

体不存在普适性,下一步的研究计划有必要深入分析,制定相应措施,以避免相关问题。

参考文献

- [1] 于素贞, 姜小平, 王爱霞. 恶性肿瘤复发患者希望水平的现状及其影响因素[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(15): 3822-3824.
- [2] 李文姬, 马兰兰, 李晓瑾, 等. 乳腺癌住院病人创伤后应激障碍及影响因素调查[J]. 护理研究, 2015, 29(2): 174-178.
- [3] Bishop SR. What do we really know about mindfulness-based stressreduction[J]. Psychosom Med 2002, 64(1): 71-83.
- [4] 赵海平, 王健. 血液透析病人的社会支持和希望[J]. 中华护理杂志, 2000, 35(5): 306-208.
- [5] 董璐, 胡雁, 徐国会, 等. 中文版创伤后成长量表应用于乳腺癌患者的信效度分析[J]. 护理学杂志, 2013, 28(22): 21-23.
- [6] Polusny MA, Erbes CR, Thuras P, et al. Mindfulness-based stressreduction for posttraumatic stress disorder among veterans: a randomizedclinical trial[J]. JAMA 2015, 314(5): 456-465.
- [7] Martin Lamothe, Emelie Rondeau. outcomes of MBSR or MB-SR-based interventions in health care providers: A systematic review with a focus on empathy and emotional competencies [J]. Complement Ther Med 2016, 24: 19-28.
- [8] Kearney DJ, Simpson TL, Malte CA, et al. Mindfulness-based stressreduction in addition to usual care is associated with improvements in pain, fatigue, and cognitive failures among veterans with gulf warillness[J]. Am J Med 2016, 129(2): 204-214.
- [9] 董婷婷, 张成帅, 张志强, 等. 正念减压法对创伤后应激障碍患者干预效果的 meta 分析[J]. 中国心理卫生杂志, 2018, 32(1): 7-14.
- [10] 苏娅丽, 王丕琳, 刘均娥, 等. 早期综合护理干预对乳腺癌患者希望水平及生存质量的影响[J]. 中国护理管理, 2019, 19(2): 310-313.
- [11] 胡冰. 正念减压疗法在消化性溃疡患者护理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2019, 25(5): 97-100.
- [12] 罗娟, 王桂梅, 吉晓燕, 等. 正念减压法对精神科护士共情疲劳的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2018, 24(23): 30-33.
- [13] 陈肖敏, 金艾香, 朱慧, 等. 虚拟认知康复训练在乳腺癌化疗相关认知障碍患者中的应用[J]. 中华护理杂志, 2019, 54(5): 664-668.

本文编辑: 李梅 2019-10-15 收稿

揸针埋针配合穴位贴敷在预防前列腺手术患者膀胱痉挛中的应用

王志云, 印良美, 胡小丽

(南通市中医院 江苏南通 226001)

【摘要】目的: 探讨揸针埋针配合穴位贴敷对前列腺手术患者膀胱痉挛的预防效果。方法: 将 2018 年 9 月 1 日~2019 年 2 月 1 日收治的 60 例经尿道前列腺电切术患者采用随机函数分为观察组和对照组各 30 例。对照组采用常规护理, 观察组在对照组基础上采用揸针埋针三阴交、足三里及中药穴位贴敷神阙穴以预防膀胱痉挛。比较两组术后膀胱痉挛发作情况、国际前列腺症状评分(IPSS) 情况及疼痛情况[采用数字评分法(NRS)]。结果: 观察组术后 24 h 膀胱痉挛发生率低于对照组($\chi^2 = 4.689, P = 0.031$)、持续时间短于对照组($t = 3.475, P = 0.001$)、发作次数少于对照组($t = 2.824, P = 0.006$)、冲洗液转清时间短于对照组($t = 3.471, P = 0.001$)、术后 7 d IPSS 评分低于对照组($t = 2.046, P = 0.045$)、术后 3 d NRS 评分低于对照组($t = 5.169, P < 0.001$)、术后 7 d NRS 评分低于对照组($t = 9.030, P < 0.001$)、术后 7 d 最大尿流量多于对照组($t = 3.028, P = 0.007$)。结论: 揸针埋针配合穴位贴敷能够预防前列腺手术患者膀胱痉挛的发生, 提高患者术后护理效果。

【关键词】揸针埋针; 穴位贴敷; 前列腺手术; 膀胱痉挛

中图分类号: R473.6 文献标识码: A DOI: 10.3969/j.issn.1006-7256.2019.24.034 文章编号: 1006-7256(2019)24-0094-03

