

参考文献

[1] 雷霆,陈坚,陈劲草. 颅脑损伤[M]. 上海:上海科学技术出版社,2010.

[2] 李小寒,尚少梅. 基础护理学[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社,2007:183-188.

[3] 王维治. 神经病学[M]. 5 版. 北京:人民卫生出版社,2004:227-230.

[4] 杨莘. 神经疾病护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:135.

[5] 张玉勤. 高热诱导的癫痫发作可导致脑改变[J]. 国外医学情报,2000,21(3):16.

[6] 余爱珍. 基础护理学[M]. 南京:科学技术出版社,1993:71.

[7] 殷磊. 护理学基础[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社,2002:281-282.

[8] 杨小妹,席淑华,王辉. 脑外伤高热患者降温方法的探讨及护理[J]. 解放军护理杂志,2006,23(5):79-80.

(收稿日期:2014-10-26 修回日期:2014-11-28)

中药保守治疗肠梗阻的临床应用与护理探讨

秦连英,黎清翠(重庆市丰都县人民医院 408200)

【摘要】 目的 探讨中药保守治疗肠梗阻患者的护理效果。**方法** 选取 2010 年 8 月至 2012 年 10 月丰都县人民医院收治的肠梗阻患者 60 例,分为试验组和对照组,各 30 例;对照组给予传统的诊疗护理模式,试验组在此基础上加用复方大承气汤中药治疗,比较两组患者 5 d 内腹痛、腹胀及排便不良的缓解情况,并总结保守治疗的护理要点。**结果** 60 例肠梗阻患者在经相应治疗及护理后,共痊愈 44 例,转手术治疗 16 例。试验组患者 5 d 内腹痛、腹胀及排便不良的缓解情况优于对照组,且患者依从性提高,平均住院时间缩短,组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 中药能有效治疗肠梗阻,同时对肠梗阻患者做好心理护理、病情观察、胃管护理、中药护理、灌肠护理、营养支持等,是保证患者保守治疗成功的重要措施。

【关键词】 中药; 肠梗阻; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.05.058 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)05-0712-02

肠梗阻是外科常见急腹症、多发病,以腹痛、呕吐、停止排气排便为共同症状。其病因复杂、病情发展快,容易导致肠绞窄、肠坏死,以及水、电解质、酸碱平衡紊乱,甚至发展为低血容量性休克及感染性休克。肠梗阻的治疗方法包括非手术(又称保守治疗)和手术治疗,如果保守治疗应用得当,多数患者可以不采用手术方法治疗^[1-2]。中药有行气导滞、活血祛瘀的作用,可预防梗阻引起的局部血淤气滞所导致的组织坏死。本科室采用中药保守治疗肠梗阻,取得了较好的疗效,而积极的护理对疾病的痊愈有着至关重要的作用。现将保守治疗的护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 8 月至 2012 年 10 月本院收治的肠梗阻患者 60 例,男 49 例、女 11 例,年龄 8~76 岁。其中小肠不全梗阻 31 例,粘连性肠梗阻 18 例,粪嵌塞肠梗阻 11 例。所有患者均经 X 射线检查并结合临床表现确诊。将 60 例患者随机分为试验组和对照组,各 30 例。试验组男 25 例、女 5 例,年龄 8~76 岁,病程 7~15 d,其中非手术治愈 28 例,手术治疗后治愈 2 例。对照组男 24 例、女 6 例,年龄 21~70 岁,病程 7~30 d,其中非手术治愈 16 例,手术治疗后治愈 14 例。两组患者年龄、性别、病情程度等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 两组均以整体护理为基础,对照组患者从入院到出院给予传统的诊疗护理模式,常规治疗护理包括西药抗炎补液与给药护理、基础护理及心理护理等,并随机进行健康教育。试验组在常规西药治疗护理基础上,加用复方大承气汤中药治疗,由责任护士专人负责将中药经胃管注入及灌肠同步治疗护理,实施心理护理、疼痛护理、健康宣教及营养支持等。

1.3 护理方法

1.3.1 心理护理 腹胀腹痛常使肠梗阻患者产生焦虑、烦躁

不安、恐惧等心理,患者情绪低落或情绪不稳,责任护士应及时纠正和引导患者。(1)向患者介绍本院医技力量,使患者增加疾病恢复的信心;(2)介绍患者结识同类病种的康复者,通过康复患者现身说法使之体会成功的经验;(3)责任护士耐心地介绍疾病治疗的方法、目的,解除患者恐惧、焦虑的心理;(4)耐心听取患者的倾诉,给予充分的同情和理解,维护患者的尊严,使患者产生安全感,增强其战胜疾病的信心,使其配合并坚持治疗^[2]。

