

发性1级高血压[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(3): 295-297.

[7] 付萍萍, 张洪斌. 八段锦、太极拳治疗原发性高血压及其降压机制的研究进展[J]. 河北中医, 2013, 35(10): 1585-1587.

[8] 黄桂宝, 陈笑银, 张立军, 等. 邓铁涛教授浴足方治疗高血压病30例临床观察[J]. 新中医, 2008, 40(5): 37-38.

[9] 施展. 浴足方治疗高血压现状的概况[J]. 医学综述, 2012, 18(24): 4226-4228.

(责任编辑: 刘淑婷)

电针疗法治疗心脏直视术后呃逆的疗效观察及护理体会

郑惠萍, 何淑平, 张杏玉, 王丽丽, 谢翠贤, 王继勇

广州中医药大学第一附属医院心胸血管外科, 广东 广州 510405

[摘要] 目的: 探讨电针疗法治疗心脏直视术后呃逆的临床疗效及护理体会。方法: 将符合入组标准的120例患者随机分为2组各60例, 在一般护理及传统屏气止呃逆方法的基础上, 观察组应用电针内关和足三里穴位, 对照组使用解痉药物甲氧氯普胺, 比较2组患者3天内呃逆症状消失率及平均消失时间。结果: 心脏直视术后3天内呃逆症状消失率观察组均优于对照组, 呃逆症状消失平均时间观察组时间短于对照组, 2组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。结论: 电针疗法能有效改善心脏直视术后呃逆, 值得临床使用。

[关键词] 心脏直视术后; 呃逆; 针灸疗法; 电针

[中图分类号] R654 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 08-0281-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.08.128

心脏直视术是主要纠正心内畸形的手术方法, 此手术创伤大, 加上体外循环和麻醉对人体生理功能的干扰, 术后须进行严密监护^[1]。呃逆古代称为“哕”, 现代医学称为膈肌痉挛, 心脏直视术由于手术中对膈肌的牵拉或直接损伤, 以及低温体外循环等因素, 导致术后容易出现呃逆症状。如果患者术后出现呃逆症状, 对其康复十分不利, 一方面影响患者休息和热量、蛋白质等摄入, 对伤口愈合不利; 同时造成患者伤口疼痛加剧, 心理紧张, 严重者引起心率、血压不稳、呼吸受限或心功能下降, 甚至使术后并发症增加^[2]。因此心脏直视术后患者出现呃逆症状时应给予足够的重视, 积极予以处理。目前临床一般使用解痉药物对症处理为主, 本科应用电针疗法治疗取得良好效果, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 心脏直视术后发生呃逆的患者, 呃逆持续时间超过2h, 不能自行缓解者。

1.2 纳入标准 心脏直视术后发生呃逆经一般护理及传统屏气止呃逆的方法, 症状不能消失, 愿意接受电针疗法的患者,

无晕针病史, 病情基本稳定, 神志清楚, 年龄>16岁。

1.3 排除标准 排除术后心包填塞、迟发性心包积液、术后放置胸腔闭式引流管的位置不当、胸腔感染等引起的呃逆; 以及合并严重心力衰竭、呼吸衰竭、胸腔内出血二次手术等严重并发症者。

1.4 一般资料 观察病例为2008年10月—2014年12月本院心外科共计施行心脏直视手术1536例, 其中186例发生术后呃逆, 年龄>16岁者142例, 符合入组标准和排除标准且愿意接受电针治疗者120例。对符合要求的120例患者按随机数字表法随机分为2组各60例。观察组男29例, 女31例; 年龄16~80岁, 平均(53.11±19.31)岁。对照组男32例, 女28例; 年龄16~79岁, 平均(55.23±17.26)岁, 2组患者年龄、性别等经统计学分析, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 一般护理及传统的屏气止呃逆方法 2组患者均在术后出现呃逆后给予心理疏导, 转移其注意力; 嘱饮食上宜清淡,

[收稿日期] 2015-04-15

[作者简介] 郑惠萍 (1976-), 女, 主管护师, 主要从事护理临床工作。

忌辛辣厚味,少食多餐。采取传统的止呃逆方法,即指导患者深吸气后迅速用力屏气,然后缓缓呼气,先后数次^[3]。如果经过上述护理方法呃逆症状无法终止,患者随机入组分别进行处理。

2.2 对照组 甲氧氯普胺(商品名:胃复安),每次10 mg,肌肉注射,每天1~2次,呃逆消失即停止用药。

2.3 观察组 应用电针疗法,让患者卧位,取两侧内关、足三里。常规取穴后,选用32号1.5寸不锈钢毫针,垂直进针,得气后接G-6805型电针治疗仪,每双电极接于双侧同名穴位上,选用连续波,低频率,强度以患者耐受为度,留针30 min,每天2次,呃逆消失即停止治疗^[4]。

