

观察[J]. 中国中医急症, 2010, 19(4): 693-694.

[3] 崔伟, 王丹, 魏智钧, 等. 地奥司明、50%硫酸镁溶液联合氦氖激光照射治疗混合痔术后创面水肿与疼痛的疗效观察[J]. 中国医院用药评价与分析, 2015, 15(1): 25-26.

[4] 宋雪英, 卜亚云, 攸连秀. 氦氖激光治疗皮肤溃疡的临床疗效[J]. 中国康复, 2003, 18(1): 35-36.

[5] 熊傲雪, 张诚, 高蕾, 等. 单倍体相合造血干细胞移植后重症移植物抗宿主病的护理[J]. 国际输血及血液学杂志, 2014, 37(1): 23-25.

[6] 项荣, 丁栋博, 范亮亮. 氧化锌的抗菌机制及其安全性研究进展[J]. 中国组织工程研究, 2014, 18(3): 470-473.

[7] 姚亚春, 张应喜. 氧化锌糊包敷治疗婴儿湿疹并感染的效果观察及护理[J]. 护理实践与研究, 2012, 9(13): 44.

[8] 陈秀珍, 何丽曼. 氦氖激光照射对皮肤多种皮疹治疗效果观察[J]. 吉林医学, 2012, 33(10): 2136-2137.

[9] 许卫华, 刘勤, 周卫东, 等. 抗菌药物联合氦氖激光照射治疗皮肤软组织感染的临床研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2015, 25(18): 4177-4179.

[10] 谢君, 梁东辉, 徐翔, 等. 皮肤针加氦氖激光治疗神经性皮炎的疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2012, 28(3): 44-45.

(收稿日期: 2017-06-24 修回日期: 2017-09-18)

• 临床探讨 •

耳穴埋籽联合耳穴按摩对胃肠道手术后胃肠功能恢复的影响

邱 丽, 张小红[△]

(湖北省襄阳市中心医院/湖北文理学院附属医院: 1. 消化内科一病区; 2. 护理部 441021)

摘要:目的 探究耳穴埋籽联合耳穴按摩对胃肠道手术患者胃肠功能恢复的影响。方法 选取该院 2015 年 5 月至 2016 年 7 月收治的 35 例胃肠道手术患者作为研究对象(观察组), 予以患者耳穴埋籽联合耳穴按摩治疗, 并选取同期 36 例胃肠道手术患者作为对照组, 患者予以常规禁食、胃肠减压及静脉补液等干预治疗, 对比两组患者胃肠道功能恢复情况、手术前后患者血浆胃动素与胃泌素水平、术后并发症情况及患者治疗满意程度。结果 观察组患者术后肛门恢复排气时间、肠鸣音恢复时间及排便时间、胃管拔出时间、住院时间均短于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 术前两组患者血浆胃动素与胃泌素水平差异无统计学意义($P > 0.05$), 术后观察组水平优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组术后并发症发生率为 19.44%, 低于对照组(2.86%), 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者治疗满意率高达 97.14%, 显著高于对照组(77.78%), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 胃肠道手术患者术后予以耳穴埋籽联合耳穴按摩干预可促进胃肠道手术后患者胃肠道功能的恢复, 促进患者更快恢复健康, 还可降低患者术后并发症发生率, 安全可行, 且患者满意度高, 可于临床推广应用。

关键词:耳穴埋籽; 耳穴按摩; 胃肠道手术; 胃肠道功能

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.23.039 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)23-3531-03

