

不同护理干预对肺结核合并咯血患者 60 例治疗效果的影响

熊 敏(重庆市公共卫生医疗救治中心 400036)

【摘要】 目的 探讨肺结核合并咯血的临床护理效果。**方法** 选取 2010 年 1 月至 2011 年 1 月本科收治的 60 例肺结核咯血患者,将其随机分为研究组和对照组。对照组 30 例肺结核患者咯血时给予垂体后叶素止血治疗;研究组给予垂体后叶素止血的同时实施护理干预。分析比较两组肺结核咯血患者的临床护理效果。**结果** 研究组患者的临床护理效果优于对照组,两组差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 在用药基础上,给予肺结核咯血患者实施护理干预,可降低因窒息导致的死亡率。

【关键词】 肺结核; 咯血; 用药; 护理干预; 护理效果

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.13.068 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)13-1750-02

肺结核患者有不同程度的胸痛、发热、消瘦、咯血或咯血痰、食欲不振等症状,少数人则会呼吸困难。患者在咯血时,心理上会紧张,并产生一种恐惧感,而这与其病情有密切的联系^[1-2]。作为医护人员,不仅要及时给予止血药物,更要在患者咯血时做好心理护理干预并保持呼吸道通畅,消除患者恐惧紧张的心理,现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年至 2011 年 1 月本科收治的 60 例肺结核咯血患者,其中男 42 例,女 18 例,年龄 13~75 岁,平均年龄 38 岁,将其随机分为研究组和对照组。对照组 30 例肺结核患者咯血时给予垂体后叶素止血治疗;研究组给予垂体后叶素止血同时实施护理干预。两组患者一般资料差异无统计学意义($P > 0.05$),组间具有可比性。

1.2 方法 对照组患者采用常规护理,咯血时给予垂体后叶素治疗,研究组患者在用药治疗的同时实施护理干预,具体方法如下。(1)使用止血药物的护理。咯血患者应尽力消除其紧张情绪,卧床休息,一般小量咯血(每日咯血量小于或等于 100 mL)给予小剂量止咳剂均可自行停止。而肺功能不全或是年老体弱的患者要慎选强效镇咳剂,以防因抑制咳嗽而导致窒息。而中量咯血(每日咯血量在 100~300 mL)或大量咯血(每次咯血量大于或等于 200 mL 或 24 h 内咯血量大于或等于 500 mL)时,立即采取侧卧位,将气管内的积血轻轻咯出。将 5 U 垂体后叶素加在 50%葡萄糖溶液 50 mL,缓慢静脉注射,注射时间约为 15~20 min。然后再将垂体后叶素 10 U 加在 5%葡萄糖溶液 500 mL,静脉续滴持续。如果有需要,在 4~8 h 后,可以再重复推注一次。在输注垂体后叶素时,密切观察患者病情变化,防止出现心悸、呕吐、腹痛不适、面色苍白等不良反应。(2)心理护理。由于对咯血症状认知和理解的不同,也因个人心理承受能力的不同,患者在出现咯血症状时便认为自己已病入膏肓,这种高度恐惧和紧张状态很容易使其喉头痉挛而导致窒息,因此护理人员应根据患者心理状态,消除恐惧,鼓励患者轻轻咯出气管内积血,保持呼吸道通畅。(3)咯血护理。保持呼吸道通畅是避免发生窒息的首要条件,当患者出现咯血症状时,立即让患者取头低脚高侧身卧位,使头转到一侧,鼓励患者将呼吸道的积血轻轻咯出,并及时协助患者将鼻腔及口腔内的积血清除干净。病情危重大量咯血患者,准备好抢救物品和吸引器,必要时将气管内积血用电动吸引法吸出^[2-3]。(4)生活护理。在日常生活和护理工作中,经常给予患者安慰,使其精神达到放松状态。叮嘱患者平时多注意保暖,否则会因机体抵抗力低弱而感冒加重病情,上感是诱发咯血的重要因素之一。当发生咯血后,要保持口腔清洁,并有效地防止增加呼吸

道感染的机会。病室的环境应尽量保持相对的安静,避免患者过多活动,使其好好休息以恢复体力。

1.3 统计学处理 本次研究的所有数据与资料均采用 SPSS18.0 统计学软件进行处理分析。

2 结果

两组患者的临床护理效果,见表 1。

表 1 两组患者临床护理效果对比分析[n(%)]

组别	n	死亡	咯血停止	咯血频率增加
对照组	30	2(6.7)	20(66.7)	8(26.7)
研究组	30	1(3.3)	28(93.3)	1(3.3)