经尿道前列腺电切术具有出血少、术中并发症少、术后恢复快等特点, 但该类患者术后易出现膀胱痉挛, 表现为阵发性或持续性胀痛, 不仅增加患者痛苦, 还有可能诱发心脑血管疾病及呼吸系统并发症风险^[1]。揸针埋针是中医临床上常见的内针类型, 用时将针体嵌入皮下用胶布固定, 通过对特定腧穴产生持久而柔和的良性刺激, 促进经络气血的有序运行, 该治疗方法对患者的运动不产生影响, 避免了体针固定给患者带来的痛苦。中药穴位贴敷也是一种比较常见的中医外

治方法, 贴敷神阙穴具有通散瘀浊、利水渗湿、行气镇痛的作用^[2]。为了有效预防经尿道前列腺电切术后膀胱痉挛的发生, 2018 年 9 月 1 日~2019 年 2 月 1 日, 我们对 60 例该类患者采用揸针埋针配合穴位贴敷的方法, 取得满意效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取我院同期收治的 60 例经尿道前列腺电切术患者为研究对象。纳入标准: ①均为良性前列腺

增生患者;②无神经源性膀胱病史;③符合经尿道前列腺钬激光剝除术适应证;④均自愿参加研究;⑤未合并有明显的器质性病变;⑥尿常规检查白细胞为阴性;⑦术前有尿失禁病史者;⑧沟通能力正常,能够自主作答。排除标准:①合并终末期肾病;②合并尿路感染、膀胱炎、输尿管病变;③合并其他重大疾病,如严重心肺功能性病变、前列腺癌、膀胱癌等;④合并脊髓损伤、多发性硬化、帕金森等神经功能障碍者;⑤既往盆腔手术史或盆腔功能脱垂者;⑥服用可能影响排尿功能药物者;⑦对本研究中中药过敏、不能按规定完成针刺者;⑧精神、神经障碍者。采用 Excel 2010 软件产生的随机函数分为观察组和对照组各 30 例。对照组年龄 52~75(58.23±15.21)岁,病程 1~8(4.85±1.21)年,术前国际前列腺症状(IPSS)评分 12~30(23.26±5.12)分;观察组年龄 53~75(57.85±15.45)岁,病程 1~9(4.95±1.37)年,术前 IPSS 评分 13~29(23.83±5.05)分。两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法 所有患者均在连续硬膜外麻醉下由同一组医护人员进行经尿道前列腺钬激光剝除术治疗。

1.2.1 对照组 围术期采用常规护理。①术前:入院当天给予入院健康教育,介绍住院环境、相关的规章制度、主治医师等,完成入院评估;协助患者完成各项术前检查、遵医嘱给予治疗;术前指导患者进行膀胱功能训练以预防膀胱痉挛的发生,训练 3~5 次/d;术前 1 d 手术部位备皮,结合宣传资料讲解经尿道前列腺钬激光剝除术的手术流程、优势、注意事项、配合事项及可能出现的并发症,回答患者的疑问,增加患者对手术的认知。②术后:协助患者术后当天取平卧位,下肢外展 15°~30°,告知患者术后不宜过早坐起,频繁更换体位,翻身时要缓慢^[3];遵医嘱给予药物止血、抗感染、镇痛等治疗,做好患者会阴部护理;妥善固定导尿管,保留导尿管 3~6 d,向患者讲解导尿管的放置及注意事项,无出血可拔除导尿管;使用 25℃生理盐水进行膀胱冲洗,保持冲洗通畅^[4];指导患者合理饮食;继续行膀胱功能锻炼;加强并发症观察及预防,如患者出现膀胱痉挛可给予 30 mg 酮咯酸氨丁三醇肌内注射;病情允许的情况下,鼓励患者床上坐起、床边坐、围床运动,循序渐进增加运动量。

1.2.2 观察组 在对照组基础上采用揸针埋针三阴交、足三里以及中药穴位贴敷神阙穴以预防膀胱痉挛。治疗前向患者讲解揸针埋针联合穴位贴敷的方法、使用目的以及可能产生的感觉,消除患者的疑虑,增加其配合度。①揸针埋针:取穴三阴交、足三里,穴位常规消毒后,将清玲揸针(0.9 mm)埋在上述穴位,去除尾部贴纸,并采用胶布固定。告知患者埋针期间可自由活动,做膝关节的屈伸运动,但要注意对清玲揸针的保护,隔日治疗 1 次,5 次为 1 个疗程。②穴位贴敷:取穴神阙穴,中药由我院配制,使用大黄、芒硝等中药按照相应比例磨成粉用麻油调制糊状,纱布包裹贴敷在神阙穴上,贴敷固定后嘱家属采用大拇指指腹按摩 5 min 直至皮肤发红,每贴 24 h,护理至导尿管拔除。

