



• 护理研究 •

# 基于中西医结合治疗的集束化护理在重症中暑患者中的应用效果

徐志晶

(江西省丰城市人民医院门急诊抢救室 邮编 331100)

**摘要:** **目的** 探讨基于中西医结合治疗方法上的集束化护理在重症患者中暑中的应用效果。 **方法** 以2017年7月至9月在我院急诊科住院的重症中暑患者为对照组,以2018年7月至9月的重症中暑患者为观察组,对照组实施常规的集束化护理,观察组在对照组基础上加入中医护理,比较两组患者24小时后的APACHE II评分、24小时后体温改善状况和住院时间。 **结果** 在实施基于中西医结合治疗的集束化护理后,观察组在24小时后APACHE II评分比对照组的评分低,在24小时后体温下降效果比对照组好,且观察组患者的住院时间短于对照组(均 $P < 0.05$ )。 **结论** 在中西医结合治疗的基础上实施集束化护理能有助于缓解患者的中暑症状,减轻患者的中暑程度,缩短住院时间。

**关键词:** 集束化护理; 中西医结合治疗; 重症中暑;**中图分类号:** R256.12**文献标识码:** A**文章编号:** 1009-5187(2018)16-126-02

随着全球气候变暖和夏季气温的峰值不断变化,中暑患者也逐年增加,其中最为严重的为热射病型中暑,常伴有潜伏或不同程度的多器官功能障碍综合征(MODS)。中暑是指在高温或暴晒环境下,机体不能进行正常的体温调节,人体出现高热、汗液过多或无汗、意识丧失或惊厥甚至出现周围循环衰竭等临床表现的急性疾病,可分为先兆、轻症和重症中暑,其中重症包括热痉挛、热衰竭和热射病<sup>[1]</sup>。目前国内10%的中暑患者会治疗无效后死亡,且致死率仍呈上升趋势<sup>[2]</sup>。集束化护理是以循证为基础的前提下将有科学性的可靠性的可行的护理措施集合起来应用于临床护理<sup>[3]</sup>,它首先在预防呼吸机相关性肺炎的护理中应用<sup>[4]</sup>,后逐渐引入到恶性肿瘤、脓毒症、静脉置管、急诊科中的抢救和洗胃程序等中,并使集束化理念不断深入和护理实践相结合。本文在此理论的基础上结合本科室采用的中西医结合的治疗护理方法,探索基于中西结合治疗的集束化护理在重症护理中的应用效果,以期临床工作者提供相应的借鉴和参考。

## 1.1 一般资料和方法

### 1.1.1 一般资料

本研究的研究对象来源于2017年6月至9月在我院急诊科就诊的重症中暑患者10人和2018年7月至9月就诊的重症中暑患者9人,将2017年的患者设为对照组,将2018年的患者设为观察组,两组患者在入院时均符合重症中暑的诊断标准<sup>[5]</sup>。对照组中男6人女4人,年龄(28±14.5)岁,有3例患者的体温在39~40℃之间,有6例患者在40.1~41.0℃之间,有1例患者的体温超过41.0℃;其中伴有神经反射迟钝或消失5例,有意识障碍者2例,休克者3例。观察组中的男5例女4例,年龄(27±12.7)岁,入院时患者体温全部超过40℃,且有3例患者的体温超过41℃;其中有意识障碍者6例,急性肝肾功能损害者3例,有呕吐且出现高血钾的患者2例。

