

指示胶带鉴定结果的影响[J]. 中国消毒学杂志, 2014, 31(3): 224-226.

[13] 姚卓娅, 孙晶玉, 叶伟超, 等. 压力蒸汽灭菌包内化学指示物对灭菌监测效果的影响[J]. 中国护理管理, 2015, 15(1): 77-80.

[14] WU YH, LIU R, CHEN XM, et al. Clinical observation of

• 临床探讨 •

An-bijie fast multi-enzyme detergent[J]. Chinese Journal of Noso-comiology, 2013, 12(9): 679-680.

[15] 李六亿, 巩玉秀, 武迎宏, 等. 内镜清洗消毒方法的研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2013, 13(10): 901.

(收稿日期: 2016-03-18 修回日期: 2016-05-11)

预见性护理在预防高血压性脑出血患者微创术后便秘中的效果评价

代建萍, 陈玉娇, 王丽香

(海南省农垦总医院东湖门诊部, 海南海口 570203)

摘要:目的 探讨预见性护理在预防高血压性脑出血患者微创术后便秘中的应用效果。方法 选取 2013 年 12 月至 2015 年 5 月收治的高血压性脑出血患者 124 例依照入院先后顺序依次交替归属为对照组和研究组, 每组各 62 例, 所有患者均接受同样治疗, 对照组患者接受常规护理干预, 研究组患者在对照组的基础上行预见性的护理干预。比较两组患者排便积分、Bristol 大便性状分型中理想便形和便秘发生率。结果 干预 14 d 后, 研究组患者排便积分由 (2.48 ± 0.49) 分下降到 (0.97 ± 0.50) 分, 对照组由 (2.46 ± 0.53) 分下降到 (2.03 ± 0.57) 分, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 研究组 Bristol 大便性状分型中理想便形由 14.52% (9/62) 上升至 70.97% (44/62), 对照组理想便形由 12.90% (8/62) 上升至 19.35% (12/62), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 研究组便秘发生率低于对照组 (25.81%/77.42%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 预见性护理干预对高血压性脑出血患者具有很好的临床护理作用, 能有效改善排便积分及大便性状分型, 患者微创术后便秘及便秘并发症的发生率均明显降低。

关键词: 预见性护理; 高血压; 脑出血; 便秘

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.16.055 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2016)16-2370-03

便秘是脑卒中患者最常见的并发症之一, 其发病率为 30%~60%^[1-2]。便秘不仅给脑卒中患者带来痛苦, 同时用力排便可使血压和颅内压骤增, 脑供血不足, 易发生脑血管破裂, 危及生命。因此, 保持大便通畅是护理脑卒中患者的重要措施之一。有报道显示, 对患者行早期护理干预能降低患者术后便秘的发生, 并减少其他并发症的发生, 促进康复^[3], 但尚需临床资料进一步证实。该院对微创手术治疗高血压性脑出血患者进行相关的预见性护理干预, 取得了良好的疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 124 例高血压脑出血患者为研究对象; 纳入标准: 年龄 18~75 岁; 经头 CT 确诊为高血压脑出血患者^[4]; 生命体征平稳; 能理解、执行简单指令; 对本研究知情同意。排除标准: 严重肝肾功能不全者; 习惯性便秘或其他原因导致便秘者; 患精神病史或存在认知障碍者; 无法配合完成相关量表填写者等。依照入院先后顺序依次交替归属为对照组和研究组, 每组各 62 例。对照组中男患者 33 例, 女患者 29 例, 年龄 20~75 岁, 平均年龄 (54.03 ± 4.98) 岁, 发病时间 0.5~6 d, 平均发病时间 (1.82 ± 0.59) d, 体质量 45~87 kg, 平均体重 (66.09 ± 12.28) kg; 按照出血部位分类: 基底节区出血 46 例、丘脑出血 4 例、脑叶出血 9 例、小脑出血 3 例, 出血量 15~40 mL, 平均出血量 (26.14 ± 2.25) ; 文化程度分类: 小学 24 例、初中及高中 29 例、大专及以上 9 例。观察中男患者 30 例, 女患者 32 例, 年龄 18~75 岁, 平均年龄 (53.15 ± 5.04) 岁, 发病时间 1~7 d, 平均发病时间 (1.73 ± 0.62) d, 体质量 48~92 kg, 平均体质量 (65.48 ± 12.41) kg; 按照出血部位分类: 基底节区出血 43 例、丘脑出血 5 例、脑叶出血 8 例、小脑出血 6 例, 出血量 12~45 mL, 平均出血量 (25.52 ± 2.37) ; 文化程度分类: 小学 25 例、初中及高中 26 例、大专及以上 11 例。两组

