

表 2 患者家属满意度的比较[n(%)]

| 组别    | n  | 操作技能      | 服务态度      | 病区环境      |
|-------|----|-----------|-----------|-----------|
| 优质护理组 | 76 | 70(92.11) | 72(94.74) | 69(90.79) |
| 对照组   | 76 | 55(72.37) | 54(71.05) | 60(78.95) |

### 3 讨 论

重型颅脑损伤患者入院时病情较重,常需要行气管切开来改善通气功能,但气管切开后与外界直接相通,易使细菌侵入机体,患者的抵抗力下降,导致各种并发症的发生<sup>[3-4]</sup>。因此,做好气管切开患者的临床护理工作对减少与之相关的并发症具有极其重要的意义。优质护理服务不但要求护理人员进行正确的技术操作,更要求注重患者的精神需求,体现护理服务的人性化,重视患者的感受,让患者感受到人性的温暖。同时向患者及家属讲解疾病的有关知识,提高患者或家属对疾病的理解程度,为患者提供生理、心理和环境等多方面、全方位的优质服务,使患者积极主动配合治疗,最终提高患者满意度和配合度,为取得良好的护理效果奠定基础<sup>[5]</sup>。

本研究结果显示,优质护理组未发生气管套管阻塞或脱出,且肺部感染和气道内出血等并发症发生率也显著低于对照组( $P < 0.05$ ),且优质护理组患者家属对护理人员操作技能、服务态度和病区环境间的满意度都高于对照组。说明对重型颅脑外伤患者进行优质护理干预,能够显著降低术后各种并

症的发生,改善预后,同时提高患者满意度,与相关研究结果一致<sup>[6]</sup>。

总之,对重度颅脑损伤患者实施优质护理服务措施,护理人员确实、有效地做好气管切开患者的护理工作,从而有效降低并发症的发生。同时,加强与家属的沟通,增强其配合度,提高满意度,为促使患者早日康复奠定基础。

### 参考文献

- [1] 吕利英. 重型颅脑损伤患者气管切开后体会[J]. 河北中医, 2012, 34(11): 1720-1721.
- [2] 朱海燕, 韩名娟, 吕雪丽. 重型颅脑损伤患者气管切开后护理干预[J]. 中国实用医药, 2009, 4(10): 218-219.
- [3] 黄艳, 胡琳, 黄豪. 老年重度颅脑损伤急性期呼吸道护理[J]. 华西医学, 2012, 27(9): 1390-1392.
- [4] 敬海霞. 重度颅脑损伤患者气管切开的护理[J]. 中外医疗, 2012, 4(4): 153.
- [5] 王可玲, 刘红敏, 王文华. 重症颅脑损伤肺部感染因素及预防措施[J]. 中华医院感染学杂志, 2007, 17(7): 811.
- [6] 李梅, 胡三莲. 重度颅脑损伤气管切开 294 例临床护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2011, 17(23): 54-55.

(收稿日期: 2013-03-21 修回日期: 2013-06-11)

## 湿敷联合红光治疗仪治疗溃疡期压疮的临床观察与护理

刘 林, 刘善会(重庆市中医院皮肤科 400011)

**【摘要】** 目的 评价湿敷联合红光治疗仪治疗溃疡期压疮的临床效果。方法 选择 2010 年 1 月至 2011 年 3 月重庆市第一人民医院皮肤科收治的 51 例溃疡期压疮患者分为对照组和治疗组, 治疗组采用传统方法联合湿敷及红光治疗仪方法治疗, 对照组单纯采用传统方法治疗, 观察不同组别压疮的治愈时间。结果 对照组 25 例, 平均治愈天数为(34.0±3.5)d; 治疗组采用传统方法联合湿敷及红光治疗仪治疗 26 例, 平均治愈天数为(17.0±1.9)d, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 药物湿敷联合红光治疗仪能够有效缩短溃疡期压疮的治愈时间, 是治疗溃疡期褥疮的有效方法。

**【关键词】** 压疮; 药物湿敷; 红光治疗仪; 治疗

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.19.071 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)19-2622-02

对压疮的治疗方法, 国内外护理工作已做了大量的探讨和研究<sup>[1]</sup>。近年来许多新方法在压疮的治疗中得到普遍运用。本院皮肤科在运用传统方法治疗压疮的同时, 联合药物湿敷及红光治疗仪照射, 加速了压疮的愈合, 达到较好的治疗效果, 现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 共 51 例患者, 其中男 31 例, 女 20 例, 年龄 67~82 岁, 平均(72.6±5.8)岁。其中脑血管疾病致瘫痪 25 例, 晚期肿瘤 19 例, 骨折长期卧床患者 7 例。按压疮的分期诊断标准诊断为溃疡期压疮。51 例患者均除外糖尿病及免疫缺陷性疾病。按住院号随机分为对照组(25 例)和治疗组(26 例)。对照组采用传统方法治疗。(2)治疗组采用传统治疗方法联合药物湿敷及红光治疗仪照射方法治疗。

