

参考文献:

- [1] 来彩霞,杨吟. 预见性护理在不稳定型心绞痛患者中的应用[J]. 护理实践与研究,2012,9(16):31-32.
- [2] 黄金莲. 循证护理对冠心病 PCI 术后患者血管并发症及生活质量的影响[J]. 海南医学,2013,24(4):616-618.
- [3] Sayen A, Hubert I, Berrod JP. Age related macular degeneration[J]. Rev Prat,2011,61(2):159-64.
- [4] 牛素英,卢艳娥,李娜,等. 心理护理对急性冠状动脉综合征病人焦虑抑郁情绪的改善作用[J]. 护理研究,2010,24(4C):1076-1077.
- [5] 刘瀛萍. 护士长在优质护理服务示范工程中的作用[J]. 中国当代医药,2011,18(3):109.

- [6] 孙畅,赵月. 急诊冠状动脉内支架术后无复流机制探讨与临床分析[J]. 陕西医学杂志,2012,41(4):409-411.
- [7] 黄秀练,覃顺节. 经皮穿刺桡动脉介入治疗冠心病的护理[J]. 右江民族医学院学报,2011,33(6):879-880.
- [8] 黄志华,骆谏英,欧阳玉霞,等. 心理认知行为干预对冠状动脉内支架患者焦虑影响的效果观察[J]. 国际医药卫生导报,2012,18(17):2613-2615.
- [9] 刘春英,刘森,吕媛. ADL 评估量表在开展优质护理服务中的应用[J]. 护理学杂志,2011,26(11):59-60.
- [10] 卞正霞,扬晓黎,闫莉. 责任制整体护理工作模式的构建[J]. 卫生职业教育,2011,29(1):127-128.

收稿日期:2014-08-02;修回日期:2014-09-16

穴位按摩联合穴位贴敷对开腹术后肠功能恢复的疗效观察

陈艳枝

(江苏省金坛市中医医院,江苏 金坛 213200 E-mail:xiaonan9860@sohu.com)

关键词:手术后医护;穴位按摩;穴位贴敷;肠功能恢复

中图分类号:R473.6 文献标识码:C 文章编号:1001-5817(2015)01-0168-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2015.01.073

开腹手术后,因手术创伤,手术时间长,麻醉药物的影响,加之活动减少,胃肠道功能恢复慢,易出现粘连性肠梗阻。增加患者痛苦,影响切口愈合。因此,如何及时促进胃肠功能恢复,促进愈合,减少术后并发症极为重要。我科2013年3月~2013年9月收治66例开腹手术,在常规护理基础上应用穴位按摩联合穴位贴敷,有效地促进了胃肠道功能的恢复,减少了胃肠道不良反应的发生。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2013年3月~2013年9月我科收治的开腹手术66例,其中胃部手术16例,结肠手术26例,肝胆脾手术24例,均顺利完成手术。将66例患者按随机法分为对照组30例和观察组36例。观察组男24例,女12例,年龄30~80岁,平均年龄55岁;对照组男12例,女18例,年龄14~76岁,平均年龄45岁。两组患者年龄、性别、手术类型、手术原因比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 术后常规护理如:禁食、胃肠减压,术后6h半卧位,协助床上活动,术后第一天协助坐起,病情允许可逐渐下床活动。

1.2.2 观察组 在常规护理基础上给予穴位按摩加穴位贴敷。具体如下:①穴位按摩:术后6h开始给予穴位按摩双侧合谷、足三里穴。每穴2min,至患者感觉酸重胀麻后轻揉5~10s。然后按中脘,指腹反复按揉3min,频率80~100次/分,手法由轻到重,力度以皮肤下陷2~3mm为宜。②穴位贴敷:将每贴大小为5.5cm×3.5cm的穴位贴敷治疗贴(云南普洱金利湾生物科技有限公司生产,生产标准号YZB/滇0007-2010)贴敷于按摩后的双侧足三里、合谷、天枢穴位上,每24h更换一次,每日在敷贴敷处按摩三次,每次3min。直至首次肛门排气。按摩操作者剪短指甲,并修

剪圆润,以防损伤患者皮肤。

1.2.3 疗效标准 术后6h开始观察并记录首次肠鸣音恢复及首次肛门排气时间。每两小时对患者进行一次腹部听诊,每次3min,以首次听到肠鸣音为肠蠕动恢复时间,首次肛门排气以患者自诉为准。比较患者12h内与12h以上闻及肠鸣音和1d以内与1d以上肛门排气情况。

1.2.4 统计学方法 应用SPSS 17.0统计软件进行分析,计数资料的组间比较采用秩和检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者首次肠鸣音恢复时间比较 观察组肠鸣音恢复时间明显早于对照组($Z = -2.582, P = 0.010$),见表1。

表1 两组患者首次肠鸣音恢复时间比较 (n)

| 组别 | n | 12 h 以内 | 12~24 h | 48 h 以上 |
|-----|----|---------|---------|---------|
| 对照组 | 30 | 9 | 13 | 8 |
| 观察组 | 36 | 25 | 8 | 3 |

2.2 两组患者首次肛门排气时间比较 观察组首次肛门排气时间明显早于对照组($Z = -2.422, P = 0.015$),见表2。

表2 两组患者首次肛门排气时间比较 (n)

| 组别 | n | 1 d 以内 | 2 d 以内 | 3 d 以上 |
|-----|----|--------|--------|--------|
| 对照组 | 30 | 8 | 15 | 7 |
| 观察组 | 36 | 23 | 11 | 2 |

