



中西医结合临床护理路径在急性卒中单元中的应用

熊德新

上海市宝山区中西医结合医院急诊科 上海 201999

【摘要】目的 研究中西医结合临床护理路径在急性卒中单元中的应用。**方法** 选取我科室 2014 年 3 月—2016 年 5 月的 120 例急性脑卒中患者作为研究对象, 随机分成两组, 分别为对照组、研究组, 每组各 60 人, 对照组采取常规护理模式, 研究组则采用中西医结合临床护理模式。最后对比两组患者入院时与入院 3 周后 ADL、CNS 评分和并发症的发生情况。**结果** ADL 和 CNS 评分两组患者入院时差异不大 ($P > 0.05$), 入院 3 周后, 研究组患者对比同期对照组改善效果明显 ($P < 0.05$)。研究组并发症发生率明显低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 中西医结合临床护理能够有效改善患者 ADL、CNS 评分, 降低患者并发症的发生率, 提高治疗效果, 临床效果显著, 应予以推广应用。

【关键词】 中西医结合临床护理; 急性卒中单元; ADL; CNS

【中图分类号】 R473.74 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2017) 05-145-02

卒中在老年患者中是较为常见的一种疾病, 死亡率在脑血管疾病中是最高的, 就算成功救治了也会留下多种不良影响, 常见的后遗症是不同程度的运动功能和神经功能障碍, 对患者的生活质量造成严重影响^[1]。因此, 为了提高患者的生活质量和身体健康, 对其采用中西医结合临床护理进行干预, 有效改善患者 ADL、CNS 评分, 提高患者的治疗效果, 具体如下所述。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2014 年 3 月—2016 年 5 月我院 120 例急性脑卒中患者作为研究对象, 将这 120 例患者随机分成 2 组, 分别为研究组、对照组, 60 例为一组。研究组一其中男 35 例, 女 25 例, 年龄范围上限值 80 岁, 下限值 42 岁, 年龄平均值 (62.5 ± 2.59) 岁。对照组一其中男 33 例, 女 27 例, 年龄范围上限值: 79 岁, 下限值 43 岁, 年龄平均值 (62.4 ± 2.87) 岁。对比 2 组患者的各项资料数据差别较小 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组: 对患者施行常规护理。具体做法: 1、与患者加强交流, 相互沟通, 建立良好的护患关系, 给予患者足够的关心和爱心, 当患者诉苦时耐心倾听, 然后排解患者的悲痛, 稳定患者情绪, 避免患者因害怕、紧张等不良情绪而影响治疗效果^[2]。2、保持安静的环境, 避免一切提高噪音的可能性, 白天注意拉窗帘, 避免阳光直射, 晚上自觉熄灯已帮助患者更好的入眠。

研究组: 对患者采用中西医结合临床护理, 结合中药护理与治疗, 然后每周对患者病房进行查访, 解决患者在护理中所遇到的问题, 告知注意事项和相关知识, 具体操作如下所述。

1.2.1 前期护理: 询问患者病情状况, 回顾以往病史, 结合不同患者的具体情况, 准备好住院期间对患者进行健康教育、护理、医疗、项目检查、预期目标等工作, 并制定出针对患者的中西医结合临床护理路径表。患者入院的第一天, 护理人员要必须要对患者的病情进行全方面的检查和评估, 做好患者并发症发生时, 能够在第一时间给予中医和西医的急救护理措施^[3]。

1.2.2 中医护理: 患者入院后, 遵从能中不西、先中后西的护理原则, 对患者采用中医辨证的治疗和护理, 护理人员根据个人情况安排患者进行肢体功能锻炼。同时要密切注意患者的心理状态、人际关系、生活作息等等, 时常鼓励患者, 与患者多做交流, 并且根据病情的分型对患者做穴位按摩, 具体如下: 风痰瘀阻型——按摩穴位: 主穴为环跳、足三里、三阴交、阳陵泉、尺泽、外关、合谷、曲池、肩髃等, 配穴为廉泉、风池、丰隆等, 每次 20 至 30 分钟, 一天 2 次; 痰热

腑实型——按摩穴位: 主穴同上述相同, 若患者患有便秘则可以添加神阙、水道、天枢、中脘等穴位, 每次 20 至 30 分钟, 一天 2 次; 阴虚风动型——按摩穴位: 主穴同上述相同, 配穴为心俞、肾俞、肝俞、风池、神门、内关等, 每次 20 至 30 分钟, 一天 2 次; 气虚血瘀型——按摩穴位: 主穴同上述相同, 配穴为太冲、血海、气海等, 每次 20 至 30 分钟, 一天 2 次;

