

综合性护理措施对溃疡性结肠炎患者炎症状态、再生黏膜功能学成熟度及生活质量的影响

刘晓丽, 李向荣

武汉科技大学附属孝感医院孝感市中心医院, 湖北 孝感 432100

摘要: **目的** 探讨综合性护理措施对溃疡性结肠炎(UC)患者炎症状态、再生黏膜功能学成熟度及生活质量的影响。**方法** 选取 2017 年 1 月至 2018 年 2 月收治的 UC 患者 114 例,随机分为观察组(57 例)与对照组(57 例)。对照组给予常规护理干预,在此基础上,观察组加用综合性护理措施干预。比较两组患者生活质量、血清炎症因子水平以及再生黏膜功能学成熟度的差异。**结果** 观察组血清炎症因子白细胞介素(IL)-17、IL-23 水平明显低于对照组,而 IL-25 水平高于对照组($P < 0.01$);观察组再生黏膜功能学成熟度指标表皮生长因子(EGF)、前列腺素 E2(PGE2)水平明显高于对照组($P < 0.01$);同时,观察组各项生活质量指标均明显高于对照组($P < 0.05$)。**结论** 综合性护理措施可明显改善 UC 患者炎症状态以及再生黏膜功能学成熟度,且能提高患者的生活质量。

关键词: 溃疡性结肠炎; 综合性护理; 炎症因子; 再生黏膜功能学; 表皮生长因子; 前列腺素 E2; 生活质量

中图分类号: R 574.62 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2019)06-0857-03

溃疡性结肠炎(UC)主要侵犯结直肠黏膜,迁延难愈且易复发,对患者的身体健康及生存质量造成严重影响^[1-2]。UC 的发病机制迄今尚未完全明确,且临床亦无特效治疗方法^[3]。综合护理可从灌肠操作、用药指导、心理、饮食等全方位对患者进行护理^[4],不仅可有效调节患者负面心态,增强其护理和治疗的依从性,亦能明显降低机体炎症状态,有利于改善患者生活质量。本文通过对照研究探讨综合性护理措施对 UC 患者炎症状态及再生黏膜功能学成熟度影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 1 月至 2018 年 2 月本院收治的 UC 患者 114 例,纳入标准:(1)诊断符合《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见》中的诊断标准^[5],且经电子结肠镜检查确诊;(2)入组前未经接受其他方式溃疡治疗;(3)无严重认知功能障碍或语言沟通障碍;(4)病情稳定,生活能力自理;(5)符合自愿原则参与该研究,且经医院医学伦理委员会同意。排除标准:(1)严重肝、肾功能损害者;(2)无法配合正常护理或相关检查者;(3)已确诊为癌症;(4)孕妇及哺乳期妇女;(5)合并有消化道大出血、穿孔、幽门梗阻等严重并发症。将研究对象随机分为观

察组与对照组,各 57 例。其中对照组男 35 例,女 22 例;年龄 25~71(47.02±7.23)岁;病程 0.4~6(3.01±1.23)年;病变部位:结肠 22 例,左半结肠 10 例,右半结肠 9 例,乙状结肠 12 例,全结肠 4 例。观察组男 38 例,女 19 例;年龄 26~73(46.51±7.92)岁;病程 0.3~7(3.10±1.26)年;病变部位:结肠 23 例,左半结肠 9 例,右半结肠 10 例,乙状结肠 11 例,全结肠 5 例。两组患者主要临床基线资料无统计学差异($P > 0.05$),组间具有可比性。

1.2 方法 对照组给予常规护理,包括:(1)了解患者病情变化,做好心率、呼吸、脉搏、肠鸣音等监测,随时关注是否有急性胃穿孔、消化道出血、幽门梗阻等并发症出现;(2)依据病情和医嘱给予静脉输注、止血、灌肠等基础治疗,必要时可应用解痉剂,同时臀部与肛周皮肤进行护理干预,预防压疮发生;(3)做好病情记录,详细记录患者体温变化、大便次数及血便等,并及时向医师反馈,采取相应措施;(4)告知患者及家属住院期间应注意的事项,包括注意休息、清淡饮食、按时服药等。观察组在此基础上给予综合性护理措施:(1)健康宣教:向患者及家属耐心讲解 UC 疾病基础知识,包括其发病机制、临床表现、常见并发症、治疗手段和药物,让患者对自身病症有所了解,告知患者积极治疗和护理的必要性。此外,可介绍典型