胃肠道手术后由于麻醉、手术创伤、伤口疼痛及消化系统解剖结构的改变, 导致胃肠道蠕动减弱或消失, 胃肠自主神经功能紊乱, 导致胃肠道积气、积液、扩张而产生不同程度的腹痛、腹胀、肠粘连等并发症, 严重影响患者术后恢复和临床预后^[1-3]。如何促进胃肠手术后患者胃肠功能恢复并尽快恢复饮食是术后护理的关键点。2015 年 5 月至 2016 年 7 月, 本院在常规的方法上采用耳穴埋籽联合耳穴按摩来观察胃肠道手术后胃肠道功能恢复的情况, 并与以往常规术后处理患者进行对比研究, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2015 年 5 月至 2016 年 7 月本院收治的 71 例患者, 将其随机分为对照组和观察组。对照组患者 36 例, 其中男 22 例, 女 14 例; 年龄 47~86 岁, 平均(63.12±5.34)岁; 胃癌手术 21 例, 胃十二指肠修补术 1 例, 胃间质瘤 1 例, 结肠癌手术 8 例, 直肠癌手术 4 例, 小肠手术 1 例。观察组患者 35 例, 患者行胃肠道手术耳部无疾患, 其中男 26 例, 女 9 例; 年龄 42~94 岁, 平均(63.13±5.21)岁; 胃癌手术 19 例, 胃间质瘤 1 例, 结肠癌 11 例, 直肠癌手术 3 例, 小肠手术 1 例。两组患者的年龄、性别等一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 对照组患者予以常规的治疗、护理: 采用禁食、胃肠减压、营养支持、调节水、电解质和酸碱平衡、静脉输液, 术后生命体征平稳后进行早期活动、鼓励早期下床活动等促进肠蠕

动早日恢复的措施。观察组患者在对照组基础上, 予以患者耳穴埋籽联合耳穴按摩治疗。待患者麻醉完全清醒, 血压、脉搏、呼吸平稳后由接受过操作流程培训的床位护士用胶布将王不留行籽准确地粘贴于耳穴处, 用食指和拇指给予适度的揉、按、捏、压, 使其产生酸、麻、胀、痛等刺激感应, 以达到治疗目的。操作流程: 首先以棉球蘸取 75% 乙醇将耳由上至下, 由内向外轻擦消毒; 选择肺、大肠、小肠、胃、交感等耳穴, 进行耳穴探查, 找出阳性反应点(酸、麻、胀、痛等), 并结合病情, 确定主辅穴位。左手手指托持耳廓, 右手用镊子夹取王不留行籽, 对准穴位紧贴其上, 并轻轻揉按 1~2 min。每次以贴压 3~5 穴为宜, 每日按压 3~5 次, 每次 3~5 min, 按压柔和, 力度先轻后重, 同时观察患者反应, 重视患者主诉。隔 3~5 d 换一次, 如有潮湿、脱落和污染, 及时更换。两耳交替或同时贴用。

1.3 观察指标 观察对比两组患者术后肛门恢复排气时间、肠鸣音恢复时间及排便时间、胃管拔出时间、住院时间、术前及术后血浆胃动素与胃泌素水平及术后并发症情况及患者满意程度。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计学软件进行数据分析, 计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料用百分数表示, 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 两组患者胃肠功能恢复情况比较 观察组患者术后肛门

[△] 通信作者, E-mail: 1207004166@qq.com.

恢复排气时间、肠鸣音恢复时间及排便时间、胃管拔出时间、住院时间均短于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者术前及术后血浆胃动素与胃泌素水平比较 术

表 1 两组患者术后胃肠功能恢复情况比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | 肛门恢复排气时间(h) | 肠鸣音恢复时间(h) | 胃管拔出时间(h) | 排便时间(h) | 住院时间(d) |
|-----|----|-------------|------------|-------------|-------------|-----------|
| 观察组 | 35 | 59.09±6.73 | 43.51±6.64 | 36.46±10.24 | 45.36±13.25 | 5.64±1.24 |
| 对照组 | 36 | 68.47±5.06 | 48.32±4.86 | 42.24±10.25 | 56.43±14.24 | 7.43±2.13 |
| t | | 6.650 | 3.490 | 2.377 | 3.389 | 4.311 |
| P | | <0.05 | <0.05 | <0.05 | <0.05 | <0.05 |

