

疾易合并其他严重并发症^[3], 尤其脑型疟疾最为凶险, 病死率最高, 以来势凶, 进展快, 变化快, 病程短为特点, 如不及时抢救, 会因意识障碍、昏迷、偏瘫、肾功能衰竭、呼吸循环衰竭而死亡。本例患者在抗疟原虫的基础上, 积极治疗并发症和精心护理是救治成功的关键。

当前, 外出旅游、出国打工人员逐渐增多, 对于返乡人员, 尤其是从疟疾流行地区回来的返乡人员, 当地疾控机构应加强对返乡人员输入性疟疾的监测, 及时搜索疫情; 并按属地管理的原则, 卫生部门要加强与卫生检疫、商务、外事有关部门的联系, 及时掌握返乡人员的去向和返回时间, 特别是外出非洲和东南亚等恶性疟高发地区人员的相关信息, 回国后要及时进行跟踪调查和处理; 及时发现和处理疫情, 凡从疟疾高发地区

褥疮的临床护理体会

王增红(重庆市大渡口区第一人民医院内科 400084)

【关键词】 褥疮; 护理; 压疮

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 12. 069 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)12-1530-02

褥疮又称为压疮, 是临床护理中的常见病种之一, 它主要是由于局部组织长期受压, 导致血液循环障碍, 发生持续性缺血、缺氧、营养不良而导致组织溃烂坏死, 是临床上卧床患者最常见的并发症之一, 它是在康复治疗、护理工作中长期存在且尚难彻底解决的难题。一旦发生压疮, 不仅影响病情, 给患者增加痛苦, 延长疾病的康复时间, 甚至会引起脓毒败血症而危及生命。近年来, 随着医学研究的不断深入, 认为褥疮从病理、生理学角度应称为“压迫性溃疡或压疮”已成共识^[1]。目前本科在褥疮的治疗和护理上取得了一定的经验, 收到了满意的效果, 现将护理体会介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本科室从 2010 年 1 月至 2011 年 2 月收治褥疮患者 7 例, 男 2 例, 女 5 例, 年龄 68~91 岁, 患者住院后通过抗感染, 加强营养, 对褥疮进行局部治疗护理后均治愈。

1.2 护理措施

1.2.1 对褥疮进行评估 患者入院后及时的对患者发生褥疮的危险因素作定性、定量的综合分析, 对褥疮的易患因素进行正确的评估, 采取行之有效的防护措施。目前国内外介绍的常用的评估方法有 Braden 褥疮评分法、Nortor 危险因素评分法、Andersen 危险指标记分法等针对危险因素采取措施预防褥疮, 使褥疮的发生率下降 50%~60%^[2]。将患者的褥疮分为Ⅰ期(淤血红润期)、Ⅱ期(炎性浸润期)、Ⅲ期(浅表溃疡期)和Ⅳ期(坏死溃疡期), 并针对褥疮的各期特点予以治疗和护理。

1.2.2 褥疮的治疗和护理 (1) 避免局部组织长期受压, 解除局部受压, 强调翻身的重要性, 加强防护措施, 特别是患侧不能卧位, 应使局部架空, 使受压局部悬空, 称之为“架桥法”^[3], 增加翻身次数, 保持床铺平整、干燥、无碎屑, 避免摩擦、潮湿和排泄物对皮肤的刺激。经常更换体位, 使骨骼突出部位交替地减轻压迫。鼓励和协助长期卧床的患者经常翻身, 每 2~3 h 翻身一次, 必要时 30 min 翻身一次, 并建立床头的翻身记录卡; 使用棉褥、软枕及糜子垫以保护骨隆处和支持身体的空隙处, 使支撑体质量的面积加大, 从而降低皮肤所承受的压强, 尤其是糜子性微寒, 可降低皮肤的表面温度; 糜子不吸湿具有良好的透气功能, 能保持皮肤干爽^[4], 糜子褥垫在减压和通透散热

回国的人员, 无论发病与否, 都必须按现症患者疗法进行氯喹、伯喹 8 d 根治, 实行预防性服药, 并做好随访和跟踪观察。

参考文献

- [1] 彭文伟. 传染病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 50.
- [2] 沈继龙. 临床寄生虫学和寄生虫检验[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 30.
- [3] 颜宁. 凶险性恶性疟疾合并败血症 1 例[J]. 江苏医药, 2003, 29(12): 898.

