

预防肛肠病术后尿潴留的中西医护理对策比较^{*}

钟传麓, 顾超兰[△], 陈霞, 代小红

(重庆市中医院肛肠科 400021)

[中图分类号] R473.6

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)34-4880-02

肛肠病为多发病,临床一般采用手术疗法,但是,术后患者常有尿潴留的发生,尿潴留是肛肠病术后常见并发症^[1]。尿潴留将给患者的生活和工作带来严重影响,因此,如何预防肛肠病术后尿潴留的发生对于促进患者积极排尿、康复具有重要的临床价值。目前,临床对术后尿潴留采用留置导尿管护理法,但是,增加了患者尿路感染的机会,插管疼痛也给患者带来痛苦,大部分患者对这些护理措施不乐于接受^[2]。作者采用耳穴压豆联合艾香灸护理法预防肛肠病术后尿潴留发生显示临床疗效良好,耳穴压豆能够行气活血,艾香灸能够通利小便,两法联合操作简便、安全有效,值得临床推广。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 9 月至 2014 年 11 月本院肛肠科患者,符合要求者共 96 例。尿潴留诊断标准:参照《外科学》^[3]标准制订。按照就诊时间分为观察组和对照组各 48 例。观察组中男 31 例,女 17 例;年龄 31~60 岁,平均(42.4±8.5)岁;硬膜外麻醉 12 例,局部麻醉 5 例,椎管内麻醉 31 例;吻合器微创痔切闭术 18 例,肛周脓肿 15 例,肛瘘挂线术 15 例。对照组中男 34 例,女 14 例;年龄 33~59 岁,平均(41.4±8.1)岁;硬膜外麻醉 11 例,局部麻醉 7 例,椎管内麻醉 30 例;吻合器微创痔切闭术 22 例,肛周脓肿 13 例,肛瘘挂线术 13 例。纳入标准:(1)单纯肛肠术者;(2)年龄 30~60 岁;(3)对耳穴压豆及艾香灸不过敏者;(4)签署知情同意协议。排除标准:(1)其他疾患(如男性前列腺肥大、尿路感染、肾功能衰竭等)引起的尿潴留;(2)伴有严重心、肺、脑、肾疾病及精神病患者;(3)准备妊娠、妊娠期和哺乳期者;(4)肛肠疾患同时伴有其他疾病者。两组患者一般资料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 护理方法 对照组:术后 2 h 给予热敷,每次 15~30 min,水温约 50℃;并给予腹部按摩,每次 10 min;播放流水声音乐,2 次/日。观察组:采用耳穴压豆联合艾香灸护理法。耳穴压豆选穴为双侧神门、脾、肾、膀胱、尿道,用 75%乙醇消毒耳部皮肤,用镊子夹取耳穴压丸(王不留行籽)贴于上述耳穴,保留时间为让其自行脱落;同时在肾、输尿管、膀胱、内生殖器部给予适度的揉捏、按压,每次 1~2 min,4~6 次/天;术后埋豆 1 次。艾香灸选穴为气海、关元穴。将完全点燃的百笑香对准患者气海、关元穴,距皮肤 2~3 cm 处进行熏烤,以患者局部有温热感而无灼痛为度,每次 15~20 min,至皮肤潮红为宜,每天 2 次。

1.2.2 观察指标 (1)监测术后至患者第 1 次排尿时间;(2)B 超检测术后 8 h 患者残留尿量;(3)术后尿潴留发生率。

1.2.3 疗效标准 根据《中医病证诊断疗效标准》^[4]拟定。(1)显效:术后 4~6 h 自行排尿,且排出通畅,临床症状体征消失;(2)有效:术后 6~8 h 能少量多次排尿,但排尿不顺畅,临床症状体征有所改善,无需导尿;(3)无效:术后 8 h 后仍不能自行排尿,需行导尿。