**1.2 方法** (1)所有患者均给予综合性的动态评估并给予压疮护理; 根据病情进行全身营养支持, 及时止痛; 及时应用压疮气垫床; 定时翻身, 并进行严格交接班; 保持创面干燥, 常规消毒周边皮肤。(2)对照组采用具有一定通透性的敷料保护压疮创面及周围皮肤, 创面清创保持肉芽新鲜; 敷料每 2 天更换一次, 如果敷料浸湿随时更换; 根据病情使用不同抗生素。治疗组在采用具有一定通透性的敷料保护压疮创面及周围皮肤, 创

面清创保持肉芽新鲜以及合理使用抗生素的基础上, 采用 CHX-630E 型红光治疗仪照射(治疗功率密度 200 mW/cm<sup>2</sup>, 照射距离大于 5 cm, 照射时间 10~20 分钟/次; 照射频率 2~3 次/天)、药物湿敷(根据不同病情采用不同药物湿敷: 创面较多坏死组织时用硼酸, 创面较多渗血时用云南白药, 创面红润新鲜时用康复新; 取药物纱布 6~8 层敷于患处, 20~30 分钟/次, 2~3 次/天); 并详细记录两组压疮进展、恢复和愈合情况。

**1.3 治愈判断标准** 创面愈合, 结痂脱落。

**1.4 统计学处理** 应用 SPSS11.0 统计软件对数据进行 *t* 检验, 以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结 果

结果显示对照组和治疗组均达到压疮治愈标准, 对照组平均治愈天数为(34.0±3.5)d, 治疗组平均治疗天数为(17.0±1.9)d, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

### 3 讨 论

加强压疮的护理, 保持创面干燥、常规消毒周围皮肤, 并对患者进行相关知识的宣教, 可以帮助患者全面了解疾病知识, 正确认识疾病的转归, 树立战胜疾病的信心<sup>[2-4]</sup>。同时应用具有一定通透性的敷料清创换药治疗压疮, 有利于创面的上皮化和肉芽组织形成<sup>[5]</sup>。但因为压疮患者多伴有营养不良、自身修

复能力差的患者,治疗压疮需要的时间长、压疮愈合慢。在运用通透性敷料换药的基础上,联合药物湿敷、红光治疗仪照射,促进创面血液循环,保持创面湿润生长,加速压疮的愈合,可以缩短患者的住院时间。细胞中线粒体对红光的吸收最大,在红光照射后,线粒体的过氧化氢酶活性增加,这样可以增加细胞的新陈代谢,使糖原含量增加,蛋白合成增加和三磷酸腺苷分解增加,从而加强细胞的新生,促进肉芽组织及溃疡的愈合,同时也增加白细胞的吞噬作用,提高机体的免疫功能<sup>[6-7]</sup>。

局部中药湿敷是本院一种特有的治疗方法,其具有活血通络,吸毒排脓,去腐生肌,扶正活血,生肌敛疮,健脾充溢气血的作用;可以保持创面湿润,促进局部血液循环,加快创面生长的作用;不同时期加用不同药效的中药,可以明显提高不同时期的治疗效果<sup>[8]</sup>。

综上所述,以上两种治疗方法均有如下优点:(1)患者易于接受,能够按照试验要求完成治疗疗程,操作简便、灵活,无任何不良反应;(2)能有效地控制压疮的发生和发展,为大量癌症晚期及长期卧床伴有压疮的患者解除痛苦,增强患者自我存在的价值感,使其能正确对待疾病,树立战胜疾病的信心,积极地配合治疗和护理,提高了患者的生存质量。

参考文献

[1] 罗黎娟,肖文良,王维秀,等. 褥疮治疗与预防的新进展

[J]. 河北医药,1998,20(5):314-315.

[2] 于家傲,石凯,金正花,等. 褥疮的病理分期与临床治疗方案的选择分析[J/CD]. 中华临床医师杂志:电子版,2010,4(4):492-495.  
 [3] Wallace CG, Kao HK, Jeng SF, et al. Free-style flaps: a further step forward for perforator flap surgery[J]. Plast Reconstr Surg, 2009, 124(6Suppl): e419-e426.  
 [4] 袁庆波. 压疮的评估及护理近况[J]. 实用护理杂志, 1998, 14(12): 6-7.  
 [5] 李亚洁,蔡文智,王秀岚. 密闭性敷料的研究和展望[J]. 国外医学. 护理学分册, 2002, 21(3): 105-108.  
 [6] 张英,杨莉,周金枝,等. 红蓝光治疗仪治疗压疮疗效观察[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2009, 23(4): 218-219.  
 [7] 杨琼,王秀丽,刘平,等. 红光照射治疗压疮 18 例[J]. 中国康复, 2006, 21(1): 34-34.  
 [8] 刘珍. 中药褥疮 I 号治疗褥疮的护理[J]. 中华护理杂志, 2001, 36(8): 624-625.

