

够明显提高机体血液、组织间的氧分压和血氧含量,增加氧的有效弥散距离,能促进新的侧支循环的建立,改善缺血脑组织的氧供给微循环,具有明显改善脑缺血灌注损伤过程中机体状态^[6]。有实验发现高压氧从基因水平增加脑缺血再灌注第72小时的IL-10mRNA的表达,从而通过抗炎和免疫抑制作用对血脑屏障具有保护作用,为临床上应用高压氧治疗缺血性脑血管疾病提供有力的实验依据^[7]。高压氧综合康复治疗作为脑卒中缺损神经功能的一种康复手段已得到广泛应用,有关报道不少,疗效也得到肯定^[8-10]。本研究两组治疗前后简化Fugl-Meyer和FIM评分的差异均有显著性($P<0.05$),而高压氧组较对照组提高($P<0.01$),差异有显著性,提示在常规药物治疗和康复治疗的同时进行高压氧治疗能更好地改善患者的运动功能和日常生活自理能力。所以,选择含高压氧治疗的综合康复治疗对脑卒中患者功能恢复是一种更有效的辅助治疗方法。故脑卒中患者在尽早进行康复治疗的同时应尽量联合应用高压氧治疗,以便更好的改善患者生存质量,并减少个人、家庭、社会的负担。

参考文献

[1] 胡永善主编.新编康复医学[M].上海:复旦大学出版社,

2005.107—107.

- [2] 缪鸿石,朱镛连主编.脑卒中的康复评定和治疗[M].北京:华夏出版社,1996.141—144.
- [3] 且大文.高压氧治疗脑血管疾病概况[J].中华航海医学与高气压医学杂志,2001,8:57—59.
- [4] 胡永善.运动疗法在脑血管疾病康复中的应用[J].中国康复医学杂志,2007,22(12):1122—1124.
- [5] 靳峰,刘春华,郭守刚,等.早期康复治疗对脑出血患者微创清除术后神经功能和日常生活能力的影响[J].中国康复医学杂志,2007,22(8):721—723.
- [6] 高春锦,杨捷云主编.实用高压氧学[M].北京:学苑出版社,1997.193—194.
- [7] 赵红,聂志伟,朱丽娜,等.高压氧对缺血再灌注小鼠脑组织细胞因子IL-10及血脑屏障通透性的影响[J].中国康复医学杂志,2008,23(2):110—113.
- [8] 徐迎胜,宋翠理,李海燕.高压氧对脑卒中患者运动功能及日常生活活动能力的影响[J].中国临床康复,2003,7(22):3120.
- [9] 马刚,许九红.脑卒中患者康复治疗的疗效观察[J].心血管康复医学杂志,2007,8(4):341—343.
- [10] 刘敏,吴致德,蒋宇刚.高压氧配合康复训练对脑卒中肩手综合征的疗效观察[J].中国康复医学杂志,2008,23(2):123—125.

· 康复护理 ·

长期卧床便秘患者的护理管理模式探讨

孔容冰¹ 陈秀英¹ 钟丽容¹

康复医学科收治的患者主要是老年病、慢性病或瘫痪患者,便秘的发生率较高^[1]。因此对长期卧床便秘患者提供有效的护理管理方法,可以明显改善患者的生存质量^[2]。本研究对47例住院长期卧床便秘患者实施便秘护理管理模式,并与以往的护理方法进行比较有明显疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2006年1月—2007年1月期间在中山大学附属第二医院康复医学科住院的94例便秘患者,年龄39—91岁,平均62±1.6岁。其中男性55例,女性39例。脊髓损伤患者13例,脑卒中患者46例,老年痴呆患者7例,帕金森患者6例,其他患者22例。均已排除器质性便秘患者。将入选病例随机分为两组,新方法组及对照组各47例,两组一般资料见表1,两组各项比较 $P>0.05$,没有显著性差异。

1.2 方法

按住院顺序分为两组,对照组47例只按医嘱使用通便剂(杜秘克/乳果糖/福松粉/果导片/开塞露/番泻叶)处理,新方法组47例针对不同个体实施便秘护理管理模式,具体方法如下:

