

痛。本剂静滴的形式很容易地通过血脑屏障,并在开始给药 15~20 min 后显示中枢性镇痛作用^[5]。虽然有良好相对安全性的剂型,在 ICU 病人使用的研究仍稀缺。本研究进行这项随机研究,比较重症监护病房中,术后有轻度至中度疼痛的患者静脉滴注对乙酰氨基酚和芬太尼疗效和副作用。研究表明,在静脉滴注对乙酰氨基酚和芬太尼组,24 h 或 48 h 时评估患者疼痛分数之间没有任何统计学上显著差异,注意到两组间临床和实验室也没有任何显著差异。研究中使用乙酰氨基酚剂量无任何意义神经系统或肝功能异常。

研究表明^[6],子宫切除术前静脉给药 1 g 对乙酰氨基酚能更好地控制术后疼痛并减少吗啡使用。在经历下段剖宫产术患者,吗啡作为补充镇痛剂的研究中^[7],表明对乙酰氨基酚与布洛芬相比,能较好的控制疼痛。据 Cakan 等^[8]人进行的对 40 例患者的随机双盲临床试验,研究后腰椎椎板切除术疼痛管理,除了吗啡给药,接受对乙酰氨基酚后有更好的镇痛效果。

研究中通过 VAS,得到静脉滴注对乙酰氨基酚和芬太尼两组之间,1 天和 2 天类似的疼痛评分。在 48 h 后,芬太尼组中有更多的患者无疼痛(VAS, 0~1 分),本研究的患者并没有观察到,如呕吐等,任何不良反应。

参 考 文 献

- [1] Józwiak-Bebenista M, Nowak JZ. Paracetamol: mechanism of action, applications and safety concern[J]. Acta Pol Pharm, 2014, 71(1): 11-23
- [2] Jefferies S, Saxena M, Young P. Paracetamol in critical illness: a review[J]. Crit Care Resusc, 2012, 14(1): 74-80
- [3] Aghamir SK, Mojtahedzadeh M, Alizadeh F, et al. Propacetamol vs. tramadol for post-operative pain management after urologic surgery[J]. Int J Pharmacol, 2006, 4: 1-8
- [4] Petterson PH, Jakobsson J, Owall A. Intravenous acetaminophen reduced the use of opioids compared with oral administration after coronary artery bypass grafting[J]. J Cardiothorac Vasc Anesth, 2005, 19(3): 306-309
- [5] Kumpulainen E, Kokki H, Halonen T, et al. Paracetamol (acetaminophen) penetrates readily into the cerebrospinal fluid of children after intravenous administration[J]. Pediatrics, 2007, 119(4): 766-771
- [6] Arici S, Gurbet A, Turker G, et al. Preemptive analgesic effects of intravenous paracetamol in total abdominal hysterectomy[J]. Agri, 2009, 21(2): 54-61
- [7] Alhashemi JA, Alotaibi QA, Mashaat MS, et al. Intravenous acetaminophen vs oral ibuprofen in combination with morphine PCA after Cesarean delivery[J]. Can J Anaesth, 2006, 53(12): 1200-1206
- [8] Cakan T, Inan N, Culhaoglu S, et al. Intravenous paracetamol improves the quality of postoperative analgesia but does not decrease narcotic requirements[J]. J Neurosurg Anesthesiol, 2008, 20(3): 169-173

(2014-06-11 收稿)

捏脊疗法对骨折卧床患者腹胀、便秘及尿潴留的临床效果

魏 为

【关键词】 捏脊疗法; 下肢骨折; 便秘; 腹胀; 尿潴留

【中图分类号】 R 683

【文献标识码】 B

doi: 10. 3969/j. issn. 1009-2595. 2014. 11. 028

下肢骨折患者由于术后切口疼痛及长时间卧床休息,可引起患者尿道括约肌或膀胱反射性痉挛,从而导致患者出现腹胀、腹痛、尿潴留及便秘等并发症,增加患者术后痛苦,影响患者生存质量^[1]。下肢骨折术后腹胀、便秘、尿潴留的发生与气血亏虚、脾胃功能失调、津液亏损所致的腑气不通、气机阻滞、大肠传导失调有关^[2]。捏脊疗法通过对患者实施捏脊可疏通经络、促使阴阳平衡、调节肺脏气血,促进胃肠蠕动作用^[3]。本研究对下肢骨折术后并发便秘、腹胀、尿潴留的患者

应用捏脊疗法,效果理想,现报告如下。

1 资料及方法

1.1 临床资料

选取作者医院骨科 2013-01~12 月收治的 120 例下肢骨折患者为研究对象,纳入标准:①外伤后 48 h 内入院、活动受限、局部疼痛;②经 CT 或 X 线诊断为下肢骨折者;③术后 6 h 内出现不同程度的便秘、腹胀、尿潴留患者。排除大小便功能障碍、慢性便秘、肠道器质性病变及药物因素引起的便秘及严重性脊髓功能损伤者。将 120 例患者分为观察组及对照组各 60 例,其中观

