

上消化道出血的急救与护理

屈朝侠*

摘要:目的:探讨上消化道出血的急救与护理。方法:分析总结我院2014年8月10日至2015年8月10日收治的81例上消化道出血患者临床资料。结果:1例死亡,1例放弃治疗,1例外科急诊手术,8例好转后外科治疗,其余均痊愈出院。结论:上消化道出血病情危重,常可危及生命。采取积极有效的急救与护理,及时发现病情变化,并做出相应的处理,可以降低死亡率,提高治愈率,促进患者早日康复。

关键词:上消化道出血;急救;护理

中图分类号:R473.6 文献标识码:B 文章编号:1006-0979(2016)03-0151-01

上消化道出血是屈氏韧带以上的消化道,包括食管、胃、十二指肠、胰胆等病变引起的出血^[1]。主要表现为呕血、黑便和不同程度的周围循环衰竭,严重者可致失血性休克,危及病人生命,病死率高达11%。我院2014年8月10日至2015年8月10日对81例患者进行急救与护理,取得良好的临床效果。现报告如下。

1 临床资料

本组患者81例,男32例,女49例,年龄20~78岁,平均年龄(49.5±2.5)岁。其中消化道溃疡35例,肝硬化食管胃底静脉曲张破裂出血27例,胃癌10例,食管贲门黏膜撕裂症6例,急性糜烂性出血性胃炎3例。单纯呕血20例,单纯黑便10例,呕血伴黑便51例。

2 急救治疗

2.1 迅速建立静脉通路,补充血容量。补液止血,抑酸,保护胃黏膜对症支持治疗。根据病情两路或三路输液,老年人速度不宜过快,以免加重心脏负荷。如为肝硬化食管胃底静脉曲张破裂出血,可用5%葡萄糖注射液40ml加奥曲肽0.2mg微量泵泵入,每小时4~6ml,根据病情调节用量及速度。急查血常规分析,定血型及交叉配血实验,血红蛋白低于70g或红细胞比容低于25%均为紧急输血的指征。

2.2 给予吸氧、心电监护等措施,改善组织缺血缺氧。根据患者情况遵医嘱给予口服血凝酶、云南白药或去甲肾上腺素8mg加冰盐水100ml分次口服等治疗措施。

3 护理

3.1 卧位与休息:患者卧床休息,平卧位并将下肢抬高30°,增加回心血量。呕血时头偏向一侧,保持呼吸道通畅,防止窒息或误吸。必要时用负压吸引器清除气道内分泌物及呕吐物。

3.2 病情观察:严密观察体温、脉搏、呼吸、血压的变化,呕血黑便的次数及性状,血色素及红细胞计数,患者意识状态的变化,尿量及末梢循环情况。如患者出现头晕、心悸、出汗、恶心、腹胀、黑便次数增加及肠鸣音活跃等及时报告医生处理^[2]。

3.3 用药护理:严格遵照医嘱用药,观察不良反应。(1)血管加压

素可引起腹痛、血压升高、心率失常、心肌缺血,甚至心肌梗死。应严格控制滴速,保证有效浓度,如有外渗,可用5%的硫酸镁湿敷。(2)生长抑素及其衍生物,速度宜慢,过快易引起胸闷、心悸、恶心等。(3)水杨酸类如阿司匹林,利血平、消炎痛、保泰松等对胃黏膜有损害诱发或加重溃疡,应慎用或禁用。

3.4 饮食护理:急性出血伴恶心呕吐者应禁食。少量出血无呕吐可进温凉、清淡的流食(消化性溃疡尤为重要)出血停止后可改为营养丰富、易消化、无刺激性的流食,半流食,软食,少量多餐。如为肝硬化合并胃底静脉曲张破裂出血者,出血停止1~2天后渐进高热量、高维生素的流食,限制钠和蛋白质的摄入,以免诱发和加重肝腹水和肝性脑病,避免粗纤维素坚硬和刺激性的食物,以免损伤食道和胃黏膜再次出血。