表 2 两组患者手术前后血浆胃动素与胃泌素水平比较(ng/L, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | 胃动素 | | 胃泌素 | |
|-----|----|--------------|--------------|-------------|-------------|
| | | 手术前 | 手术后 | 手术前 | 手术后 |
| 观察组 | 35 | 261.33±65.16 | 328.13±88.34 | 70.42±11.27 | 89.34±22.34 |
| 对照组 | 36 | 261.23±65.32 | 280.23±88.12 | 70.34±11.24 | 77.53±15.34 |
| t | | 0.006 5 | 2.287 1 | 0.029 9 | 2.603 1 |
| P | | 0.994 9 | 0.025 3 | 0.976 2 | 0.011 3 |

2.3 两组患者术后并发症情况比较 观察组患者术后并发症率[2.86%(1/35)]低于对照组[19.44%(7/36)],差异具有统计学意义($\chi^2 = 4.883 7, P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者术后并发症比较[n(%)]

| 组别 | n | 腹胀 | 腹痛 | 肠粘连 |
|-----|----|---------|---------|---------|
| 对照组 | 36 | 3(8.33) | 3(8.33) | 1(2.78) |
| 观察组 | 35 | 1(2.86) | 0(0.00) | 0(0.00) |

2.4 两组患者满意度比较 观察组患者治疗满意度明显高于对照组,差异具有统计学意义($\chi^2 = 6.012 2, P = 0.014 2$)。见表 4。

表 4 两组患者满意度比较[n(%)]

| 组别 | n | 很满意 | 满意 | 不满意 | 总满意 |
|-----|----|-----------|-----------|----------|-----------|
| 对照组 | 36 | 16(44.44) | 12(33.33) | 8(22.22) | 28(77.78) |
| 观察组 | 35 | 20(57.14) | 14(40.00) | 1(2.86) | 34(97.14) |

3 讨 论

胃肠手术后由于手术刺激、伤口疼痛及麻醉药物、消化系统解剖结构改变等因素影响,导致胃肠功能受损,胃肠功能恢复是术后观察的重点,肠鸣音及肛门排气是判断胃肠功能恢复的重要指标^[4]。机体若长时间肛门未排气,则引起腹胀、肠麻痹、肠梗阻等并发症,影响术后进食及机能恢复。因此,有效促进胃肠功能恢复可直接影响疾病恢复。目前对促进胃肠道手术后胃肠功能恢复一般采用禁饮食、胃肠减压、营养支持、调节水、电解质和酸碱平衡,静脉输液,术后生命体征平稳后进行早期活动、鼓励早期下床活动等措施,是一种被动等待方法。缩短手术后胃肠功能恢复时间,尽快恢复正常的消化道功能,是胃肠道手术后急需解决的问题^[5]。

中医学认证,人的耳廓和全身经络脏腑有着相互密切的关系,耳穴是耳廓表面与人体经络脏腑组织器官、四肢百骸相互联系部位^[6]。十二经脉均直接或间接与耳部发生关系。有研究显示,人体各个脏器和各部分在耳廓上都有一定的代表区,这些代表区是脏器患病时在耳廓上的反应点。选择大肠、小肠、胃、交感等耳穴,这些穴位和脏器直接呼应。胃肠道手术后胃肠功能障碍属于中医“胃脘痛”范畴,手术应激导致络脉损

前两组患者血浆胃动素与胃泌素水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);术后观察组患者水平均高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

