

黏膜表面的黏液以及代谢产物液化、松弛,而平行于体表的作用力能够对人体产生定向推挤和震颤作用,从而使已经液化的黏液从毛细支气管排至支气管,再经气管排至主支气管,最终经负压吸痰排除体外<sup>[3,4]</sup>。振动排痰机应用于治疗婴幼儿支气管炎疗效显著,可有效促进分泌物以及痰液的排出,有效缓解支气管水肿以及平滑肌痉挛,改善呼吸功能并提高 SpO<sub>2</sub> 水平<sup>[5]</sup>。贾彩萍等<sup>[6]</sup>在其研究中对毛细支气管炎合并呼吸不全患儿在 NCPAP 供氧呼吸支持及常规治疗的基础上,分别应用多频振动排痰与人工排痰,结果显示,前者的血气指标较后者显著改善,提示振动排痰有利于改善患者的血气指标,促进排痰,通畅气道,促进病情康复。张萍等<sup>[7]</sup>对毛细支气管炎患者在传统治疗与雾化吸入的基础上,应用体外振动排痰,总有效率达 96.0%,相比于对照组的 52.0% 显著提高,效果突出。本研究结果显示,观察组的治疗总有效率为 94.75%,相比于对照组的 66.67% 显著提高。吸痰后两组的 SpO<sub>2</sub> 水平均显著提高,且观察组显著高于对照组,与翟奕庶等<sup>[8]</sup>研究结果一致。

综上所述,机械振动排痰后吸痰用于辅助治疗小儿毛细支气管炎可有效清除患儿的下呼吸道分泌物,促进深部痰液的有效排出,改善患儿气道通换气功能,从而改善呼吸困难症状,疗效显著,值得推广应用。

#### 参考文献

- 1 罗太敏. 毛细支气管炎不同种吸痰方式效果观察[J]. 中国实用医药, 2013, 8(7): 122-123.
- 2 谭雪婵. 压缩雾化吸入结合叩击排痰治疗小儿肺炎的护理体会[J]. 医学信息, 2012, 25(5): 397-398.
- 3 周燕群, 罗扬, 张妍. 机械振动排痰辅助治疗小儿肺炎护理及疗效探讨[J]. 中外健康文摘, 2012, 9(39): 78.
- 4 张莉娅. 叩背对婴幼儿毛细支气管炎的排痰作用[J]. 临床和实验医学杂志, 2010, 9(5): 363, 366.
- 5 张妍, 余霞辉. 机械振动排痰辅助治疗小儿肺炎的临床观察[J]. 中国社区医师(医学专业), 2012, 14(6): 109-110.
- 6 贾彩萍. 两种排痰方式在 NCPAP 辅助治疗毛细支气管炎并呼吸功能不全[J]. 河南预防医学杂志, 2013, 24(3): 277-278.
- 7 张萍. 体外振动排痰在治疗毛细支气管炎中的应用效果[J]. 实用临床医学, 2012, 13(12): 88, 90.
- 8 翟奕庶, 候颖莹. 体外振动排痰辅助治疗毛细支气管炎的临床观察[J]. 中国社区医师(医学专业), 2012, 14(33): 291-292.

[收稿日期 2014-11-12][本文编辑 潘洪平]

## 护理研讨

# 气郁体质腹泻型肠易激综合征患者实施辩证施护干预的效果观察

赖兰静, 罗莉娜, 甘芳芳, 黄小媛

基金项目: 广东省科技计划项目(编号: 河科[2009]31号)

作者单位: 517000 广东, 河源市中医医院急诊科

作者简介: 赖兰静(1971-), 女, 大学专科, 主管护师, 研究方向: 院前急救。E-mail: lailanjiang@163.com

**【摘要】** 目的 探讨辩证施护干预对气郁体质腹泻型肠易激综合征患者的临床效果。方法 选取 120 例气郁体质腹泻型肠易激综合征患者为研究对象, 根据其入院顺序分成常规护理组(对照组)和辩证施护组(观察组)。比较两组患者实施相关护理干预后临床效果差异, 记录其 Bristol 粪便性状分级改善情况。结果 (1) 干预后, 观察组疗效等级及总有效率优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); (2) 干预后, 粪便性状分级中, 观察组 4 级者 36 例, 5 级者 19 例, 6 级者 5 例, 无 7 级者, 对照组 4 级者 19 例, 5 级者 30 例, 6 级者 10 例, 7 级者 1 例, 观察组粪便性状优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 对气郁体质的腹泻型肠易激综合征患者予以辩证施护干预措施, 可有效改善其临床症状, 值得推广应用。

**【关键词】** 气郁体质腹泻型; 肠易激综合征; 辩证施护干预

**【中图分类号】** R 473.57 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2015)07-0677-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2015.07.27