患者性别、年龄、发病时间、出血部位、出血量及文化程度等资料方面均无显著性 ($P > 0.05$)。具有可比性。

1.2 方法 所有患者均由同一组医生在 CT 定位下实施 YL-1 型颅内血肿微创清除术治疗。其中对照组术后行常规护理干预, 每日护理工作根据患者病情遵医嘱给予酚酞片、大黄苏打片或番泻叶等缓泻剂治疗。研究组在对照组基础上, 以护士长为组长, 科室护士为组员成立高血压脑出血微创术后特护小组, 对患者采取便秘早期防治的预见性护理干预, 组内成员共同学习高血压性脑出血患者微创术治疗期间护理方法的相关知识, 学习地点在医生及护士办公室, 每日于早会后集体学习 60 min, 共学习 2 周。学习结束后, 研究者对整个学习过程的内容进行评价和总结, 小组内成员进行充分讨论, 根据不同患者情况的不同归纳出具体的护理干预措施, 具体措施见表 1。

1.3 观察指标 以术后 24 h、干预后 14 d 为观察点, 对两组患者进行排便积分测定和 Bristol 大便性状分型测评。具体测定方法: 排便积分测定由护士判断并记录患者排便费力情况; Bristol 大便性状判定由患者排便后及时通知护士观察评定。

1.3.1 排便积分测定 0 分: 自然排便, 排便时不费力; 1 分: 排便时较费力; 2 分: 排便时很费力; 3 分: 用力排便且需借助其他辅助方法。分值越小, 排便越接近正常^[10]。

1.3.2 Bristol 大便性状分型 I 型: 大便呈分离的硬团; II 型: 大便呈团块; III 型: 大便呈干裂的香肠状; IV 型: 大便呈柔软的香肠状; V 型: 大便呈软的团块; VI 型: 大便呈泥浆状; VII 型: 大便呈水样便。其中 I~III 型表示有便秘, IV 型和 V 型为理想的便形, VI 型和 VII 型则代表可能有腹泻。便秘发生率按照 Bristol 大便性状分型中 I 型、II 型和 III 型占有比例判断^[11]。

1.4 统计学处理 数据采用 SPSS23.0 统计学软件进行处理,以 $\bar{x} \pm s$ 代表计量数据,用 t 检验,以率或构成比为计数资料,用 χ^2 检验,等级资料比较采用 Ridit 分析; $P < 0.05$ 表示 2 组比较差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 排便积分、Bristol 大便性状分型比较 干预前两组患者

排便积分、Bristol 大便性状分型比较,差异无有统计学意义 ($P > 0.05$)。干预 14d, 研究组排便积分较对照组下降明显 ($P < 0.05$); 研究组理想便型由 14.52% (9/62) 上升至 70.97% (44/62), 对照组理想便形由 12.90% (8/62) 上升至 19.35% (12/62), 两组患者干预后大便性状分型比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 1 预见性护理措施

项目	护理措施
术前准备	协助患者完善检查, 全面评估病情, 训练患者床上排尿、排便, 避免术后尿潴留及便秘, 指导患者沐浴, 局部备皮, 术前要给予相关药物对症治疗。同时认真评估患者术前每日排便次数、频率及大便性状等, 为术后的护理观察提供对比。
心理干预	(1) 对患者进行心理支持与安慰, 加强与患者的交流, 对不良心理及时因势利导 ^[5] 。 (2) 告知患者及家属发生便秘的原因、预防措施及过度用力排便的危害, 解除其恐惧、焦虑心理, 以取得患者及家属积极配合, 达到解除大脑皮质对排便动作的抑制 ^[6] 。
病情观察及护理	医护人员实时监测患者呼吸、心率、血压改变等一系列生理变化, 如有异常立即采取相关治疗。术后详细了解并记录术中情况, 具体包括手术时间等, 24 h 内严密观察患者生命体征, 并持续监测心电图和血氧饱和度, 如有异常立即上报, 并采取相应处理。
饮食护理	(1) 对术后昏迷患者, 在给予足够的水分和营养物质的同时, 可将蔬菜、水果等含粗纤维的食物榨汁搅拌均匀浆和水果汁从胃管内注入, 以刺激胃肠蠕动, 软化粪便。 (2) 对术后清醒的患者, 尽快恢复进食进水, 一般 12 h 即可进食流质或半流质饮食, 逐渐过渡到软食、普食 ^[7] 。 (3) 强调术后的主食量和蔬菜量, 鼓励患者进食高维生素、高纤维的新鲜蔬菜, 两餐之间可吃一些含纤维素较高的水果, 避免食用刺激性食物 ^[8] 。
健康行为管理	(1) 指导患者养成规律排便的习惯, 指导及时排便的好处, 并制订排便时间表, 让患者自行填写。 (2) 术后尽量取左侧卧位排便, 屏风或隔帘遮挡, 减少陪护及探视人员, 创造相对隐蔽的空间, 消除患者紧张情绪。 (3) 病情稳定后尽早进行一些简单的活动时给患者进行翻身、按摩腹部等护理, 促进患者排便反应 ^[9] 。
排便护理	(1) 术后, 如患者有便意但感觉排便费力, 切记不可用力排便, 应嘱患者取左侧卧位, 深吸气, 下腹部用力模拟排便动作, 同时护理人员可将双手适当地按压腹部, 以刺激直肠诱发便意, 促进排便; (2) 必要时遵照医嘱, 给予一些通便药物, 如开塞露纳肛, 以软化粪便, 促进顺利排便, 减少患者因用力排便引起再出血等并发症。 (3) 对于通便药物仍不能达到目的, 可戴手套用手指或卵圆钳取出干结大便。

