

穴位贴敷治疗 ICU 肠内营养相关性腹泻患者的临床疗效及护理要点

卢爱芬

瑞安市中医院, 浙江 瑞安 325200

[摘要] 目的: 观察穴位贴敷治疗重症加强护理病房 (ICU) 肠内营养相关性腹泻患者的临床疗效及总结护理要点。方法: 选取于本院 ICU 行肠内营养治疗的 200 例患者作为研究对象, 将发生相关性腹泻的 86 例患者随机分为常规组和联合组各 43 例。常规组给予常规西药治疗, 联合组在常规西药治疗基础上加用穴位贴敷治疗, 对比 2 组患者的临床症状积分和临床疗效。结果: 肠内营养相关性腹泻与性别无关 ($P > 0.05$), 与营养液输入量、营养液输入速度以及是否使用抗生素密切相关 ($P < 0.01$)。总有效率联合组为 93.02%, 高于常规组的 65.12%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。治疗后, 2 组腹痛、腹胀、排便急迫、排便不尽感的积分值评分均较治疗前下降 ($P < 0.01$), 联合组各项的积分值均低于对照组 ($P < 0.01$)。结论: ICU 肠内营养相关性腹泻与营养液的输入量、输入速度以及是否运用抗生素存在明显相关性。穴位贴敷治疗 ICU 内肠内营养相关性腹泻临床疗效显著, 且操作简便, 值得临床推广。

[关键词] 肠内营养相关性腹泻; 重症加强护理病房 (ICU); 穴位贴敷; 护理

[中图分类号] R574.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 08-0253-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.08.113

重症加强护理病房(ICU)患者多病情严重, 影响正常饮食, 采用肠内营养的概率较高, 以致肠内营养相关性腹泻的发生率也相应较高, 单纯使用西药治疗的有效率较低, 不能满足临床需要。中医学认为肠内营养相关性腹泻属泄泻范畴, 已有研究表明, 穴位贴敷治疗泄泻有较好的临床疗效^[1]。本研究在借鉴前人研究的基础上, 主要观察穴位贴敷治疗 ICU 肠内营养相关性腹泻患者的临床疗效及总结护理要点, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2014 年 1—12 月于本院 ICU 行肠内营养治疗的 200 例患者为研究对象, 将发生相关性腹泻的 86 例患者随机分为常规组和联合组各 43 例。常规组男 22 例, 女 21 例; 年龄 41~84 岁, 平均(63.8±8.5)岁。联合组男 23 例, 女 20 例; 年龄 43~86 岁, 平均(63.9±8.4)岁。无腹泻患者 114 例, 男 59 例, 女 55 例; 年龄 42~82 岁, 平均(63.1±8.6)岁。3 组性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 符合肠内营养相关性腹泻的诊断标准。肠内营养治疗 2 天后发现患者每天排便次数超过 3 次, 粪便量减少至 200 g 以下, 且水份超过总量的 85%, 当改变营养液的温度和流速、浓度等性质有所好转, 即可确诊。

1.3 辨证标准 辨证属脾肾阳虚泄泻。症见晨起泄泻, 大

便溏薄, 夹有不消化食物, 腹痛喜暖, 形寒肢冷等, 舌淡胖、苔白, 脉沉细。

1.4 纳入标准 符合以上诊断标准和辨证标准; 经本院医学伦理委员会批准, 患者或家属知情同意并签署知情同意书。

1.5 排除标准 不符合以上诊断标准和辨证标准; 感染性腹泻、抗生素相关性腹泻、应用胃肠道动力药所致腹泻及应用机械通气引起腹泻等。

2 治疗方法

2 组均在严格、全面的评估下采用肠内营养供给的方式, 遵循人体的正常代谢规律, 营养供给速度和浓度均应从低到高, 逐渐加速和加量。

2.1 常规组 给予常规西药治疗。匹维溴铵片(北京万生制药有限公司), 每天 3 次, 每次 50 mg; 复方乳酸菌胶囊(江苏美通制药有限公司), 每天 3 次, 每次 2 粒。连续治疗 4 周。

