

学,2013,16(5):575-578.

[10] 张云,黄莉文,吴文.社区干预对 2 型糖尿病生活质量的影响[J].中国老年学杂志,2012,32(24):5525-5526.

(收稿日期:2014-06-29 修回日期:2014-10-16)

物理降温时机对发热癫痫患者发作频率的影响

陈晓琴¹,陈晓莉^{2△}(1.重庆市梁平县人民医院重症医学科 405200;2.重庆市三峡中心医院肿瘤科 404000)

【摘要】目的 探讨物理降温时机对发热癫痫患者癫痫发作频率的影响。**方法** 以 2012 年 1 月至 2013 年 12 月梁平县人民医院收治的脑外伤继发癫痫处于康复期的患者 80 例为研究对象,按照发热顺序分为试验组与对照组,各 40 例。试验组与对照组分别在体温为(38.5~<39.0℃)、≥39.0℃时给予温水擦浴物理降温,比较两组整个发热期间癫痫发作频率。**结果** 试验组患者癫痫发作频率低于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 外伤后癫痫患者发热时,在中等热水平即给予物理降温,可有效降低患者整个发热期间的癫痫发作频率。

【关键词】 外伤性癫痫; 物理降温; 癫痫发作频率

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.05.057 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)05-0711-02

外伤性癫痫的发病机制尚未完全阐明,目前国内治疗癫痫的方法主要用于癫痫发作的控制,而无法进行根治^[1],并且即使患者在药物控制下,癫痫也常常发作。本研究通过改变外伤性癫痫患者发热时的物理降温时机,以有效地控制患者发热期间的癫痫发作频率。现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以 2012 年 1 月至 2013 年 12 月梁平县人民医院收治的脑外伤继发癫痫处于康复期的患者 80 例为研究对象,其中男 56 例、女 24 例,年龄 21~65 岁,住院时间 3~6 个月。纳入标准:(1)病情稳定,无其他癫痫诱发因素;(2)按医嘱正规服用抗癫痫药物;(3)发热前 2 周内患者癫痫发作次数不超过 2 次。排除标准:(1)无发热时,2 周内癫痫发作次数不少于 2 次;(2)发热未明确诊断者;(3)发热已明确诊断,但病情危重或伴有其他癫痫诱发因素者。将 80 例患者按发热先后顺序分为试验组和对照组,各 40 例。试验组患者平均发热时间为(3.98±0.25)d,无发热期 2 周癫痫发作频率(每例患者平均发作次数)为(1.25±0.09)次;对照组平均发热时间为(4.13±0.12)d,无发热期 2 周癫痫发作频率为(1.21±0.11)次。两组患者在病情、发热时间、无发热期 2 周癫痫发作频率等一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 降温方法 对照组以高热(体温在 39.0℃及以上)作为患者发热时的物理降温时机,试验组以中等热水平(体温在 38.5~<39.0℃)作为患者发热时的物理降温时机,发热分级标准参照文献[2]。以水银体温计监测腋温,32~34℃温水擦浴降温。

1.2.2 观察指标 观察两组患者整个发热时期癫痫发作频率,癫痫发作诊断标准参照国际抗癫痫联盟癫痫发作分类标准^[3]。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计学软件进行数据处理与统计学分析;计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;以 $\alpha=0.05$ 为检验水准, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

试验组患者癫痫发作频率低于对照组,组间比较差异具有统计学意义($t=4.759, P<0.05$),即患者体温在 38.5~<39.0℃时行物理降温,能降低发热期的癫痫发作频率。见表 1。

表 1 两组癫痫发作频率比较($\bar{x}\pm s$,次)

组别	<i>n</i>	癫痫发作频率
试验组	40	1.50±0.31
对照组	40	2.04±0.64

3 讨论

3.1 物理降温时机的选择对癫痫发作频率的影响 外伤后癫痫是颅脑损伤后的一种严重并发症,常反复发作^[3]。发热是诱发癫痫的常见因素之一^[4]。因发热会增加脑的代谢和耗氧量,影响癫痫发作的阈值,从而引起癫痫的反复发作。而高热诱导的癫痫发作可导致脑改变,进一步增加癫痫发作的易感性^[5]。本研究结果显示,在外伤后癫痫患者发热期间,将物理降温时机由高热(体温在 39.0℃及以上)提前到中等热水平(体温在 38.5~<39.0℃)能有效降低患者的癫痫发作频率,从而减轻患者的脑损伤,促进其康复。