2组均观察术后3天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①观察3天内呃逆消失率(呃逆症状消失且不复发);②呃逆平均消失时间。

3.2 统计学方法 应用SPSS17.0对数据进行统计分析,计数资料比较采用 χ^2 检验,计量资料比较采用 t 检验。

4 治疗结果

4.1 2组患者3天内呃逆症状消失率比较 见表1。2组患者3天内呃逆症状消失率情况分别比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组患者3天内呃逆症状消失率比较 例(%)

组别	n	第1天	第2天	第3天
观察组	60	36(60.0) ^①	54(90.0) ^①	58(96.7) ^①
对照组	60	18(30.0)	38(63.3)	44(73.3)

与对照组比较,① $P<0.01$

4.2 2组患者呃逆症状消失平均时间比较 见表2。2组呃逆症状消失平均时间比较,经方差齐性检验,2组方差齐,应用 t 检验, $t=4.5923$, $P=0.0001$,差异有统计学意义($P<0.01$)。

表2 2组患者呃逆症状消失平均时间比较($\bar{x}\pm s$) h

组别	n	呃逆消失平均时间
观察组	60	36.26 \pm 13.53 ^①
对照组	60	48.36 \pm 15.28

与对照组比较,① $P<0.01$

5 讨论

中医学认为,胃主受纳、腐熟水谷,其气以降为顺,若胃失和降,上逆动膈而发为呃逆,其病机总由胃气上逆动膈而成^[4]。《景岳全书·呃逆》:“然致呃之由,总由气逆,气逆于下,则直冲于上,无气则无呃,无阻亦无呃,此病呃之源,所以必由气也”,所以胃气上逆是呃逆发生的根本原因。心脏直视术由于手术中采用低温灌注体外循环,血液温度、血压的改变和血液稀释都不同程度地加重了脑部供血不良和体内酸碱环境的变化,如酸中毒发生,十分导致中枢神经性呃逆发生。另

外手术中对膈肌的牵拉或直接损伤,心包腔放置冰屑进行心脏低温保护时,刺激迷走神经、膈神经或膈肌^[5],心脏手术后放置引流管众多使胃肠功能低下,是导致术后呃逆发生重要因素。中医学认为,心脏手术后呃逆发生,多由于患者术前对手术及预后的忧虑和紧张,忧愁思虑过度,久则气机郁结,横逆犯胃,胃失和降;手术过程中气血损伤淤血内阻;术后体质虚弱,正气不足,虚气上乘;上述因素互相影响,从而导致胃气上逆发生呃逆。如果患者术后出现呃逆症状,对其康复十分不利,甚至使术后并发症增加,需要积极处理。临床一般是给予心理疏导,转移其注意力,饮食调节,指导患者深吸气后迅速用力屏气,然后缓缓呼气以止呃逆;如果经过护理方法呃逆无法终止,需要解痉药物对症处理。

现代有研究表明,通过电针刺激可有效地抑制迷走神经和膈神经的异常兴奋,使痉挛的膈肌,得以松弛缓解痉挛状态,从而达到呃逆自止^[6],因此,我们开展电针内关和足三里治疗心脏术后呃逆的疗效观察,并与使用解痉药物甲氧氯普胺(商品名:胃复安)的对照组比较。内关穴为手厥阴心包经的络穴,具有宣通上焦、中焦二焦气机的作用;为八脉交会穴之一,而主胃心胸之疾,起宽胸利膈、降逆止呃、畅通三焦气机,为降逆要穴。足三里穴为足阳明胃经的合穴,具有治疗一切脾胃疾患的作用,无论胃腑寒热虚实所致胃气上逆动膈者用之均宜,可调理脾胃,和中降逆、扶正培元,通经活络,还具有增强体质、预防疾病等保健作用。本研究选取电针足三里、内关穴位,使患者宽胸理气、和胃降逆以达到解呃止逆的作用。结果显示第1、2、3天内呃逆症状消失率比较,观察组优于对照组。观察组患者呃逆消失平均时间短于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$),提示电针内关和足三里治疗心脏术后呃逆是安全、简便和有效的方法。

由于呃逆可引发心脏直视术后多种并发症,影响患者的康复,因此,术中配合和术后护理工作更重要。具体护理措施如下:①术中配合紧密,心包内置的冰屑要细软,不能有小冰块。置冰屑前要在心包内膈神经面上铺垫纱布3~4层,以加强对膈神经的保护;②术中放置胸腔引流管时,提醒医生引流管管口至少要距离膈神经3~5 cm;放置心包引流管时要尽量采用心包口引流;③术中要保持良好的脑灌注。脑灌注压应维持50~80 mmHg,以减少因脑部供血不良而导致中枢性呃逆发生;④术后密切观察患者神志、心率、心律、血压、呼吸、面色、汗出、水肿、尿量、舌苔等变化,并予以记录;⑤术后体虚,注意保暖;⑥指导患者合理进食,避免过早、过量进食,应在拔除气管插管6 h后进流质,观察无恶心、呕吐、腹胀后可改为半流质饮食,继而恢复普通饮食。采取少食多餐法,若有恶心呕吐、腹胀可暂禁饮食,对症处理;⑦一般术后2~3日开始在床上活动。活动后无心慌、气促、呼吸困难者,可鼓励逐渐下地活动。⑧患者主诉腹胀时指导顺时针按摩腹部,加快肠蠕动。便秘者给予润肠通便之物;⑨胸管引流量

