

肛周脓肿一旦确诊,只能采用手术进行治疗,术后的护理不适会严重影响患者的康复,因此科学有效的护理措施是肛周脓肿患者术后康复的关键^[4]。

预见性护理是指护士依靠临床经验、专业知识及查阅相关文献预测患者可能出现的问题,并采取预防性护理举措,从而达到最大限度减低患者痛苦感受,提高临床护理质量的目的^[5]。本研究在查阅相关文献、结合临床经验的基础上,护理工作人员从患者的实际出发,经过预见性护理小组成员的讨论,为肛肠脓肿患者制定出了最佳的围术期预见性护理方案。对照组患者采用常规护理,术后创面有效率为 80.36%,干预组在常规护理的基础上采用预见性护理

措施,患者创面愈合有效率为 94.64%;干预组患者术后 1、4 及 9 d 创面疼痛程度与对照组相比显著降低,各项目差异均具有显著性(均 $P < 0.05$)。由于肛周脓肿患者术后创面疼痛,患者同时又会伴有发热等症状,所以极易产生烦躁、焦虑不安等负面情绪,最终导致创面愈合迟缓,干扰了患者的正常工作和生活,笔者在肛周脓肿患者中开展预见性护理措施,护士护理工作由被动转变为主动,护理人员对患者术后可能出现的感染、并发症和不良心理情绪等能够及时有效地采取措施进行早期预防性干预,降低了患者术后的疼痛和并发症的发生率,提高患者满意度。

参考文献:

- [1] 唐冉,王建民,毛细云.促进肛周脓肿合并糖尿病术后创面愈合药物治疗研究进展[J].中医药临床杂志,2012,24(5):481-483.
- [2] 赵建芳,王雪华,叶敏,等.不同坐浴时间对肛周脓肿术后创面愈合的影响[J].护理研究,2013(3):827-828.
- [3] 何琳.肛周脓肿细菌感染的病原菌分布及耐药性[J].中华医院感染学杂志,2012,22(11):2452-2454.
- [4] 叶玲,黄璇,高允亮.加味苦参汤熏洗对肛周脓肿术后创面愈合的临床观察[J].中国现代药物应用,2010,4(2):134-135.
- [5] 张翠文,苏叶.预见性护理模式在骨科病房的应用[J].全科护理,2014,12(31):2915-2916.

收稿日期:2015-03-10

(本文编辑:吴迪汉)

化脓性阑尾炎术后肠粘连中药保留灌肠护理观察

叶邦珠

【关键词】 阑尾炎;肠粘连;中药保留灌肠;护理

doi:10.3969/j.issn.1671-0800.2015.11.071

【中图分类号】 R473.6 【文献标志码】 B 【文章编号】 1671-0800(2015)11-1526-02

临床上化脓性阑尾炎的主要治疗方法为手术治疗,术后最为常见的并发症为肠粘连,主要表现为不持续的腹部绞痛,并有腹胀便秘,当肛门排气排便时症状减轻^[1]。上述症状反复发作,如果不尽早预防和治疗非常容易发展为粘连性肠梗阻,而且病情会反复发作,给患者的心理健康和日常生活能力均造成了严重的影响,还会影响女性患者的生育功能^[2]。本组研究拟分析中药保留灌肠的护理措施对阑尾炎术后肠粘连的预防作用,现报道如下。

1 临床资料

作者单位: 323800 浙江省庆元,庆元县人民医院

通信作者: 叶邦珠, Email: 915139748@qq.com;

1.1 一般资料 选择浙江省庆元县人民医院 2012 年 3 月至 2013 年 3 月施行手术治疗的化脓性阑尾炎患者 80 例。所有患者术后出现腹痛、腹胀及胃肠功能紊乱等症状,部分患者有恶心、呕吐及便秘等,多数患者有切口周围有压痛感。所有患者在手术过程中发现阑尾明显肿胀、表面有脓性分泌物渗出,阑尾周围的腹腔发现稀薄脓液,局限有腹膜炎,并经术后病理切片证实为化脓性阑尾炎。根据投骰子的方式将 80 例患者随机分为对照组和观察组,每组 40 例。对照组中男 23 例,女 17 例;年龄 19~68 岁,平均(43.26±10.82)岁;病程 1~12 年,平均(6.37±1.60)年,术中置引流管 12 次。观察组中男 22 例,女 18 例;年龄 21~69 岁,平均(44.89±11.03)岁;病程 1~13 年,平均(6.59±1.64)年;术中置引流管 13

