

度,以不疲劳和疼痛为止。1 个月后加强腰背肌锻炼。

1.3.2.6 呼吸道护理 术后常规雾化吸入,鼓励患者咳嗽排痰,咳嗽前为患者拍背,患者深呼吸时护士用手随其呼吸按压两侧胸廓,尽量减轻胸壁震动和伤口疼痛。嘱患者咳嗽时不要过于剧烈、频繁。另外,每 2 小时指导患者按术前呼吸训练方法做深呼吸 10~15 次,以促进肺复张。

1.3.2.7 胃肠道的护理 患者需经侧前方腹膜外手术,此术式对胃肠道干扰大,术后患者常有腹胀。因此,术后患者禁食直到胃肠功能恢复正常,肛门排气后可逐渐进流质-半流-普食,约需 3~5 d 恢复正常普食,早期进食要少量多餐。不宜过早进含糖高的食物和豆类食品,以免加重腹胀。

1.3.2.8 出院指导 患者多在术后 2~4 周出院,出院时嘱患者继续佩戴胸腰椎矫形器 3 个月,翻身时注意保持躯干水平防扭转。嘱其加强营养,适当休息,防止过度劳累,预防感冒及各种感染。特别要坚持抗结核药物治疗,不能自行过早停药,观察药物毒副作用。定期检查血常规、血沉、肝肾功能、听力等。

2 结 果

本组 93 例患者均治愈出院,住院期间无护理并发症发生。术后随访 12~36 月,98% 临床治愈,2% 复发后再次手术而治愈。

3 讨 论

脊柱结核是一种继发性病变,病程长,常造成患者功能障碍,甚至瘫痪,脊柱手术创伤大、出血多,并发症涉及多系统、多脏器,患者服药时间长,经济负担重。作者认为通过术前心理

护理,服药指导,术后重点加强体位护理,呼吸道护理,功能锻炼,营养指导,预防并发症等一系列围术期规范化护理,提高了手术的成功率,有效地预防了并发症,缩短了患者恢复正常生活能力的时间。这也是本组病例无护理并发症发生,均恢复良好痊愈出院的重要原因。

参考文献

[1] 贾连顺. 脊柱结核外科治疗的几个问题[J]. 中华骨科杂志, 2007, 27(9): 641-642.

[2] 史晓娟, 辛娟. 脊柱结核患者家属焦虑、抑郁分析与护理干预[J]. 美中国际创伤杂志, 2009, 8(3): 55-58.

[3] 黄世敏, 林明侠. 后路椎弓根系统内固定术治疗脊柱结核的围手术期护理[J]. 护士进修杂志, 2010, 25(19): 1803-1804.

[4] 赵秋月, 王丽娟. 开胸手术患者呼吸道护理进展[J]. 中国实用护理杂志, 2008, 24(19): 74-76.

[5] 杨新云. 前入路胸腰段脊柱结核手术配合及护理[J]. 全科护理, 2009, 7(20): 1836-1837.

[6] 穆红, 花蕾. 前路病灶清楚植骨内固定治疗胸腰椎结核的护理[J]. 护理研究, 2009, 23(3B): 699-700.

[7] 刘海容, 郭晓菊, 于梅. 脊柱结核合并截瘫围手术期的护理[J]. 山东医药, 2007, 47(32): 166.

(收稿日期: 2013-01-21 修回日期: 2013-03-12)

红蓝光交替照射治疗寻常型痤疮的护理

杨咏梅(重庆市黔江中心医院 409000)

【摘要】 目的 研究红蓝光交替照射治疗寻常型痤疮过程中特色护理的作用。**方法** 本组患者参与治疗统计 79 例,予红蓝光交替照射面部,结合细致的心理护理、皮肤护理、饮食护理。**结果** 痊愈 36 例,占 45.57%;显效 28 例,率占 35.44%;无效 15 例,占 18.99%,总有效率为 81.01%。**结论** 不同的患者及其在治疗的不同过程中配合不同的护理方法,能有效地提高治疗效果。

【关键词】 寻常痤疮; 红蓝光; 照射治疗

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.17.062 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)17-2327-02