3 讨论

3.1 心理干预 肺结核发生咯血患者,多表现为恐慌、紧张、焦虑^[4-5]。护士要对其实施有效的心理干预,对其进行疾病的健康宣教,使其了解肺结核合并咯血的先兆症状,如患者出现咳嗽、咽喉发痒、烦躁不安等症状时,即为咯血的先兆。指导患者如何有效地预防再次咯血。

3.2 咯血时的护理 肺结核患者合并咯血时多半是突发的中或大咯血,患者的咳嗽、咯血频繁,造成患者出现血容量降低,面色苍白、脉搏细速、出冷汗、头晕、心慌、少尿等症状,护士应在此时给予患者安抚,以免患者出现恐慌导致病情加剧出现失语以、发绀及咯血量增加。咯血量较大时应遵医嘱给予输血等对症治疗,并且密切观察患者的生命体征,发现问题及时上报医生,进行对症治疗。

3.3 饮食的护理 对于肺结核合并大咯血的患者应给予禁食禁饮,经静脉给予补充所需营养消耗。对于咯血好转,病情平稳的患者指导患者进食高蛋白、高热量、高营养的流食或半流食,禁忌辛辣刺激性食物。

3.4 体位的护理 在患者大咯血时应给予患者患侧卧位,以减少患侧的肺活量并保证健侧肺部呼吸通畅,避免患侧的血液感染健侧肺部,必要时采取头低足高位以促进积血的有效排出。对于可能发生咯血的患者应给予患者平卧位,头偏向一侧,以方便血液的排出^[6-8]。

3.5 出院时的健康指导 指导患者出院时应注意休息,劳逸结合,遵医嘱按时服用抗结核药并定期复查,以控制结核并有效地治愈肺结核,预防咯血的再次发生。注意防寒保暖,避免受凉感冒。如出现再次咯血,应及时治疗以免延误病情。

参考文献

[1] 董翠花. 肺结核咯血患者的护理[J]. 基层医学论坛,

2009,13(18):569.

[2] 刘丽珠,付文. 肺结核患者咯血的护理[J]. 中外健康文摘,2011,8(17):330-331.
 [3] 王娟. 72 例肺结核咯血患者的护理体会[J]. 求医问药:下半月刊,2011,9(7):172.
 [4] 徐丽芳. 老年肺结核护理分析[J]. 中国医学创新,2012,9(30):61-62.
 [5] 张丽丽,张宇轩,左乔. 老年慢性支气管炎合并肺结核护理体会[J]. 社区医学杂志,2011,9(24):48.

[6] 何珂,董虹. 肺结核护理的现状[J]. 中国误诊学杂志,2011,11(35):8588-8589.
 [7] 张银竹. 肺结核护理中应注意的几个问题[J]. 实践医学杂志,2000,13(1):53-54.
 [8] 谢世群. 人本位护理在老年肺结核患者中的应用分析[J]. 中华全科医学,2011,9(3):491-492.

(收稿日期:2013-01-13 修回日期:2013-03-29)

无菌性间歇导尿治疗神经源性膀胱患者 64 例的护理体会

何 莉¹, 吴 跃^{2△} (1. 重庆市南岸区妇幼保健院 400060; 2. 重庆市第五人民医院泌尿外科 400062)

【摘要】 目的 探讨应用无菌性间歇导尿在神经源性膀胱患者中的护理体会。方法 对 64 例神经源性膀胱患者实施无菌性间歇导尿,观察患者排尿反射,尿路感染,残余尿,评估无菌性间歇导尿的效果。结果 64 例患者中,43 例(67.19%)治愈出院,16 例(25.00%)好转出院,5 例(7.81%)仍需间歇导尿解,1 例(1.56%)需抗感染治疗。结论 采用无菌性间歇导尿简便、有效、感染率低,是解决神经源性膀胱排空障碍的有效方法。

【关键词】 神经源性膀胱; 间歇导尿; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.13.069 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)13-1751-02