1.3 统计学处理 采用 SPSS 17.0 统计软件对数据进行分析处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 两组患者进行护理后,观察组显效 36 例,有效 10 例,无效 2 例,总有效率为 97.92%;对照组显效 17 例,有效 20 例,无效 11 例,总有效率为 77.08%;两组患者总有效率比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 两组患者尿潴留发生情况比较 护理后,观察组患者发生尿潴留 1 例,发生率为 2.08%;对照组患者发生尿潴留 9 例,发生率为 18.75%;两组患者尿潴留发生率比较差异有统计学意义($P<0.01$)。

2.3 两组患者术后第 1 次排尿时间和 8 h 残余尿量比较 观察组患者术后第 1 次排尿时间为(196.82±51.13)min,对照组患者为(350.27±63.77)min。两组比较,观察组显著少于对照组($P<0.01$);观察组患者术后 8 h 残余尿量为(721.40±119.92)mL,对照组患者为(2351.51±328.16)mL。两组比较,观察组显著少于对照组($P<0.01$)。

3 讨论

尿潴留归属于中医学“癃闭”范畴,其病位在膀胱,基本病机为膀胱气化功能失常。《素问·宣明五气》记载:“膀胱不利为癃”。认为肛肠病术后多损伤经脉,引起气机逆乱、气滞血瘀,膀胱气化不利而产生尿潴留,而膀胱气化的调节与脾、肾、肝等脏腑功能协调密切相关。现代医学认为,肛肠病术后导致尿潴留常与麻醉、疼痛、心理因素等有关^[5]。如麻醉能阻滞盆内脏神经,引起膀胱括约肌收缩无力及尿道括约肌痉挛;疼痛可直接能反射性引起或加重尿道括约肌痉挛而致排尿困难,患者因肛部区域疼痛不敢增大腹部压排尿。

目前,诱导排尿术、常规导尿法等是临床处理尿潴留的常用护理措施,其操作较繁琐,起效慢,常常引起泌尿系统感染^[6]。中医学强调“治未病”理念,根据肛肠病术后尿潴留的发病特点,预防宜调膀胱气机,活血止痛为主。

耳为百脉之所,集体脏腑气血、经络经由之处,机体疾患在耳穴常有所反应^[7]。本研究采用耳穴压豆联合艾香灸护理法。根据中医经络学说的原理,耳穴压豆选穴为神门、脾、肾、膀胱、尿道穴,将耳穴压丸(王不留行籽)贴于上述耳穴,同时按压肾、

输尿管、膀胱、内生殖器部。通过耳穴压豆能刺激上述耳穴,可行气止痛、通利水道之功效。因此,刺激耳穴反射性调节内脏功能而疏通膀胱经气,促进肛肠术后患者排尿。

艾灸具有疏通经络、活血化瘀和行气止痛之效。本研究采用艾香灸于气海、关元穴。气海是任脉的腧穴,具有行气活血之功效^[8]。关元为足三阴经与任脉会穴,能够鼓舞膀胱气化、启闭通便之功^[9]。此外,关元、气海两穴位于腹正中线膀胱区域,为临床治疗癃闭之要穴^[10]。故二穴合灸可行气利水、调理三焦而通尿闭。

参考文献

- [1] 王玉连,刘姝君. 艾灸刺激对肛肠术后尿潴留预防作用的临床观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2013, 8(10): 1034-1036.
- [2] 陈林,陈朝晖,张瑞芳,等. 灸法治疗肛肠术后尿潴留临床研究[J]. 中国针灸, 2013, 33(1): 17-19.
- [3] 吴在德. 外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 699-701.

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.34.050

- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 27-28.
- [5] 胡建芳,曾士林. 热敏灸治疗肛肠术后急性尿潴留 58 例[J]. 中国针灸, 2011, 31(4): 380.
- [6] 何静,施晓芳,夏加英. 吻合器痔上黏膜环切术后尿潴留患者两种导尿方式比较[J]. 护士进修杂志, 2014, 29(20): 1874-1875.
- [7] 张杰. 耳穴压豆配合中药熨熨预防肛肠疾病术后尿潴留疗效观察[J]. 陕西中医, 2014, 35(3): 335-336.
- [8] 姜会枝,杨心灵,徐振伟. 艾灸穴位治疗髋关节置换术后尿潴留的疗效观察及护理[J]. 护士进修杂志, 2011, 26(6): 550-552.
- [9] 黄双英. 艾灸盒温灸中极关元石门气海穴治疗骨科术后尿潴留的效果观察[J]. 护理学报, 2012, 19(16): 67-69.
- [10] 赵云,刘亚光. 艾灸关元、气海穴治疗老年性尿频 30 例[J]. 中医临床研究, 2014, 6(23): 22-24.