1.3 观察指标 ①膀胱痉挛:术后出现膀胱痉挛的诊断标准^[5]为排除尿路感染所致的急迫性尿失禁的情况下,患者术后出现膀胱阵发性疼痛(持续时间>30 s),伴有间歇性尿急、尿意,膀胱持续冲洗液滴速减慢、停止,甚至发生逆流或冲洗液不自主由尿道口溢出现象。同时统计发作次数、发作持续时间及冲洗液转清的时间。②IPSS 评分^[6]:于术后 3、7 d 统计患者排尿期 IPSS 评分,该评分共包括 7 个症状条目,每个条目按照严重程度的不同频分 0~5 分,按照最终得分不同分为轻度症状(0~7 分)、中度症状(8~19 分)、重度症状(20~35 分),评分越高症状越严重。③术后疼痛:于术后 3、7 d 采用数字评分法(NRS)评价膀胱痉挛发作时的疼痛,由患者根据自身的情况进行评价 0 分、1~3 分、4~6 分、7~10 分分别代表无痛、轻度疼痛、中度疼痛和重度疼痛,评分越高疼痛越剧烈。④最大尿流量:于术后 3、7 d 经彩超检查记录患者最大尿流量。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 20.0 软件分析数据。由未参与本课题的 2 名专业人员负责录入数据,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,行 t 检验;计数资料采用百分比表示,行 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后膀胱痉挛情况比较 见表 1。

2.2 两组术后 IPSS、NRS 及最大尿流量比较 见表 2。

表 1 两组术后膀胱痉挛情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	膀胱痉挛			冲洗液转清时间(d)
		24 h 发生[例(%)]	持续时间(min/次)	发作次数(次)	
观察组	30	6(20.0)	4.21±1.26	4.95±2.12	1.83±0.65
对照组	30	15(50.0)	5.78±2.13	6.74±2.75	2.44±0.71
统计值		$\chi^2=4.689$	$t=3.475$	$t=2.824$	$t=3.471$
P 值		0.031	0.001	0.006	0.001

表 2 两组术后 IPSS、NRS 及最大尿流量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	IPSS(分)		NRS(分)		最大尿流量(ml/s)	
		术后 3 d	术后 7 d	术后 3 d	术后 7 d	术后 3 d	术后 7 d
观察组	30	4.44±1.21	2.58±0.71	3.41±0.37	1.34±0.33	8.91±3.15	16.14±4.15
对照组	30	4.68±1.02	3.02±0.94	4.02±0.53	2.26±0.45	8.24±3.21	13.25±3.18
t 值		0.831	2.046	5.169	9.030	0.816	3.028
P 值		0.410	0.045	<0.001	<0.001	0.418	0.004

3 讨论

膀胱痉挛是经尿道前列腺钬激光剝除术后患者比较常见

的并发症,可能与手术导致损伤诱发机体应激、不稳定性膀胱、气囊与导尿管刺激及精神因素等有关^[7]。据相关文献报

道,经尿道前列腺术后膀胱痉挛的发生率高达 24%~75%,是造成术后疼痛和出血的主要原因,还可诱发术后漏尿、泌尿系感染、心脑血管意外等发生,不仅影响了患者的康复,而且延长了治疗时间,增加了护理工作量^[8]。近年来,随着临床实践的不断深入发现,一旦膀胱痉挛发生,单纯的镇痛、解痉等治疗方法不仅效果有限,而且还有可能增加药物不良反应的风险。有研究认为,有效预防膀胱痉挛的发生是手术一次性成功的重要保障^[9]。因此,做好经尿道前列腺手术后患者膀胱痉挛的预防十分重要。在常规护理中,大多数通过妥善固定导尿管、有效镇痛、保持冲洗通畅等预防术后膀胱痉挛,但总体而言效果并不理想。