察组男性 38 例,女性 22 例,年龄 20~85(56.32±3.15)岁,腹胀 38 例,便秘 60 例,尿潴留 28 例;对照组男性 35 例,女性 25 例,年龄 22~85(58.32±3.29)岁,腹胀 36 例,便秘 60 例,尿潴留 26 例,两组患者性别、年龄、合并腹胀、便秘、尿潴留、手术类型、麻醉方式均无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

对照组采用常规性护理,患者入院后 24 h 内由责任护士向患者介绍手术情况,并了解患者营养状况、饮食习惯、休息状况、排泄情况、兴趣爱好等,根据患者自身情况给予患者饮食、排泄及休息等相关知识宣教,同时告知患者腹部按摩的重要性及意义,让患者家属学习腹部按摩方法,每次 15~30 min,3 次/d。指导患者多饮水,并增加膳食纤维摄入量,减少辛辣刺激性食物摄取。每天定时安排患者排便,养成定时排便的习惯。

观察组在对照组基础上实施捏脊疗法,捏脊一般于术后 6 h 进行,根据疾病性质可分为补法、泻法,根据形式可分为滚捏、提捏及挟捏。患者取侧卧位、全身放松,具体操作如下:①提捏:护士以食、中两指按压背部,拇指顶住皮肤,三指有规则地提松,抓捏皮肤,让皮肤产生弹跳;②滚捏:母指前按,食指顶住皮肤,两指向前滚翻;③分捏:推动皮肤向两旁横向分离,加强滚捏效应;④挟捏:采用食指、中指有规则地推压膀胱夹及督脉,并根据患者性质下行或上推。提捏针对急症、重症;滚捏针对慢症、虚症;分捏适用于虚实急症及夹杂。挟捏对发热者尤为适合。捏脊每次 10~15 min,以患者舒适度为宜,先缓后急诊,先轻后重,2 次/d,具体次数依患者病情而定。

1.3 观察指标

术后 6 h 记录两组患者腹胀、便秘、尿潴留情况,每 6 h 记录 1 次,持续记录 6 d。①腹胀诊断标准:患者术后腹部胀闷,腹壁软,叩诊鼓音,无气过水声,肠鸣音弱为 1~2 次/min。根据腹胀改善程度分为显效、有效、无效,显效为术后 8 h 内排气;有效为术后 8~18 h 内排气;无效:术后 18 h 后排气。②便秘诊断标准:未排便时间超过 24 h,肝门停止排气,大便干结,排便困难。疗效标准:显效为治疗后 1~2 d 内排便,且排便通畅,无出现腹胀消滞的情况,有效为治疗后 3~4 d 排便,但排便腹部略感胀痛,大便欠通畅,无效为治疗后症状无改善。③尿潴留诊断标准:术后 6~8 h 内膀胱内尿液充盈但不能排出,经 B 超诊断存在明显浊音区为尿潴留。显效:经温水清洗外阴、传统诱导、轻压下腹部后在行捏脊治疗后患者能自行排尿;有效:患者可自行排尿,但膀胱仍有余尿;无效:治疗无效,需留置导管。

1.4 观察标准

记录两组患者腹胀、便秘、尿潴留改善时间,两组患者干预前后世界卫生组织生存质量测定量表简表(World Health Organization quality of life-brief, WHOQOL-BREF)进行评定,量表共包含生理健康、心理健康、周围环境及社会关系等 4 个维度共 26 个条目,采用 5 级评分制,并换成标准分,分值越高,患者生存质量越理想。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 17.0 进行统计学分析,计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间计量资料比较采用成组 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者腹胀、便秘及尿潴留改善情况分析

实施捏脊疗法后观察组腹胀、便秘、尿潴留改善有效率分别为 93.3%、95.0%、95.0%,显著高于对照组的 73.3%、71.7%、78.3%,两组比较差异有统计学意义($P<0.01$),见表 1。

表 1 两组患者腹胀、便秘及尿潴留改善情况分析 ($n=60$)

组别	腹胀			便秘			尿潴留		
	显效	有效	无效	显效	有效	无效	显效	有效	无效
观察组	38	18	4	40	17	3	42	15	3
对照组	22	22	16	28	15	17	32	15	13
χ^2 值	8.640			11.76			7.210		
P 值	0.003			0.001			0.007		

2.2 两组患者腹胀、便秘及尿潴留缓解时间分析

观察组术后腹胀、便秘及尿潴留缓解时间均明显低于对照组,两组比较差异有统计学意义($P<0.01$),见表 2。

表 2 两组患者腹胀、便秘及尿潴留缓解时间分析 ($\bar{x} \pm s, n=60$)

组别	腹胀缓解时间	便秘缓解时间	潴留缓解时间
	(d)	(d)	(d)
观察组	2.12±0.85	2.38±0.74	1.89±0.82
对照组	4.85±0.96	4.96±0.85	4.86±0.78
t 值	16.49	17.73	20.33
P 值	0.00	0.00	0.00

