

• 临床探讨 •

肠易激综合征的中医护理效果分析^{*}

谷春雨, 李春梅, 滕垂月

(河北省黄骅市人民医院消化内科 061100)

摘要:目的 探讨中医护理在治疗肠易激综合征(IBS)中的应用效果。方法 选取该院 2015 年收治的 IBS 患者作为研究对象, 随机将其分为试验组与对照组。试验组采用中医护理, 对照组采用常规护理, 治疗 8 周后, 观察两组患者症状改善情况以及生活质量。结果 试验组治疗总体有效率 92.5% 高于对照组 75.0%, 两组比较差异有统计学意义($P<0.05$); 治疗后, 试验组生活质量各维度评分高于对照组, 比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 实施中医护理能更好地改善 IBS 患者临床症状, 提高患者生活质量。

关键词:肠易激综合征; 中医; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.19.039 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)19-2919-03

肠易激综合征(IBS)受胃肠道动力紊乱、内脏感觉异常、肠道感染以及精神等多种因素影响, 患者常伴有恶心、呕吐等症状, 严重影响了患者的身心健康^[1]。目前临床上治疗 IBS 常用的西药主要有双八面蒙脱石、曲美布汀、匹维溴铵等, 诸多研究结果表明, 西医药治疗费用相对较高、不良反应较大, 且疗效不及中医药疗法。随着中医药文化的传承与普及, 中医特色疗法也受到更多的关注与认同, 中医对 IBS 研究的不断深入, 初步形成了独特的 IBS 诊疗体系及护理体系。临床上, 按中医证候诊断标准将 IBS 分为肝郁脾虚、脾肾阳虚、肝郁气滞、肠道燥热等证型^[2], 针对不同证候类型的 IBS 施予不同的治疗方法: 如脾虚阻滞证 IBS 以健脾益气、化湿消滞疗法为主, 其常用方为参苓白术散, 脾肾阳虚证 IBS 以温补脾肾疗法为主, 其常用方为附子理中汤、四神丸等。张晋嫒等^[3]对国内中医治疗 IBS 的研究进展作了总结, 指出目前临床上常用的中医药治疗方法主要包括: 中药专方治疗(如加味痛泻要方等)、中成药治疗(如逍遥丸、痛泻宁颗粒等)、针灸及其他治疗等, 具有不良反应小、疗效高等优势, 备受患者青睐。

应用中医药治疗 IBS 见效快、有效率高, 但由于 IBS 本身容易受患者心理、情志等主观因素的影响。因此, 为了进一步提高有效率与治愈率, 本研究在过往研究的基础上探索了集情志护理、针灸推拿、穴位敷贴等为一体的中医特色护理手法, 为 IBS 治疗与护理开辟了新的路径, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 经医院伦理委员会批准后, 选取本院 2015 年门诊与住院确诊为 IBS 的患者 80 例, 男女比为 37:43, 平均年龄(38.63±10.45)岁, 病程为 1~12 年, 平均(5.78±2.64)年, 均已征得患者同意纳入本次研究, 并签署知情同意书。将入选患者随机分为对照组和试验组, 每组各 40 例。经检验, 两组患者基本资料差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入及排除标准

1.2.1 纳入标准 (1)符合 IBS 诊断标准; (2)年龄 16~65 岁; (3)依从性良好的住院或门诊患者; (4)志愿参与本临床研究; (5)签署知情同意书者。

1.2.2 排除标准 (1)精神异常、言语表达不清; (2)有肝病的迹象或既往病史; (3)有相关药物过敏史; (4)有器质性肠病当前诊断和病史; (5)合并有糖尿病、心血管等疾病; (6)不愿意参