(收稿日期:2013-02-20 修回日期:2013-05-21)

## 脑出血合并肺部感染的护理

朱宗红<sup>1</sup>,黄叶莉<sup>2△</sup>(北京海军总医院:1. 神经内科;2. 护理部 1000480)

**【摘要】** 目的 研究护理方案对脑出血合并肺部感染患者预后的影响。**方法** 选择 76 例脑出血合并肺部感染的患者,随机分为对照组和干预组,对照组仅采取了本专科常规护理措施,干预组则在常规护理的基础上增加针对肺部感染的护理措施。**结果** 干预组重症肺炎发生率、治愈率和平均住院时间分别为 2.6%、92.1%和(16.6±5.2)d,对照组则分别为 18.4%、73.7%和(26.3±7.1)d。两组相比较差异均有统计学意义(P<0.05)。**结论** 脑出血合并肺部感染患者,对肺部感染采取针对性的护理措施,能明显改善患者预后。

**【关键词】** 脑出血; 肺部感染; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.19.072 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)19-2623-02

脑出血是神经系统常见的疾病,多发于中老年患者,本身体质较为虚弱,特别是在长期卧床情况下,抵抗力进一步降低、免疫功能低下<sup>[1-2]</sup>。此外,由脑出血导致的意识障碍使患者咳嗽及吞咽放射减弱或消失,痰液排除不畅;鼻饲误吸以及部分患者行气管切开破坏呼吸系统的防御机制等<sup>[3]</sup>。以上因素使脑出血患者极易并发肺部感染,并严重影响预后,因此采取必要的护理干预措施有着重要的临床意义<sup>[4]</sup>。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2012 年 1~12 月在本院神经内科住院,经 CT 或者 MRI 诊断为脑出血的患者 76 例,入组前有不同程度的发热、咳嗽、咳痰,胸部 X 片符合肺炎改变,临床诊断合并肺部感染,随机分为干预组和对照组,每组 38 例,性别、年龄及气管切开情况见表 1。

表 1 76 例脑出血患者一般资料特点

| 组别  | 男性(n) | 年龄(̄x±s,岁) | 气管切开(n) |
|-----|-------|------------|---------|
| 干预组 | 20    | 62.7±13.1  | 14      |
| 对照组 | 19    | 63.1±12.9  | 15      |
| P   | >0.05 | >0.05      | >0.05   |

**1.2 护理措施** 对照组仅采取了本专科常规护理措施,干预组则在常规护理的基础上增加针对肺部感染的护理措施。两

类护理方法分别叙述如下。

**1.3 常规护理措施** (1)观察病情观察,准确记录并及时通知医生。(2)病房保持清洁、安静、空气流通,按规定消毒,加强陪护及探视人员的管理。(3)侵入性检查及治疗时严格执行无菌操作。(4)气管切开和引流管破坏了机体的固有防御屏障,增加感染机会,因此需较强护理,保持辅料清洁干燥、引流管通畅,按时更换引流管。(5)加强口腔护理。(6)给予高热量、高蛋白和高维生素饮食,不能进食者病情稳定后采用鼻饲的方法营养支持,但应注意鼻饲的管理,避免反流、误吸等。(7)帮助患者进行曲肘、伸肘、曲膝和抬腿等运动,以防止肌肉萎缩,促进血液循环、防止静脉血栓等,病情允许的情况下,还可以帮助患者进行行走训练。(8)由于脑出血致死、致残率较高,患者往往对死亡及后遗症产生恐惧,导致抑郁、焦虑等一系列不良心境的发生。因此,细心观察患者的情绪、行为变化,掌握患者的心理状态并进行有效沟通,给予安慰、缓解患者心理压力,建立战胜疾病的信心。

**1.4 针对肺部感染的护理措施** (1)体位:将患者头偏向一侧,抬高床头 15°~30°,以利于肺部通气。(2)翻身:每 2 小时 1 次,危重患者可以帮组患者从仰卧位转至左侧位 45°,然后回归仰卧位,再转至右侧位 45°,如此交替反复进行。(3)拍背:用空心掌,腕部放松,自肺底向肺尖迅速而规律的叩击背部,自下而