### 1.1.2 方法

对照组给与传统的常规集束化护理方式,坚持“三早”原则,即早期快速降温、早期液体复苏和早期开始重要器官支持治疗<sup>[6]</sup>,具体措施如下:①早期快速降温:立即开通静脉通道2条以上,给与患者4℃冰生理盐水静滴,另行经鼻胃管植入术,以300 ml/h的速度注入0~4℃生理盐水或矿泉水<sup>[7]</sup>;将重症中暑患者安置在20~25℃温度且40%~60%湿度的急诊监护室环境中;使患者平躺在有冰毯的床上,将冰帽配戴在患者的头上,为避免冻伤软组织用软毛巾保护耳廓和枕后,在肾区放置软枕以避免肾区受损,另给与亚低温治疗仪降温,与之同时给与温水擦浴,在大动脉处放置冰袋,通过不间断地监测肛温和观察患者的反应、出汗和末梢血流的情况来给与合适的护理措施,使中心体温降至低于38.5℃的最佳时间为1h内<sup>[8]</sup>。在物理降温后患者体温仍未降至可控制的范围时遵医嘱实施药物降温。在全程降温过程中要严密观察和评估患者的生命体征,以防患者出现虚脱症状。②早期液体复苏:在建立的静脉通道里给与患者快速的大量的补液,为了纠正患者的电解质紊乱和纠正休克症状,在就诊时使患者的平均动脉压 $\geq 65$  mmHg,中心静脉压维持在8~12 cmH<sub>2</sub>O,尿量 $\geq 0.5$  ml/kg/h[9-10]。③早期开始重要器官支持治疗:随着疾病的患病

时间变长,会产生对重要器官如脑、肝、肾和心脏等产生不同程度的损害即合并多器官功能衰竭。结合患者的血气分析结果给与恰当的氧疗方案,为了保护各器官的耗氧需求一般直接给与患者高流量的面罩吸氧。对于意识障碍程度比较严重的患者且并有呼吸道分泌物时,除了遵医嘱给与雾化吸入和吸痰外,尽早尽快配合医生行气管插管、机械通气,以免影响患者的血氧饱和度。另外,重症患者容易诱发机体的应激系统导致患者的血糖控制失调和胃肠功能紊乱,因此需尽早开始进行肠内营养支持和血糖监测。

观察组在对照组的基础上实施中医护理,将风油精涂在风池穴、太阳穴和合谷穴可在一定程度上缓解患者的中暑症状<sup>[11]</sup>。根据患者的病情将患者置于仰卧位、侧卧位和俯卧位;按头部-颈部-胸部-背部-下肢的顺序进行刮拭;从上往下由胸部或背部中间往两边进行;以45°~90°的角度对每个部位进行刮拭,停留3~5 min后观察局部皮肤的颜色,以皮肤呈紫红或潮红为宜避免刮破皮肤<sup>[12-14]</sup>。在患者病情稳定时也可采用鲜藿香或以鲜佩兰泡茶帮助缓解中暑。另外,藿香正气散(将大腹皮、白芷、紫苏、茯苓、半夏、白术、陈皮、厚朴、桔梗、藿香、甘草磨成细末)能减少体内内毒素,增强耐热力蛋白,缓解急性中暑<sup>[15]</sup>。中暑也需要进行辩证施治并结合患者的高热、意识状态、病症等给与中药治疗,如安宫牛黄丸或羚角钩藤汤,也包括热毒宁、醒脑静、清开灵等,因此在护理中要熟悉患者的病情,做好用药护理和健康教育宣教。对于重症中暑者在双人配合下可在督脉穴、水沟、百会、十宣、曲泽、委中穴,施以针灸来泻热,意识障碍严重者或感觉障碍者禁用针灸疗法。

### 1.1.3 观察指标

(1)住院24小时后的APACHE II评分 急性生理学与慢性健康状况评分II(APACHE II评分)是1985年Knaus等提出<sup>[16]</sup>,既可评估群体ICU患者的预后,也可估计个体病死率;主要包括急性生理学评分(APS)、年龄评分(YS)、慢性健康状况评分(CPS);其中APS包括直肠温度、平均动脉压、心率、呼吸频率、氧合作用、动脉血pH值、Na<sup>+</sup>、K<sup>+</sup>、Cr、Hct、WBC、Glasgow昏迷评分12项生理学参数,分值越高表示病情越重死亡风险越大<sup>[17]</sup>。(2)比较重症患者在对照组和进行中西治疗后的集束化护理后的24小时内的体温改善情况和患者的住院时间。

### 1.1.4 统计学方法

在本科室质量控制小组成员的支持下,将2017年入住本科室重症中暑患者和2018年的重症中暑患者的资料录入EXCEL 2007。将数据导入SPSS后进行统计,计量资料比较采用t检验,率的比较采用卡方检验。

## 2.结果

对照组和观察组在实施护理后的效果比较如表1,观察组在24小时后APACHE II评分比对照组的评分低,观察组在24小时后体温下降效果比对照组好,且观察组患者的住院时间短于对照组(均 $P < 0.05$ )。