1.2.3 出院前的指导: 医护人员协助患者进行相关项目的检查, 嘱咐患者在出院后坚持康复运动, 对患者的生活作息给出合理建议, 并告知患者及家属一些按摩穴位, 每天帮助患者进行按摩能有效改善肢体机能, 定时复诊^[5]。

1.3 观察指标

对比两组患者入院前后 ADL、CNS 评分和患者褥疮、便秘、电解质紊乱, 呼吸系统感染四项并发症的发生率。

1.4 统计学意义

用均数 ± 标准差的形式, 表示 2 组患者入院前后 ADL、CNS 评分 (T 检测), 用 % 表示 2 组患者并发症发生率 (卡方检测), 在用 SPSS20.0 软件核对后, 当 2 组患者术后各项数据差别较大时, 用 $P < 0.05$ 表示。

2 结果

2.1 两组患者在中西医结合临床护理前后 ADL 和 CNS 进行对比, 患者 ADL、CNS 入院时评分研究组患者对比同期对照组差异不大 ($P > 0.05$), 患者入院 3 周后研究组对比同期对照组改善效果显著 ($P < 0.05$)。

表 1: 两组患者入院时与入院后 ADL 和 CNS 评分对比 (分)

组别	例数	入院时 ADL 评分	入院 3 周后 ADL 评分	入院时 CNS 评分	入院 3 周后 CNS 评分
研究组	60	9.9 ± 3.4	75.1 ± 10.5	16.7 ± 4.3	7.2 ± 3.5
对照组	60	10.1 ± 4.2	60.2 ± 8.6	16.5 ± 4.5	11.7 ± 4.3

注: 数据组间对比 ($P < 0.05$)。

2.2 两组患者在并发症的发生率上, 研究组明显低于同期对照组 ($P < 0.05$)。

表 2: 两组患者并发症发生率对比

组别	例数	褥疮 (n, %)	便秘 (n, %)	电解质紊乱 (n, %)	呼吸系统感染 (n, %)
研究组	60	2 (3.3)	1 (1.6)	3 (5.0)	12 (20.0)
对照组	60	5 (8.3)	5 (8.3)	5 (8.3)	17 (28.3)

3 讨论

对于患者我院采用以患者为中心的服务理念, 在治疗过程中耐心讲解疾病的相关知识、注意事项以及治疗目的, 适当的对患者进行健康宣教, 鼓励患者, 提高患者对抗疾病的信心, 充分体现以人为本的服务理念, 针对不同患者采取不

(下转第 147 页)



婴幼儿肛周脓肿手术后护理

张 翠

四川省第二中医医院 四川成都 610031

【中图分类号】R473.6 【文献标识码】A 【文章编号】1674-9561 (2017) 05-147-01

肛周脓肿发病原因有很多因素,很多患病的婴幼儿被发现与异常的肛隐窝有关。男性患儿易发,常在3岁以下发病,尤以新生儿期及3个月以下的婴儿多见,起病急,进展快,局部症状明显,病痛剧烈,临床症状如不能及时有效缓解,易并发肛痿、败血症等多种严重并发症,加重患儿及家长的痛苦^[1]。因此在术后加强对患儿的护理至关重要。手术方法:均在肛门局部浸润麻醉下行肛周脓肿搔刮术,及肛痿挂线引流治疗。

1 术后护理

1.1 患儿的病情观察

术后恢复过程中,由于手术创伤及感染的作用,创面常会出现不同程度的水肿,不仅加重了切口疼痛,也影响切口的愈合。为减轻术后疼痛及减轻切口感染的发生,密切观察患儿伤口情况,及生命体征情况;如患儿体温不退,精神反应欠佳或阵发性哭闹不止,应检查患儿伤口情况,有无出血,有无排便情况,保持局部引流通畅,如发现袋脓需及时报告医生,配合处理。

1.2 患儿饮食指导

因纯母乳喂养患儿的尿液及粪便的酸性弱,可减轻排便后对皮肤黏膜及创面的刺激,故进乳患儿术后强调早期纯母乳喂养的必要性^[2],混合喂养患儿应使用清淡、少渣、易消化的食物喂养,可多食蔬菜瓜果、富含纤维的食物预防便秘^[3]。