3.5 心理护理:观察患者有无紧张、恐惧、焦虑等心理反应,解释安静休息有利于止血。做好患者和家属的安慰工作,抢救工作忙而不乱,避免在床边讨论病情,及时清理血迹呕吐物减少不良刺激。

3.6 口腔和皮肤护理:保持口腔清洁,生理盐水漱口。便后温水擦洗肛门,及时更换污染的被服,保持床单位清洁干燥。

3.7 健康教育:向患者及家属介绍有关疾病知识。注意饮食卫生,生活起居规律,保持乐观情绪,适当进行锻炼,增强体质,戒烟戒酒。学会识别早期出血征象及应急措施。出现头晕心悸等不适或黑便、呕血时,应卧床休息,保持安静,呕血时取侧卧位,头偏向一侧,以免误吸,及时送医院治疗,慢性病定期门诊复查^[3]。

综上所述,上消化道出血病情危重,重者可危及生命。采取积极有效的急救与护理,及时发现病情变化,并做出相应的处理,可以降低死亡率,提高治愈率,促进患者早日康复。

参考文献

[1]周颖.急性上消化道出血患者的护理[J].中国实用护理杂志,2011,27(21):22-23.

[2]常小杏,张春林.消化道出血患者的临床观察及护理对策探讨[J].基层医学论坛,2014,(z1):140-141.

[3]肖春.老年患者上消化道出血的护理观察与体会[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2014,(34):455-455,456.

*陕西西县人民法院(710300)

2016年2月18日收稿

长效抗菌材料在颅脑损伤患者皮肤擦伤中的应用

李娟妮* 浩育盈* 杨琨* 马黎黎* 任佩* 张笑*

摘要:目的:观察长效抗菌材料在颅脑损伤患者合并皮肤擦伤临床护理治疗中的疗效。方法:回顾性分析122例颅脑损伤合并不同部位皮肤擦伤患者应用长效抗菌材料护理治疗后的临床效果,其中治疗组63例,对照组59例。治疗组采用长效抗菌材料直接喷洒的暴露疗法;对照组采用无菌凡士林纱布覆盖疗法。结果:治疗组7天创面皮肤愈合总有效率明显优于对照组($P<0.05$),两组创面皮肤生长愈合时间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:采用长效抗菌材料直接喷洒皮肤创面的暴露疗法能明显缩短皮肤愈合时间且愈合效果良好,值得临床推广应用。

关键词:长效抗菌材料;皮肤擦伤;护理

中图分类号:R473.6 文献标识码:B 文章编号:1006-0979(2016)03-0151-02

皮肤擦伤是颅脑损伤患者的常见并发症之一,创面多为易暴露处,污染较重^[1]。大面积的皮肤擦伤更容易引起渗出液增多,且由于中重型颅脑损伤患者多需长时间卧床和自身免疫功能的下降,容易继发感染,缩短皮肤擦伤愈合时间对于提高临床愈合效果尤为重要。自2011年9月以来我科在清创后采用长效抗菌材料

直接喷洒的暴露疗法进行护理治疗,取得满意效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选取2010年3月至2012年3月我院NICU收治的颅脑损伤合并皮肤擦伤患者共122例,均无明显营养不良。治疗组63例,年龄6~73岁,平均年龄39.7±8.41岁,男35例,女28例;对照组59例,年龄6~70岁,平均年龄38±9.04岁,男31例,女28例;入选患者损伤情况比较见表1。两组的一般资料对比差异

*陕西中医药大学附属医院重症医学科 陕西 咸阳(712000)

2016年2月21日收稿

无统计学意义($P>0.05$)。

表1 入院患者损伤情况比较

组别 n	颅脑损伤程度(n)			擦伤部位(n)			
	中型	重型	特重型	头面部	躯干部	四肢部	手足部
治疗组 63	18	23	22	17	15	13	18
对照组 59	20	18	21	15	14	12	18

