

# 针灸治疗痛风性关节炎的实验与临床研究

陈日兰 黄有荣

(广西中医学院附属瑞康医院, 南宁市 530011)

【关键词】 痛风性关节炎; 针灸疗法; 中医

【中图分类号】 R 684.3 【文献标识码】 A 【文章编号】 1673-6575(2009)04-0404-04

痛风性关节炎是一种嘌呤代谢紊乱引起的疾病, 患者的年龄多在 35 岁以上, 以男性为多。该病的病因目前尚未充分阐明, 但有 10% ~ 20% 存在家族史。痛风性关节炎在临床上的表现主要有关节痛、关节畸形、尿路结石、肾脏病变等, 其中以关节疼痛为主要症状, 严重影响患者的日常生活。在临床治疗中, 西药治疗如秋水仙碱、保泰松、消炎痛及激素类药物可以控制其急性发作, 但毒副作用也会随之而来。近年来应用微创技术<sup>[1,2]</sup>在关节镜下作病变滑膜切除及冲洗治疗痛风性关节炎有较好的疗效, 但毕竟设备与技术要求较高。针灸疗法以其简便、快捷、显效在痛风性关节炎治疗中具有一定的优势。现就近年来针灸治疗本病的临床与实验研究综述如下。

## 1 实验研究

实验研究认为, 引起痛风关节疼痛的致痛因子很多, 如  $K^+$ 、 $H^+$  某些单胺类神经递质、缓激肽、P 物质、乙酰胆碱、腺苷类物质等均具有很强致痛效应的物质, 在引起痛风性关节炎疼痛过程中可能均起一定的作用。陈文照等<sup>[3]</sup>根据神经生物学与生物化学的研究现状, 主要观察外周  $K^+$ 、NE、DA、5-HT 在实验性痛风中的动态变化, 以此探究痛风的致病机理, 方法是将尿酸钠溶液 0.2 mL 注入大鼠右侧踝关节腔造成急性痛风模型, 然后将 48 只雄性 Wistar 大鼠随机分成 6 组, 分别于造模前即 0 h、造模后 3 h、6 h、12 h、24 h、48 h 测定受试关节周围软组织 NE、DA、5-HT、 $K^+$  含量, 结果显示: 去钾肾上腺素 (NE) 在 6 h 才明显升高, 12 h 达到高峰, 24 h 略有下降, 但 48 h 仍维持较高水平; 多巴胺 (DA) 在 12 h 才明显升高, 至 48 h 一直呈上升趋势; 5-羟巴胺 (5-HT) 在 3 h 即明显升高, 24 h 达到高峰, 48 h 略有下降; 钾 ( $K^+$ ) 3 h 即明显升高, 12 h 达到高峰, 24 h 仍在较高水平, 48 h 急剧下降。认为  $K^+$  可能在急性痛风初期起作用, NE 可能在中期起作用, DA 可能在中后期起作用, 5-HT 在整个过程中起作用。李彤等<sup>[4]</sup>针对临床上常用刺血的方法, 主要探讨阿是穴刺血的镇痛机理, 实验测定各组大鼠外周疼痛介质  $K^+$ 、去甲肾上腺素 (NE)、多巴胺 (DA)、5-羟色胺 (5-HT) 的含量, 结果发现阿是穴刺血能有效抑制外周疼痛介质  $K^+$ 、DA、5-HT 的释放, 这为临床治疗急性痛风性关节炎提供了有效依据。崔莉等<sup>[5]</sup>为探求电针治疗急性痛风性关节炎的机理, 观察电针治疗前后对家兔急性痛风性关节炎模型关节周径、组胺、5-羟色胺、白三烯及血管舒张因子一氧化氮的影响, 结果显示, 电针对急性痛风性关节炎模型有抗炎消肿