与本研究的患者。

1.3 方法

1.3.1 护理方法 对照组用常规药物治疗并施予基础护理, 试验组在对照组的用药基础上实施中医护理干预, 具体干预措施如下, (1)情志护理, 根据 IBS 主要由情志失调、脾胃虚弱引起, 临床表现为腹痛、腹泻、腹胀等, 具有病程长、反复发作等特点, 容易使患者形成紧张、善虑、悲观、恐惧等情绪。因此, 护理人员需要理解患者, 耐心开导患者, 主动与其沟通, 为其解答疑虑, 消除不良情绪, 建立恢复信心与勇气。(2)中医特色护理, ①穴位贴敷: 给予患者穴位贴敷疗法, 取患者神厥穴进行贴敷, 并使用外敷纱布固定, 贴敷时间为 1 h, 1 次/天。②中药浴足: 每晚临睡前, 通过中药浴足(30~40 min), 使患者宁心安神, 保证睡眠质量。③针灸^[4]: 取足三里、三阴交、天枢、中脘、关元、神阙、上下巨虚为主穴, 根据症型: 肝郁加肝俞、行间、太冲; 脾肾阳虚加肾俞、命门进行推拿点穴, 入睡点按肝俞、脾俞、肾俞及双侧章门穴等, 每次按穴 15~20 min。(3)饮食护理, 向患者提供合理饮食指导, 以高蛋白、低脂肪及易消化食物为主, 忌食生冷辛辣油腻食物。(4)其他护理, 疾病认知护理(对患者宣传讲解肝郁脾虚型 IBS 疾病相关知识, 提高治疗患者防治意识)、生活起居护理(如: 鼓励患者积极参加娱乐活动等)。

1.3.2 诊断指标 IBSⅢ诊断标准^[5]: (1)最近半年有腹痛或腹部不适, 最近 3 个月发作 ≥ 3 天/月; (2)排便次数变化明显增多; (3)排出大便形状呈块状样便、松散样便或稀水样便; (4)排便后腹痛、腹部不适等症状好转, 符合以上 2 条或以上者即可诊断 IBS。

1.3.3 观察指标 症状评判标准^[6]: 症候疗效评定标准参照《中药新药临床研究指导原则》的疗效评定标准, 显效(痊愈)是指主要症状、体征明显改善或消失, 疗效指数 $\geq 70\%$; 有效是指主要症状、体征明显好转, $30\% \leq$ 疗效指数 $< 70\%$; 无效是指主要症状、体征无明显改善, 甚或加重, 疗效指数 $< 30\%$ 。总体有效率=(显效+有效)/总例数。

1.3.4 评价标准^[7] 生活质量评价标准主要采用目前国际上比较通用且认可度较高的生活质量评分表(SF-36), 该量表主要包括生理功能(PF)、生理职能(RP)、躯体疼痛(BP)、总体健康(GH)、生命活力(VT)、社会功能(SF)、情感职能(RE)、精神健康(MH)、健康变化(HT)8 个维度。治疗 8 周后, 采集两组

* 基金项目: 河北省中医药管理局科研计划项目(2016272)。

SF-36 量表数据,并计算每位患者各维度总得分,应用相关统计学方法进行评判比较。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 的统计学软件对数据进行分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验,计数资料以例表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者症状改善比较 治疗后,试验组总体有效率为 92.5%,对照组总体有效率为 75%,差异有统计学意义($\chi^2 = 10.87, P < 0.05$),说明试验组对症状的改善情况明显优于对照组。见表 1。

2.2 生活质量各维度在两组患者治疗前后的比较 两组患者治疗前生活质量各维度评分差异无统计学意义($P > 0.05$),说明两组患者一般资料有可比性。治疗后,两组患者的 SF-36 表各维度评分均要高于治疗前;治疗后,试验组患者各维度生活质量评分明显高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 两组患者症状改善比较(n)				
组别	n	显效	有效	无效
试验组	40	17	20	3
对照组	40	5	25	10

表 2 生活质量各维度在两组患者治疗前后的比较($\bar{x} \pm s$)