次。本组研究排除妊娠及哺乳期妇女,排除心、肝肾及血液等全身功能障碍,排除恶性肿瘤及精神疾病患者,排除严重脑血管疾病者,排除有肛周疾病及对中药过敏者。本组研究经过医学伦理委员会的批准,所有患者签署知情同意书。两组患者一般资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 观察指标 对比两组患者术后切口愈合时间、肛门排气时间和肠鸣音恢复时间。肠粘连诊断标准^[3]:(1)有阑尾切除术病经手术或病理证实为化脓性阑尾炎;(2)有不连续的腹部绞痛,多数患者有腹胀便秘的临床表现,当肛门排气排便时症状缓解,表现为不完全性肠梗阻;(3)经 X 线、超声及 CT 检查确诊并排除其他相似症状的疾病。

1.3 统计方法 采用统计学软件 SPSS

17.0 进行分析。计量资料采用均数 $\pm$ 标准差表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

1.4 结果 对照组患者术后切口愈合时间(11.37 ± 2.85)d,肛门排气时间(48.26 ± 12.07)h,肠鸣音恢复时间(37.08 ± 9.27)h;观察组切口愈合时间(8.24 ± 2.06)d,肛门排气时间(31.59 ± 7.90)h,肠鸣音恢复时间(23.29 ± 5.83)h,两组差异均有统计学意义($t=2.22, 2.16, 2.21$, 均 $P < 0.05$);两组患者出院后均定期随访复诊两年,观察组患者术后两年内发生肠粘连3例(7.50%),对照组患者术后两年内发生肠粘连11例(27.50%),差异有统计学意义($\chi^2=5.86, P < 0.05$)。

2 护理

两组患者术后均实施常规对症治疗和护理,常规治疗包括抗炎、补液、纠正水、电解质紊乱和酸碱平衡失调以及止血等。常规护理措施主要包括:(1)密切注意患者的生命体征变化,如有异常,立即告知临床医师进行处理。对腹痛的患者时刻注意腹痛部位、性质及是否有其他并发症。(2)加强对口腔的护理干预,每日用0.9%氯化钠注射液清洁口腔,以免有害细菌随着吞咽进入胃肠道,引发肠道感染。(3)主动与患者及其家属沟通,减轻患者的心理压力,让患者保持良好的情绪,争取使治疗效果达到最好。(4)用各种方式帮助患者缓解疼痛,如听一些轻松的音乐,作深呼吸等,对于疼痛严重的患者可以给予镇痛药物。(5)术后6h患者可以在床上做适当的活动,活动前要对患者各项生命体征进行监测,如果各项指标正常才可以进行,可以做一些呼吸和上肢运动等。术后12h可以进行下床活动,活动前护理人员叮嘱患者下床活动的注意事项,活动的幅度不宜过大,要循序渐进,下床活动时要有护士或家属进行搀扶,先在室内练习行走,每次时间不宜过长,并注意按住伤口,减轻伤口张力。(6)饮食要清淡、易于消化,先给予半流质饮食,不要吃刺激

性的食物,要少食多餐,营养均衡。(7)出院时叮嘱患者保持良好的生活习惯,每日保证充足的睡眠,要劳逸适度,活动要适当,每日保持舒畅的心情和良好的状态,达到防病治病的目的。

