

DOI:10.16281/j.cnki.jocml.2018.32.083

对39例神经内科长期卧床患者的护理体会

邓 华

(铜仁市人民医院, 贵州 铜仁 554300)

【摘要】目的 因我科室大部分患者大多存在肢体偏瘫或意识障碍,使其行动不便,生活自理能力下降或消失,从而造成很多不利因素,如:各类感染、压疮等等。所以在日常的护理中,我们主要做好皮肤、呼吸道、泌尿道及心理等方面的护理,尽量避免发生各类并发症。经39例长期卧床3个月以上患者分析回顾,我们以预防并发症的发生为主,无一例并发症发生。**结论** 做好并发症的预防和护理是治疗长期卧床患者的重要措施之一。

【关键词】 并发症; 护理; 长期卧床

【中图分类号】 R473

【文献标识码】 B

【文章编号】 ISSN.2095-8242.2018.32.101.02

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2017年1月~2017年12月收治的长期卧床患者39例,年龄57~85岁,平均(70.5±2.5)岁,均为长期卧床患者。39例患者中,骶尾部压疮、全身多出压疮分别为3例、2例,且有3例为肺部感染。

1.2 方法

1.2.1 皮肤护理

部分患者卧床时间过长,有食欲降低症状表现,长此以往导致机体缺少营养补充,免疫能力下降,而皮肤弹性、营养均降低,压疮发生率增高,这就要求护理工作开展中注意做好皮肤护理工作,避免出现局部长时间受压情况,保证血液循环,降低压疮发生可能性。具体措施:

(1)保持皮肤清洁,每日用温水为患者擦洗皮肤2~3次,擦拭完毕后予以“洁悠神长效抗菌喷雾”喷涂患者易发生压疮的骨突出及皮肤皱褶处;(2)每1~2小时为患者翻身叩背一次,并观察皮肤情况;(3)及时处理大小便,便后立即予以清水清洗并会阴护理;(4)床单元保持干燥、平整、清洁,保证随脏、随湿、随换;(5)在卧床患者易发生压疮部位骨隆处粘贴泡沫敷贴,以起到保护预防,避免压疮的发生;(6)已发生压疮患者,根据压疮局部情况,清创后予“德湿肤”、“德湿康”、“德湿银”、“德湿可”及“弹性胶布”包扎换药,直至伤口愈合。

1.2.2 会阴护理

护理措施:(1)鼓励患者每日饮水1500 mL以上,以促进尿液排出;(2)保持贴身衣裤的清洁、干燥;(3)每日用清水擦洗会阴部2~3次,如有异味和感染者改用“洁尔阴”或者“碘伏”擦洗;(4)培养良好排便

习惯,部分患者可能存在尿滞留情况,需借助导尿管排尿,护理中应于膀胱位置敷热毛巾,使膀胱被刺激,同时指导患者做体位调整,诱导排尿,减少对导尿管的依赖;

(5)若诱导排尿未见效,需根据患者情况做导尿处理,如在无菌操作原则指导下留置导尿管;(6)对于长期留置导尿的病人,做好尿管留置的护理。如果患者发生尿频、尿急、尿痛及发热等症状,应及时通知医生并协助处理。

(7)对已发生尿路感染者,遵医嘱用药,同时观察尿液情况。

1.2.3 呼吸道管理

护理措施:(1)保持呼吸道通畅。(2)翻身叩背:护士每2小时协助患者翻身、叩背一次;指导患者叩背:患者体位选择坐位或侧卧位,手掌保持空心屈曲状态,由下而上、由外而内地拍打背部或胸前壁,力度不宜过大,以患者能忍受为度,频率60次/分钟左右,每次3~5分钟为宜。(3)有效咳痰,告知缓和如何有效咳痰,确保咳出呼吸道内痰液;(4)雾化吸入:①部分患者难以排出呼吸道内痰液,护理中考虑通过雾化吸入方法,使痰液被稀释排出;②雾化吸入过程,护理人员应对患者各项指标反应观察,如呼吸频率、神志变化等;③雾量不宜过大,以免发生窒息;(5)吸痰:患者不能自行排出痰液,吸痰是关键。①吸痰中,可将吸痰管利用无菌镊夹取,完成吸痰操作;②吸痰应按照一定的顺序开展,首先应将吸管中的痰液吸出,在此基础上做鼻腔、口腔内分泌物的吸出;③吸痰操作中,应保持动作轻柔,每次控制15 s以内,防止气道黏膜受损,且尽可能将吸痰管深插,保证吸出深部痰液,吸痰前后应给予高流量吸氧配合;④选择吸痰管是不宜过粗,一般不应超过气道内径的50%,严格无菌操作。

理,从而缓解产妇对分娩的恐惧心理,减少产妇分娩带来的痛苦^[3]。

总之,在产科应用全程陪伴分娩护理模式,可以有效提高产妇自然分娩的几率,保证产妇分娩后的生活质量,同时,还大大缩短了产妇分娩所需的时间,提高了产妇对产科

护理的满意程度,在产科临床上具有较高的应用价值。

参考文献

[1] 徐 挺.助产士一对一全程陪伴分娩人性化护理模式在产科的应用效果分析[J].中国疗养医学,2015,24(12):1339-1341.