指标	对照组(n=40)		P	试验组(n=40)		P
	治疗前	治疗后		治疗前	治疗后	
GH	13.48±11.92	34.26±15.82	0.000	14.28±12.72*	48.97±18.28△	0.000
PF	93.86±11.05	95.25±11.17	0.046	94.22±11.09*	98.78±3.44△	0.042
RE	5.19±21.72	14.56±11.28	0.000	4.24±17.26*	33.23±21.53△	0.000
VT	67.85±10.59	76.04±10.42	0.027	68.92±11.66*	81.38±10.21△	0.012
BP	66.95±12.64	76.41±11.37	0.040	68.04±15.32*	85.26±10.34△	0.001
RP	24.75±19.72	25.87±24.73	0.046	23.86±20.65*	56.61±32.53△	0.000
MH	64.67±0.85	72.97±0.82	0.012	66.45±0.82*	80.95±0.84△	0.001
SF	65.92±13.13	77.24±15.17	0.002	66.13±14.21*	85.46±12.72△	0.000

注:与对照组治疗前、后各维度评分比较,* $P < 0.05$,△ $P < 0.05$

3 讨 论

IBS 是一种常见的以腹痛或腹部不适伴排便习惯改变为特征的功能性肠道疾病,其病因与发病机制尚不明确^[8-9]。目前临床上缺乏有效治疗方法,中医认为肝郁脾虚是导致 IBS 发生的重要因素,其临床表现以腹痛、腹泻、腹胀等为主,发作与个人情绪密切相关。西医对 IBS 仅以便秘、腹泻等进行分型治疗,忽略了患者情志等心理精神因素的影响,其治疗不良反应较大、效果也不及中医药疗法,而中医进一步明确了 IBS 病理病机,根据中医辨证理论对 IBS 作了进一步的证候分型,将其分为肝郁脾虚、脾肾阳虚等,不同证型施予不同治疗方法,其治疗针对性更强,效果更明显。在相关研究中证明了中医药治疗 IBS 疗效较为明显,出于患者情志等心理精神因素的考虑,本研究联合情志护理、中医针灸、推拿按摩、穴位敷贴等特色疗法的优势制定了中医特色护理方案,根据表 1 和表 2 的研究结果显示,中医特色护理治疗 IBS 对改善患者症状、提高生活质量评分等效果明显优于对照组,说明了中医特色护理能切实改善患者症状、提高患者生活质量。

本研究结果表明:(1)情志护理是治疗肝郁脾虚型 IBS 的基础与必要条件;余进等^[9]研究证明了情志、心理护理能改善 IBS 患者的相关症状及生活质量,为 IBS 患者的治疗提供了有利条件。中医学十分重视精神同疾病的关系,认为不良的精神刺激作用于机体,会引起体内阴阳失调而引起疾病,加上 IBS 具有长期迁徙不愈等特征,常常导致患者抑郁、焦虑等心理障碍,在某种程度上加重了 IBS 患者的病情。故本研究实施情志护理,为改善患者症状及生活质量提供了基础条件。(2)中医特色护理是治疗 IBS 的基本保证;张魁^[10]通过对照试验证明了穴位贴敷疗法在肝郁脾虚型 IBS 中的作用与意义;何严

等^[11]用针灸(针刺脾俞(双)、中脘(双)、天枢等)配合按摩治疗 IBS,总体有效率达到了 94%。中医针灸、推拿按摩、中药敷贴等是中医药特色疗法,也是彰显中医治疗疾病体现优势的重要手段,其实施是与运用为 IBS 患者的治疗提供了基本保证,彰显了中医特色护理的价值。(3)饮食护理以及其他护理为 IBS 的治疗提供了辅助保障;暴饮暴食、酗酒,高糖、高脂肪食物的摄入,容易增加患腹泻型 IBS 的风险^[12]。因此,合理地搭配与控制饮食对改善 IBS 患者身体健康状况有十分重要的意义。通过疾病认知护理能提高患者对 IBS 疾病防治意识,生活起居护理能改善肝郁脾虚型 IBS 患者身心健康,为其快速康复提供了辅助保障。