3.2 癫痫患者高热发生前行物理降温的可行性 在长期的临床工作中,用酒精或温水擦浴行物理降温的时机一直遵循护理相关教科书的参考标准,在患者高热时,即体温在 39.5℃或不低于 39.0℃时才对患者进行物理降温处理^[6-7]。然而,杨小妹等^[8]研究发现,脑外伤高热患者物理降温的最佳效果出现在降温处理后 1 h,4 h 后体温又达到降温处理前的一个较高水平。因此,外伤后癫痫患者发热时若按照常规标准行物理降温,患者将在较长时间内处于高热状态,从而加重脑的代谢和耗氧量,诱发癫痫发作。将物理降温时机由高热提前到中等热水平,正是通过降低癫痫患者整个发热时期的发热水平,减少脑的代谢和耗氧量,降低癫痫发作频率。

3.3 正确选择癫痫患者物理降温方式的重要性及安全性 全身物理降温的方式主要有温水擦浴和酒精擦浴,当温度超过 39.5℃时,需配合冰袋冰敷降温才能达到理想的降温效果。然而,冰袋冰敷和酒精擦浴对癫痫患者造成冷刺激,容易导致患者发生寒战;若降温过快,出汗过多,水分补充不足,又会导致患者出现虚脱。寒战和虚脱也是癫痫的诱发因素,因此在为癫痫患者行物理降温时,应尽量避免使用冰袋和酒精。

综上所述,本研究将外伤后癫痫患者发热时的物理降温时机提前到中等热水平,并采用温水擦浴,取得了良好的降温效果,同时降低了癫痫发作频率,值得临床推广应用。

△ 通讯作者, E-mail:15213570699@139.com。

参考文献

[1] 雷霆,陈坚,陈劲草. 颅脑损伤[M]. 上海:上海科学技术出版社,2010.

[2] 李小寒,尚少梅. 基础护理学[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社,2007:183-188.

[3] 王维治. 神经病学[M]. 5 版. 北京:人民卫生出版社,2004:227-230.

[4] 杨莘. 神经疾病护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:135.

[5] 张玉勤. 高热诱导的癫痫发作可导致脑改变[J]. 国外医学情报,2000,21(3):16.

[6] 余爱珍. 基础护理学[M]. 南京:科学技术出版社,1993:71.

[7] 殷磊. 护理学基础[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社,2002:281-282.

[8] 杨小妹,席淑华,王辉. 脑外伤高热患者降温方法的探讨及护理[J]. 解放军护理杂志,2006,23(5):79-80.

(收稿日期:2014-10-26 修回日期:2014-11-28)

中药保守治疗肠梗阻的临床应用与护理探讨

秦连英,黎清翠(重庆市丰都县人民医院 408200)

【摘要】 目的 探讨中药保守治疗肠梗阻患者的护理效果。**方法** 选取 2010 年 8 月至 2012 年 10 月丰都县人民医院收治的肠梗阻患者 60 例,分为试验组和对照组,各 30 例;对照组给予传统的诊疗护理模式,试验组在此基础上加用复方大承气汤中药治疗,比较两组患者 5 d 内腹痛、腹胀及排便不良的缓解情况,并总结保守治疗的护理要点。**结果** 60 例肠梗阻患者在经相应治疗及护理后,共痊愈 44 例,转手术治疗 16 例。试验组患者 5 d 内腹痛、腹胀及排便不良的缓解情况优于对照组,且患者依从性提高,平均住院时间缩短,组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 中药能有效治疗肠梗阻,同时对肠梗阻患者做好心理护理、病情观察、胃管护理、中药护理、灌肠护理、营养支持等,是保证患者保守治疗成功的重要措施。

【关键词】 中药; 肠梗阻; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.05.058 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)05-0712-02