(收稿日期: 2011-04-06)

作用等方面明显优于棉垫、海绵垫等传统方法; 使用气垫床、转床等可使患者达到分散全身压力, 避免集中压迫某个部位, 由于气垫床的按摩功能, 可使长期卧床患者免患褥疮, 对已形成褥疮, 可加速结痂, 减轻了患者的痛苦与家属的护理任务^[5]。(2) 积极治疗原发病, 增加营养和全身抗感染治疗: 对长期卧床、恶病质、病重患者予以进食高蛋白、高热量、高维生素及富含矿物质的膳食饮食, 不能自己进食的给予鼻饲饮食, 静脉补充清蛋白、氨基酸等以纠正负氮平衡, 增强机体的免疫力和抵抗力, 促进机体生长发育, 有助于褥疮的愈合。(3) 重视局部的治疗和护理: 其原则主要是解除压迫, 保护创面, 促进愈合。在褥疮的护理过程中应保护好皮肤, 防止感染发生, 而对于已有破溃的褥疮应尽量保持局部疮面清洁, 使用保湿敷料如透明膜、水胶体等可以为创面的愈合创造一个适宜的环境, 便于新生的上皮细胞覆盖在伤口上, 勤换敷料, 严格控制感染, 逐渐的使创面愈合。在治疗褥疮的Ⅰ期、Ⅱ期及Ⅲ期中用 2% 碘酊加庆大霉素等药物涂擦配合红外线照射有良好的效果, 碘酊可以使组织脱水, 减少渗液, 促进血液循环, 涂擦后在局部形成一层杀菌薄膜, 能保持长时间的杀菌作用, 红外线照射对机体有促进新陈代谢、改善血液循环, 减少渗出的作用, 使创面由内向外较快愈合^[6]。破溃的褥疮可以采用胰岛素湿敷换药, 胰岛素液具有解除水肿, 抗炎, 保持肉芽新鲜, 以促进伤口愈合的目的, 且用物简单易取^[7]。临床用 1.5% 的胰岛素液进行褥疮换药, 即生理盐水 20 mL, 胰岛素 12 U, 维生素 C 0.5 g, 浸泡无菌纱布紧贴创面组织, 上面覆盖一层油纱布, 最后用无菌纱布覆盖, 胶布固定。如果炎症严重, 可加庆大霉素 8 万 U, 开始可每天换药一次, 3 d 后可延长换药时间, 2~3 d 换药一次直至褥疮愈合。对于深达骨骼的褥疮配合医生清除坏死组织, 保持引流通畅, 促进肉芽生长, 感染的创面每周采集一次分泌物作细菌培养和药敏实验, 然后根据检查结果选用治疗药物, 以缩短褥疮的病程, 减轻患者的痛苦。

2 讨论

褥疮虽然是临床上长期卧床的患者, 特别是老年、昏迷、瘫痪、坐轮椅者最常见的并发症, 也是临床护理工作中的一大难题, 但护理人员只要认真做好护理工作, 严格执行护理操作常

规,在临床上灵活运用目前国内外行之有效的褥疮治疗方法,不断探索,就会取得良好的效果。护理人员应认识到,褥疮的防治及护理技术十分复杂,护理人员应以患者为中心,一切从患者的实际出发,以高度的责任心,加强基础护理,做好健康教育宣传,对经评估的高危患者实行重点预防,落实措施即可避免褥疮的发生,因此要求护理人员在工作中做到六勤,即勤观察、勤翻身、勤擦洗、勤按摩、勤整理、勤更换^[8]。正确的掌握褥疮的护理防治方法,才能最大限度的减轻患者的痛苦,加强患者的心理疏导,使其保持乐观向上的生活态度,从而使褥疮的护理更科学、更人性化。

参考文献

[1] 李建荣. 压疮的防治及护理[J]. 菏泽医学专科学校学报, 2005,1(17):69-70.
[2] 张长惠. 采用评分法针对危险因素预防褥疮[J]. 国外医

学;护理学分册,1996,15(5):202-203.
[3] 蒋小敏. 褥疮的防治与护理进展[J]. 广西医学院学报, 2002,2(9):125-126.
[4] 刘婉彧,吴本慧,李淑芬. 应用糜子垫及气垫床预防压疮的临床观察[J]. 大连医科大学学报,2009,31(3):148.
[5] 董文军. 褥疮护理的新进展[J]. 甘肃中医,2007,20(4):37-38.
[6] 付喜凤,利福平. 碘伏联合红外线照射治疗褥疮的效果观察[J]. 中国医药导报,2006,3(32):85.
[7] 欧阳春丽. 湿性愈合治疗褥疮的观察[J]. 右江民族医学院学报,2007,29(3):440-441.
[8] 金莉光. 基础护理学[M]. 4 版. 天津:人民军医出版社, 2006:45.