成功案例,稳定患者情绪,增加治愈信心;(2)心理干预:患者常因疼痛而出现烦躁不安、消极表现,医护人员应耐心亲切的与患者沟通交流,建立良好医(护)患关系和信任感,倾听患者内心感受和诉求,安抚患者焦虑、抑郁等不良情绪,并对患者制定个性化心理疏导方案,使患者保持开朗乐观的心态。就医期间,可教授患者深呼吸放松方法,亦可在病房播放舒缓轻柔的音乐,让患者放松心情,有利于病情恢复;(3)肌肉放松训练干预:患者自然放松仰卧平躺,依次按面部、颈部、胸背部、腰腹部、双上肢、臀部及双下肢的顺序进行肌肉的收缩-舒张运动,每日练习15 min。当患者出现疼痛时应停止练习,选择最舒适体位。而出现腹泻症状时,可做提肛运动缓解症状;(4)灌肠护理干预:实施操作前应嘱患者排净大小便,并介绍包括目的、方法、效果、注意事项等。操作时遵循温度适宜、肛管细、液量少、流速慢、传入深的原则,动作应轻柔,减少对肠黏膜刺激,灌肠操作后患者应保持静卧休息;(5)用药干预:最常用的有促皮质素、5-氨基水杨酸、糖皮质激素、免疫抑制剂等,而每类药物作用机制、不良反应、用法用量与注意事项均不同,护理人员应对患者进行详细说明,按时提醒并监督患者服药,避免错服、漏服、自行停药等情况发生而影响预后;(6)饮食干预:依据患者病情和个人营养状况,制定个性化营养方案,保证摄入能量不低于 $25 \sim 30 \text{ kcal} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$,蛋白质 $1.0 \sim 1.2 \text{ g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ [6]。针对不可进食但病情较轻患者可选择肠内营养制剂治疗,而病情严重且不可进食患者可采取肠外营养。当患者可进食时,指导其摄入肠道刺激性小、营养丰富、低渣、清淡、易消化的食物,并遵循少食多餐原则。

表1 两组血清炎症因子比较 ($n=57, \bar{x} \pm s, \text{pg/ml}$)

组别	IL-17		IL-23		IL-25	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	56.21 ± 4.57	33.76 ± 3.68 ^a	43.85 ± 4.50	29.12 ± 3.67 ^a	78.79 ± 6.27	154.63 ± 13.79 ^a
观察组	56.92 ± 4.24	26.35 ± 3.17 ^{ab}	44.94 ± 4.12	18.63 ± 2.85 ^{ab}	80.34 ± 6.45	217.54 ± 18.48 ^{ab}
<i>t</i> 值	0.86	11.52	1.35	17.04	1.30	20.60
<i>P</i> 值	0.39	0.00	0.18	0.00	0.20	0.00

注:与同组干预前比较,^a $P < 0.01$;与对照组干预后比较,^b $P < 0.01$ 。

表2 两组再生黏膜功能学成熟度比较

($n=57, \bar{x} \pm s, \mu\text{g/ml}$)

组别	EGF		PGE2	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	0.18 ± 0.05	0.42 ± 0.12 ^a	2.38 ± 0.79	4.14 ± 1.28 ^a
观察组	0.20 ± 0.07	0.65 ± 0.16 ^{ab}	2.41 ± 0.75	5.82 ± 1.45 ^{ab}
<i>t</i> 值	1.76	8.68	0.21	6.56
<i>P</i> 值	0.08	0.00	0.84	0.00

注:与同组干预前比较,^a $P < 0.01$;与对照组干预后比较,^b $P < 0.01$ 。

1.3 观察指标 (1)采集患者空腹外周静脉血液5 ml,37 °C水浴孵育20 min,3 000 rpm转离心10 min,分离血清,检测患者血清炎症因子白细胞介素(IL)-17、IL-23、IL-25,以及再生黏膜功能学成熟度指标表皮生长因子(EGF)、前列腺素E2(PGE2)。均采用双抗夹心酶联免疫法检测试剂盒,均购自上海恒远生物科技有限公司。(2)采用生活质量调查简表(SF-36)对患者身体健康状况进行评价,共8个维度,每个维度满分为100分,总分越高表明生活质量越高。