组别 n	擦伤面积(cm)			皮肤损伤程度(n)		
	$\leq 5 \times 5$	$\leq 10 \times 10$	$\leq 20 \times 20$	表皮层	真皮层	真皮下
治疗组 63	30	25	8	32	23	8
对照组 59	28	24	7	29	25	5

1.2 护理治疗方法:所有患者擦伤创面先予以3%过氧化氢溶液和生理盐水清洁冲洗创面,再用2.5%的碘伏溶液消毒创面及周围皮肤。治疗组采用喷洒洁悠神长效抗菌材料(南京神奇科技开发有限公司制造,批号26020014)的暴露疗法,待干燥形成一层透明膜,每日3次(待创面出现粉红色颗粒状新鲜肉芽组织生长时,可改为换药1次/天)直到愈合;对照组清创后用无菌凡士林纱布覆盖创面的治疗,换药时间及疗程同观察组。

1.3 评定标准:痊愈:创面愈合,无渗液,有肉芽组织生长;显效:创面缩小,渗出减少,肉芽组织新鲜,生长良好;有效:创面愈合不良,但边缘有新的肉芽组织生长或有少量渗液;无效:治疗后创面无变化或扩大、渗液减少或增多。

1.4 统计学方法:采用SPSS13.0软件进行数据统计分析,计数资料以率表示,采用卡方检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗组7天创面皮肤愈合总有效率明显优于对照组($P<0.05$),见表2。

表2 两组创面皮肤7d生长愈合情况比较[n(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	63	19(30.2)	27(42.9)	14(22.2)	3(4.7)	60(95.3)*
对照组	59	15(25.4)	11(18.6)	28(47.5)	5(8.5)	54(91.5)

注:*为与对照组比较 $\chi^2=12.26, P<0.05$

2.2 治疗组中14d内各时间段愈合人数均优于对照组($P<0.05$),见表3。

表3 两组各时间段创面愈合人数比较

组别	n	<3d	4-7d	8-10d	11-14d	>14d
治疗组	63	5(7.94)*	14(22.2)*	26(41.3)*	13(20.6)*	5(7.96)
对照组	59	2(3.4)	13(14.4)	11(18.6)	24(40.6)	9(23.0)

注:*为与对照组比较 $P<0.05$

3 讨论

急性皮肤擦挫伤是由外伤中复合力所致的急性皮肤损伤,是擦伤和挫伤的合并症^[2]。本研究中表明采用长效抗菌材料直接喷洒的暴露疗法效果较好。治疗组使用的长效抗菌材料其杀菌有效成分为有机硅季铵盐(含量为1%-3%),在皮肤表面形成一层分子及物理抗菌膜(隐形敷料),实现用物理方法管理创面病原微生物的微循环,防止创面感染,促进自然愈合。一次喷洒能使皮肤表面保持8小时以上抗菌功能,对皮肤和黏膜无刺激性,避免了抗生素局部应用导致的创面耐药难题,并能将局部炎症控制在一个适度范围,对创面有隔离保护作用。对照组采用无菌凡士林纱布覆盖疗法,纱条与创面易于粘连,换药时容易引起疼痛、干燥结痂、痂下感染或损伤新生肉芽组织,引起创面渗液,不利于愈合。同时可能由于胶布固定而造成局部皮肤过敏症状,甚至造成局部皮肤的二次损伤。

长效抗菌材料(洁悠神)在颅脑外伤病人合并不同程度的皮肤擦伤中,便于直接观察创面,且不影响皮肤固有属性,换药不损伤新生组织;对创面无刺激、致敏等副作用,有效避免传统敷料固定时应用胶布导致的部分患者局部过敏反应,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 王宜锁. 皮肤擦挫伤临床治疗体会[J]. 首都医药, 2012, (14): 46.
- [2] 黄少娟, 潘燕青, 李淑芳等. 急性皮肤组织挫擦伤的护理方法研究进展[J]. 护士进修杂志, 2007, 22(5): 404-406.