肠梗阻是外科常见急腹症、多发病,以腹痛、呕吐、停止排气排便为共同症状。其病因复杂、病情发展快,容易导致肠绞窄、肠坏死,以及水、电解质、酸碱平衡紊乱,甚至发展为低血容量性休克及感染性休克。肠梗阻的治疗方法包括非手术(又称保守治疗)和手术治疗,如果保守治疗应用得当,多数患者可以不采用手术方法治疗^[1-2]。中药有行气导滞、活血祛瘀的作用,可预防梗阻引起的局部血淤气滞所导致的组织坏死。本科室采用中药保守治疗肠梗阻,取得了较好的疗效,而积极的护理对疾病的痊愈有着至关重要的作用。现将保守治疗的护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 8 月至 2012 年 10 月本院收治的肠梗阻患者 60 例,男 49 例、女 11 例,年龄 8~76 岁。其中小肠不全梗阻 31 例,粘连性肠梗阻 18 例,粪嵌塞肠梗阻 11 例。所有患者均经 X 射线检查并结合临床表现确诊。将 60 例患者随机分为试验组和对照组,各 30 例。试验组男 25 例、女 5 例,年龄 8~76 岁,病程 7~15 d,其中非手术治愈 28 例,手术治疗后治愈 2 例。对照组男 24 例、女 6 例,年龄 21~70 岁,病程 7~30 d,其中非手术治愈 16 例,手术治疗后治愈 14 例。两组患者年龄、性别、病情程度等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 两组均以整体护理为基础,对照组患者从入院到出院给予传统的诊疗护理模式,常规治疗护理包括西药抗炎补液与给药护理、基础护理及心理护理等,并随机进行健康教育。试验组在常规西药治疗护理基础上,加用复方大承气汤中药治疗,由责任护士专人负责将中药经胃管注入及灌肠同步治疗护理,实施心理护理、疼痛护理、健康宣教及营养支持等。

1.3 护理方法

1.3.1 心理护理 腹胀腹痛常使肠梗阻患者产生焦虑、烦躁

不安、恐惧等心理,患者情绪低落或情绪不稳,责任护士应及时纠正和引导患者。(1)向患者介绍本院医技力量,使患者增加疾病恢复的信心;(2)介绍患者结识同类病种的康复者,通过康复患者现身说法使之体会成功的经验;(3)责任护士耐心地介绍疾病治疗的方法、目的,解除患者恐惧、焦虑的心理;(4)耐心听取患者的倾诉,给予充分的同情和理解,维护患者的尊严,使患者产生安全感,增强其战胜疾病的信心,使其配合并坚持治疗^[2]。

1.3.2 病情观察 责任护士加强每日对患者生命体征、腹部体征的监测,询问患者有无腹痛、腹胀,观察患者用药后是否排便排气,听诊肠鸣音是否恢复。肠功能恢复后进行腹部 X 射线检查以了解患者气液面及肠气肠祥情况,检查血常规、血生化是否异常,如有异常及时报告医生。在病情稳定的情况下,鼓励患者下床活动,以促进肠蠕动,尽快恢复肠功能。若经保守治疗 3~5 d,腹痛腹胀加重,腹部 X 线片提示液平面增多,则保守治疗无效,需手术治疗^[3]。

1.3.3 疼痛护理 密切观察患者的腹痛情况,评估患者的疼痛程度,明确诊断后可用阿托品解痉止痛;可嘱患者以顺时针轻柔按摩腹部 5 min,再逆时针按摩 5 min;也可采取热疗法,用温水毛巾热敷腹部,缓解疼痛。同时可以通过聊天、看杂志、看电视等分散患者的注意力。

1.3.4 呕吐护理 因梗阻类型不同患者呕吐的表现不同,责任护士应掌握不同类型呕吐的特点,发现异常及时报告医生。呕吐时嘱患者坐起或头偏向一侧,以免因误吸引起吸入性肺炎或窒息,及时清除口腔呕吐物,保持口腔清洁。并观察记录呕吐物的量、颜色性状。

1.3.5 胃管护理 肠梗阻患者需要禁食、置胃管,有效的胃肠减压对单纯性肠梗阻和麻痹性肠梗阻可达到解除梗阻的目的,通过胃肠减压吸出胃肠道内的气体和液体,从而减轻腹胀、降