作用, 能减少关节周径, 明显降低 HA、5-HT、LTB<sub>4</sub>、NO 含量, 可改善急性痛风性关节炎家兔膝关节炎症局部充血、水肿状态, 发挥抗炎消肿作用。杜小正等<sup>[6]</sup>着重进行针刺法的比较研究, 以家兔卵蛋白诱导的关节炎为疼痛模型, 连续治疗 6 d 后比较药物组、捻转组、电针组和热补组的局部痛阈和脊髓腰膨大 SP (P 物质) 的含量, 结果显示治疗后各治疗组痛阈和 SP 含量均升高, 热补组痛阈升高与药物组、捻转组比较均无明显差异 ( $P > 0.05$ ), 但不及电针组升高明显 ( $P < 0.05$ ); 热补组 SP 含量升高比药物组、捻转组明显 ( $P < 0.01$ ), 亦不及电针组显著 ( $P < 0.05$ ), 故“热补”针法的镇痛效应和捻转针法、药物 (痹冲剂) 相同, 但不及电针的镇痛效应。当归注射液穴位注射对急性痛风性关节炎有明显的抗炎作用。唐平等<sup>[7]</sup>将 30 只雄性 Wistar 大鼠随机分成模型组、穴位注射组、西药组, 穴位注射组用复方当归注射液注射阴陵泉、中极, 西药组用秋水仙碱溶液灌胃, 以受试关节肿胀度、关节周围软组织光镜下观测为指标, 结果显示当归注射液穴位注射能明显抑制急性痛风性关节炎大鼠关节肿胀度, 抑制受试关节周围软组织充血、水肿和炎性细胞的浸润程度, 为临床常用的穴位注射方法提供了依据。

## 2 临床应用研究

2.1 放血疗法 痛风以关节的红肿热痛为最常见症状, 属于中医“热痹”范畴, 急性发作时主要由湿、热、痰、瘀等邪实所致。《灵枢·九针十二原》说“宛陈则除之”, 《灵枢·经脉》则曰“热则疾之”。因此, 临床上采用放血疗法的报道较多且疗效不错。

2.1.1 火针 火针放血治疗急性痛风性关节炎的临床疗效较好, 且疗效与刺血量有关。文绍敦<sup>[8]</sup>将 630 例足部急性痛风性关节炎患者按就诊顺序随机分为 A 组、B 组和 C 组, 分别用火针点刺穴位行间、太冲、内庭、陷谷、阿是穴, 每次在患侧选 2 ~ 3 穴, 总共放血 20 mL、40 mL、60 mL, 结果 A、B、C 三组有效率分别为 88.1%、92.8%、97.6%, C 组疗效最好。认为出血量对急性痛风性关节炎的疗效至关重要, 出血量多、疗效好是 1 次治愈的关键。胡丰村等<sup>[9]</sup>采用对比观察的方法, 选取治疗组 40 例取患病关节局部高度肿胀、充盈、青紫的络脉进行火针点刺放血, 每次治疗总出血量控制在 50 mL 以内, 轻症每周 1 次, 重症 2 d 1 次, 一般 1 ~ 2 次症状可迅速得到控制, 以 2 次为 1 个疗程, 与 40 例西药组进行对照, 治疗 14 d 后两组比较, 在临床疗效和降低血尿酸方面火针点刺放血疗效优于西药治

疗。王黎明等<sup>[10]</sup>在跖趾等关节红肿疼痛部位用细火针采用疾刺法点刺3~4针,使血液从针孔流出,然后加罐拔出剩余血液,3日1次,2次1个疗程,共治疗67例,有效率达到100%。认为火力可使局部病变组织炭化、灼伤,起到比较持久的刺激作用,从而激活全身免疫系统,使局部血液、淋巴循环加快,加速炎症组织的清除吸收,罐的吸力则更进一步改善局部微循环,对病损组织的修复及病理代谢产物迅速吸收十分有利。王吾升<sup>[11]</sup>采用火针治疗痛风性关节炎,但在针具上进行改进尝试,选用贺氏特制的盘龙中粗火针,左手持酒精灯靠近针刺部对准肿物最高点垂直快速进针约深达0.5~1寸,随即出针,令其出血,对肿物较大的可在肿物前后、左、右及中间各刺1针,以流血自凝或用消毒干棉球挤压到出血停止为度,临床治疗20例全部有效。

