

过缓,呼吸过深或过浅等有脑疝迹象者应及时报告医生,并加强监护,做好有关急救准备。其变化过程是决定手术的重要指标。监测时,为避免患者躁动影响准确性,应先测呼吸,再测脉搏,最后测血压^[2]。

3.1.2 应激性溃疡的观察 注意观察患者脉搏、血压、面色和有无呃逆情况。若脉搏增快、血压下降、面色苍白提示有可能为应激性溃疡的表现。另外,观察患者呕吐物或排泄物中是否有出血,可进行隐血试验判断其结果。加强对应激性溃疡出血的监护,如有出血应立即禁食,口服正肾液收缩血管。冰牛奶定时胃管内注入。

3.2 护理措施

3.2.1 常规护理 将患者安置重危病室,备齐急救药品和用物,及时清除呼吸道分泌物及其他呕吐物。根据病情及时给氧、吸痰、配血、建立静脉通道,遵医嘱快速使用脱水剂以减轻脑水肿,降低颅内压,做好各种急救准备。(1)给予正确的卧位,减少搬动和刺激,昏迷按昏迷护理常规。将头部抬高 15°~30°,尽可能避免搬动患者和不必要的操作,以防止加重脑出血和再次出血的发生,保持环境安静。头部应冰袋或亚低温治疗,以降低脑耗氧量。(2)保持呼吸道通畅。昏迷患者头偏向一侧,给予吸氧,及时吸痰,随时做好气管切开的准备,如有呼吸衰竭迹象应做好人工呼吸及有关急救准备。

3.2.2 脑室引流的护理 严格执行无菌技术操作规程,引流管应高于侧脑室前角水平 15 cm,保持引流管通畅,妥善固定,观察引流液的量、颜色、性质,应先试夹管 1~2 d,无恶心、呕吐及头痛等颅内高压症状方可拔管。

3.2.3 并发症的处理 (1)加强口腔护理,预防口腔感染:昏迷患者用湿纱布覆盖口鼻处,防止鼻腔黏膜干燥和痰黏稠结痂误咽而窒息。(2)预防压疮:急性期睡气垫床,4 h 翻身 1 次,翻身时注意保护头部,以后每 2 小时翻身拍背、吸痰 1 次,建立床头翻身记录卡,尤应注意骶尾部,亦不可忽视敷料包裹部位。本组无一例发生压疮。(3)预防泌尿系感染:昏迷患者常有排尿功能紊乱,短暂尿潴留继以尿失禁。必须导尿时应严格执行无菌操作,留置尿管过程中应加强会阴部护理,并定期放尿以

训练膀胱贮尿功能,尿管留置时间不宜超过 3~5 d。(4)预防暴露性角膜炎:眼睑闭合不全者,给予眼药膏保护,无需随时观察瞳孔时可用纱布遮盖上眼睑。(5)预防静脉炎:掌握静脉炎判断标准,沿静脉走向出现多条索状红线,局部组织发红、肿胀,灼热疼痛。观察时间为 10 d,凡在此输液期间发生静脉炎均为阳性^[3],特别是静脉应用甘露醇时应防止液体外渗。

3.2.4 循序有效的功能训练 应尽早协助患者进行功能锻炼,减少病残率,既要保持舒适体位,同时又要保持功能位置,并用足托和棉垫加以保护。早期可按摩肌肉,舒筋活血及被动运动,动作缓慢,由小渐大,以不痛为宜,并观察患者反应,待出现自主运动时可鼓励患者自己锻炼。失语给予语言功能锻炼,可促进脑血管意外患者社会心理康复水平,使患者在家庭得到连续、完善的护理,减少复发率,使肢体功能及早得到康复^[4]。

3.2.5 营养 急性期禁食 24 h,以后按医嘱给予鼻饲流质,直到患者恢复吞咽动作后,方可给予少量软食,应以高蛋白、高维生素、低脂肪、低盐、易消化饮食为主,保持大便通畅,恢复健康体能。同时由于手术创伤可应激产生严重分解代谢,使血糖增高,乳酸堆积可加重脑水肿。因此,必须及时、有效补充能量和蛋白质以减轻机体耗损。定期评估患者营养状况,如体质量、氮平衡、血浆蛋白、血糖、电解质等,以便及时调整营养素供给量和配方。

参考文献

[1] 王彦英. 86 例高血压脑出血患者术后护理[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2008, 11(7):140-141.
[2] 曹伟新. 外科护理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2004: 369.
[3] 秦燕. 脑卒中瘫痪患者静脉输液发生渗漏的观察[J]. 中华护理杂志, 2004, 39(7):507.
[4] 周健, 周军, 李建华. 循序功能训练康复期脑卒中患者[J]. 中国临床康复, 2003, 7(10):1606.