2.2 联合组 在常规西药治疗基础上加用穴位贴敷治疗。处方: 肉桂、附子、小茴香、白术、炙甘草各 10 g, 党参 20 g, 干姜 6 g。按照上述处方捣碎并加适量生姜汁搅匀, 每天 1 次, 每穴 1 贴, 每贴 5 g, 贴敷时间 4~6 h。主穴: 中脘、肝俞、天枢、脾俞、神阙、胃俞、足三里, 辨证选取内庭、气海、丰隆、大肠俞等穴。连续治疗 4 周。

3 护理方法

3 组均采用相同的护理方法。(1)良好的护理态度和技能:

[收稿日期] 2016-04-25

[基金项目] 温州市医药卫生科学研究基金项目 (2015ZB17)

[作者简介] 卢爱芬 (1978-), 女, 主管护师, 主要从事重症加强护理病房的相关护理工作。

真正做到以患者为中心, 细心护理、帮助患者调整心态, 使其积极面对疾病、配合治疗。(2)营养液配制和输注: ①控制营养液的浓度; ②控制输注量和速度; ③保持营养液适宜的注入温度; ④避免营养液污染、变质(营养液应现配现用); ⑤做好用药护理。(3)腹泻护理: ①定期翻身减压, 至少每 2 h 一次, 给予局部架空, 使受压部位悬空, 减少与床面的摩擦。一般采用左右侧翻身, 尽量避免平躺, 以充分暴露肛周; ②每次翻身时均注意观察患者的肛周情况, 是否有皮肤污染、红肿等, 保证肛周皮肤完整性, 每天常规进行危险因素评估; ③发生腹泻后及时擦拭, 尽量以温水擦拭。及时更换患者臀下的一次性棉垫, 并保持肛周皮肤清洁、干燥。当患者腹泻严重, 但肛周皮肤尚无严重变化时, 予以预防性涂抹软膏或护臀霜, 减轻大便对肛周皮肤的刺激。当患者大便次数较多, 水份含量高、自身难以控制时, 可采用肛管引流法, 由此尽量保证肛周皮肤清洁、干燥, 减少损伤; ④肛周皮肤发红者, 先用清水软毛巾或消毒湿纸巾清洁, 在发红处及周围涂抹软膏, 待干, 或使用康惠尔泡沫贴保护尾骶部; ⑤肛周皮肤破溃者, 同样用清水毛巾或消毒湿纸巾清洁, 清洗过程中动作轻柔, 切忌用力擦拭, 根据肛周破溃程度及面积选用大小合适的皮肤吸收贴。

4 观察指标与统计学方法

4.1 观察指标 观察患者发生肠内营养相关性腹泻的原因; 观察 2 组腹泻患者临床症状的改善情况, 重点观察腹痛、腹胀、排便急迫、排便不尽感等主要临床症状, 每周记录 1 次, 并进行评分无症状: 0 分, 轻度: 1 分, 中度: 2 分, 重度: 3 分。

4.2 统计学方法 采用 SPSS19.0 统计学软件分析数据, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验; 计数资料以率(%)表示, 采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

5 疗效标准与结果

5.1 疗效标准 ①痊愈: 症状、体征消失或基本消失, 症状积分减少 $\geq 95\%$; ②显效: 症状、体征明显改善, $70\% \leq$ 症状积分减少 $< 95\%$; ③有效: 症状、体征均有好转, $30\% \leq$ 症状积分减少 $< 70\%$; ④无效: 症状、体征均无明显改善, 甚或加重, 症状积分减少 $< 30\%$ 。

5.2 发生肠内营养相关性腹泻的原因 见表 1、2。肠内营养相关性腹泻与性别无关($P > 0.05$), 与营养液输入量、营养液输入速度以及是否使用抗生素密切相关($P < 0.01$)。

5.3 2 组临床疗效比较 见表 3。总有效率联合组为 93.02%, 高于常规组的 65.12%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。

5.4 2 组治疗前后临床症状积分比较 见表 4。治疗后, 2 组腹痛、腹胀、排便急迫、排便不尽感的积分值均较治疗前下降($P < 0.01$), 联合组各项的积分值均低于对照组($P < 0.01$)。