1.2.1 收集患者信息:详细了解便秘史、慢性病史、用药情

表1 两组患者一般资料

组别	例数	年龄(岁)	性别(例)		疾病(例)				
			男	女	脊髓损伤	脑卒中	老年痴呆症	帕金森	其他
对照组	47	61.5±1.5	28	19	6	24	3	2	12
新方法组	47	62.1±1.6	27	20	7	22	4	4	10

两组比较 $P>0.05$

况、进食情况、饮水情况。目的在于了解病因,指导患者及时治疗原发病,科学个性化制定治疗措施。

1.2.2 个体化便秘管理:①心理护理:向患者讲解发生便秘的原因及预防措施,消除患者的思想顾虑。指导、协助患者卧床排便,使其尽快适应床上排便,并养成定时排便的习惯。对患者配合取得的效果及时给予肯定以增强信心。对患者的心理问题及时疏导,增加患者的信心和安全感,消除患者的恐惧焦虑心理,使其形成有利于治疗与康复的最佳心理状态^[3]。还对家属及陪护进行培训指导,让培训对象明确便秘危险因素及危害,掌握治疗方法,便于患者出院后维持治疗^[4]。②提供良好的环境:环境安静;适当遮挡患者,保护患者

1 中山大学附属第二医院康复医学科,广州市沿江西路107号,510120

作者简介:孔容冰,女,主管护师

收稿日期:2008-02-25

隐私;可开启排气扇抽走异味;每天定时安排排便时间,建立有规律的排便习惯。③合理膳食:增加纤维素容量及液体的摄入,使粪便增量、变软和易于排出。早餐前空腹饮温或冷开水、柠檬水、蜂蜜等饮料,以补充水分,刺激肠蠕动,产生便意。鼓励患者平时要多饮水;少量多餐,多吃熟烂食,粗纤维的蔬菜,增加新鲜蔬果、粗粮、豆类等富含粗纤维食物的摄入;多食植物油,以润滑肠道;禁食辛辣、刺激性食物,如生姜、辣椒等;避免牛奶、糖等产气的食物,防止腹胀。④腹部按摩:按大肠蠕动走向,由护士或指导患者家属行下腹部按摩。方法:治疗前排空膀胱,操作者位于患者左侧,指揉中腹;右手中指置于中脘穴(脐上四指)其余手指顺势贴附于腹部,顺时针方向揉动 30 次。揉按天枢穴:双手中指分别置于左右天枢穴(脐旁开两指)由外向内按揉 50 次。按摩脐部:右手掌置于脐部,左手掌按在右手背上,顺时针方向揉动 30 次。掌推侧腹:左手右下向上,右手左上向下推揉,沿结肠解剖位置从右下腹向上至左下腹依次推揉 30 次^[9]。⑤运动疗法:为了提高整个机体的紧张度,加强生理排便功能,恢复正常的排便反射^[9],鼓励鼓励患者参与身体锻炼,促进肠蠕动。如腹式呼吸运动;床上主动、被动运动;提肛运动;站立斜床等。⑥物理治疗:通过物理治疗师行针灸或调制中频电治疗促进排便反射。⑦生物反馈训练:生物反馈训练是一种新兴的生物行为治疗方法,利用生物反馈机制,让患者根据其观察到的自身

生理活动信息来调整生理活动,并学习控制内脏器官活动,形成正常的排便反射,是一种纠正不协调排便行为的训练方法。这种训练治疗慢性便秘国外已开展多年,国内也逐渐被重视和加以推广^[7]。⑧使用行气通便帖(生物反馈便秘/腹泻治疗帖):贴于脐部或天枢穴,每帖停留时间为 1—2d,大便通畅、粪质变软后停用。⑨合理应用通便剂:对于较严重的便秘可酌情应用通便剂,但这种治疗方法应视为一种短期治疗方法,当增加纤维素饮食及多饮水开始起效后,即停用通便剂。通便剂应以尽量减少毒副作用和药物依赖为原则^[9]。粪便嵌塞的患者可先进行保留灌肠后再做多次清洁灌肠。若清洁灌肠无效,为解除患者痛苦应戴手套取出粪块。