基层医院糖尿病肾病患者的护理体会

李静红*

摘要:药物治疗是糖尿病的主要治疗手段。基层医院为避免糖尿病肾病的发生,提高患者的生活质量,应做好早期健康宣教,以及合理的用药指导,积极预防,及时发现,一旦被确诊发生糖尿病肾病,帮助患者树立战胜疾病的信心,进行合理的自我保健及调养,提高治疗效果减少并发症,改善生活质量和延长寿命。

关键词:糖尿病肾病;护理;体会

中图分类号:R473.5 文献标识码:B 文章编号:1006-0979(2016)03-0152-02

糖尿病肾病(diabetic nephropathy, DN)常见于病史超过10年以上的糖尿病患者,病程长、病情易反复、预后差等特点,肾功能不全是导致患者临床死亡的主要原因,病死率为12.5%~27.8%^[1]。基层医院由于经济条件限制,糖尿病患者的宣教不到位,用药指导不规范,因此糖尿病肾病的发生率明显增高,目前治疗糖尿病肾病尚无特效药物,主要采取控制血糖、降低血压、严格合理的饮食控制等措施。因此正确的护理措施对控制病情进展、改善预后具有重要作用。现将我科近几年来糖尿病肾病患者护理情况总结如下。

1 临床资料

回顾分析2012年1月~2015年1月我院收治的糖尿病患者98例。其中男性48例,女性50例。年龄为33~86岁,平均年龄62.65岁。病程为15~66年,合并高血压者24例、贫血者18例、浮肿者16例、曾患过心、脑血管疾病患者20例、失明者5例。所有病例均有不同程度的糖尿病视网膜病变,周围神经病变。所有患者均符合2002年第十一版《实用内科学》糖尿病肾病诊断标准,治疗上严格控制血糖和血压,限制蛋白质的摄入量,第三期患者行透析治疗。实验室检查:尿蛋白为(+)~(+++),尿糖(+)-(+++),餐后血糖14.8~32.7mmol/L,尿素氮28.1~28.4mmol/L,肌酐121.6~326.5mmol/L,尿酸170.3~481.7mmol/L,钾2.47~6.4mmol/L,

*甘肃煤炭第一工程公司医院(730913)

2016年2月24日收稿

除8例死于尿毒症合并心衰,4例死于脑出血,其余86例经治疗护理均好转出院。

2 护理措施

2.1 饮食护理:教会患者合理安排膳食结构,对肾功能不全的患者控制植物性蛋白的摄入,减轻肾脏负担。鼓励患者按时按量进餐,提供优质高蛋白饮食,控制碳水化合物、钠的摄入,每日膳食中钠应低于3g^[2]。

2.2 皮肤护理:DN患者皮肤内含糖量增加,适宜细菌繁殖,高血糖状态下吞噬细胞作用降低,对感染的抵抗力降低,常并发皮肤化脓性感染以及霉菌感染。因长期低蛋白血症,常发生水肿,加之小血管病变引起神经营养不良,易导致皮肤破损。本组16例均有不同程度的水肿,5例入院时已有II度压疮。经对症措施护理水肿减轻。

2.3 心理护理:护理人员要对患者视亲人,建立良好的医患关系。消除患者的陌生和紧张情绪,耐心向患者解释病情,使患者认识到应严格按糖尿病饮食进行治疗,还要注意肾功能的变化。向患者解释使用胰岛素的好处,增加患者的探视次数,必要时留家人陪伴,通过良好的思想沟通,减轻患者的思想压力,有利于病愈^[3]。

2.4 健康教育:DN早期若能得到积极的治疗,病情是可以逆转的。DN起病隐匿,病程10年以上的糖尿病患者,应该密切警惕肾病的发生。DN早期仅通过尿常规检查不能诊断出DN,须定期进