1.3.2 病情观察 责任护士加强每日对患者生命体征、腹部体征的监测,询问患者有无腹痛、腹胀,观察患者用药后是否排便排气,听诊肠鸣音是否恢复。肠功能恢复后进行腹部 X 射线检查以了解患者气液面及肠气肠袢情况,检查血常规、血生化是否异常,如有异常及时报告医生。在病情稳定的情况下,鼓励患者下床活动,以促进肠蠕动,尽快恢复肠功能。若经保守治疗 3~5 d,腹痛腹胀加重,腹部 X 线片提示液平面增多,则保守治疗无效,需手术治疗^[3]。

1.3.3 疼痛护理 密切观察患者的腹痛情况,评估患者的疼痛程度,明确诊断后可用阿托品解痉止痛;可嘱患者以顺时针轻柔按摩腹部 5 min,再逆时针按摩 5 min;也可采取热疗法,用温水毛巾热敷腹部,缓解疼痛。同时可以通过聊天、看杂志、看电视等分散患者的注意力。

1.3.4 呕吐护理 因梗阻类型不同患者呕吐的表现不同,责任护士应掌握不同类型呕吐的特点,发现异常及时报告医生。呕吐时嘱患者坐起或头偏向一侧,以免因误吸引起吸入性肺炎或窒息,及时清除口腔呕吐物,保持口腔清洁。并观察记录呕吐物的量、颜色性状。

1.3.5 胃管护理 肠梗阻患者需要禁食、置胃管,有效的胃肠减压对单纯性肠梗阻和麻痹性肠梗阻可达到解除梗阻的目的,通过胃肠减压吸出胃肠道内的气体和液体,从而减轻腹胀、降

低肠腔压力,减少肠腔内的细菌和毒素,改善肠壁血运^[4]。置管前告知患者置管的目的、方法及其重要性,消除患者的紧张、恐惧心理,取得患者合作。选择合适的胃管型号,成人患者一般选择 18~22 号胃管,较大型号胃管能保持引流通畅,达到减压目的,取长度从前额发际至胸骨剑突处或由鼻尖经耳垂至胸骨剑突处的距离约 45~55 cm,动作轻柔,避免损伤鼻黏膜,插至预定长度^[5]。粘贴好胃管标志,并注明插入深度,妥善固定于床旁,胃肠减压期间应注意保持负压吸引通畅,观察并记录引流液的性状及量。每日抽吸胃管保持通畅性,口腔护理每日 2 次。

1.3.6 中药护理 取复方大承气汤中药一副,先下厚朴 20 g、莱菔子 20 g、芒硝 20 g,后下大黄 15g、赤芍 15 g、枳实 9 g、桃仁 9 g,用水煎药 1 h 后取约 200 mL 待温度降至 37 ℃,证实胃管在胃部后经胃管注入中药 100 mL,每日 2 剂,间隔 6 h。中药注入后应观察患者的面色、生命体征、腹部体征,有无腹痛情况,并夹闭胃管 1 h 后开放。观察胃液的颜色、性质、量,腹部情况及排便情况等并做好护理记录。

1.3.7 灌肠护理 取中药一副(同上),用水煎好后待温度降至 35~40 ℃,中药灌肠每日 2 次,间隔 6 h。灌肠前向患者解释其目的、方法,以消除患者的恐惧心理。操作时患者臀部抬高取左侧卧位,选择合适的肛管并润滑,插入肛门 10~15 cm,动作轻柔,避免损伤肠黏膜。灌肠完毕,协助患者卧位休息,尽可能保留 2 h 以上再排便,观察排便颜色、性质、量。

1.3.8 营养支持 给予患者短期胃肠外营养,可行中心静脉滴注,及时监测血生化指标,根据检验结果调整水、电解质平衡。若经治疗梗阻解除,肠蠕动恢复正常,拔除胃管后可进食流质饮食。先口服温开水 30~50 mL,如无腹痛、腹胀等不适,2~3 h 后进流质饮食,如米汤、果汁和豆汁等,每 2~3 h 进食 1 次,每次不超过 200 mL。观察患者的反应,如无不适,3 d 后改半流质,如面条、稀饭和菜汤等,逐渐过渡至普食。