肠易激综合征( IBS)是一种以腹胀、大便性状改变等为主要临床表现的肠道功能紊乱性疾病<sup>[1]</sup>,临床可根据其具体症状分为腹泻型、便秘型、混合型及未定型四种类别<sup>[2]</sup>,在我国具有较高发病率。当前临床治疗多以针对性心理干预、药物对症治疗等为主,存在一定的反复性,难以完全根治。辩证施护方案是通过掌握患者实际体质、拟定对症干预措施的方案,达到改善肠道功能、缓解 IBS 症状的目的。该干预方案已广泛应用于多种临床疾病的诊治过程中,且取得理想效果。本次研究为探讨辩证施护干预对气郁体质腹泻型肠易激综合征患者的临床效果,现报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我院于 2012-01 ~ 2014-05 收治的 120 例气郁体质腹泻型肠易激综合征患者为研究对象,均通过大便常规、血常规及结肠镜检,符合《成人肠易激综合征诊治新指南》<sup>[3]</sup>中相关疾病诊断标准,被确诊为 IBS。根据患者入院顺序分成常规护理组(对照组)和辩证施护组(观察组)两组,各 60 例,两组患者一般资料比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。见表 1。

表 1 两组一般资料比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	性别		年龄(岁)	Bristol 粪便性状分级		
		男	女		1-5 级	6 级	7 级
对照组	60	33	27	46.7 ± 4.2	0	40	20
观察组	60	34	26	46.6 ± 4.4	0	42	18
$t/\chi^2/z$	-	0.034		0.127	-0.391		
$P$	-	0.854		0.899	0.696		

**1.2 纳入及排除标准** (1) 纳入标准:①中医辨证分型为气郁体质者<sup>[4]</sup>;②符合腹泻型 IBS( IBS-D) 临床诊断标准<sup>[5]</sup>者;③护理依从性良好者;④签署知情同意书者。(2) 排除标准:①痰湿质、气虚质、湿热质、阳虚质患者;②便秘型 IBS( IBS-C)、混合型 IBS( IBS-M) 和未定型 IBS( IBS-U) 者;③临床病历资料不全或中途退出干预者;④意识不清或精神障碍者;⑤孕期、哺乳期妇女;⑥合并其他严重疾病者。

**1.3 治疗方法** 对照组予以按时给药、体征检测、医嘱传达等常规护理方案;观察组则在此基础上予以辩证施护方案。(1) 饮食干预:对入组患者予以饮食干预措施,指导其少食或禁食草莓、石榴、柠檬等收敛酸涩类的食物,多食用高粱、荞麦等粗食以及苦瓜、山楂、萝卜等理气解郁、调脾养胃的食物,以此改善临床症状。(2) 心理干预:部分患者因心理、神

经等因素导致病情反复、久治不愈,对此,护理人员通过与患者聊天等方式,找到其产生不良情绪的根源,并拟定针对性心理干预措施,如:开展健康教育及交流会等,通过知识普及、认知宣传、列举典型成功案例等方式,帮助患者树立治疗信心,提高依从性。(3) 活动干预:督促并指导患者定期开展室内运动及室外活动,以有氧运动为主,如登山、慢跑等方式,抒发肝气,提高抵抗力。(4) 给药指导:中药配伍为当归、郁金各 12 g,白芍 15 g,柴胡、炒川楝子、制香附各 10 g,茯苓 20 g,炒白术 30 g,延胡索 13 g,炙甘草 8 g。清水文火煎煮,每天一剂,早晚分服,干预 1 个月后观察效果。

**1.4 观察指标** (1) Bristol 粪便性状分级标准<sup>[6]</sup>级别越高则粪便性状越稀软,如表 2 所示。(2) 疗效分析标准参考 2010 年版《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[7]</sup>中相关评估标准。显效:症状改善 ≥ 70%;有效:症状改善 ≥ 50%;无效:症状无缓解或持续恶化。总有效率 = 显效 + 有效。

表 2 Bristol 粪便性状分级标准

级别	粪便性状
1	硬块,分散
2	腊肠状,成块
3	腊肠状,有缝隙
4	腊肠状或蛇状,光滑、柔软
5	软团,边缘清晰
6	绒状,糊状,边缘不清
7	水样,完全液体

**1.5 统计学方法** 应用 SPSS14.0 统计学软件分析数据,计量资料以均数 ± 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较采用  $t$  检验,计数资料以百分率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验,等级资料采取秩和检验, $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组临床干预效果比较** 干预后,观察组疗效等级及总有效率优于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组临床干预效果比较[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	60	33(55.0)	14(23.3)	13(21.7)	47(78.3)
对照组	60	20(33.3)	17(28.4)	23(38.3)	37(61.7)
$Z/\chi^2$	-	-2.479		3.968	
$P$	-	0.013		0.046	