伤、气滞血淤,则脾失健运,胃失和降^[7]。因此,活血化瘀、理气通脉的原则应贯彻于治疗的始终。耳穴埋籽加耳穴按摩可调畅气机、疏通经络、调动机体能动性、祛邪扶正、调整阴阳、促进气血运行,使胃肠功能早日恢复。另外,由于手术后患者疼痛、紧张、恐惧等负性情绪的影响还可激活交感、肾上腺系统,使去甲肾上腺素释放加快,心输出量增加,周围血管收缩影响了患者的血流动力学,血流动力学不稳定,影响胃肠道血液供应,不利于胃肠功能的恢复,通过耳穴埋籽和按摩可给患者带来心理上的安慰和亲切感,从而使患者情绪稳定,全身放松,机体对疼痛、放置各种管道等刺激的耐受性和适应能力均增强,从而稳定了患者的血液动力学,密切了护患关系,增进了护患之间的信任感,提高了患者对治疗、护理的依从性,从而促进胃肠道功能的早日恢复。较多研究均发现^[8-10],耳穴压豆法、穴位按摩可有效帮助患者术后胃肠功能恢复,可明显改善患者预后。本文数据显示,观察组患者术后肛门恢复排气时间、肠鸣音恢复时间及排便时间、胃管拔出时间、住院时间均短于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),提示耳穴埋籽联合耳穴按摩可促进胃肠道手术患者胃肠功能恢复,帮助患者更快恢复健康。本研究观察组患者术后血浆胃动素与胃泌素水平均优于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),提示耳穴埋籽联合耳穴按摩可有效调整肠道激素合成,促进胃动素与胃泌素分泌,从而提升血浆胃动素与胃泌素水平,促进患者胃肠功能尽快恢复。观察组患者术后并发症率(2.86%)低于对照组(19.44%),满意率高达 97.14%,显著高于对照组(77.78%),差异均有统计学意义($P < 0.05$),证实患者高度认可术后耳穴埋籽联合耳穴按摩干预治疗,且并发症率低,安全可行。

综上所述,采用耳穴埋籽加耳穴按摩能促进胃肠手术后胃肠功能恢复,且方法操作简便、易学易懂、经济实用、不良反应少,安全性高,患者易于接受,有助于提升患者满意度。

参考文献

[1] Yamada T, Hayashi T, Cho H, et al. Usefulness of enhanced recovery after surgery protocol as compared with conventional perioperative care in gastric surgery [J]. Gastric Cancer, 2012, 15(1): 34-41.

- [2] 陈丽,许勤,刘林,等.综合干预促进胃肠道手术病人快速康复的效果观察[J].护理研究,2013,27(16):1595-1596.
- [3] 姜梅.快速康复护理对肠道手术患者胃肠功能恢复的影响[J].中华现代护理杂志,2013,19(6):658-660.
- [4] 孙龙,李菊云,段培蓓,等.不同时间点耳穴贴压对胃癌患者术后胃肠功能恢复的作用[J].中华护理杂志,2015,50(7):844-847.
- [5] 周贇,陈利群,周敏,等.妇科腹部手术后胃肠道功能恢复护理的研究进展[J].解放军护理杂志,2013,30(7):34-37.
- [6] 兰晓娥.耳穴按摩促进妇科腹腔镜术后患者肛门排气效果观察[J].护理学杂志,2008,23(4):50-51.
- [7] 王俊杰.中医护理技术促进腹部术后胃肠功能恢复临床研究进展[J].护理学杂志,2014,29(1):91-93.
- [8] 马英.耳穴压豆法及穴位按摩在妇科腹腔镜术后胃肠功能恢复中的观察及护理[J].中国现代药物应用,2014,12(21):201-202.
- [9] 黄冬梅,司瑞超.观察耳穴埋籽护理对 70 例妇科术后患者排气的影响[J].光明中医,2015,7(3):562-563.
- [10] 万彬,吴淑红.艾灸配合耳穴埋籽治疗妇科恶性肿瘤术后腹胀的疗效观察[J].中国伤残医学,2015,11(24):127-128.

(收稿日期:2017-04-30 修回日期:2017-07-29)

• 临床探讨 •

鼻腔扩容术联合围术期护理治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的效果

黄丽,陈湘泉[△],郝洁

(重庆三峡中心医院耳鼻咽喉科 404000)

摘要:目的 探讨鼻腔扩容术联合围术期护理治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)患者的效果。方法 选择 2014 年 5 月至 2016 年 6 月该院收治 OSAHS 的患者 96 例,回顾性分析其临床资料并对护理方法进行总结。结果 以鼻部阻塞为主的 OSAHS 通过鼻腔扩容手术治疗后联合综合护理措施,在 96 例患者中,治愈患者 57 例(59.38%),显效患者 29 例(30.21%),有效患者 8 例(8.33%),无效患者 2 例(2.08%);经过治疗后,患者平均每小时出现呼吸暂停次数、鼾声指数和嗜睡量表(ESS)评分均低于手术前,差异有统计学意义($P < 0.05$);最低血氧饱和度高于手术前,差异有统计学意义($P < 0.05$);手术后疼痛视觉模拟评分(VAS)与 Lund-Kennedy 的评分均低于手术前,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 OSAHS 患者在经过合理的手术治疗和围术期前后的系统护理配合,可以大幅度地降低术后并发症发生概率,提高手术的成功率,改善患者夜间睡眠质量和其他与 OSAHS 相关的症状,提高患者的生活质量。