4 讨论

中医学认为,手术创伤损伤六腑胃肠脉络,耗损其

气血阴阳,麻醉镇痛阻碍六腑胃肠气机,肠胃传导运化失司,从而导致气机壅滞,腹胀不适^[1]。胃肠道机能恢复缓慢,易形成粘连性肠梗阻、肠麻痹、腹胀等并发症,严重者有再手术的风险。因此,如何及时促进胃肠道功能恢复,促进愈合,减少术后并发症极为重要。穴位按摩是在中医基础理论指导下,运用手法作用于人体体表穴位的一种技术^[2]。足三里^[3]是治疗胃肠道疾患常用穴,属足阳明胃经,按揉此穴具有强健脾胃,调节胃肠气机,恢复胃肠蠕动作用;合谷属于手阳明大肠经,为大肠穴原穴,相交于足阳明胃经,能升清降浊,宣通气血,两者合用,具有理气宽中,调节脾胃作用。天枢与足三里同属于足阳明胃经,天枢为大肠募穴,所谓“腧穴所在,主治所及”^[4]。穴位贴敷是以中医理论为基础,以整体观念和辨证论治为原则,根据经络学说,通过刺激局部的腧穴以激发经气,疏通经络,促进气血运行,是调整人体脏腑功能的一种外治方法^[5]。穴位敷贴治疗贴是采用现代科技手段和传统中医经络理论相结合的方法,依据中医学、生物工程学、现代物理学、材料学研制的外用产品。具有味辛行散,芳香走窜作用,它作用于人体时通过吸收、渗透过程,通过经络传导,对相应的部位发挥作用。穴位按摩联合穴位贴敷

的作用机制是通过按揉穴位刺激调节胃肠气机,外加贴敷吸收、渗透持续不断地激发被抑制的气机,从而促进胃肠道功能恢复,达到肛门排气的作用。

此方法对患者而言,操作在体表进行,无痛苦,使人容易接受。对护士而言,方法简单、方便、安全。在护理过程中注意事项:①注意病室空气流通,注意保暖。②注意辨证施护,根据患者体质及时调整手法和按摩力度。③皮肤破溃不宜操作,观察有无皮肤红肿瘙痒等过敏情况。④按摩者注意剪短指甲,修剪圆润。

参考文献:

- [1] 何静.敷脐疗法治疗术后胃肠功能紊乱机制浅析[J].河北中医,2009,31(7):1056.
- [2] 梁繁荣.针灸学[M].北京:中国中医药出版社,2005:29.
- [3] 梁繁荣.针灸学[M].2版.北京:中国中医药出版社,2010:17.
- [4] 国家中医药管理局医政司.中国护理常规技术操作规程[M].北京:中医古籍出版社,1990:198.
- [5] 陈细明,邱荣标,蔡树辉,等.理中汤加味配合中药穴位贴敷促进骨科术后胃肠功能恢复[J].当代医学,2012,18(7):155-156.

收稿日期:2014-06-03;修回日期:2014-06-27

内镜治疗尿道狭窄或闭锁的护理

孙文杰,谭艳柳

(广西河池市人民医院,右江民族医学院附属河池医院,广西 河池 547000)

E-mail: fymfuyu@sina.com

关键词:围手术期护理;尿道狭窄

中图分类号:R691.2

文献标识码:C

文章编号:1001-5817(2015)01-0169-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2015.01.074

尿道狭窄是由于多种原因致尿道黏膜或其下的尿道海绵体形成瘢痕,引起尿道管腔管径缩小,或因外伤使尿道分离,在分离处组织纤维化使尿道闭塞、炎症、外伤、医源性损伤以及先天发育异常,均可致尿道狭窄或闭锁^[1]。自2008年1月~2013年12月我院泌尿外科共收治47例尿道狭窄或闭锁患者,并采用尿道内镜行尿道内切开术治疗,取得良好的效果,现将护理体会总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组病例47例,均为男性,年龄20~74岁,平均(35.7±4.8)岁;病程2个月~17年,平均(7.5±2.0)年。狭窄部位:所有患者均为单部位狭窄,其中膜部狭窄34例、阴茎部狭窄7例、球部狭窄6例;狭窄原因:骨盆骨折29例、骑跨伤8例、后尿道闭锁6例、炎性狭窄4例;狭窄长度1.0~2.0 cm。

1.2 方法 47例患者均有不同程度的尿线变细、排尿困难、排尿费力等临床症状,检测残余尿量30~100 ml,术前均给予尿道细菌培养+药物敏感性试验、行逆行和逆行尿道造影、B超等各项常规和专科检测后送手术室,在硬膜外麻阻滞麻醉下采用膀胱尿道镜、尿道

内切开镜经尿道口行内切开术,其中41例术前膀胱穿刺造瘘至少1周后手术,术后留置18~20F导尿管2~4周。

2 结果

47例患者均一次性尿道瘢痕切开术,术后未出现尿道大出血、严重感染、尿失禁和穿孔尿瘘等并发症。其中40例患者拔除尿管后能自解、自控小便,排尿满意,平均最大尿流率>15 ml/s,出院后仍定期回院行尿道扩张1~2年,未有复发病例;6例患者尿流率未达到标准,给予带尿管出院4周回院复查并拔出尿管后能自行顺畅排尿,尿流率>15 ml/s;1例带尿管出院3个月后拔出仍不能自行排尿改行尿道瘢痕切除尿道对端吻合术,留置尿管出院4周后拔除后能自行排尿顺畅,尿流率>20 ml/s。

3 讨论

3.1 心理护理 尿道狭窄或闭锁由于排尿严重受影响、大多数病情长、有长期多处就医且病情未有明显改善史而承受极大的身心痛苦,患者常表现焦虑、悲观等心理情绪。本组大多数患者抱持质疑的心态,遵医嘱依从性较差,责任护士通过加强与患者沟通交流和健康