少时, 应及早拔除胸腔引流管; ⑩术后应关心患者, 意会患者需求, 严谨工作, 取得患者的信赖, 减轻患者的恐惧和焦虑, 有效提高患者对治疗的依从性; ⑪一旦出现呃逆应及时处理, 除了运用传统的屏气止呃逆方法外, 按医嘱采取电针内关、足三里穴位, 给予心理疏导, 转移其注意力, 做到全面放松配合治疗; ⑫电针时注意患者反应, 有无晕针、弯针、折针等情况。需增加刺激时, 调节电流强度应逐渐由小到大, 切勿突然增强, 以免造成意外发生^[7]。

[参考文献]

- [1] 周金泉, 张维青, 孙浩峰. 心脏外科护理手册[M]. 北京: 军事医学科学出版社, 2011: 65-68.
- [2] 王丽丽, 赵红, 王红. 心脏外科临床护理与实践[M]. 北

- 京: 军事医学科学出版社, 2012, 121-123;
- [3] 杨旭晖. 中医针灸治疗顽固性呃逆的临床疗效分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2013, 34(21): 513-514.
- [4] 闻斐斐, 李振华. 呃逆病因病机探析[J]. 环球中医药, 2013, 6(7): 529-531.
- [5] 刘中民, 翁渝国. 实用心脏外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 138-142.
- [6] 陈立娟. 电针配合穴位治疗顽固性呃逆 36 例临床观察[J]. 针灸临床杂志, 2005, 21(3): 41.
- [7] 中华中医药学会发布. 中医护理常规技术操作规程[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006: 179.

(责任编辑: 刘淑婷)

陈镜合教授学术思想在医护一体化中的应用体会

吴胜菊, 杨小红, 曾韶凤, 欧贤燕, 丘学桃, 李倩 指导: 陈镜合

广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州 510405

[摘要] 全国名老中医陈镜合教授在数十年的中医、中西医结合临床实践中, 主张走“洋为中用、古为今用、中西结合”之路, 形成“现代中医”思维。我们在护理实践中灵活应用陈镜合教授的学术思想指导日常护理工作, 落实以患者为中心实施中医药特色的医护一体化, 得到了患者及家属的肯定。

[关键词] 学术思想; 陈镜合; 医护一体化

[中图分类号] R249 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 08-0283-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.08.129

陈镜合教授 1937 年出生于广州市, 1964 年毕业于广州中医学院(广州中医药大学前身)。从事临床、教学、科研工作近半世纪, 1991 年评聘为广州中医药大学教授, 1998 年聘为首席教授、博士研究生导师、博士后科研流动站合作导师, 荣获广东省名中医称号。曾先后任国家级重点学科中医内科学学科带头人、心血管方向学术带头人, 并被国家人事部、教育部、国家中医药管理局认定为全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。本院综合科护士通过参加陈教授每周三的临床查房, 在护理实践中灵活应用陈教授的学术思想指导日常工作, 开展以患者为中心实施中医药特色的医护一体化, 得到了患者及家属的肯定。

陈教授在多年中医急诊工作中体会到, 要在急救领域有所突破, 必须走“洋为中用, 古为今用, 中西结合”之路。他所创建的急诊团队于 1985 年抢救因触电致心跳停止 20 min 的伍某, 通过 3 次电击除颤、气管切开插管、呼吸机辅助呼吸等措施, 经 3 天救治, 使患者从死亡线上转危为安, 后以中西医结合治疗 21 天痊愈出院, 该患者至今无后遗症^[1]。当我们 80、90 后护士第一次听到此病例的成功救治, 并从宣传栏中看到伍先生多年来与陈教授的若干合影, 毕业于西医院校的年轻护士们对中医药文化的自豪感油然而生, 激发了主动自觉参加西学中班的兴趣, 在医护一体化中运用中医基础理论指导, 掌握证候传变规律, 悉心观察治疗与护理效果, 及时修改

[收稿日期] 2015-05-03

[作者简介] 吴胜菊 (1974-), 女, 副主任护师, 主要从事肿瘤科临床护理工作。

[通讯作者] 杨小红, E-mail: 1506991668@qq.com。