4水平的影响,现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 诊断标准**<sup>[2]</sup> 慢性湿疹可呈急性反复发作或呈慢性,皮损多局限于某一部位,界线清,多有色素沉着,有明显的肥厚浸润,表面粗糙或呈苔藓样变,颜色褐红或褐色,常伴有丘疱疹、痂皮、抓痕,病程慢性,常有急性发作,时轻时重,有阵发性瘙痒。

**1.2 纳入标准** (1)符合慢性湿疹诊断标准 (2)年龄18-60

岁 (3)同意参加本研究,并签署知情同意书者。

**1.3 排除标准** (1)不符合诊断标准 (2)年龄 $< 18$ 岁,或 $> 60$ 岁 (3)合并严重心脑血管疾病、糖尿病、肿瘤、精神疾病者; (4)肝肾功能不全者 (5)妊娠或哺乳期患者 (6)已参加同类研究者,或接受相关治疗停药时间 $< 2$ 周 (7)拒绝参加本研究者。

**1.4 一般资料** 选择2011年3月至2014年6月广州市皮肤病防治所皮肤科符合纳入标准的慢性湿疹患者86例,随机分为治疗组和对照组各43例。治疗组男20例,女23例;年龄18-59岁,平均(30.6 $\pm$ 5.5)岁;病程5个月至12年,平均(4.2 $\pm$ 2.1)年。对照组男19例,女24例;年龄20-60岁,平均(31.8 $\pm$ 4.9)岁;病程7个月至14年,平均(3.9 $\pm$ 1.9)年。两组患者性别、年龄、病程比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.5 治疗方法** 尽量查明过敏原,避免诱因刺激,避免易致

mographic colonography versus colonoscopy for investigation of patients with symptoms suggestive of colorectal cancer(SIGGAR): a multicentre randomised trial. Lancet, 2013, 381(9873): 1194-1202.

[9] 范世平, 马晓霖, 烧振芳. 中药保留灌肠防治多发性腺瘤性结肠息肉内镜治疗后再复发[J]. 北京中医药大学学报, 2003, 26(3): 74-75.

[10] 刘兵, 王伟涛, 崔文娟, 等. 中西医结合治疗大肠多发息肉临床分析. 中国现代药物应用, 2007, 1(3): 52-53.

[11] 刘立, 徐复霖. 中医治疗肠息肉病的概况[J]. 人民军医, 1994, 19(10): 65-66.

[12] 温晓燕, 孟繁洁, 周倩妹. 中药保留灌肠的护理研究[J]. 护理实践与研究, 2012, 9(23): 128-130.

[13] 李莹莹. 灌肠液的温度对慢性结肠炎疗效的影响[J]. 中国民间疗法, 2001, 2(9): 37.

[14] 廖远平, 章德林. 不耐寒热体质的中药调治[J]. 江西中医药, 2012, 5(43): 15.

[15] 赵晓晓. 中药结肠透析治疗慢性肾衰竭的护理[J]. chin J Convalescent Med, 2009, 18(1): 908.

[16] 蒋瑜. 药物保留灌肠的护理进展[J]. 全科护理, 2010, 11(8): 3089.

(收稿日期 2014-08-18 编辑: 马正谊)