表 2 排便积分、Bristol 大便性状分型比较

组别	排便积分 ($\bar{x} \pm s$, 分)	Bristol 大便性状分型(例)							
		I	II	III	IV	V	VI	VII	
对照组 ($n=62$)	术后 24 h	2.46 ± 0.53	15(24.19)	15(24.19)	24(38.71)	5(8.06)	3(4.84)	0(0.00)	0(0.00)
	干预后 14 d	2.03 ± 0.57	6(9.68)	11(17.74)	33(53.23)	6(9.68)	6(9.68)	0(0.00)	0(0.00)
研究组 ($n=62$)	术后 24 h	2.48 ± 0.49	15(24.19)	13(20.97)	25(40.32)	5(8.06)	4(6.45)	0(0.00)	0(0.00)
	干预后 14 d	0.97 ± 0.50	3(4.84)	4(6.45)	9(14.52)	35(56.45)	9(14.52)	0(0.00)	0(0.00)
χ^2/t	0.681				0.653				
P_1	>0.05				>0.05				
χ^2/t	4.079				13.847				
P_2	<0.05				<0.05				

2.2 便秘发生率比较 研究组便秘发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 便秘发生率比较

组别	n	便秘例数 (n)	百分比 (%)
对照组	62	48	77.42
研究组	62	16	25.81
χ^2		10.495	
P		<0.05	

3 讨 论

高血压脑出血临床的多发病, 该病发展迅速, 致残率和病死率均较高, 目前对该病的首选疗法是微创血肿清除术治疗。但术后活动减少, 加之用药、排便习惯改变、心理等因素影响, 便秘发生率较高。有报道显示^[12], 便秘与高血压脑出血病情息息相关, 病情越重, 病程越长, 便秘的发生率越高; 此外, 便秘使大量毒素聚集在肠道内, 被吸收入血液后毒害中枢神经系统, 影响脑功能康复。高血压脑出血便秘用力排便可使腹腔压力升高, 导致心肌收缩力加强、血压及颅内压骤增, 诱发脑出

血,严重者可直接导致患者死亡。所以对于高血压脑出血患者保持大便通畅具有重要意义。

王姣等^[13]研究显示,高血压脑出血患者术后2周内是预防便秘的关键时期,因而,本研究采用预见性护理干预在高血压脑出血患者术后2周内进行干预,结果显示,干预14 d,研究组排便积分较对照组下降明显,差异有统计学意义($P < 0.05$);研究组理想便型由14.52%(9/62)上升至70.97%(44/62),对照组理想便型由12.90%(8/62)上升至19.35%(12/62),两组患者干预后大便性状分型比较差异有统计学意义($P < 0.05$);且研究组便秘发生率低于对照组(25.81%/77.42%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。这主要是由于高血压性脑出血患者微创术后便秘发生原因主要有:(1)术后卧床时间长,活动减少,肠蠕动减弱;脑出血后,脑功能受损,使正常排便反射系统被破坏,反射降低,致使患者无便意或便意减退;(2)患者术后饮食减少及摄入不合理,对结肠壁的刺激作用降低,压力过小,不易刺激排便反射功能的产生;(3)术后患者不适应排便方式的改变,致使排便反射受到制约,导致便秘的产生;(4)术后采用甘露醇等脱水剂治疗,使肠道内水分减少,致使大便干燥,不易排出;(5)术后紧张、焦虑、恐惧等不良情绪,扰乱了患者正常的排便规律,便秘更易发生。而本研究在分析以上因素基础上,在患者便秘发生之前预见到便秘发生的可能性,及时有效地制订护理措施,做到防患于未然,从而降低了术后便秘的发生率。

综合上述分析,预见性护理干预对高血压性脑出血患者具有很好的临床护理作用,能有效改善排便积分及大便性状分型,患者微创术后便秘及便秘并发症的发生率均明显降低。

参考文献

[1] 张博. 脑卒中患者便秘的护理体会[J]. 中国实用神经病学杂志, 2012, 15(1): 31-32.