(收稿日期:2011-03-02)

丹红注射液治疗眩晕症疗效观察

钟 华,程 波(重庆市南川区人民医院神经内科 408400)

【关键词】 丹红注射液； 眩晕； 疗效
DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 12. 070 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)12-1531-02

丹红注射液治疗眩晕症,本科采用随机分组对照实验,以川芎嗪为对照比较 2008~2010 年共观察 120 例。治疗组 60 例,对照组 60 例,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 120 例患者,均伴有典型的头昏,视物旋转感,躯体平衡障碍,并伴有不用程度的恶心,呕吐,耳鸣。治疗组 60 例:男 38 例,女 22 例,年龄 38~70 岁,平均 54 岁,病程 1~24 h。中枢性眩晕 45 例,周围性眩晕 15 例。对照组 60 例:男 40 例,女 20 例;年龄 39~71 岁,平均 55 岁 病程 1~24 h,中枢性眩晕 44 例,周围性眩晕 6 例。患者年龄、性别及病程分析具有可比性。根据临床症状,符合眩晕诊断依据^[1],经颅彩色多普勒(TCD)检查,颈椎片,头颅 CT、MRI 检查,排除脑梗死,脑出血及肿瘤所致眩晕。

1.2 治疗方法 入院后在综合治疗(休息、止吐、补液等)的基础上,治疗组用丹红注射液 20 mL+5%葡萄糖注射液 250 mL 静脉滴注,1 次/天,14 d 为一疗程;对照组用川芎嗪注射液 400 mg+5%葡萄糖注射液 250 mL 静脉滴注,1 次/天,14 d 为 1 个疗程;详细观察治疗前后的头晕、头痛、耳鸣等症状体征。

1.3 疗效判定标准 显效:临床症状消失,恢复正常生活及工作;有效:临床症状明显减轻,胃肠道反应基本消失;无效:治疗前后病情无变化。

2 结 果

治疗组 48 例,患者使用丹红注射液后 3~4 d,症状消失或缓解,且治疗 1 周即显效,仅 5 例患者需治疗 2 周才缓解。两组临床疗效对比见表 1。

表 1 两组疗效比较					
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	60	48*	10*	2*	96*
对照组	60	25	16	19	68

注:与对照组比较,**P*<0.01。

3 讨 论

眩晕是患者对空间定向感觉的主观体会错误,患者有自觉周围物体旋转或向某一方向移动,有些患者感觉自身旋转,摇摆或下降^[1]。最常见病因是椎基底动脉血流及循环不足引起的脑干,小脑及大脑半球后部等灌注区的功能障碍,产生一过性脑缺血发作,是一种常见的脑血管病。椎基底动脉由于动脉硬化造成管腔狭窄,或由于颈椎骨质增生,压迫通过椎间孔的椎动脉,使管腔狭窄,血流阻力增加,血流动力学改变,脑组织灌流减少,从而影响大脑正常的功能,同时,由于动脉粥样硬化,血液黏度增高,血流速度缓慢等有利于血小板聚集,导致血液循环障碍进一步加重。另一方面,骨质增生后刺激椎动脉外壁的交感神经丛或颈椎旁的交感神经节,导致释放去甲肾上腺素,交感胺等血管活性物质,使椎-基底动脉痉挛而引起的脑供血不足致眩晕。另外还有迷路神经炎,前庭神经元炎及梅尼埃病等原因。

丹红注射液主要成分为丹参,红花两种重要成分经现代工艺提取而成。《本草正义》载“丹参专入血分,其功在于活血行血,内之能达脏腑而化癖滞,故积聚消而瘤癖破;外利关节而通脉络,则腰健而痹著行”。《本草纲目》记载“红花能活血,润燥,止痛散肿,通经”。二者相辅而用,共奏活血通络,祛瘀生新之功效。而现代医学研究发现,丹参主要有效成分是:丹参酮,丹参酚酸。具有抑制磷酸二酯酶,升高红细胞、血小板、环磷酸腺苷浓度,兴奋前列环素合成酶的活性,使血管扩张,它还是抗氧化剂,能有效清除机体内的氧自由基,抑制脂质过氧化,稳定细胞膜^[2]。丹参酚酸有较强的抗血小板聚集的作用,可以显著降低血浆的 TXB2 水平^[3]。红花主要成分为:红花苷、红花黄色素等,实践证明红花提取物在体内、体外均能明显抑制血小板聚集,对内源性凝血系统激活有一定抑制作用,并有增加脑动脉血流量及营养细胞作用,使脑组织缺血缺氧供求关系得到明显改善^[4],因此,丹红注射液可增加中央和外周动脉动脉血管的顺应,扩张血管,增加椎基底动脉系统的供血,具有改善血流