神经源性膀胱是控制排尿功能的中枢神经或周围神经受到损害后引起的膀胱尿道功能障碍^[1-2]。由于长期尿潴留,易造成泌尿系感染和肾功能损害。间歇导尿(IC)是解决尿潴留的常规治疗方法,在医学界得到广泛应用^[3-4],分为无菌性间歇导尿(SIC)和清洁间歇导尿(CIC)。本院 2008 年 3 月至 2011 年 12 月采用 SIC 治疗神经源性膀胱患者 64 例,效果满意,现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2008 年 3 月至 2011 年 12 月采用 SIC 治疗神经源性膀胱患者 64 例,男 49 例,女 15 例,年龄 24~66 岁,平均年龄 43 岁。所有患者均因尿潴留入院,其中脊髓损伤性 47 例,糖尿病性 17 例。所有患者均行尿动力学检查,膀胱安全容量在 400~760 mL 左右,安全容量小于 400 mL 不纳入该组。逼尿肌反射不能者膀胱安全容量大于 400 mL 是间歇导尿的最佳适应。

1.2 方法 基本疾病得以控制后,用 SIC 治疗尿潴留,并结合心理护理、饮水指导、膀胱训练提高患者治愈率及生活质量。

1.2.1 SIC 操作程序 (1)按照常规无菌导尿术进行导尿。导尿完毕,协助患者穿好裤子,整理用物,做好记录,包括导尿时间,导尿前自行排出尿量,导出尿量等。(2)导尿间隔时间的安排,每次导尿前让患者先自行排尿,以建立排尿意识,并记录排出尿量,根据自行排出尿量的多少决定导尿的频次,使膀胱有规律地充盈与排空,刺激膀胱功能的恢复。当残余尿量大于 300 mL,每 4 小时导尿 1 次;当排尿量大于 100 mL 且残余尿量小于 300 mL 时,每 6 小时导尿 1 次;当排尿量大于 200 mL 且残余尿量 < 200 mL 时,每 8 小时导尿一次。当残余尿量 < 100 mL 时可以停止导尿^[7]。(3)导尿注意事项:①插管动作轻柔,插入不畅可适当增加液状石蜡润滑。②女患者尿管误入阴道后,应拔出更换导尿管。③导尿力求排尽,尽可能减少残余尿,当尿液流出停止时,可用手轻压膀胱,并改变尿管的位置,促进尿液流出。④注意观察尿量和颜色的变化,定期做尿常规和尿细菌培养,及早发现泌尿系感染的发生^[5-6]。

1.2.2 心理护理 患者对间歇导尿缺乏了解,对间歇导尿存在恐惧心理。护士给予患者心理疏导,讲解间歇导尿目的及意义,缓解紧张、恐惧心理,增强治疗疾病信心,取得患者的配合。

1.2.3 饮水指导 指导患者合理饮水,使饮水量既达到生理要求,又符合规律排尿要求。患者每日饮水总量控制在 1 500~2 000 mL,早、中、晚三餐后各饮水 400 mL;在 10、16、20 时点饮水 200 mL。20 时到次晨 6 时段不饮水,以避免膀胱夜间过度膨胀^[8-9]。如三餐时饮水量明显增加,其他时段则应相应减少饮水量;输液患者也应适当减少饮水量,少食用或不食用诸如西瓜、白萝卜、粥等有利尿作用的食物。

1.2.4 膀胱训练 (1)嘱患者做排尿动作,主动增加腹压或用手按压下腹部协助排尿,但不能直接挤压膀胱,以免膀胱内压急剧升高,使尿液经输尿管反流至肾脏致肾积水。(2)指导患者做收缩肛门括约肌动作,加强腰骶肌肉力量,有利于排尿功能重建及加强。

1.2.5 疗效判断 残余尿小于 100 mL 为治愈,停止间歇导尿;残余尿 100~200 mL 为好转,减少间歇导尿次数;大于 200 mL 为无效,继续间歇导尿。

2 结果

64 例患者中,有 43 例(67.19%)治愈出院,16 例(25.00%)好转出院,5 例(7.81%)仍需间歇导尿解决尿潴留;菌尿 38 例(59.38%),仅 1 例(1.56%)出现发热,停止 SIC,静脉用抗感染治疗后好转。

3 讨论

脊髓损伤及糖尿病导致的神经源性膀胱,由于排尿功能障碍,引起尿潴留,一般采用保留导尿或耻骨上造瘘。而长期留置尿管使膀胱长期处于空虚状态,对充盈刺激的反应性降低,膀胱腔逐渐缩小,最终导致膀胱挛缩,影响膀胱排尿功能的恢复。长期留置尿管,易形成膀胱结石及泌尿系感染,尿管留置 3 d 发生尿路感染率为 31%,5 d 以上感染率为 74%,长期留置尿管感染率为 100%^[10]。患者因自我形象受损而增加心理负担,减少与社会接触的机会。SIC 既可以解除尿潴留问题,又

△ 通讯作者, E-mail: wuyao414@yahoo. com. cn.