1.3 统计学分析

应用 SPSS 11.0 统计软件包,用 χ^2 检验进行资料分析。

2 结果

两组均于发现便秘而实施方案 7d 后停用通便剂,跟踪记录 14d 结果。对照组自然排使用力(自然排便如正常般排便,用力表示很费劲,用很大的腹压)有效率、排软便有效率、 ≤ 2 天排便一天有效率分别为 44.68%、40.43%、46.81%,便秘管理组自然排便有效率、排软便有效率、 ≤ 2 天排便一次有效率分别为 82.98%、72.34%、80.85%。各参数指标比较差异有显著性意义($P < 0.01$),见表 2。

表 2 两组患者排便效果比较

组别	例数	排使用力程度				粪质软硬				排便次数			
		自然		用力		软		硬		≤ 2 天内排便 1 次		> 2 天排便 1 次	
		例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%
对照组	47	21	44.68	26	55.32	19	40.43	28	59.57	22	46.81	25	53.19
新方法组	47	39	82.98	18	17.02	34	72.34	13	27.66	38	80.85	9	19.15
		$\chi_1^2=6.55$		$P_1=0.011$		$\chi_3^2=9.25$		$P_2=0.002$		$\chi_5^2=11.33$		$P_3=0.001$	

3 讨论

长期卧床患者如不能离床活动,便秘就有可能存在。便秘的病因一般与下列因素有关:①心理因素:患者担心在床上排便污染病房空气,使别人嫌弃或不愿增加他人麻烦而未定时排便或抑制排便^[3];当精神忧郁时、缺乏排便的隐蔽环境时,也可造成排便欲望的抑制。②肠道功能失调:由于长期卧床,胃肠蠕动减慢,食欲下降,摄入食物及水分较少,肠内容物不足以刺激正常蠕动;活动减少,降低了粪便因重量垂直下移速度。以上原因导致粪便在肠内停留时间过久,干结而致便秘。③脊髓损伤:患者因结肠反射缺乏,肠蠕动减慢,导致排便困难。④药物副作用及其他:卧床患者并存病多,常服药治疗,有些药物的副作用能干扰正常排便。药物制剂如钙、铁的药物;降压药如钙离子拮抗剂、利尿剂;镇痛药如可卡因、哌替啶、抗胆碱能类药;抗抑郁药;其他原因如肛周疾病(痔、瘻、裂);结肠肿瘤、憩室等;糖尿病;帕金森病;水、电解质紊乱等。

由表 2 可以看出,本研究对于便秘的处理方法,都是临床上比较常用的方法。对照组只按医嘱使用口服缓泻剂、开塞露或灌肠等对症方法治疗长期卧床患者的便秘,也可以解除便秘。但停药后易复发,患者因为用力排便而增加痛苦,甚至会出现血压升高、中风、冠心病发作等危险。很难从根本上

治愈便秘。而新方法组按个体化采用系统便秘护理管理模式,有针对性地从事心理护理→健康教育→药物合理使用;使患者养成良好的排便规律,并及时治疗原发病,选用合适的便秘护理管理措施后,便秘患者在解除便秘、粪便质量和排便次数方面均明显比对照组理想。

参考文献

- [1] 郑彩娥,林伟,叶洪青.我国康复护理的现状与发展思路[J].中国康复医学杂志,2006,21(3):266—269.
- [2] 张荀芳,郑彩娥,余丽珍.脑卒中患者 ADL 评定及康复护理干预[J].中国康复医学杂志,2006,21(12):1132—1133.
- [3] 韦红英,谈燕飞,刘一芳.骨科卧床便秘患者的循证护理[J].护理学杂志,2005,20(2):4:19—20.
- [4] 胡学军,崔玉玲,胡文娟.运动按摩及行为疗法干预老年脑卒中长期卧床的便秘患者[J].中国临床康复,2004,6,5(8):3150.
- [5] 曲增君,曲志敏.腹部按摩治疗老年性便秘 39 例疗效分析及护理[J].吉林医学,2004,(25):10.
- [6] 范怡.便秘的治疗与护理进展[J].护理研究,2004,18(7):1148—1149.
- [7] 林征,赵志泉,林琳.功能性便秘患者的生物反馈训练[J].中国临床康复,2004,8(30):6742—6743.
- [8] 王崇文,谢勇.慢性便秘的治疗[J].胃肠病学,2004,9(5):300—301.