**2.1.2 三棱针** 三棱针放血的疗效与刺血量亦有关系。李兆文等<sup>[12]</sup>认为刺血量10 mL最好,将90例分为A组刺血量5 mL、B组刺血量10 mL三棱针放血(A、B组均给予安慰剂口服)、C组不刺血予西药口服,刺血均取患侧行间、太冲、太白、陷谷,每次选2~3穴,在第1、4、7、10天进行刺血,结果B组疗效最好,降血尿酸和尿酸效果亦很好,认为其作用机制是通过抑制血尿酸的合成,促进尿酸排泄而发挥其疗效。张海江等<sup>[13]</sup>则认为刺血量与患者的病情有关,根据病变局部的红肿状态、疼痛程度和血尿酸值之高低来决定放血量,轻症约10 mL,重症30~50 mL,一般为20 mL左右,重症隔天1次,一般4 d 1次,轻症每周1次,3次为1疗程,选取患病关节上充盈、青紫或怒张之络脉,或病变附近相关腧穴,或循经刺络,要求点刺准确,一针到位,治疗197例总有效率达到100%。胡静平等<sup>[14]</sup>在病变部位所过的井穴用三棱针点刺放血配合单方治疗,总有效率为100%。

**2.1.3 梅花针** 潘红玲等<sup>[15]</sup>用梅花针重叩关节红肿疼痛处皮肤出血,红肿处全部叩遍,立即加拔火罐(小关节处可用青霉素瓶去掉瓶底制成的小罐,用抽气法拔罐),等瘀血出净取罐,用干棉球擦去瘀血。嘱患者刺血处当日不可见水,以免感染,每处每次宜拔出瘀血5~10 mL为度,每周放血2次,4次为1个疗程,并且配合中药治疗。

**2.1.4 刺血量与疗效的关系** 文绍敦<sup>[8]</sup>用火针点刺放血,认为刺血量60 mL为最好(与20 mL、40 mL比较);胡丰村等<sup>[9]</sup>每次治疗总出血量控制在50 mL以内;李兆文等<sup>[12]</sup>认为刺血量10 mL为好(与5 mL及西药作比较);张海江等<sup>[13]</sup>则认为应根据病变局部的红肿状态、疼痛程度和血尿酸值之高低来决定放血量,轻症约10 mL,重症30~50 mL,一般为20 mL左右。

**2.2 电针结合穴位注射疗法** 电针结合穴位注射治疗痛风性关节炎疗效高且不良反应低。邹燃等<sup>[16]</sup>临床观察表明电针是治疗急性痛风性关节炎的有效方法,且低频电针的治疗效果更佳。将90例急性痛风性关节炎患者随机分为100 Hz电针组、2 Hz电针组、西药组各30例,取穴足三里和三阴交,药物为复方当归注射液2 mL+0.9%氯化钠4 mL穴注4个穴位,结果两个电针组的起效时间短,镇痛时间长,其中2 Hz电针组降低血尿酸和尿酸效果优于100 Hz电针组,与西药比较差

异具有非常显著意义。和宇等<sup>[17]</sup>将60例急性痛风性关节炎患者随机分为2组,治疗组30例采用电针加穴位注射治疗,对照组30例采用口服秋水仙碱及吲哚美辛治疗。结果显示1个疗程后治疗组治愈(22例)73%,好转(8例)27%,总有效率为100%;对照组治愈(17例)57%,好转(11例)37%,未愈(2例)6%,总有效率为94%,经比较 $P < 0.01$ ,因此认为电针加穴位注射治疗急性痛风性关节炎有较好的疗效,特别体现出不良反应低的优势。邹燃等<sup>[18]</sup>研究电针结合穴位注射疗法的机理,将60例急性痛风性关节炎患者随机分为电针结合穴位注射组和西药组各30例,观察两组的临床疗效,并于治疗前、后分别测定患者血清尿酸的含量,结果显示电针穴注组镇痛效果及降血尿酸效果均优于西药组,此法为电针结合穴位注射治疗痛风性关节炎这一疗法的有效性提供了进一步的依据。刘滨等<sup>[19]</sup>将100例急性痛风性关节炎患者随机分为电针合局部封闭组(简称电针局封组)和西药组,观察两组的临床疗效、疼痛评分、血清尿酸变化情况,结果显示电针局封组有效率为96.4%,西药组为84.1%,电针局封组疗效优于西药组( $P < 0.05$ ),两组患者治疗后疼痛评分、血清尿酸含量较治疗前差异均有统计学意义( $P < 0.01$ ),电针局封组镇痛效果及降血尿酸效果均优于西药组(均 $P < 0.01$ ),故电针结合局部封闭是治疗急性痛风性关节炎的有效方法,且可降低血尿酸,此法在巩固已有结论的基础上,细化了疼痛的标准,更增加了电针的综合疗法对于治疗痛风性关节炎的有效依据。