(收稿日期:2010-07-27)

病毒性肝炎患者的心理护理

何光菊(贵州省六盘水市第二人民医院 553400)

【摘要】 目的 通过对病毒性肝炎患者的心理护理,使患者增强战胜疾病的信心,早日康复。**方法** 选择病毒性肝炎患者 40 例,通过对不同病毒性肝炎患者给予分析及心理护理,达到预期治疗目的。**结果** 40 例患者均达到满意效果,心理障碍得到明显改善,愉快地接受治疗。**结论** 病毒性肝炎患者的心理状况概括起来有抑郁、焦虑、孤独感、依赖、否认等。应针对患者不同心理状况给予针对性的心理护理。

【关键词】 病毒性肝炎; 心理护理; 健康教育

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.02.067 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)02-0232-02

病毒性肝炎是由多种肝炎病毒引起的一组传染性疾病,它以传播途径复杂、流行面广、发病率高等特点,严重危害人们的身体健康^[1]。本文通过对 40 例病毒性肝炎患者的心理状况进行分类分析,针对患者出现的不同心理问题给予对症护理,使患者增强了战胜疾病的勇气和信心,促进了疾病的康复。现将心理护理体会总结如下。

1 临床资料

本院 2008 年 1 月至 2009 年 7 月收治病毒性肝炎患者共

40 例,其中男 23 例,女 17 例,年龄最小 13 岁,最大 64 岁,平均 33 岁。随访 2 年,均获得有效的心理护理。

2 心理状态分类^[2]

慢性病毒性肝炎的心理状态表现主要有以下几方面。(1)恐惧不安心理:有许多患者当得知自己患了肝炎后,因为需要隔离治疗,最怕亲朋好友不来看望,又担心治不好转成慢性肝炎预后不佳,所以整天提心吊胆、闷闷不乐,心理负担很重,表现为性格急躁,情绪易激动,过多地探听、了解自己的病情。

(2)孤独、自卑心理:由于慢性肝炎属于传染性疾病,患病后特别是急性活动期需与健康人隔离,使患者产生孤独感,还有一部分人害怕传染给他人,故意拒绝探视,因而产生孤独、自卑心理,表现为寡言少语、孤僻离群。(3)悲观消极心理:由于慢性肝炎病程长、易复发,患者多次住院导致对治疗失去信心,特别是病情转重的患者这种心理特别明显。当看到因同种疾病而死亡的病友时,更加重了此种心理,对自己的康复失去希望,表现为灰心丧气,悲观失望,不积极治疗甚至拒绝治疗,活动少,有时暗自哭泣、失眠等,大多数肝炎患者因食欲不振、厌油、腹胀、恶心等症状更加影响其情绪。(4)其他心理状态:由于病情久治不愈,长期影响工作、学习和生活,为自己的前途焦虑担忧,还有部分患者反复多次住院经济负担重,特别是一些经济条件较差的农村患者,更加重了患者的焦虑心理。

3 心理护理

3.1 病毒性肝炎患者入院时的心理护理^[3]。患者一旦确认为肝炎需要住院治疗时,精神紧张,意志消沉,加之陌生的环境会使他们产生一种恐惧感。因此医护人员对新入院的患者应注意热情接待,了解肝炎患者的心理活动及情绪变化,并给予理解 and 同情,以取得患者的信任,为建立良好的护患关系打下基础。准备整洁、安静、舒适的环境,消除患者因环境变化而产生的陌生感和排斥心理,同时向患者表现出医护人员将尽心竭力为其治疗,使患者产生被接纳的安全感。

3.2 对有恐惧不安及悲观消极心态的患者应充分调动其主观能动性,解除患者恐惧不安情绪,尊重患者的意见,并对其提出的疑问及时耐心解答,对患者的合理需求及时解决。消除一切不利因素,改善住院环境和服务态度,加强责任心。严格执行保护性医疗制度,向患者有意识地介绍一些成功的病例,使他们看到希望,增强信心,并说明肝脏修养治疗的关系。

3.3 对悲观消极心态患者的护理^[4]。护理人员应注意与患者的情感沟通,以真挚坦诚的言行开导帮助他们热爱生活、充满信心,应针对不同患者的具体情况,告知患者患了肝炎并不可