综上所述,本研究证明实施中医护理能更好地改善 IBS 患者临床症状,提高患者的生活质量,且效果明显,为 IBS 治疗与护理开辟了新的路径,临床上值得推广。

参考文献

[1] 邱小丽,刘广丹,陈柳媚,等. 护理干预在肠易激综合征患者中的应用效果[J]. 中国当代医药,2016,23(13):189-191.

[2] 裴丽霞,孙建华,夏晨,等. 针灸治疗腹泻型肠易激综合征肝郁脾虚证临床研究[J]. 南京中医药大学学报,2012,28(1):27-29.

[3] 张晋嫒,张春艳,何昕,等. 肝郁脾虚型肠易激综合征中医治疗概况[J]. 新中医,2013,45(11):117-119.

[4] 肖伟,陈洁玲,林彬,等. 疏肝健脾法治疗肠易激综合征研究进展[J]. 安徽中医学院学报,2012,31(5):94-96.

[5] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组. 肠易激综合征

- 诊断和治疗的共识意见[J]. 中华全科医师杂志, 2008, 7(5):298-300.
- [6] 中华中医药学会脾胃病分会. 肠易激综合征中医诊疗共识意见[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(7):1062-1063.
- [7] 李倩, 王红梅, 陈晓, 等. 中医特色护理干预对腹泻型肠易激综合征患者近期生活质量影响的研究[J]. 中国中医急症, 2012, 21(11):1881-1883.
- [8] 诸凡凡, 叶柏. 腹泻型肠易激综合征发病机制及治疗现状[J]. 西部中医药, 2013, 22(10):139-142.
- [9] 余进, 陈曦. 心理干预在肠易激综合征治疗中的作用研究
- 临床探讨 •
- [J]. 中国医药导报, 2012, 9(13):141-142.
- [10] 张魁. 穴位贴敷疗法配合心理护理干预治疗肝郁脾虚型肠易激综合征 54 例[J]. 河南中医, 2014, 34(6):1170-1171.
- [11] 何严, 高宏. 针灸配合按摩治疗肠易激综合征 36 例[J]. 陕西中医, 2004, 25(3):258-259.
- [12] 李云. 饮食护理干预对腹泻型 IBS 的效果分析[J]. 当代护士:中旬刊, 2015, 12(2):25-26.
- (收稿日期:2017-03-11 修回日期:2017-05-28)

动机性访谈对高龄高血压患者自护能力及血压控制的影响

张 莹

(首都医科大学宣武医院综合科, 北京 100053)

摘要:目的 探讨动机性访谈对老年高血压患者自我护理能力及血压控制的影响。方法 选取该院收治高血压患者 106 例为研究对象, 按照随机数字表法分成动机访谈组和常规组, 每组各 53 例, 常规组给予常规的口头形式的护理干预, 动机访谈组在此基础上给予动机性访谈模式的干预。采用自我护理能力测定表(ESCA)评估两组患者护理效果, 并比较两组患者血压控制效果及满意度。**结果** 干预后, 动机访谈组患者血压控制达标率明显高于常规组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 动机访谈组 ESCA 评分与常规组相比, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 动机访谈组总体满意度优于常规组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 动机性访谈能提高原发性高血压患者的自我护理能力, 有效控制血压稳定。

关键词:动机性访谈; 高血压; 自护能力; 血压控制

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.19.040 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)19-2921-03