**2.3 灸灸疗法** 主要探讨灸灸治疗痛风性关节炎的疗效及作用机理。冯伟民等<sup>[20]</sup>采用姜炷灸配合口服别嘌醇片治疗急性痛风性关节炎33例,并与对照组(单纯口服别嘌醇片)32例对比观察,并检测治疗前后血尿酸的指标,结果治疗组总有效率达100%,疗效优于对照组,治疗组血尿酸的指标检测 $P < 0.01$ ,对照组 $P < 0.05$ 。刘鑫<sup>[21]</sup>采用针刺加艾灸的方法,将93例痛风患者随机分成温针灸组和秋水仙碱组,治疗组取穴足三里、公孙、三阴交、阴陵泉、八风,先针刺公孙、三阴交及阴陵泉,再针足三里,得气后在足三里穴上温针灸2~3壮,30 min后取针,并泻八风穴,每天1次,7 d 1个疗程;对照组口服秋水仙碱,首次剂量1.0 mg,其后每小时0.5 mg,第2天每次0.5 mg,每天2次,连续7 d;结果两组临床疗效差异无显著性意义,两种疗法的副作用比较,差异有非常显著性意义( $P < 0.01$ ),对于针灸治疗痛风性关节炎能减少副作用的影响方面具有参考意义。宋曼萍等<sup>[22]</sup>将急性痛风性关节炎患者62例,分为传统组32例和西药组30例,传统组采用患处艾灸加刺络放血治疗,同时口服小剂量秋水仙碱0.5 mg,每日2次,扶他林缓释片1片,每日1次;西药组口服秋水仙碱片,每2 h 1 g,直至出现疼痛和炎症明显缓解;患者出现恶心、呕吐、腹泻及24 h秋水仙碱总量达6 g,3个指标之一即停药;同时给予扶他林缓释片1片,每日1次;结果艾灸加刺络放血治疗急性痛风性关节炎的疗效及降血尿酸水平优于西药组( $P < 0.01$ ),并能有效避免西药的不良反应。认为放血疗法具有活血散瘀、泻瘀散邪、缓急止痛的作用,灸法亦具有散热解毒、消症散结、通经止痛的作用。

**2.4 针药结合** 马小平<sup>[23]</sup>直接将临床病例用于分析痛风性

关节炎,研究针刺治疗痛风性关节炎的有效机理,78例患者随机分为针刺治疗组48例和药物对照组30例,观察临床疗效和两组治疗前与治疗1个月后血清尿酸的变化,结果显示针刺组总有效率为95.8%,优于对照组86.7%,两组治疗1个月后血清尿酸均有明显下降,但针刺组下降程度明显优于对照组。针灸结合中药内服外敷为临床治疗痛风性关节炎提供了一条较好的途径。何庆勇等<sup>[24]</sup>观察针药结合治疗急性痛风性关节炎41例,治疗组采用毫针刺结合中药内服,对照组纯中药内服,结果显示针药结合治疗急性痛风性关节炎在总体疗效、止痛效果及改善血尿酸方面均较单纯内服中药具有明显优势。黄俊涛<sup>[25]</sup>对54例患者在西药治疗的基础上以针灸结合中药内服外敷,观察治疗前及治疗后关节肿痛、血尿酸的变化,结果临床痊愈8例占14.8%,显效22例占44.4%,有效16例占29.6%,无效8例占14.8%,总有效率85.2%。李种泰等<sup>[26]</sup>将67例随机分为治疗组37例和对照组30例,治疗组采用梅花针叩刺结合中药口服治疗,对照组口服秋水仙碱,对比观察两组疗效。治疗2个疗程后,治疗组治愈率为54.1%,总有效率89.2%;对照组治愈率为43.3%,总有效率为66.7%,两组总有效率比较差异有显著性意义( $P < 0.05$ ),治疗组疗效优于对照组,故梅花针结合中药治疗痛风性关节炎疗效确切,可以作为痛风性关节炎的有效治疗手段。王俊杰等<sup>[27]</sup>采用药物内服配合小针刀治疗重症痛风性关节炎90例,于受累关节最肿胀处及敏感痛点刺入,先行纵行切割,然后左右摇摆针尾,使局部尽可能分开,拔出针刀后立即用真空拔罐抽吸,多可抽出暗红色瘀血,部分患者可拔出黄色黏油状物质,7d后根据病情可再次用上述方法进行针刀治疗,总有效率为96.7%。赵晖<sup>[28]</sup>采用针刺结合西药内服并与单纯西药比较,结果针药结合的镇痛效果、降血尿酸效果均优于西药组( $P < 0.01$ )。