观察组患者在此基础上给予中药直肠给药。中药制剂由本院自行研制,主要成分包括生大黄15g,炒桃仁12g,芒硝30g,厚朴30g,枳实15g,莱菔子30g,赤芍15g,木香15g。由制剂室煎煮浓缩后装入瓶中,每剂250ml。灌肠前将制剂加热到36℃左右,给药时要保护患者的隐私,将患者用屏风遮挡,患者保持左侧卧位,膝部弯曲,将肛门暴露出来,确认患者肛周皮肤和黏膜无异常后将肛管缓慢插入直肠20cm后进行高位保留灌肠,每日给药一次,患者在给药过程中如有不适症状可张口进行深呼吸。治疗期间禁止使用其他影响肠道功能的药物,连续给药两周。本组方剂中生大黄味苦寒,具有较强的泻下作用,还能活血化瘀、泻下通便及抗感染;炒桃仁味苦甘平,除了活血祛瘀外,还能润肠通便、止咳平喘,常治疗肠燥便秘^[4];芒硝苦寒,能泻热通便、润燥软坚、清火消肿,常用于治疗大便燥结、积滞腹痛、肠痈肿痛及痔疮肿痛等,还可以减轻阑尾炎症和引起肠道神经反射;枳实主要治疗大便秘结和泻痢后重,能促进胃肠收缩。厚朴行气消积,常用于腹胀便秘、痰壅气滞等^[5];赤芍清热凉血、散瘀止痛,莱菔子消食除胀、降气化痰,木香行气止痛,调中导滞。上述药物组成方剂,可以缓解胃肠平滑肌痉挛,增加肠道的蠕动,促进肠道排便,同时具有消炎的作用,从而减轻组织的粘连程度^[6]。

肠粘连引起的腹部疼痛可以影响患者的情绪,进而影响患者的治疗效果,常用的止痛方法为口服或注射止痛剂,还包括中医针刺、耳穴压豆、中药灌肠等,治疗效果因人而异^[7]。本组研究翻阅了大量相关资料,在总结前人经验的基础上,采取中药制剂进行高位保留灌肠的治疗方式,此种方法实施起来比较简单,

患者的痛苦较小,并且所受的客观条件限制较少;保留高位灌肠时药物可以更深入的进入到肠内,在肠内停留的时间较长,使药效得到充分的发挥,提高临床治愈率。本组研究中,观察组患者术后切口愈合时间、肛门排气时间和肠鸣音恢复时间明显短于对照组,观察组患者术后两年内肠粘连发生率明显低于对照组,提示中药保留灌肠的护理措施能明显加快化脓性阑尾炎患者术后的身体恢复,明显减少术后肠粘连的发生率^[8]。但由于本组研究时间短、样本量小,远期疗效的未能进一步的分析,存在许多不足之处。因此今后要进一步扩大样本量,完善检测指标,探索出预防术后肠粘连的更为安全和有效的方法。

参考文献:

- [1] 陈玉琼,梁文婷,高珠英,等.回流灌肠法治疗高位粪便性肠梗阻8例护理体会[J].中华普通外科学文献:电子版,2011,5(4):355-356.
- [2] 魏思忱,郑国启,张秀刚,等.微生态制剂辅助治疗溃疡性结肠炎的疗效与安全性研究[J].中国微生态学杂志,2011,23(11):1003-1005.
- [3] 陈琼.针刺和中药灌肠在阑尾炎术后的运用及护理[J].西南军医,2014,16(2):237-238.
- [4] 倪猛,樊宏伟,高改云.通腑运肠汤内服加灌肠治疗粘连性肠梗阻46例[J].中国实验方剂学杂志,2014,20(14):215-218.
- [5] 李春阳,付强,张辉.不同途径给予中药保守治疗急性单纯性阑尾炎46例[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(11):299-301.
- [6] 姜秀菊,闫阳.腹部手术与肠道细菌移位和内源性感染[J].中国微生态学杂志,2013,25(6):739-741.
- [7] 赵振虎.中药保留灌肠在急性阑尾炎中的应用临床观察[J].中国实用医药,2013,8(14):174-175.
- [8] 康新,杨亮,路小光,等.大黄附子汤及喜能三联疗法治疗术后急性粘连性肠梗阻45例[J].世界华人消化杂志,2012,20(1):79-83.

收稿日期:2014-12-10

(本文编辑:吴迪汉)