表 1 发生肠内营养相关性腹泻的原因

| 相关因素 | 指标 | n | 发生腹泻 [例(%)] | 未发生腹泻 [例(%)] | χ^2 值 | P |
|-------------------|-------------|-----|----------------|-----------------|------------|----------|
| 性 别 | 男 | 103 | 44(42.72) | 59(57.28) | 0.01 | > 0.05 |
| | 女 | 97 | 42(43.30) | 55(56.70) | | |
| 营养液输入量 (mL) | ≤ 1200 | 110 | 26(23.64) | 84(76.36) | 37.39 | < 0.00 |
| | > 1200 | 90 | 60(66.67) | 30(33.33) | | |
| 营养液输入速度 (mL/h) | ≤ 100 | 105 | 24(22.86) | 81(77.14) | 36.59 | < 0.00 |
| | > 100 | 95 | 62(65.26) | 33(34.74) | | |
| 应用抗生素情况 | 有 | 91 | 53(58.24) | 38(41.76) | 15.83 | < 0.00 |
| | 无 | 109 | 33(30.28) | 76(69.72) | | |

表 2 肠内营养相关腹泻相关因素多元 Logistic 回归分析结果

| 影响因素 | β | S.E. | Wald | P | OR(95%CI) |
|---------|---------|-------|--------|----------|-------------------|
| 营养液输入量 | 0.546 | 0.449 | 17.293 | < 0.05 | 1.787(1.54, 2.38) |
| 营养液输入速度 | 0.599 | 0.664 | 18.727 | < 0.05 | 1.329(1.15, 2.77) |
| 应用抗生素情况 | 0.692 | 0.388 | 15.305 | < 0.05 | 1.565(1.12, 2.00) |

表 3 2 组临床疗效比较

| 组 别 | n | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率(%) |
|-----|----|----|----|----|----|--------------------|
| 联合组 | 43 | 20 | 10 | 10 | 3 | 93.02 ^① |
| 常规组 | 43 | 10 | 10 | 8 | 15 | 65.12 |

与常规组比较, ① $P < 0.01$

表 4 2 组治疗前后临床症状积分比较($\bar{x} \pm s$, $n=43$) 分

| 组 别 | 时 间 | 腹痛 | 腹胀 | 排便不尽感 | 排便急迫 |
|-----|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 联合组 | 治疗前 | 3.1 \pm 0.3 | 2.8 \pm 0.4 | 2.9 \pm 0.2 | 2.9 \pm 0.3 |
| | 治疗后 | 1.0 \pm 0.1 ^② | 0.8 \pm 0.2 ^② | 1.1 \pm 0.1 ^② | 0.9 \pm 0.2 ^② |
| 常规组 | 治疗前 | 3.0 \pm 0.4 | 2.8 \pm 0.3 | 2.8 \pm 0.3 | 2.8 \pm 0.4 |
| | 治疗后 | 2.7 \pm 0.3 ^① | 2.6 \pm 0.4 ^① | 2.7 \pm 0.1 ^① | 2.5 \pm 0.3 ^① |

与治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

6 讨论

ICU 内多为病情重、缺少自主活动、免疫力低下等患者, 当患者长期处于卧床状态, 营养不能通过口腔途径而补助身体需要, 则需行肠内营养进行补充。肠内营养虽然很好地解决了 ICU 患者的饮食障碍, 帮助患者修复损伤的黏膜结构和保持肠道屏障完整, 在特殊的营养调剂下, 有助于恢复和增强患者的消化道功能^[2]。但也存在明显缺陷, 由于 ICU 患者的肠道菌群容易失调, 亦导致免疫机制下降, 致使一些患者出现不耐受现象, 不仅不能很好地吸收营养, 且会导致腹泻的发生^[3]。因此, 当 ICU 患者采用肠内营养补给后, 营养液的输入量、输入速度以及是否使用抗生素均至关重要, 护理工作也必不可少。

本研究结果显示, ICU 患者发生肠内营养相关性腹泻与性别无关, 与营养液的输入量、输入速度以及是否运用抗生素存在明显相关性。鉴于此, 本院 ICU 医护人员总结了一套全方

位的优质护理措施。首先,在实施过程中,护理人员能够真正做到以患者为中心,细心护理,帮助患者调整心态,使其积极面对疾病、配合治疗。在转变护理态度的同时,护理技能也通过规范、严格和长期的训练得到提升,使得护理工作能更好地完成。其次,在对患者行肠内营养输注前,严格检查保质期、注意事项、产品应用方法,保证营养液无质量问题。最后,在输入营养液的过程中,严格保持无菌操作,输注前对营养液的温度、输注时的容量、速度等也进行严格把控。