### 3 临床穴位选择的研究

痛风以关节的红肿热痛为最常见症状,急性发作时主要由湿、热、痰、瘀等邪实所致。因此放血疗法主要采用阿是穴及荣穴、输穴<sup>[7]</sup>(行间、太冲、内庭、陷谷、太白)为主,清泻热邪,疏通局部经气,“荣主身热”“输主体重节痛”。胡丰村等<sup>[8]</sup>取患病关节局部高度肿胀、充盈、青紫的络脉,王吾升等<sup>[9,10]</sup>取趾指关节红肿疼痛部位。针刺主要取足三里、三阴交、阴陵泉、输穴、阿是穴为主,配合局部穴位。邹燃等<sup>[16]</sup>采用补足三里、三阴交,泻阿是穴的方法。陈英<sup>[29]</sup>在上方基础上加阳陵泉、公孙、八风,并且在辨证基础上配穴。张静等<sup>[30]</sup>取患侧的井穴隐白、大敦电针。阙庆辉等<sup>[31]</sup>以合谷、太冲、足三里平补平泻,配局部穴位泻法。程书桃<sup>[32]</sup>取穴患侧太冲、太白、太溪、三阴交、足三里、丰隆、阿是穴针刺与点刺放血交替进行,结果痊愈25例占69.4%,好转11例占30.6%,总有效率为100%。

### 4 展望

虽然针灸治疗痛风性关节炎具有疗效肯定、副作用小的优点,有很大的发展空间,但仍然存在一些不足。报道治疗急性期痛风性关节炎多,间歇期、慢性期报道少。因此,如何调治

预防痛风的发生,需要我们进一步的开拓研究。针灸治疗痛风的方法报道很多,而且疗效不错,尤其是放血疗法治疗急性期的报道多,一般认为刺血量与疗效有关,刺血量多疗效好,但是没有进行规范化的研究,因此在量效关系上应进一步研究,以便更好推广应用。针刺的各种综合疗法有其短期见效的优势,但在长期疗效上仍需要进一步追踪探讨。针灸虽然方法很多,但很少进行对比研究;而且研究多停留在临床疗效观察上,实验研究、机理研究较少。因此,为了使针灸治疗痛风性关节炎的研究更加具有科学性和可重复性,应进一步完善临床科研设计及动物实验研究,从而筛选出更为有效的方穴以及针灸方法,挖掘出针灸治疗痛风性关节炎的最大潜能。