1.4 统计学方法 采用SPSS 22.0统计软件分析处理数据。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用成组*t*检验,组内比较采用配对*t*检验;计数资料采用 χ^2 检验。检验水准取 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组血清炎症因子比较 护理干预前两组IL-17、IL-23、IL-25水平比较差异无统计学意义($P > 0.05$),干预后两组IL-17、IL-23均降低,且观察组低于对照组($P < 0.01$)。两组IL-25水平均升高,且观察组高于对照组($P < 0.01$)。见表1。

2.2 两组再生黏膜功能学成熟度指标比较 干预前两组EGF、PGE2比较无差异($P > 0.05$)。干预后两组EGF、PGE2均升高,且观察组高于对照组($P < 0.01$)。见表2。

2.3 两组患者生活质量比较 干预前,两组各项生活质量评分比较无差异($P > 0.05$);干预后两组各个维度评分均高于护理前($P < 0.05$),且观察组明显高于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组患者生活质量比较 ($n=57, \bar{x} \pm s, \text{分}$)

维度	对照组($n=57$)		观察组($n=57$)	
	干预前	干预后	干预前	干预后
总体健康	65.68 ± 4.05	70.98 ± 5.16 ^a	64.37 ± 3.96	74.86 ± 5.07 ^{ab}
精神健康	73.63 ± 4.79	78.28 ± 5.04 ^a	72.78 ± 4.62	80.54 ± 4.96 ^{ab}
情感职能	76.71 ± 5.48	81.25 ± 6.37 ^a	75.43 ± 5.34	86.13 ± 6.24 ^{ab}
躯体疼痛	72.31 ± 4.73	77.47 ± 5.24 ^a	71.43 ± 4.61	82.73 ± 5.13 ^{ab}
精力	69.82 ± 4.87	75.09 ± 6.21 ^a	68.53 ± 4.68	79.01 ± 6.12 ^{ab}
社会功能	62.48 ± 4.13	68.48 ± 4.65 ^a	61.02 ± 4.09	77.38 ± 4.53 ^{ab}
生理职能	68.56 ± 5.59	73.69 ± 7.89 ^a	67.58 ± 5.87	81.23 ± 8.03 ^{ab}
生理功能	72.12 ± 4.98	77.41 ± 6.03 ^a	71.93 ± 5.23	83.48 ± 5.47 ^{ab}

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

3 讨论

研究证实,UC 炎症主要累及大肠黏膜及黏膜下层,反复发作,迁延不愈,治疗时间长,患者多伴有代谢功能紊乱及有毒产物蓄积等特点,严重影响患者生活质量^[7]。目前,临床上 UC 以口服促皮质素、5-氨基水杨酸、激素与免疫抑制剂等药物治疗为主,虽可取得一定疗效,但易出现不同程度的毒副作用,以致用药依从性较差,给疾病治疗带来一定困难。因此,给予患者实施科学完善的治疗方案及护理干预措施,对促进病情康复具有重要意义^[8]。综合性护理模式能融合常规护理优点,整合人力资源,提高医护间配合度,具有可行性强、针对性高等优点,能为患者提供高效率、高质量的护理服务。本文结果显示,观察组各项生活质量评分均高于对照组,表明综合护理干预可明显提高生活质量。

近年来研究认为,UC 发病机制与机体的炎性及免疫反应密切相关,而 IL-23 /IL-17 轴介导的 Th17 型反应是其中的关键^[9-10]。IL-17 由 Th17 细胞分泌,具有很强的致炎性,能刺激炎症因子、趋化因子和造血因子产生,能激活并募集大量的中性粒细胞聚集到炎症部位,从而引发促炎症反应。IL-23 主要由单核巨噬细胞和树突状细胞分泌,其可通过刺激患者外周血及黏膜固有层组织中 T 细胞及 NK 细胞来维持和增加 Th17 细胞生存及扩增,促进 Th17 分泌 IL-17,而当敲除 IL-23 基因则可抑制炎症反应,并维持肠道内环境稳定^[11]。IL-25 是一种新近发现的细胞因子,属于 Th17 家族,可通过诱导 IL-13 的分泌抑制 Th17 型反应的过度扩大,同时亦能促进 IL-4、IL-5、IL-9、IL-13 等细胞因子释放,在一些自身免疫性疾病中能启动 Th2 型免疫反应的保护作用^[12]。本研究对比两组血清炎症因子水平发现,两组 IL-17、IL-23 均出现明显降低,且观察组低于对照组;两组 IL-25 均升高,且观察组高于对照组,说明综合护理干预能有效降低机体炎症反应,这可能与观察组护理期间采用灌肠治疗,利于改善黏膜免疫屏障对消化道抗原反应的调控作用有关。灌肠治疗是 UC 重要治疗措施之一,在操作过程中应使药物到达病灶且充分接触,灌肠后嘱患者卧床休息,暂不进食^[13-14]。