[2] 王炳莲, 绪桂贤, 甘宜琴. 品管圈在降低脑卒中患者便秘

发生率中的应用价值分析[J]. 山东医药, 2015, 55(1): 45-46.

[3] 薛雷. 早期护理干预对基底节区高血压性脑出血老年患者术后便秘的影响[J]. 中国医药导报, 2010, 34(2): 162-163.

[4] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(3): 379.

[5] 万向军, 刘红艺, 王立新, 等. 脑卒中后抑郁症病人102例多元心理护理[J]. 中国老年学杂志, 2011, 31(10): 1855-1857.

[6] 侯淑敏, 陈长香. 脑卒中患者便秘的原因分析及护理进展[J]. 护理实践与研究, 2012, 9(2): 110-112.

[7] 赖霞霞. 前瞻性护理干预对脑出血手术后患者便秘的影响[J]. 白求恩军医学院学报, 2013, 1(5): 472-473.

[8] 张荣艳, 周如敏. 老年脑血管病便秘患者108例护理体会[J]. 吉林医学, 2013, 34(34): 7308-7309.

[9] 方阿嫦. 系统护理干预对预防脑卒中患者便秘的效果评价[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(1): 4-5.

[10] 邹丽玲, 赖翠薇, 黄淑娟, 等. 综合干预在预防脑卒中病人便秘中的应用研究[J]. 护理研究, 2011, 25(24): 2490-2491.

[11] 苏旭, 赵晓荣, 李淑杏, 等. 脑卒中后便秘患者不同护理干预方法的效果比较[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(26): 3207-3210.

[12] 兰艳丽. 脑血卧床患者便秘的原因分析及护理[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2013, 16(1): 91-92.

[13] 王姣, 曾新华, 李莲. 脑出血患者便秘及粪便嵌塞的相关因素及护理对策[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(28): 3506-3509.

(收稿日期:2016-03-16 修回日期:2016-05-09)

• 临床探讨 •

放松训练配合纽曼护理模式对食管癌围术期患者应激反应及免疫功能的影响

黄露, 刘文明, 钟肖红, 郭龙斌

(广州医科大学附属肿瘤医院手术室, 广州 510030)

摘要:目的 探讨放松训练配合纽曼护理模式对食管癌围术期患者应激反应及免疫功能的影响。方法 选取该院2015年1月至2016年1月收治的94例拟行食管癌手术患者,采用随机数字表法将其分为研究组和对照组各47例,对照组采用常规的护理模式进行干预,研究组采用放松训练配合纽曼护理模式进行干预,比较两组患者围手术期应激反应与免疫功能的变化。结果 干预前两组患者的SDS和SAS评分差异无统计学意义($P > 0.05$),干预后均显著降低,差异有统计学意义($P < 0.05$),研究组显著低于对照组($P < 0.05$);干预前两组患者 $CD3^+$ 、 $CD4^+$ 、 $CD8^+$ 和NK细胞水平差异无统计学意义($P < 0.05$),干预后 $CD3^+$ 、 $CD4^+$ 和NK细胞水平均显著升高,差异有统计学意义($P < 0.05$), $CD8^+$ 水平干预后显著降低,差异有统计学意义($P < 0.05$),干预后两组间水平差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 放松训练配合纽曼护理模式可以有效的缓解食管癌患者围手术期的焦虑抑郁情绪,增强机体的免疫功能。

关键词: 放松训练; 纽曼护理模式; 食管癌; 围手术期; 应激反应; 免疫功能

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.16.056 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2016)16-2372-03

食管癌是临床上较为常见的恶性肿瘤,发病部位以食管中下段居多,发病人群多集中在50岁以上的老年人,男性多于女性。该病发病率较高,且致死率逐年上升。据统计^[1],全世界

每年约有20余万人死于食管癌,而我国每年死于食管癌人数高达15万余人,约占世界食管癌死亡人数75%。对于食管癌患者的治疗刻不容缓,目前,我国对于食管癌患者的治疗多采