2.2 两组干预后 Bristol 粪便性状分级情况比较  
干预后,观察组粪便性状优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表4。

表4 两组干预后 Bristol 粪便性状分级情况比较[n(%)]

组别	例数	4级	5级	6级	7级
观察组	60	36(60.0)	19(31.7)	5(8.3)	0(0.0)
对照组	60	19(31.7)	30(50.0)	10(16.6)	1(1.7)

注:  $Z = -3.116, P = 0.002$

### 3 讨论

3.1 本次研究为探讨辩证施护方案对气郁体质的腹泻型肠易激综合征患者临床应用价值,选取120例患者为受试对象,发现予以常规护理干预方案的对照组患者在接受为期一个月的干预措施后,总有效率明显不及采用辩证施护方案的观察组患者高。这一结论说明,辩证施护措施相较于一般干预方案而言,更具针对性与有效性,患者在接受符合个人体质的饮食干预、运动指导、心理干预及用药指导后,大便泄利不爽、腹痛、腹泻、食欲减退等临床症状得到显著缓解,大部分情志不畅、忧郁脆弱、忧思过重等心理表现得到改善,对改善预后也具有积极影响。莫焱等<sup>[8]</sup>也在报告中对上述结论予以支持,认为气郁体质型 IBS-D 患者应以疏肝理气为主要治则,柴胡舒肝散、逍遥散等方剂均可达到理气解郁、调脾养胃、培本固原等功效<sup>[9]</sup>。

3.2 本次研究除了探讨辩证施护方案对气郁体质 IBS-D 患者临床治疗效果的影响外,还就干预前后粪便性状情况进行观察,发现两组腹泻型 IBS 患者干预前粪便性状皆以绒状、糊状或水样性状为主,而通过两种临床干预措施后,对照组患者粪便性状逐渐转变为腊肠状、蛇状(4级)或软团状(5级)者共49例,占总治疗人数的81.7%;而观察组中仅5例患者未达到4、5级评估标准,其余55例干预后粪便性状均得到改善,光滑且柔软,说明患者肠功能恢复理想。李倩等<sup>[10]</sup>也得到类似结论,其还指出,辩证护理不仅利于患者改善肠功能,还利于其生活质量

的提升。部分患者接受干预措施后,抑郁、脆弱、多疑、敏感、情绪过激等症状均得到明显缓解,身体素质、睡眠质量等也显著提升。郑玉红等<sup>[11]</sup>则表示,辩证施护不仅适用于各体质的 IBS-D 患者,还适用于多种不同病症,应用范围较广,具有较高推广价值。本研究仅针对该施护方案对气郁体质 IBS-D 患者临床影响进行分析,未将其他疾病或患者远期预后质量纳入研究范围,拟在扩大样本后将上述猜想列为后续研究课题深入分析。

综上所述,对气郁体质的腹泻型肠易激综合征患者予以辩证施护干预措施,可有效改善其临床症状,对改变患者粪便性状、调节其肠道功能等具有积极影响,值得推广使用。

### 参考文献

- 1 乔宇琪,李定国,陈光榆,等. 消化内科医师肠易激综合征诊断标准知晓率相关因素分析[J]. 中华消化杂志,2010,30(1):53-55.
- 2 来要良. 中医辨证分型治疗肠易激综合征进展[C]. 2009年度消化系病学术年会论文集. 北京:中华医学会北京分会,2009:253-256.
- 3 英国胃肠病临床服务协会,张文静. 成人肠易激综合征诊治新指南[J]. 现代消化及介入诊疗,2007,12(2):141.
- 4 谈晶晶. 肠易激综合征中医体质特点的初步研究[D]. 南京中医药大学,2011.
- 5 姚欣,杨云生,赵卡冰,等. 罗马Ⅲ标准研究肠易激综合征临床特点及亚型[J]. 世界华人消化杂志,2008,16(5):563-566.
- 6 李永儒,丁晓贝,左浩江,等. 肠道菌群与粪便性状关系初探[J]. 现代预防医学,2010,37(9):1623-1625.
- 7 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2009:349-350.
- 8 莫焱,邓嘉,王小红,等. 循证护理在肠易激综合征患者中的应用[J]. 广西医学,2011,33(8):1055-1056.
- 9 李成山. 小儿腹泻66例治疗分析[J]. 中国临床新医学,2010,3(5):478-479.
- 10 李倩,王红梅,陈晓,等. 中医特色护理干预对腹泻型肠易激综合征患者近期生活质量影响的研究[J]. 中国中医急症,2012,21(11):1881-1883.
- 11 郑玉红,程海英,王红梅. 体质辨识在护理评估中的应用[J]. 中国美容医学,2012,21(10):94-95.

[收稿日期 2015-01-14][本文编辑 刘京虹]