表1 两组患者的护理效果比较



## • 护理研究 •

组别	例数	24h 后 APACHE II 评分	24h 后体温 下降 $\leq 38^{\circ}\text{C}$	住院时间
对照组	10	14.42 $\pm$ 1.73	80.00% (16/20)	10.13 $\pm$ 1.35
观察组	9	10.12 $\pm$ 1.31	94.44% (17/18)	7.34 $\pm$ 2.53
t 值 / $\chi^2$		6.32	7.62	9.89
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

## 3 结论

空气湿度高,人体在高温环境下难以正常的散热,中暑的发生较多。当持续高温时,人们暴露在阳光下长时间在户外活动或劳动后,应激机制会发生失代偿,倘若没有在阴凉处有良好的休息、水分补充的不足或自身不能重视严重性,暴露的时间越长,中暑的症状的发生也会渐渐明显,且越来越严重。据报道高温能直接损伤细胞膜和细胞膜内结构,能改变各组织器官细胞膜结构并损伤线粒体,因而广泛的损伤细胞组织器官,各器官出现不同程度功能障碍,重者出现严重的全身脏器损害,甚至危及生命健康<sup>[18]</sup>。中医学认为,中暑属“暑厥”范畴,夏季暑气当令,暑伤津气,阴损及阳致气虚欲脱<sup>[19]</sup>。急诊入院的重症中暑患者多见脉细弱,苔薄黄,有头晕、头痛、恶心、呕吐、面色苍白,皮肤湿冷,甚高热无汗、昏厥、抽搐等症状,因此中医认为治重症中暑应救阴回阳固脱<sup>[20]</sup>。由表 1 可见,在经过系统的有条理的集束化护理后,患者的 APACHE II 评分降低,体温基本在 24 后恢复到正常范围,且患者的住院时间缩短,表明以循证为基础在中西医结合治疗前提下科学的采用集束化护理能缩短救治时间、防止患者发生不可逆的脑损伤,更有利于保障患者的自身安全,提高患者的生命质量。

我国的集束化护理起步较晚,目前正逐渐成为临床工作的主要措施,与传统的护理相比较,它将被动换为主动,而中暑又主要以快速变化的病态体征为特征,因此,多数学者认为提高中暑患者抢救成功率的主要因素是采用集束化的救治和护理。本科室参阅国内外的相关文献,学习和培训相关的中医护理技术,最终在相关领域的专家的指导下总结出相对系统且完整的重症中暑患者的中西医结合的集束化护理方案,在应用于临床中加强了全体护理人员的集束化培训和操作演习,提高医护人员对集束化救治和护理的认识,也提高了科室的业务水平能力,这对于改善现在护理的不足之处,提高重症中暑的护理质量有重要的借鉴意义。

综上所述,在中西医结合治疗的基础上实施集束化护理能有助于缓解患者的中暑症状,减轻患者的中暑程度,缩短住院时间,值得急危重症专科进行关注,且有一定的借鉴意义。

## 参考文献:

[1]范永芬,高爱凤.重症中暑 32 例的集束化治疗与护理[J].中国乡村医药,2013(9):43-44.

[2]李婷,李俊,王帆,等.对中暑防治理念与中暑诊断标准的新认知[J].中国卫生标准管理,2017,7(36):8-9.

[3]陈永强.导管相关性血流感染与中心静脉导管集束干预策略[J].中华护理杂志,2009,44(10):27-29.

[4]Hawe C, Ellis K, Cairns C. Preventing ventilator associated pneumonia, Infection surveillance, process measurement and education [EB/OL]. [2009-07-12]. http://dx.doi.org/10.1007/s00134-009-146-1-0.htm.

[5]陈源珠,林果为,王吉耀.实用内科学.第 14 版[M].人民卫生出版社,2013.

[6]蒋芝萍,吴佳敏,蒋玉勤.联合强化护理干预策略在重症中暑患者救治中的应用[J].中国乡村医药,2017,24(13).

[7]徐中杰,刘梅,蔡振林.冰水灌注成功抢救 6 例重症中暑[J].中国临床医学,2004,11(4):518-520.