关键词:阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征; 鼻腔扩容术; 围术期护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.23.040 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)23-3533-03

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)是一种表现为当患者处于睡眠状态时^[1],尤其是在深度睡眠的状态下,上气道出现塌陷和阻塞,频繁地发生呼吸短时间停止和低通气量的情形^[2],这种症状可以导致血氧饱和度下降,伴有或者不伴有打鼾和在白天嗜睡的症状群^[3],如果伴有肥胖症状则发病率更高,男性发病率高于女性^[4-5]。在临床上,对于病情较轻的患者,可采用持续的气道正压通气治疗^[6],但是如果病情较重,需采用手术方法进行治疗,而鼻腔扩容术是现在常用的针对 OSAHS 的手术治疗方法^[7]。本院耳鼻喉科在 2014 年 5 月至 2016 年 6 月对收治的患有 OSAHS 的患者 96 例,全部经过鼻内窥镜下的鼻腔扩容术手术治疗,全部患者在围术期进行了系统的综合护理,效果良好,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院耳鼻喉科 2014 年 5 月至 2016 年 6 月收治 OSAHS 患者 96 例,其中男 86 例,女 10 例;年龄 32~63 岁,平均(49.56±6.38)岁;体质量 68~120 kg,平均(82.64±7.59)kg;血氧饱和度为 0.54~0.87,平均(0.75±0.08);睡眠中的呼吸暂停时间为 25~160 s,平均(85.37±5.49)s。所有患者经过 CT 冠状位断层扫描,都具有下列至少一项症状,如鼻息肉、鼻甲肥大、鼻中隔偏曲、中鼻甲反张等鼻腔结构出现异常及严重的鼻塞症状,并同时伴有以下条件:具有 OSAHS 的症状;习惯性在睡眠状态打鼾或者出现张口呼

吸、间歇性的呼吸停止;血氧饱和度降低;白天嗜睡注意力无法集中,伴有记忆力下降;通过检测整夜的睡眠,被诊断为 OSAHS;在利用激素类药物治疗后并没有出现好转的现象。

1.2 方法

1.2.1 手术方法 采用鼻腔扩容术治疗 OSAHS^[8]。患者入院后先行术前准备,在局部麻醉或者全身麻醉的情况下进行,包括鼻息肉切除、鼻中隔偏曲矫正、中鼻甲内移固定、中鼻道双侧筛窦对称开放、下鼻甲部分切除、下鼻甲外移固定等。临床上根据患者鼻部阻塞的不同原因选择不同的手术方法,最终达到缓解或者减轻气道阻塞的目的。手术后用凡士林油纱条或者高分子膨胀止血海绵填塞手术创口,在术后 24 h 之后,逐渐将填塞物抽出,在全部抽出之后执行鼻腔冲洗,频率为 2 次/天,常规状态下每 7 d 复诊检查 1 次,1 个月之后每 1 个月复诊 1 次,若出现不适时随时来医院复诊。

1.2.2 护理方法 (1)术前护理。在心理护理方面,作为护士对患者进行热情对待,对住院的环境进行详细的交代,尽快消除其陌生感,仔细收集患者病史和相关资料,做好护理评估工作和相关疾病的知识告知,向患者介绍本次手术的目的与意义、手术的方法和患者与家属如何配合手术,手术后的恢复和可能的注意事项等健康宣教,做到让患者有充分的思想准备,减轻焦虑症状。在一般手术准备方面,要帮助和提醒患者做好入院后的各项常规检查和鼻部内窥镜检查,行鼻部的 CT 断层

[△] 通信作者, E-mail:404339513@qq.com。