刘越洋等^[15]指出,监控患者再生黏膜功能学成熟度可了解疾病进程,有利于防止疾病复发。EGF 和 PGE2 均具有促进细胞分化,修复受损表皮的作用^[16],在溃疡活动期间显著降低,于溃疡愈合过程中逐渐恢复表达水平,两者均可作为监测指标,动态监测疾病转归。本文结果显示,干预后两组 EGF、PGE2

水平均明显升高,且观察组高于对照组,表明综合护理干预可有效改善再生黏膜功能学成熟度,有利于患者预后改善。

综上所述,综合性护理干预可明显改善 UC 患者炎症状态以及再生黏膜功能学成熟度,且能提高患者生活质量。但本研究亦存在不足之处,所纳入样本量有限,未能对患者炎症因子、再生黏膜功能学成熟度等指标进行动态观察,故有关综合护理干预对 UC 患者的效果仍需循证医学进一步加以证实。

参考文献

- [1] 张红芳,卢芹.自我管理教育在 108 例溃疡性结肠炎患者中的应用效果分析[J].现代消化及介入诊疗,2017,22(2):262-263.
- [2] 杜焜,周樊华.溃疡性结肠炎病人的赋能教育与情志护理[J].护理研究,2017,31(10):1240-1241.
- [3] 杭嘉敏.辨证施膳对消化性溃疡患者临床症状及生活质量的影响[J].中国医药导报,2016,13(16):94-97.
- [4] 刘华.综合护理干预对消化性溃疡患者心理状态、生活质量及临床疗效的影响[J].上海护理,2015,15(7):32-34.
- [5] 曹倩.炎症性肠病诊断与治疗的共识意见[C]//2013 第六届浙江省消化病学术大会论文集.中国浙江义乌,2013:78-90.
- [6] 蔡玲,张玫.丙氨酰谷氨酰胺注射液胃肠外营养治疗消化性溃疡的疗效观察[J].中国药物与临床,2015,15(12):1762-1763.
- [7] 阮水良,沈海燕,陆其明,等.2000~2014 年我院炎症性肠病发病趋势及临床特征[J].中国医药导报,2016,13(22):40-43.
- [8] 仲开,赵淑秋,谭春红,等.综合护理干预对消化性溃疡患者治疗效果的影响[J].中华现代护理杂志,2015,21(22):2686-2687.
- [9] 陈建华.炎症性肠病患者血清 IL-23、IL-17、IL-25 含量及临床意义[J].中华临床医师杂志(电子版),2012,6(3):698-699.
- [10] 杨磊,李莹,袁星星,等.青白灌肠液对活动期溃疡性结肠炎患者临床疗效及炎症因子、黏附因子的影响[J].中国中医急症,2017,26(7):1145-1148.
- [11] 辛群,孙擎,葛现才,等.IL-6 和 IL-23 在溃疡性结肠炎患者肠黏膜中的表达及意义[J].现代生物医学进展,2015,15(8):1471-1473.
- [12] 苏婧玲,刘占举.白细胞介素-25 在炎症性肠病患者中的表达及临床意义[J].中华消化杂志,2010,30(12):872-876.
- [13] 王双平.美沙拉嗪口服联合锡类散灌肠治疗溃疡性结肠炎的临床疗效观察[J].贵州医药,2016,40(2):168-170.
- [14] 杜荣云.中西医结合非手术治疗消化性溃疡急性穿孔的体会[J].河南外科学杂志,2012,18(4):32-33.
- [15] 刘越洋,黄雅慧,孙洁,等.健脾益气、祛瘀生肌法对消化性溃疡再生黏膜功能学成熟度影响的临床研究[J].江苏中医药,2017,49(8):22-24.
- [16] 范勤,陈英,杜斌,等.大鼠胃黏膜 SS、EGF、PGE2 含量在模拟 + Gz 值暴露下的变化及机制[J].胃肠病学和肝病学杂志,2014,23(2):138-142.