寻常型痤疮是一种累及毛囊皮脂腺的慢性炎症性皮肤病,其发病主要与性激素水平、皮脂大量分泌、痤疮丙酸杆菌增殖、毛囊皮脂腺导管的角化异常及炎症等因素相关^[1]。其皮疹表现以炎性丘疹、脓疮、结节、囊肿为主,伴有不同程度的色素沉着。现将本科门诊行红蓝光交替照射治疗患者的护理体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组患者均选自本科 2010 年至 2012 年门诊患者,参与治疗 87 例,其中脱落未能坚持治疗 8 例,实际参与统计 79 例。其中男 32 例,女 47 例,年龄 17~41 岁,平均 29.5 岁,病程 3 个月至 4 年。

1.2 治疗仪器及方法 治疗仪器:铜陵弘博光电科技有限公司生产的生物光消痤疮仪(安徽省铜陵市),其输出波长:红光 660 nm,蓝光 415 nm。治疗方法:红蓝光交替照射面部,每次 20 min,每周 2 次,共 8 次为一疗程,首次使用蓝光。治疗输出波长,红光(630±5)nm,蓝光(405±5)nm。

1.3 护理方法

1.3.1 光疗前的护理

1.3.1.1 详细了解病情,治疗前给患者建立护理病历,并签知情同意书,了解患者的年龄、职业与发病的有关因素,包括饮食习惯,睡眠质量,使用过何种药物及化妆品,女性月经史,妊娠史等,详细询问患者的既往病史,排除光敏性湿疹、自身免疫性疾病、叶啉症等光动力治疗的禁忌症^[2]。

1.3.1.2 心理护理 治疗前给患者介绍光治疗原理、治疗方法、疗程、成功病例和治疗期间可能出现不良反应,如头痛、皮肤红斑等,对患者进行细心的心理疏导,消除悲观、恐惧及自卑情绪,减轻心里负担^[3],从而消除患者的不稳定情绪,使其充满信心,能积极、主动、密切配合,完成治疗全过程。

1.3.2 治疗中护理 嘱患者平卧,用温水清洁患者面部,予冷热喷雾机热喷 10 min,用 0.1% 新洁尔灭消毒患处后,先清理非炎性痤疮,然后清理炎性痤疮,要注意严禁挤压面部危险三角区内的痤疮,避免造成逆行颅内感染^[4],为患者佩戴专用防目镜,把眼睛全部遮盖住,嘱患者闭眼。调整治疗头,保持全部面板与患者皮肤的平行位置,距离 2~5 cm,一般不超过 8 cm,治疗头不能与患者皮肤直接接触,治疗后要求患者休息 5 min 后再离开。

1.3.3 治疗后护理

1.3.3.1 皮肤护理 痤疮是毛囊皮脂腺的慢性炎症,正确的皮肤护理,可以提高痤疮的疗效,并减少瘢痕的形成^[5]。嘱患者每日用温水洗脸 2~3 次,每周用硫磺香皂洗脸 2~3 次;不可用手经常触摸自己长出的粉刺,尤其不能用手挤压,以免造成色素沉着或瘢痕;不能用油脂类化妆品,慎用防晒霜及粉底,宜选用补水性好的柔肤水,使油性皮肤补充水分,达到平衡油脂分泌、改善油性皮炎的作用。

1.3.3.2 饮食护理 目前虽然没有研究证实饮食和痤疮有直接关系,但有些食物可以使痤疮加重,因此痤疮患者应注意日常饮食^[6]。应慎食、忌食的食品、及药物:(1)高脂肪食品,如肥肉、奶油蛋糕、油煎食品等。(2)高糖食品,如糖果、甜味饮料、巧克力等。(3)刺激性食物,如辣椒、白酒、胡椒粉等。(4)光敏性食物,如油菜、菠菜、木耳、菠萝、芒果等。(5)砷剂、碘剂、溴剂及固醇类药物。适宜的食物:(1)富含维生素 A 和 B 的食物,如蔬菜、水果、瓜类。(2)富含锌元素的食物,如莲子、瘦肉、动物肝脏等。在选择适当饮食的同时,应保持大便通畅、适量运动、多食粗纤维食物、多饮水,有利于汗腺的排泄通畅。

2 结 果

79 例患者,痊愈 36 例,显效 28 例,无效 15 例,其中痊愈占 45.57%,显效率占 35.44%,无效占 18.99%,总有效率为 81.01%。

3 讨 论

生物消痤疮仪以 LED 为光源,聚集发光二极管矩阵发能量为 40~50 J/cm²,窄谱蓝光(415±5)nm、红光(660±5)nm,蓝光波长与痤疮丙酸杆菌的光吸收峰值匹配,能有效杀死痤疮丙