中医是我国的传统瑰宝,在预防术后并发症的发生中有积极作用。为了更有效地预防经尿道前列腺电激光剝除术患者术后膀胱痉挛的发生,我们在常规护理的基础上采用揞针埋针三阴交、足三里以及中药穴位贴敷神阙穴的方法。结果发现,该干预方法降低了术后 24 h 膀胱痉挛发生率,缩短了发作时间、冲洗液转清时间,减少了发作次数,同时改善了患者术后最大尿流量、NRS 评分及 IPSS 评分($P < 0.05$)。这提示两项干预措施的应用能够积极地促进患者术后排尿,减少疼痛和膀胱痉挛的发生。中医认为膀胱痉挛是因术中耗气伤血,损伤血络,气不摄血或离经之血,引起血行不畅或血溢脉外,湿热阻滞膀胱,而形成淤积阻塞,湿热蕴结所致^[10]。加之老年患者肝肾不足,血气不旺,更易发生症状。揞针埋针、中药穴位贴敷都是常见的中医外治方法,其中揞针埋针是针法中最安全的用法之一,起效迅速,特别是对疼痛性疾患能够达到针到痛减之效^[11]。针刺穴位所取三阴交、足三里,属于中医护理中比较常用穴位。其中三阴交具有治疗小便不利、膀胱过度活动症作用,可健脾益血、调肝补肾;足三里可治疗尿失禁,可通经活络、调和气血、疏风化湿、扶正祛邪。揞针埋针三阴交、足三里能够补气固本,调节肾、肝、脾等脏腑气机,还能提升盆底肌张力,改善膀胱功能。而且需要时患者还可以通过自己手压埋针以加强刺激,疏通脏腑、经络气血,达到通则不痛的目的,有利于预防膀胱痉挛的发生,减轻术后疼痛^[12]。

穴位是脏腑经络气血输注于躯体外部的特殊部位,神阙穴位于脐部,是任脉的要穴,处于阴阳分界之间。贴敷神阙穴通过药物刺激,激发经脉之气,促进脏腑气血运行^[13]。脐部皮肤最薄,并分布有丰富的神经和血管,药物最易穿透表皮弥散,渗透力强,通过该部位进行贴敷使能够迅速使药物作用值得病所,起到治病保健的作用,发挥特定调节和药物特定的综合叠加^[14]。方中大黄能够泻热通便、解毒消痛的功,芒硝具有泻下通便,润燥软坚的功效,两者能够促进排便的同时促进排尿。现代医学也发现,经穴位贴敷具有外敏感性和放大效应,能够内联五脏六腑,外连四肢百骸,内通外联,承上启下。

综上所述,揞针埋针配合穴位贴敷能够预防前列腺手术患者膀胱痉挛的发生,提高患者术后护理效果。

参考文献

- [1] 农小珍,黄丽芳,韦高猛,等.福慈康预防经尿道前列腺电切术后患者膀胱痉挛的效果观察[J].右江医学,2016,44(2):137-140.
- [2] 郑江华,穆娟娟.经尿道前列腺电切术后尿失禁的中西医结合护理[J].中西医结合护理(中英文),2018,8(4):56-59.
- [3] 张洪军.针刺配合敷贴对经尿道前列腺电切术后膀胱痉挛的影响[J].实用中西医结合临床,2015,15(10):51-52,55.
- [4] 农小珍,李小潘,黄丽芳.综合性护理对前列腺电切术患者术后膀胱痉挛的影响[J].实用临床医药杂志,2015,19(12):87-90.
- [5] 薛柳青,方艳.综合性护理对前列腺电切术患者术后膀胱痉挛的影响分析[J].世界临床医学,2016,10(18):177-178.
- [6] WY Lin, Andersson KE, Li CL, et al. Association of lower urinary tract syndrome with peripheral arterial occlusive disease[J]. Plos One, 2017, 12(3): e0170288.
- [7] 农小珍,李小潘,黄丽芳.综合性护理对前列腺电切术患者术后膀胱痉挛的影响[J].实用临床医药杂志,2015,19(12):87-90.
- [8] 张婵娟,张秀琳,孙文东,等.经皮电神经刺激脚底对围手术期膀胱痉挛的预防和治疗效果[J].中华物理医学与康复杂志,2017,39(1):64-66.
- [9] 赵斯花,吴金防,付慧,等.罗西维林、艾瑞昔布联合舒适护理防治经尿道前列腺激光剝除术后膀胱痉挛的疗效观察[J].中国基层医药,2017,24(20):3101-3104.
- [10] 郑进福,陈俊辉,马华姣,等.化瘀通淋汤联合穴位针刺治疗经尿道前列腺电切术后下尿路症候群的效果分析[J].实用中西医结合临床,2018,18(4):38-40.
- [11] 孙丹,徐纬,李世民,等.揞针埋针结合康复治疗治疗膝关节骨性关节炎的疗效[J].实用医学杂志,2017,33(22):3843-3844.
- [12] 刘慧华,费霖莉.揞针埋针结合自拟腰痛方局部熏洗治疗产后腰痛效果观察[J].中国乡村医药,2018,25(23):19-20.
- [13] 贾民,张晓宇,胡胜平,等.中药敷脐联合电针治疗经尿道前列腺电切术后膀胱过度活动症临床观察[J].中国中医急症,2014,23(9):1719-1721.
- [14] 郭志全,王海临,扈新,等.中药敷脐联合电针治疗经尿道前列腺电切术后膀胱过度活动症疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2017,26(6):667-669.

本文编辑:刘珊珊 2019-09-05 收稿