2.3 两组患者干预前后生存质量分析

干预前观察组与对照组在生理、心理、社会、环境及总生存质量评分各分值的比较差异均无统计学意义($P>0.05$),干预后两组在这五个方面的比较差异均具有显著的统计学意义($P<0.01$),见表 3。

表 3 两组患者干预前后生存质量分析 ($\bar{x} \pm s, n = 60$)

时间	组别	生理领域	心理领域	社会领域	环境领域	总评分
护理前	观察组	10.45 ± 4.85	10.45 ± 5.12	10.29 ± 2.45	11.14 ± 2.45	42.12 ± 5.45
	对照组	10.36 ± 3.98	10.26 ± 4.36	10.39 ± 3.12	11.38 ± 2.62	41.98 ± 5.63
护理后	观察组	15.12 ± 2.12	17.68 ± 2.56	17.12 ± 2.89	18.02 ± 3.18	54.12 ± 5.86
	对照组	12.98 ± 2.45**	13.39 ± 2.41**	13.76 ± 3.02**	14.98 ± 3.52**	48.67 ± 4.28**
t 值	—	5.12	9.45	6.23	4.96	5.82

注: t 值为两组护理后的比较, **P<0.01

3 讨论

患者骨折后由于血肿形成可刺激自主神经, 导致神经功能紊乱, 从而影响直肠排便反射及肝门括约肌控便能力, 使得肠道蠕动减慢, 影响大便排出。术后伤口疼痛、排尿方式改变、心理因素及麻醉方式均可影响患者膀胱反射功能, 从而影响患者排尿, 诱发尿潴留。中医认为术后腹胀、便秘及尿潴留的形成与气血亏虚、津液亏损、脾胃气机功能失调引起的气机阻滞、肺腑不通、膀胱静脉瘀阻、内传肺腑所致的功能失调有关^[4]。此外, 淤血内聚、气血紊乱、淤滞于肠则可导致大便不通, 肠道阻塞。捏脊法具有调节肠管运动, 解除肠管病理性痉挛, 消除腹痛等作用, 可刺激肠管蠕动, 减轻腹胀^[5]。通过捏脊法能有效加速逆向套叠及加速实验性空肠还钠时间, 改善肠道鸣音频率, 促进肠道蠕动^[6]。本研究中观察组便秘、腹胀、尿潴留有效率显著高于对照组, 观察组术后便秘、腹胀及尿潴留改善时间显著低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 从而表明捏脊法能有效改善患者腹部胀气, 促进肠道蠕动

的作用, 其原因可能与捏脊法可有效调节肺腑气血、疏通经络, 改善阴阳平衡, 消除胀气, 减轻腹胀, 促进排便有关。观察组干预后生理领域、心理领域、社会领域、环境领域及总生存质量评分高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 从而表明捏脊法能有效改善患者临床症状, 提高患者生存质量。

参 考 文 献

[1] 赵玉英, 赵玉洁. 捏脊疗法缓解骨折术后患者腹胀、便秘及尿潴留的效果[J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18(9): 1021-1023

[2] 刘希华. 捏脊疗法提升临床护理质量的研究[J]. 山西医药杂志, 2011, 40(5): 522-523

[3] 邹 忠. 捏脊综合治疗社区原发性骨质疏松症 60 例[J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(29): 33-34

[4] 赵玉英. 捏脊疗法对脑卒中患者并发症的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(4): 12-13

[5] 周运峰, 焦 凡, 雷 洋, 等. 捏脊疗法治疗小儿脾胃虚弱证的机理探讨[J]. 中医学报, 2011, 26(6): 760-761

[6] 任丽辉, 崔素芝, 李付强, 等. 捏脊疗法治疗小儿功能性再发性腹痛 62 例疗效观察[J]. 中国中西医结合儿科学, 2011, 3(4): 332-333

(2014-06-24 收稿)

覆膜自膨式金属支架置入术治疗老年患者食管癌狭窄疗效观察

姜志勇, 刘福建, 关 航

【关键词】 金属支架; 食管; 狭窄

【中图分类号】 R 655.4; R735.1

【文献标识码】 B

doi:10.3969/j.issn.1009-2595.2014.11.029

食管癌患者常因食管狭窄而吞咽困难, 食欲不振, 严重影响患者生活质量, 特别是对于不能耐受外科手术或无外科手术指征的老年患者的姑息治疗, 缓解症状, 提高生活质量是治疗的主要目标^[1]。覆膜自膨式

金属支架(self-expandable metal stent, SEMS)置入术是治疗食管癌狭窄的一种技术, 作者在内镜下应用覆膜 SEMS 置入术治疗老年患者食管癌狭窄, 取得了较好疗效, 现将结果报道如下。

【作者单位】 537100 广西贵港, 贵港市人民医院消化内科(姜志勇、刘福建、关 航)