1.3 排泄护理

排便后使用清洁柔软的卫生纸擦拭肛门,减少对肛门皮肤的擦伤和污染。养成良好的排便习惯,预防肛周疾病。平时做腹部顺时针方向按摩,每天1-2次,促进肠蠕动,以利排便,大便困难者给予开塞露40ml纳肛。小便困难,用热水坐浴,必要时在无菌操作下行导尿术。

1.4 中医特色护理

患儿每次大便后用聚维酮碘10ml+1000ml温开水用20ml

注射器对准患儿伤口冲洗,把残余的大便残渣全部清洗干净;清洗后,再用本科室特色中药苦参汤坐浴,把患儿的整个臀部浸泡在药水中,每次30分钟,水温保持在42℃左右,避免水温过热对患儿皮肤造成刺激及伤害;坐浴完毕后使用激光针治疗仪照射患处,每次20min,可活血化瘀消肿,减少创面的渗出液,降低局部感染的机率,促进伤口愈合。激光针治疗完毕后,局部外敷消炎止痛膏,油膏摊制厚薄均匀,以利活血化瘀,软键散结,消肿止痛。选择适宜的纱条或药捻等引流,保证引流通畅。

2 结论

肛周脓肿系肛肠外科常见疾病之一,在婴幼儿时期,肛管及肛门括约肌功能尚未发育完全,比较脆弱,抵抗力低下,加之排便不规律,肛隐窝等部位易发生损伤而引起局部感染。部分患儿尿布、纸尿裤使用不恰当或排便后粪便清除不及时,细菌通过受损皮肤向下到达肛周皮下,从而形成脓肿。在治疗过程中,医护人员必须认真、仔细观察病情变化,积极采取有效的护理措施,促进伤口愈合,减少并发症的产生。通过本科室的特色治疗患儿创面均愈合良好,未发生术后大出血等并发症,未发现复发病例。总之,通过细致全面的护理措施,患儿家属同时积极地配合治疗,就可以取得良好的治疗效果。

参考文献:

- [1] 裘法祖, 孟承伟. 实用外科学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 1201.
- [2] 李淑芬, 李玲. 一期手术治疗肛周脓肿136例[J]. 中华现代中西医杂志, 2010, 6(18): 1708.
- [3] 高梅玲. 47例小儿肛周脓肿的护理体会[J]. 中国当代医药, 2013, 20(22):127-128.[2017-08-29].
- [4] 姜会凡. 小儿肛周脓肿切开引流术的护理体会[J]. 河南外科学杂志, 2017, 23(01):153-154.[2017-08-29]. DOI: 10.16193/j.cnki.hnwk.2017.01.123

(上接第145页)

同的护理手段,这与中医辨证施护的本质是一致的。

综上所述,中西医结合临床护理将中医辨证施护和传统急救护理、养生、按摩、针灸、心理干预等护理方法全部融合在一起,这不仅增强了患者战胜疾病的信心,更是明显降低了患者并发症的发生率,有效改善ADL和CNS,提高了患者的生活质量,临床效果显著,应值得推广应用。

参考文献:

- [1] 刘胜贤. 中西医结合治疗急性脑卒中的有效性探讨[J]. 中外医疗, 2013, 32(17):126-127.

(上接第146页)

参考文献:

- [1] 桂俊芳. 综合护理干预在银屑病患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2016, 22(19):80-81.
- [2] 李海霞. 综合护理干预对银屑病患者生活质量的影响[J]. 医药前沿, 2017, 7(11):321-322.

- [2] 刘晓玲, 石磊, 左玲莲. 中西医结合卒中单元治疗急性脑卒中的系统评价[J]. 中国实用医药, 2015, 10(27):177-178.

- [3] 朱伟芬. 缺血性脑卒中急性期的中西医结合护理[J]. 中国中医急症, 2013, 22(10):1737-1737.

- [4] 杨玲, 郭建美, 于文明. 急性脑卒中并发肺部感染的中西医结合护理[J]. 中西医结合心血管病杂志(电子版), 2015, 3(26):185-186.

- [5] 张彩凤. 急性脑卒中并发肺部感染的中西医结合护理的效果浅析[J]. 当代护士: 专科版(下旬刊), 2017, 24(3):135-136.

- [3] 吕晓红. 综合护理干预对银屑病患者焦虑情绪影响[J]. 中国保健营养, 2016, 26(33):229-230.

- [4] 张红. 浅谈对银屑病患者进行综合护理干预的疗效[J]. 当代医药论丛, 2014, 12(4):241-242.

- [5] 李双娥. 护理干预对银屑病患者影响研究[J]. 医学信息, 2016, 29(8):185-185.