1.3.9 健康教育 出院后正确的饮食非常重要,指导患者以清淡易消化、高蛋白、高维生素的食物为宜,少食刺激性强的辛辣食物。反复发生粘连性肠梗阻的患者少食粗纤维食物,避免暴饮暴食,饭后忌剧烈活动。注意个人及饮食卫生,不吃不洁的食品。便秘者应注意通过调整饮食、腹部按摩等方法保持大便通畅,无效者可适当予以口服缓泻剂,避免用力排便。嘱患者保持心情愉悦,每日进行适量的体育锻炼,加强自我监测,若出现腹痛、腹胀、呕吐、肛门停止排气排便等不适,及时就诊^[6]。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计学软件进行数据处理与统计学分析;计数资料以百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;以 $\alpha = 0.05$ 为检验水准, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

两组 60 例患者痊愈 44 例,转手术治疗 16 例。试验组患者腹痛腹胀及排便不良的缓解情况优于对照组,且患者依从性提高,平均住院时间缩短,组间比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者治疗扣护理效果比较

组别	<i>n</i>	5 d 内腹痛腹胀及排便 不良缓解[<i>n</i> (%)]	依从性 [<i>n</i> (%)]	住院时间 (d)
对照组	30	12(40.0)	16(53.3)	17.1
试验组	30	25(83.3)	26(86.7)	11.2

3 讨 论

肠梗阻是常见的肠道疾病,常采用保守治疗的方法,但部分顽固性的肠梗阻经保守治疗无效,需进行手术治疗。而手术治疗的病程相对较长,并发症多。本院采用中药保守治疗,患者通常留置胃管 3~5 d,效果明显。中药经胃管注入或灌肠后,经黏膜直接吸收,可促进血液循环,改善微循环,增加肠蠕动,促进肠功能的恢复,有轻微导泻、里急攻下的作用。对于干结大便有稀释软化的作用,更有利于大便的排出,解除梗阻,促进疾病恢复。此外,所用中药价格低,一般城乡居民可接受,同时避免了手术带来的创伤、痛苦及经济负担,具有较好的经济效益和社会效益。本研究结果显示,试验组患者腹痛腹胀及排便不良的缓解情况优于对照组,且住院时间缩短,依从性提高,组间比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。提示中药保守治疗护理有助于肠梗阻患者的恢复,减轻患者的痛苦和负担。

此外,通过对肠梗阻患者中药保守治疗的护理,可以明确加强临床护理、健康宣教及对症治疗的重要性,耐心、细致的心理护理和健康宣教可增强患者对非手术治疗的信心。正确的实施疼痛护理、胃管护理、中药护理、灌肠护理可有效地减轻患者的痛苦,达到治疗的目的。必要的营养支持可以增强患者机体的抗病能力,减少并发症的发生,是保证患者保守治疗成功的重要措施。本研究中大部分患者预后良好、康复出院。

综上所述,对肠梗阻患者实施中药保守治疗,同时给予心理护理、疼痛护理、健康宣教及营养支持等可有效地缓解患者的腹痛、腹胀,改善排便状况,提高患者的依从性并缩短住院时间。

参考文献

[1] 袁功佳,汪胜波. 普外科腹部手术后早期炎性肠梗阻 22 例治疗分析[J]. 中国医药指南,2014,12(12):112-113.

[2] 杨振明. 术后早期炎性肠梗阻 15 例患者的诊疗分析[J]. 山西医药杂志,2014,43(8):926-928.

[3] 陈国凤,张培建,刘歆农. 术后肠梗阻非手术性诊治进展[J]. 中国现代普通外科进展,2014,17(3):242-245.

[4] 孔冠群. 护理干预在预防胃肠道术后粘连性肠梗阻中的应用效果[J]. 按摩与康复医学,2014,30(6):152-153.

[5] 王丽丽,姜桂春. 中西医结合治疗与护理直肠癌术后急性粘连性肠梗阻的疗效观察[J]. 中医药导报,2014,21(4):112-113.

[6] 宋琴梅,王亚琴. 急性阑尾炎并发肠梗阻手术的临床护理分析[J]. 基层医学论坛,2014,18(12):1612-1613.