### 参 考 文 献

- [1] 王 玮,庄小强,金先跃. 关节镜手术治疗膝关节痛风性关节炎(附15例报告)[J]. 微创医学,2006,1(2):129-130.
- [2] 林春阳,廖蔚茜. 关节镜手术诊治急性膝关节痛风性关节炎的临床价值[J]. 微创医学,2008,3(3):189-190.
- [3] 陈文照,林 坚,金 策,等. 实验性痛风外周疼痛介质的动态变化[J]. 中医正骨,1999,11(3):80.
- [4] 李 彤,谢毅强,李生财,等. 阿是穴刺血对急性痛风性关节炎大鼠模型外周疼痛介质的影响[J]. 中国针灸,2006,26(3):512.
- [5] 崔 莉,侯建业. 电针治疗急性痛风性关节炎作用动物实验研究[J]. 实用中医药杂志,2008,24(6):83.
- [6] 杜小正,秦晓光. 传统“热补”针法对实验性关节炎免痛阈及脊髓SP含量的影响[J]. 中医研究,2006,119(1):12.
- [7] 唐平平,陈利芳,王樟连. 穴位注射对痛风性关节炎大鼠的抗炎作用[J]. 上海针灸杂志,2007,6(26):39.
- [8] 文绍敦. 火针不同刺血量治疗足部急性痛风性关节炎观察[J]. 中国针灸,2005,25(11):977.
- [9] 胡丰村,陈 飞,郑润杰,等. 火针点刺放血疗法治疗急性痛风临床观察[J]. 中医正骨,2007,19(1):9.
- [10] 王黎明,李 萍,王延玉,等. 火针配合拔罐放血治疗急性痛风性关节炎67例[J]. 辽宁中医杂志,2005,32(10):1066.
- [11] 王吾升. 火针治疗痛风性关节炎20例[J]. 上海针灸杂志,2002,21(4):38.
- [12] 李兆文,林石明,林俊山,等. 刺血疗法治疗急性痛风性关节炎90例对照研究[J]. 中国针灸,2004,24(5):311-313.
- [13] 张海江,向年虎,黄绍权. 刺络放血疗法治疗急性痛风性关节炎197例[J]. 人民军医,2004,47(3):157.
- [14] 胡静平,刘英军,禹桂贤. 井穴点刺放血配合单方治疗急性痛风性关节炎[J]. 吉林中医药,2003,23(3):39.
- [15] 潘红玲,许天兵. 刺血疗法加中药治疗急性痛风性关节炎50例[J]. 中医研究,2007,20(1):49-50.
- [16] 邹 燃,张红星,张唐法,等. 不同频率电针与药物治疗急性痛风性关节炎的比较[J]. 中国临床康复,2006,43(10):88.
- [17] 和 宇,顾林海,李 祥,等. 电针加穴位注射治疗急性痛风性关节炎[J]. 现代中西医结合杂志,2008,17(3):383.
- [18] 邹 燃,张红星,张唐法,等. 电针加穴位注射治疗急性痛风性关节炎疗效观察[J]. 中国针灸,2007,27(1):51.
- [19] 刘 滨,王红梅,王凤艳. 电针合局部封闭治疗急性痛风性关节炎疗效观察[J]. 中国针灸,2008,9(28):659.

- [20] 冯伟民, 骆军. 姜灸治疗急性痛风性关节炎 33 例 [J]. 针灸临床杂志, 2003, 19(5): 39.
- [21] 刘鑫. 温针灸治疗痛风性关节炎 61 例 [J]. 中国针灸, 2000, (9): 537.
- [22] 宋曼萍, 柳玉芹, 王明聪, 等. 艾灸加刺络放血治疗急性痛风性关节炎的临床疗效 [J]. 中国康复, 2007, 6(22): 176.
- [23] 马小平. 针刺治疗痛风性关节炎及对血清尿酸的影响 [J]. 中国针灸, 2002, 22(3): 151.
- [24] 何庆勇, 李海霞, 张吉, 等. 针药结合治疗急性痛风性关节炎 41 例疗效观察 [J]. 新中医, 2007, 39(5): 49-50.
- [25] 黄俊涛. 针药合用治疗痛风性关节炎 54 例 [J]. 河南中医杂志, 2008, 28(3): 85.
- [26] 李种泰, 杨文波. 梅花针结合中药治疗痛风性关节炎 37 例 [J]. 四川中医, 2005, 23(9): 105.
- [27] 王俊杰, 王随修, 王向民. 药物配合针刀治疗重症痛风性关节炎 [J]. 科学之友, 2007, 4(B): 211.
- [28] 赵晖. 针药结合治疗急性痛风性关节炎 60 例 [J]. 针灸临床杂志, 2007, 23(9): 62.
- [29] 陈英. 电针加艾条温和灸治疗急性痛风性关节炎 43 例 [J]. 四川中医, 2007, 25(1): 105-106.
- [30] 张静, 沈宏家. 电针加穴位注射治疗原发性急性痛风性关节炎 76 例 [J]. 针灸临床杂志, 2005, 21(11): 32-33.
- [31] 阙庆辉, 李俐, 郭毅坚. 针刺治疗痛风性关节炎疗效观察研究 [J]. 中医药学刊, 2003, 21(7): 1215.
- [32] 程书桃. 针刺结合刺血治疗急性痛风性关节炎 36 例 [J]. 江苏中医药杂志, 2006, 27(12): 51.