怕,只要积极配合治疗,是可以治愈的,而且要告之患者暂时隔离的意义,并耐心指导他们如何适应暂时被隔离的生活。做好患者家属的工作,让家属与医护人员共同创造一个有利于患者康复的气氛和环境,对患者多关心、体贴、同情、谅解,使患者充分感受到家庭的温暖,对生活有归宿感、价值感,从而消除孤独悲观的心理。

3.4 掌握日常生活护理知识。肝炎患者合理的动与静,对疾病治疗有重要意义。鼓励患者运动但不要剧烈,轻松的运动如散步、打太极拳、做操等,对于患者的饮食要根据病程灵活掌握,不要一味强调清淡饮食。要鼓励患者参加一些娱乐活动,听轻音乐,也能使其精神愉快、食欲增加。睡觉前患者不要吃得过饱,不要在饥饿状态下睡眠,也不要饮水过多或浓饮茶、咖啡,要在心绪平静、精神放松的状态下入睡。

3.5 对于经济困难的患者,对其讲解药物治疗与心理治疗的关系,尽量减轻患者的经济负担。对于心理障碍的肝炎患者,经过上诉细致的心理护理,进一步融洽了医患关系,减轻和消除了患者的精神负担,增强了抗病的信心,使患者在住院期间均以愉快的心情配合治疗,从而极大地提高了疗效,同时完善了病区的管理工作。

参考文献

- [1] 李乘程. 疾病预防与治疗:上[M]. 成都:成都科技大学出版社,2007:97-98.
- [2] 徐秀芬. 病毒性肝炎患者不良心理状态分析与护理探讨[J]. 新医学导刊,2008,7(2):93.
- [3] 饶洪英. 病毒性肝炎患者的心理护理[J]. 检验医学与临床,2007,4(11):1101-1102.
- [4] 战丽莹,薛翠萍,刘金英. 病毒性肝炎患者心理分析及护理[J]. 中国实用医药,2009,4(3):210.

(收稿日期:2010-07-16)

(上接第 202 页)

3 讨 论

小儿病毒性心肌炎是病毒所引起的心肌急、慢性炎性反应。一般是在病毒感染(如感冒、咽痛、腹泻等)后的 1~3 周内发生。导致心肌炎的病毒有多种,主要为呼吸道或肠道病毒。病毒可直接损伤心肌,也可通过免疫机制导致心肌炎性反应。临床表现多种多样,症状轻重不一,轻者可无特异症状,重者暴发急性心源性休克或心力衰竭而猝死^[3]。目前小儿病毒性心肌炎的实验室诊断主要依赖心肌酶谱和心肌肌钙蛋白的检查,其特异性和阳性率不高始终是困扰临床诊断的问题。hs-CRP 虽然也是非特异性指标,但其灵敏度很高,检测方便。本文实验数据显示,其在小儿患病初期升高明显,疗效不佳时下降缓慢,治疗有效后能迅速下降,下降幅度与治疗效果好坏较为一致。因此 hs-CRP 和心肌酶谱、心肌肌钙蛋白联合检测能更好地为临床诊断提供帮助^[4]。同时本研究发现,健康儿童 hs-CRP 值多数低于 1 mg/L,而各实验室多以 CRP<5 mg/L 作为 hs-CRP 的参考值,从而影响其在临床辅助诊断中的应用^[5]。因此实验室应该尽快建立本室的 hs-CRP 正常参考值。

参考文献

- [1] 张奇南,杨国平,苏思本,等. 血清肌钙蛋白 I 诊断急性心肌梗塞的研究[J]. 中华心血管病杂志,1997,25(5):379-382.
- [2] 中华医学会儿科学分会心血管学组,中华儿科杂志编辑委员会. 病毒性心肌炎诊断标准(修订草案)[J]. 中华儿科杂志,2000,38(2):751.
- [3] Babini GS, Livermor DM. Antimicrobial resistance among Klebsiella spp. Collected from intensive care units in Southern and Western Europe in 1997~1998[J]. J Anti-Microb Chemother,2000,45:183-189.
- [4] 彭宗生,孟宪文,王明玲,等. 特异性标志物在小儿病毒性心肌炎中的检测价值[J]. 西部医学,2010,22(1):98-99.
- [5] 沈立松. 急性时相蛋白 C-反应蛋白的临床意义[J]. 临床儿科杂志,2003,21(5)252-253.

(收稿日期:2010-08-06)