本文编辑:李 豆

1.2.4 口腔护理

口咽部是消化道与呼吸道的共同口处,患者长期卧床出现口腔感染的可能性较高,如牙龈炎、口腔炎等,严重时将引起肺部感染。这就要求临床护理中做好口腔护理工作,具体护理实施要点:(1)取口腔护理液、生理盐水,利用棉球蘸后清洁口腔,每日2次;(2)患者进食后,需及时漱口,将牙缝内异物去除;(3)部分患者存在吞咽功能障碍情况,护理中应指导患者做吞咽功能训练。

1.2.5 心理护理

受机体不适感影响,加之自我护理能力下降,患者接受治疗与护理期间易有不良心理问题产生,如焦虑、抑郁、绝望等。对此情况,需给予相应的心理支持与心理疏导措施,如加强巡视次数,耐心倾听患者主诉,将病情、治疗情况与预后方法向患者讲解,使患者顾虑消除,鼓励患者克服焦虑、抑郁等不良情绪,保持乐观心态,积极配合治疗。

1.2.6 用药护理

详细告知患者使用的药物的作用机制、不良反应及用药注意事项,注意观察药物疗效和副作用,出现异常,及时通知医生处理。

1.2.7 功能恢复训练

(1)运动和感觉障碍患者,应①注意保持良好的肢体功能位,防止足下垂、爪形手等。②指导患者积极进行肢体锻炼,按摩四肢肌肉及关节,用温水擦洗患肢,改善血液循环,促进恢复。③翻身过程中要注意瘫痪肢体,避免受压引起瘫痪肢体淤血甚至坏死。④抬高患肢并于肢体按摩,防止深静脉血栓形成。(2)吞咽功能障碍患者,在病情稳定情况下,尽早进行吞咽功能训练。(3)患者失语情况,护理中应选择有效的沟通表达方式,如利用图示卡,了解患者生活需求,且配合相关的语言康复训练。

1.2.8 饮食护理

(1)指导患者进食低盐低脂、清淡、易消化、富含蛋白质和维生素的饮食,多吃蔬菜、水果,戒烟酒,忌辛辣、油炸食物和暴饮暴食,避免过分饥饿。(2)合并糖尿病的患者,还要限制糖的摄入,严格执行低盐低脂糖尿病饮食。(3)有吞咽障碍的患者,进食时取坐位或者半坐位,喂食时应速度宜缓慢,药物宜研碎,方便患者吞咽,并积极做好吞咽功能康复训练。(4)肢体偏瘫合并吞咽障碍患者进食时,喂食者应站在患者健侧协助患者进食,避免患侧功能障碍导致患者发生呛咳或误吸。(5)意识障碍、不能自行进食患者,遵医嘱予胃管注入流质饮食,保

证机体营养的需要。

1.2.9 其他护理

(1)病室每天自然通风2~3次,每次10~30分钟;注意利用消毒液对病房消毒处理,如地板、日常用具等;(2)治疗与护理期间,均需为患者做好保暖工作,减少暴露。(3)对意识障碍和躁动不安患者,应将床铺护栏随时拉起,以防坠床,必要时可以使用保护性约束带,并注意观察肢端或者趾端血运情况、皮肤颜色、温度及皮肤完整性。每2小时放松约束带一次,协助患者翻身改变体位。(4)积极治疗原发病,坚持服药,不可随意间断或者减量,定期复查。

2 结果

39例患者经过治疗与护理,均痊愈出院,其中入院时有压疮、肺部感染情况,均在对症处理下明显好转。

3 讨论

为提高患者生活质量,减轻患者痛苦,我科室所有护理服务措施围绕患者展开,根据其个人习惯、家庭情况及其病情特点,综合考虑制定相应的个性化护理方案。特别是对长期卧床患者,更是围绕皮肤、会阴、呼吸道、口腔、心理、用药护理等方面有效的预防及治愈了长期卧床患者的并发症。在此基础上,我科还开展应用温馨提示卡和生活需求图示卡,增强对患者的健康宣教和提示作用,方便患者住院期间日常生活和诊治工作,体现对患者的尊重、理解和关怀。

综上所述,科学化、个体化、系统化护理干预措施应用于神经内科长期卧床患者护理中,对帮助缓解患者不适症状、改善患者生活质量有积极作用,应在临床护理实践中继续将这种护理模式推广应用。

参考文献

- [1] 徐丽华,钱培芬.重症护理学[M].人民卫生出版社,2009,12(1):176-183,186-215,328-348.
- [2] 王耀辉,余德宝,丁玉兰.神经内科、神经外科分册[M].湖南科学技术出版社,2004,05(1):112-126,149-163,224-234.
- [3] 李小寒,尚少梅.基础护理学[M].人民卫生出版社,2013,11(1):142-182,269-292,294-315,325-355.
- [4] 李淑佳,巩玉秀.护理学分册[M].人民军医出版社,2009,1(1):93-97,237.

本文编辑:赵小龙

(上接99页)

志,2014,29(10):872-874.

- [2] 甘露,侯智慧,万金兰,等.青光眼小梁切除术后眼球按摩护理体会[J].医学信息,2013,26(5):524.
- [3] 戎秋雁.眼球不同按摩护理方式对青光眼患者小梁切除术后眼

压及手术成功率的影响[J].现代诊断与治疗,2016,27(12):2326-2327.

本文编辑:李豆