除优质的护理措施之外,穴位贴敷是治疗肠内营养相关性腹泻的有效手段之一。本研究所使用的穴位贴敷方中肉桂、附子、干姜大补脾阳,温中散寒;小茴香散寒止痛,理气和胃;白术、党参、炙甘草健脾益气和中。贴敷穴位中,中脘理气降逆;肝俞行气;天枢理气行滞,止泻;脾俞除胀、止泻;神阙

培元固本,和胃降逆;胃俞散胃腑邪热;足三里燥湿健脾,生发胃气。本研究结果显示,穴位贴敷可改善肠内营养相关性腹泻患者的临床症状,提示加用穴位贴敷治疗肠内营养相关性腹泻疗效甚佳,且操作简便,值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 施燎明,杨丽萍. 肠内营养相关性腹泻的中医诊治浅见[J]. 中医临床研究, 2015, 7(2): 50-51.
- [2] 李春玲. ICU 肠内营养相关性腹泻患者的临床护理[J]. 临床医药文献杂志, 2015, 2(15): 3057.
- [3] 许洁莲. 肠内营养在重症监护室危重病人中的应用和护理[J]. 全科护理, 2013, 11(10): 2646-2647.

(责任编辑:吴凌,刘迪成)

集束化护理对 CIK 细胞治疗肝癌患者生活质量及焦虑的影响

蔡姣芝, 肖舒静, 成燕云, 赵莞丽

广州中医药大学第二临床医学院内二肿瘤科, 广东 广州 510370

[摘要] 目的:观察集束化护理对 CIK 细胞治疗肝癌患者生活质量及焦虑的影响。方法:将 60 例患者随机分为对照组和观察组各 30 例,对照组患者实施常规护理,观察组患者在常规护理基础上实施集束化护理策略,护理前后采用生活质量量表 EORTC QLQ-C30 和焦虑量表(SAS 量表)通过自身前后交叉对照及组间对照,对患者生活质量和焦虑进行评价。结果:观察组生活质量中躯体功能、角色功能、情绪功能、认识功能、社会功能、疲倦、食欲、腹泻和总体健康优于护理前,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组生活质量中的角色功能、情绪功能、认识功能、社会功能、恶心呕吐、呼吸、食欲、便秘、腹泻、经济困难和总体健康较对照组有改善,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。护理后观察组焦虑降低优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论:集束化护理应用于 CIK 细胞治疗肝癌能更好地改善患者的生活质量和降低患者的焦虑情况。

[关键词] 肝癌;集束化护理;CIK 细胞;生活质量;焦虑

[中图分类号] R735.7

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2016) 08-0255-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.08.114

全世界每年有 62.6 万人患原发性肝癌(primary liver cancer, PLC),死亡 58.9 万人且有上升趋势^[1],病死率高^[2],早期难发现,确诊时往往已进入中、晚期,治疗也涉及内科、外科、介入、放射等多个学科,患者均有不同程度焦虑,抑郁等^[3-4]。CIK 细胞作为一种新的生物治疗肝癌的方法^[5],给患者带来希望的同时也给患者带来了恐惧的心理^[6],这些负面的情绪,不仅影响患者的生活质量,也影响着治疗效果。集束化干预(Bundles of Care)是近年来 ICU 专业的新名词,中文译为集

束化治疗或捆绑式治疗。意思是集合一系列有循证基础的治疗及护理措施,来处理某种难治的临床疾患^[7]。如何使患者在接受 CIK 细胞治疗中获得优质的生活质量,降低焦虑,增强疗效,为此,本研究探讨了集束化护理对 CIK 细胞治疗肝癌患者生活质量及焦虑的影响。

1 临床资料

观察病例为 2013 年 10 月—2015 年 7 月广东省中医院芳村医院肿瘤科收治的确诊为肝癌并接受 CIK 细胞治疗的患者,

[收稿日期] 2016-03-15

[基金项目] 吴阶平医学基金会项目 (2014KT1382)

[作者简介] 蔡姣芝 (1971-),女,主管护师,主要从事肿瘤临床护理及管理。