[8]于琳琳.集束化护理用于重症中暑患者急救中的护理效果评价[J].实用临床医药杂志,2017,20(8):34-36.

[9]杨娟,孙邦旭.62 例中暑患者的院前急救及护理体会[J].岭南急诊医学杂志,2015(5):441-442.

[10]范永芬,高爱凤.重症中暑 32 例的集束化治疗与护理[J].中国乡村医药,2013(9):43-44.

[11]常忠琴.中西医结合护理 35 例中暑患者的体会[J].世界最新医学信息文摘:连续型电子期刊,2015(45):212-212.

[12]林海桐,宁观林.中西医结合治疗重症中暑的疗效观察[J].河北医学,2011,17(4):488-489.

[13]阮志强,崔悦宁.中暑的刮痧疗法[J].宁德师范学院学报(自然科学版),2005,17(4):410-411.

[14]徐晓英.穴位刮痧治疗中暑 39 例的疗效观察及护理[J].解放军护理杂志,2010,27(8):609-610.

[15]王宇,王六群,陈建佩,等.藿香正气散救治急性中暑 42 例的临床分析[J].中国中医药科技,2014,21(2):222-222.

[16]Knaus W A, Draper E A, Wagner D P, et al. APACHE II: a severity of disease classification system. [J]. Critical Care Medicine, 1985, 13(10):818.

[17]潘志国,耿焱,刘云松,等.APACHE II 评分对重症中暑患者预后判断的价值[J].山东医药,2012,52(9):64-65.

[18]秦建江,邓克勤.重症中暑合并 DIC2 例治疗[J].浙江临床医学,2005,7(1):8-8.

[19]王定菊.中暑的中医护理[J].中国中医急症,2012,21(7):1199-1199.

[20]石佳.浅谈中暑的中西医治疗临床经验[J].内蒙古中医药,2017,35(11):80-81.

(上接第 122 页)

输尿管镜下行钬激光碎石是目前临床中治疗输尿管结石患者的微创术式。患者围手术期内的科学护理干预是确保患者手术效果的重要环节<sup>[2]</sup>。而传统的护理方案中主要是以护理人员开展的护理措施为主,患者多为被动配合。近年来随着以患者为中心的临床护理服务理念不断深入发展,在护理过程中发挥患者的参与性及主观能动性,即参与型护理模式,成为广大临床护理工作者的重点关注问题<sup>[3]</sup>。参与型护理模式终将护理主体转变为患者,而护理人员充分发挥指导作用,调动患者的主动性及积极性,鼓励患者参与到自我护理方案制定执行及评估中<sup>[4]</sup>。患者从被动配合转变为主动参与,有助于提升患者自信心和内心潜能。本次研究结果显示,观察组患者通过运用参与型护理模式,该组患者护理后心理抑郁和焦虑程度改善效果显著优于对照组。同时 SES 自尊评分改善效果也明显好于对照组患者。这提示,在输尿管结石患者的围手术期内通过采取参与型护理模式,有利于改善患者的心理健康状况,对于提升患者治疗效果意义重大<sup>[5]</sup>。

综上所述,在钬激光治疗的输尿管结石患者中,通过运用参与型护理模式,有利于改善患者心理抑郁和焦虑程度,并提高患者自尊水平,该护理模式有利于改善患者心理健康水平值得应用并推广。

## 参考文献:

[1]陆辉云.综合护理对钬激光碎石治疗输尿管结石患者康复的影响分析[J].实用临床护理学电子杂志,2016,1(03):97-98.

[2]彭海凌.综合护理对钬激光碎石治疗输尿管结石患者康复的影响分析[J].中国现代药物应用,2017,11(15):147-149.

[3]张静.综合护理对钬激光碎石治疗输尿管结石患者术后生活质量及康复的影响[J].大医生,2018,3(05):151-152.

[4]饶玉仙.经尿道输尿管软镜下钬激光碎石患者护理效果[J].中国卫生标准管理,2018,9(16):177-179.

[5]吕云芳,张艳,董翠萍等.参与型护理模式对钬激光治疗输尿管结石患者心理健康的影响[J].齐鲁护理杂志,2015,21(22):76-78.