酸杆菌,而不会对周围组织造成损伤。红光穿透深度明显高于蓝光,在利用光动力作用有效杀灭痤疮丙酸杆菌的同时,具有更强的消炎作用,此外,红光还能够刺激胶原组织的增生,从而达到促进瘢痕修复效果^[7]。红蓝光交替照射治疗寻常性痤疮是一种安全无创的治疗方法。操作简单、疗程短,结合细致的心理护理,皮肤护理,饮食护理可以取得好的治疗效果。

参考文献

- [1] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科技出版社, 2010:1165-1169.
- [2] 秦锐. 红蓝光光动力联合中药治疗寻常痤疮的临床观察及护理[J]. 辽宁中医药大学报, 2009, 11(11):158-159.
- [3] 姚美华, 王聪敏, 孙卫欣. 5-氨基酮戊酸光动力治疗痤疮的护理体会[J]. 中国美容医学, 2011, 20(1):158.
- [4] 姚美华, 王聪敏, 岳丹霞, 等. 红蓝光联合中药面膜治疗痤疮 239 例的护理[J]. 中国误诊学杂志, 2009, 9(23):5700-5701.
- [5] 吴艳, 毛越萍, 郑捷, 等. 寻常痤疮严重程度和痤疮瘢痕相关因素分析[J]. 临床皮肤杂志, 2004, 33(7):397.
- [6] 崔林萍. 红蓝光交替照射面部痤疮的护理[J]. 黑龙江医学, 2011, 24(5):852-853.
- [7] 车小新. 红蓝光痤疮光动力治疗仪治疗面部痤疮护理[J]. 河南职工医学院学报, 2010, 22(6):704-705.

(收稿日期:2013-01-18 修回日期:2013-03-18)

优质护理措施应用于失血性休克患者的效果

童丽灵¹, 林白浪¹, 张玉娟¹, 邓严梅², 高小惠³(海南省海口市人民医院:1. 护理部;2. 泌尿外科 570208; 3. 新加坡中央医院急诊科 169608)

【摘要】 目的 探讨优质护理模式在失血性休克患者中的应用及效果。**方法** 选取新加坡中央医院急诊科 2008 年 1 月至 2012 年 10 月收治的 48 例失血性休克患者为研究对象,常规护理组患者仅接受常规护理模式指导下的失血性休克护理措施,而护理干预组患者则接受优质护理模式指导下的护理措施,比较两组患者救治效果、焦虑抑郁情绪和患者对护理人员提供护理服务满意度。**结果** 护理干预组患者焦虑标准分(41.29±4.53)分、抑郁标准分(42.45±4.46)分,明显低于常规护理组,差异有统计学意义($P<0.05$),而护理干预组患者救治好转率(100.00%)对护理人员提供护理服务满意度(100.00%)均明显高于常规护理组患者的,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 优质护理活动能够明显提高失血性休克患者救治效果,降低失血性休克患者焦虑抑郁程度,提高患者对护理人员提供护理服务满意度。

【关键词】 优质护理; 失血性休克; 护理质量; 新加坡

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.17.063 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)17-2328-03

失血性休克是机体因突然遭受严重创伤而发生剧烈疼痛,出现微动脉收缩,患者的有效循环血量迅速减少,导致患者机体重要脏器的毛细血管灌注不足而无法满足组织细胞对氧的需求,最终出现微循环衰竭的一系列临床综合征^[1-2]。该病具有病情进展快、病死率高、致残率高等特点^[3-4]。为此,优化失血性休克患者的急诊护理流程意义重大。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择新加坡中央医院急诊科 2008 年 1 月至 2012 年 10 月收治的 48 例失血性休克患者为研究对象。纳入标准:(1)患者均有明确的外伤史;(2)患者均有不同程度的失

血性休克;(3)患者自愿参加本次研究并愿意回答本研究涉及的所有问题;(4)患者无言语和交流障碍,能够很好的与医务人员进行交流和沟通;(5)患者签署书面知情同意书,自愿参加本次研究;(6)本研究经过本院医学伦理委员会的批准。排除标准:(1)患者病情极度危重或者患者家属因某种原因放弃治疗;(2)患者无法与医务人员进行有效的交流和沟通;(3)患者不愿意参加本次研究。随机抽取新加坡中央医院急诊科 2008 年 1 月至 2009 年 12 月收治的 24 例失血性休克患者为常规护理组对象,随机抽取新加坡中央医院急诊科 2010 年 1 月至 2012 年 10 月收治的 24 例失血性休克患者为护理干预组对象,其中,