高血压是临床上最常见的心脑血管性疾病, 易反复发作, 需终身服药治疗。统计显示, 我国老年高血压的患病率约为 30%, 且呈逐渐增加趋势, 对人们的健康及生命均产生严重影响^[1]。不良的生活方式是诱发高血压的因素之一, 因此改变患者的不良行为, 提高患者的自护能力对维持血压稳定至关重要。动机性访谈(MI)是以患者为中心的行为改变咨询方式, 其目的在于转变患者的动机, 促进患者健康^[2]。本研究对高龄高血压患者采取以 MI 理论为基础的健康教育, 以阐明 MI 在原发性高血压治疗中的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 6 月至 2015 年 6 月本院收治的高血压患者 106 例。随机分为动机访谈组和常规组, 每组各 53 例。常规组男 30 例, 女 23 例, 平均年龄(69.61±5.26)岁, 平均体质量(70.16±9.32)kg, 体质量指数(BMI)为(27.34±1.45)kg/m²; 文化程度: 初中及以下 7 例, 高中及大专 30 例, 大学及以上 16 例; 婚姻状况: 已婚 42 例, 未婚 9 例, 丧偶离异 2 例; 动机访谈组男 31 例, 女 22 例, 平均年龄(70.18±5.19)岁, 平均体质量(71.34±9.26)kg, BMI(27.90±1.51)kg/m²; 文化程度: 初中及以下 9 例, 高中及大专 29 例, 大学及以上 15 例; 婚姻状况: 已婚 43 例, 未婚 7 例, 丧偶离异 3 例。两组患者的年龄、性别资料等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准: 年龄≥60 岁; 符合《高血压的诊断与治疗中国专家共识(2011 版)》^[3] 诊断标准的高血压患者; 无并发症; 能进行正常的沟通交流; 以往未接受过相关护理干预; 签订知情同意书。排除标准: 伴其他严重慢性疾病者, 如心脏病、脑血栓、肾病等; 精神障碍者, 听力功能障碍者; 无法配合完成本研究者。

1.3 方法 两组患者均由同一组医生根据患者病情制定针对性的方案, 常规组患者给予常规的口头形式的护理指导, 指导内容主要包括(1)高血压相关知识指导: 由笔者定期组织给患者进行高血压预防及治疗的知识普及, 教育内容主要包括高血压发病因素、并发症风险因素、饮食控制重要性、控制方法, 运动重要性、运动方式等基础内容, 以提高患者的健康知识水平。(2)心理指导: 研究显示, 60%以上的高血压患者均存在不同程度的心理异常, 严重者直接导致患者病情加重或发生并发症。因此, 护士要多与患者沟通, 多鼓励和帮助患者, 满足患者的心理需求, 严重者请求心理医师的帮助, 以减少不良心理因素的发生, 积极主动地配合治疗。(3)运动指导: 指导患者合理的有氧运动方式, 如散步、慢跑、竞走或打太极拳等, 以增强机体免疫力, 提高体质, 从而维持血压稳定。

动机访谈组在此基础上给予 MI 模式的健康指导, 根据 MI 模式的 5 个阶段进行指导。(1)无意图期: 研究负责人与小组护士一同在 MI 理论的指导下, 在干预初期, 与患者建立相互信任、互相依赖的密切关系, 同时加强与患者之前的交流, 多让患者表达自己的情感及想法, 并对患者所表现出的消极态度给予安慰^[4]。(2)意图期: 采取“一对一”的模式对高血压患者进行生活指导, 首先充分沟通了解患者的生活方式, 并指出当前对疾病有不良影响的生活习惯, 嘱咐患者纠正这些对疾病有不良影响的生活方式, 树立健康意识。(3)准备期: 综合分析患者的病情、当前生活方式, 在权衡利弊的基础上, 拟定健康行为正性改变计划。(4)改变期: 在健康行为发生改变之前, 详细向患者解释和说明已拟定的方案内容, 询问其方案是否需要调整, 是否已经对实施方案有了充足的准备^[5], 对于表示无需改变方案的患者严格按照方案执行; 需对方案进行调整, 调整后按照方案要求执行。同时与患者保持联系, 以确保方案顺利施