(收稿日期: 2009-04-05 修回日期: 2009-06-01)

## 内镜逆行胰胆管造影术后胰腺炎的预防及护理

赵芳

(广西医科大学第一附属医院肝胆外科, 南宁市 530021)

【关键词】 内镜逆行胰胆管造影术; 胰腺炎; 护理

【中图分类号】 R 657.51 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2009)04-0407-03

内镜逆行胰胆管造影术(ERCP)目前广泛用于肝胆胰疾病的诊治。作为一种介入性的诊断和治疗技术,具有一定的危险性及其并发症,胰腺炎是 ERCP 术后最常见、最严重的并发症之一,其发生率为 0%~30.9%<sup>[1]</sup>,其中大部分病人表现为高淀粉酶血症,部分可发展为重症胰腺炎,甚至引起死亡。如何有效地预防 ERCP 术后胰腺炎,降低其发生率,减轻病人的痛苦,是护理工作的重点。本文就 ERCP 术后胰腺炎的预防及护理对策进行综述,现报告如下。

### 1 ERCP 术后胰腺炎发生的危险因素

引起 ERCP 术后胰腺炎的因素很多,技术因素被认为是主要原因。多次胰管显影、反复多次的插管,造成乳头和胰管开口的机械损伤、乳头狭窄、胰管括约肌切开及胆道球囊扩张等,均是导致 ERCP 术后急性胰腺炎的危险因素<sup>[2]</sup>。Mesta 等<sup>[3]</sup>认为年龄小于 59 岁、实施胰管造影、胆总管取石是 ERCP 术后并发胰腺炎的独立的危险因素。此外,造影剂及导管消毒不严格、插管损伤 Oddi 括约肌、注射造影剂过量、过快及压力过高等均易并发胰腺炎。胆胰原有基础疾病而使胰管或胆管处于高压状态,也是 ERCP 术后并发胰腺炎的密切相关因素<sup>[1]</sup>。

### 2 ERCP 术后胰腺炎的预防和护理

2.1 术前指导与心理护理 术前病人因缺乏 ERCP 的有关知识,担心手术危险及效果,会出现不同程度的焦虑、紧张。而患者的精神状态、情绪及对操作者的信赖度在很大程度上影响

到十二指肠乳头平滑肌的活动度<sup>[4]</sup>,不利于 ERCP 插管。护士应向患者说明检查目的、优越性及成功经验,认真做好术前指导,介绍操作步骤,让患者了解术中可能出现的症状,如恶心、呕吐、轻微腹痛等。指导患者掌握术中的配合知识,学会吞咽动作,张口呼吸、吸动作,学会左侧卧位、俯卧位等配合体位,消除患者的紧张情绪,积极配合治疗<sup>[5]</sup>。

2.2 做好周密的术前准备,预防术后胰腺炎的发生 术前指导患者禁食 8 h、禁饮 4 h。遵医嘱肌肉注射安定 10 mg、山莨菪碱 10 mg、杜冷丁 50 mg,以镇静、松弛乳头括约肌,减少腺体分泌。据观察,术前用药时间少于 30 min 者存在不同程度的 Oddi's 括约肌紧张,因此术前用药应严格掌握时间<sup>[6]</sup>。此外硝酸甘油 2 mg 舌下含服,2 min 起效,30 min 持续有效,可松弛 Oddi's 括约肌,提高插管的成功率,使 ERCP 术后高淀粉酶血症和急性胰腺炎下降 10%<sup>[6,7]</sup>。对于具有易发和危险因素的患者,术前可预防性应用生长抑制素<sup>[8]</sup>。Poon 等<sup>[9]</sup>认为在诊断性和治疗性 ERCP 术前即刻用一次大剂量生长抑制素,能够预防胰腺炎的发生。术前严格消毒所有内镜和器械,仔细检查器械有无破损、带钩现象,以防损伤胰管与感染。

2.3 术中配合正确的操作技术 护士术中要以熟练的技术配合,掌握操作技巧,避免反复插管而造成 Oddi's 括约肌水肿与痉挛。为减少反复插管造成的乳头和胰管开口的机械性损伤,用生理盐水冲洗视野,保持乳头视野清晰,使医生能明确分辨胆管与胰管开口,术前选择较细的造影导管更利于造影成功<sup>[10]</sup>。尽量选择选择性胆管插管造影,避免胰管造影<sup>[11]</sup>。准确有效地推注造影剂是术中预防急性胰腺炎的关键<sup>[8]</sup>。推注造影剂的速度应掌握在 0.2~0.6 ml/s,压力、量不