(收稿日期: 2015-05-08 修回日期: 2015-07-09)

不同延伸护理方式对轻度认知功能障碍患者的干预效果*

李 佳,梁晓红,王凤霞,刘继红,秦 燕,廖春莲[△]

(重庆医科大学附属第二医院神经内科 400010)

[中图分类号] R473.74

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)34-4881-03

轻度认知功能障碍(mild cognitive impairment, MCI)是介于正常衰老和痴呆之间的一种认知缺损状态,患者表现为与年龄不符的记忆力减退和其他认知功能障碍,不影响日常活动能力,未达到目前老年痴呆的诊断标准。但是,确诊为 MCI 的患者发生痴呆的危险性极高,阿尔茨海默症(Alzheimer's disease, AD)转化率为每年 8%~25%,比健康对照组发病率高 10 倍^[1]。MCI 作为 AD 的超早期状态,是 AD 的高危因素。由于 AD 尚无有效的治疗方法,因此,对 MCI 患者早期护理干预具有十分重要的意义^[2]。国外有研究对社区老年 MCI 患者进行早期护理干预和认知功能锻炼,可有效延缓其病情发展^[3],使患者在更长的时期内维持相对正常功能。本研究旨在对照不同延伸护理方式对改善 MCI 患者认知功能和日常生活能力的影响效果,探讨更为有效的干预措施,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2013 年 8 月至 2014 年 8 月在神经内科住院的 MCI 患者 32 例。纳入标准:(1)符合 Peterson 等^[4]提出的 MCI 诊断标准;(2)重庆市常住人口;(3)小学及以上学历;(4)无严重躯体疾病;(5)自愿参与研究,签署知情同意书。排除标准:(1)脑部磁共振检查有明显的信号异常;(2)有严重的脑血管病史;(3)合并其他系统疾病,明显影响日常生活、工作和学习。按随机数字表法分为两组,电话组和家访组各 16 例,随机决定各组的试验方法。家访组男 6 例,女 10 例,平均年龄(72.23±7.81)岁。电话组男 7 例,女 9 例,平均年龄

(73.87±7.63)岁。经过 χ^2 检验和方差分析,两组患者年龄、性别等方面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 制订家庭护理计划 入选的两组 MCI 患者,在出院当天由延伸护理组护士对患者进行面对面健康教育和出院指导,时间为 1 h,并发放《MCI 患者自我健康管理手册》,指导患者及其家属养成健康生活方式,实施正确的认知功能训练。健康教育和出院指导的内容有:MCI 的概念、危险因素、健康生活方式、心理与社会支持、用药指导、饮食、认知功能训练等知识。

1.2.2 延伸护理方法 (1)患者出院后主要由患者及其家属实施家庭护理计划,延伸护理组护士定时分别通过电话和家庭随访,检查和评价观察组患者家庭护理计划实施情况,根据蒙特利尔认知评估量表(montreal cognitive assessment, MoCA)和日常生活活动能力(activities of daily living, ADL)评价量表对患者进行评价,对反馈问题进行解答,及时与患者及家属沟通,指导患者及家属实施正确的功能锻炼。(2)延伸护理干预时间:在患者出院 1 周后对两组患者分别进行电话随访和家庭随访 1 次,间隔 2 周随访第 2 次,间隔 1 个月随访第 3 次,之后每 3 个月随访 1 次,持续到出院后 1 年时间。

1.2.3 延伸护理内容

1.2.3.1 初始阶段,健康教育 护理人员向患者宣传 MCI 及 AD 的相关知识,包括早期症状、影响因素、疾病的转归和预后、预防措施及康复训练的重要性等,使患者及家属能及时识