

OI 2019年11月
第1卷第1期



德国阿尔海默斯国际学术出版社
ALHERMES INTERNATIONAL ACADEMIC PRESS



中西医护理

Traditional Chinese and Western
Medicine Nursing



本刊由谷歌学术、中文知网全文收录，所有录入文章通过国际权威检测查重系统“Crossref”的检测并经过专家审定，每篇出版文章拥有全球唯一的国际文献标识码（DOI码），德国国家图书馆存档，本刊遵循国际开放获取出版原则全球公开发行，欢迎投稿和下载阅读。

Copyright © 2019 by Alhermes International Academic Press Dresden

All right reserved.

No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, scanning, or otherwise, without the prior permission of the publisher, or authorization.

目录

护理干预精心换药联合中西医治疗肛周坏死性筋膜炎的临床效果观察

白丽 1

浅析中西医联合护理在子宫内膜异位症患者中的应用效果

邱卉 4

探析中西医结合治疗带状疱疹的护理

张春琴 7

中西医结合护理对辅助治疗小儿腹泻临床效果研究

杨丽 10

中西医结合护理干预肾结石软镜手术后临床观察

杨会 13

中西医结合护理在高血压脑出血患者肺部感染中的应用浅谈

郝文丽 17

护理干预精心换药联合中西医治疗肛周坏死性筋膜炎的临床效果观察

白丽 成都肛肠专科医院 610015

摘要: 肛周坏死性筋膜炎临床较少见,中医学上称之为肛周烂疔,绝大多数发生在机体免疫功能低下的情况下,机体感染相应病原菌而致病。该病发病急、进展快、病死率高,治疗关键是早期明确诊断,早期切开引流。治疗坏死性筋膜炎采用中西医结合的方法,包括合理选择手术方法(彻底清创多切口引流)和应用抗生素(血培养结果未明确前给予广谱抗生素治疗)。但是,术后给予中医中药熏蒸坐浴,不仅有利于切口脱腐,也可促使创面肉芽生长、愈合。针对此类患者,笔者采用护理干预精心换药,并配合医师对患者全身抗感染、支持治疗,在为患者换药时可及时发现病情变化,并及时对医师的综合治疗进行反馈和配合,根据患者在不同的阶段、不同的病情,制定不同的护理方案。同时,也可让护理团队增强对患者的耐心、细致。

关键词: 肛周; 坏死性筋膜炎; 中西医治疗

引言:

肛周坏死性筋膜炎表现为病变区域的皮肤、皮下及筋膜组织坏死,是一种少见的以广泛而迅速的皮下组织和筋膜坏死为特征的软组织感染,常伴有全身中毒性休克。本病是多种细菌的混合感染,其重要特征是感染只损害皮下组织和筋膜,不累及感染部位的肌肉组织^[1]。它是由多种细菌感染引起的肛门周围软组织、会阴部、阴囊快速大范围坏死的重症,临床少见,病死率高。为了缩短肛周坏死性筋膜炎患者的治疗疗程,促进创口早日愈合,我院将这些患者全部实施多切口切开引流排脓、彻底清创治疗,术后配合护理干预精心换药、积极抗感染等治疗,根据患者体质采用中医辨证与辨病相结合的方式进行治疗,取得了较好的效果。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择我院2016年10月至2017年10月收治的35例肛周坏死性筋膜炎患者为研究对象,将其随机分为试验组(18例)和对照组(17例)。试验组男15例,女3例;年龄48~71岁,平均62.0岁。对照组男16例,女1例;年龄51~70岁,平均61.0岁^[2]。患者均已被详细告知试验内容,自愿参与本试验,并签署知情同意书。2组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

2组治疗方法相同,均最大范围行多切口引流、彻底清创处理。尽快、彻底清创是治疗肛周坏死性筋膜炎的关键,其清创的目的是切除全部无活力的组织,充分敞开创面并暴露,建立通畅引流的渠道。需注意,要保留必要的皮桥,创口处直接引流或放置引流管,并用过氧化氢溶液和生理盐水交替冲洗。在未得到细菌培养和药敏试验结果前,早期应用广谱抗生素进行抗感染治疗,以后根据细菌培养和药敏试验结果再行调整。术后多观察,勤换药,而且要彻底,坚决不留死腔,发现有坏死组织需再次扩创,联合应用足量有效抗生素。术后应用杨向东教授的经验方消肿止痛汤熏蒸坐浴^[3]。消肿止痛汤组方为芒硝、明矾、苦参、滑石、冰片、当归、龙胆草、蒲公英、连翘、地龙,紫花地丁,随证加减。方药小火煎

20min。熏蒸 10min，坐浴 15min，每日早晚各 1 次。

1.3 护理方法

1.3.1 对照组

接受肛肠科一般换药。根据创面的情况合理换药：换药前做好解释工作，取得患者配合；室温控制在 24℃左右，避免暴露患者隐私；因创面大，每次换药都应用生理盐水冲洗创口，然后填塞盐水纱条。接触患者前后均应消毒双手，防止继发感染。

1.3.2 试验组

接受护理干预精心换药。采用专人专管专治的方式，根据患者创面情况进行精心换药，并及时调节换药时的用药及换药方式。换药前，先根据患者生命体征做好评估工作，再对患者及家属做好解释工作，得到他们的绝对配合。室温控制在 23~26℃，采用屏风或床帘遮挡。因创面大，在清创过程中，坏死组织的远端一定要清创至见到正常组织为止。第 1 阶段（初期每天使用过氧化氢溶液及我院院内制剂连梳矾溶液认真冲洗每一个切口，并注意清理切口分泌物，然后在切口处以黄连纱条填塞引流。第 2 阶段（中期）：用康复新液冲洗切口，注意患者切口肉芽生长情况，观察肉芽的颜色，可适当使用美洲大蠊粉以助肉芽生长。第 3 阶段（后期）：使用紫草油纱条填塞创口，观察创口生长情况，并注意创口愈合情况，避免桥型愈合。每次换药对患者来说都是一次长时间的疼痛刺激过程，所以要求专人专管专治，针对患者生理及心理情况进行评估与疏导，操作时要轻柔迅速，做到“快、准、短”，尽量缩短换药时间，并在换药过程中密切观察患者心率和疼痛情况，以免出现疼痛性休克。坏死性筋膜炎的致病菌可通过医护人员被污染的手传播，所以在整个治疗过程中应该严格按照院感要求对病室进行管理，必要时请医院感染科人员给出建设性意见，防止病菌扩散，如用空气消毒机或紫外线定期对病房进行消毒，房间内物品采用含氯试剂擦拭，限制进出病房的人数等；医务人员必须严格无菌操作，凡接触患者前后均应按照院感要求进行“七步洗手法”消毒双手，防止继发感染，加重患者病情。

1.4 疗效判定标准

术后 2 个月评价总体疗效。痊愈：创面愈合率 100%，创面上皮完全覆盖，病情恢复至正常；显效：100% > 创面愈合率 > 75%，创面肉芽组织新鲜，颜色鲜红；有效：75% > 创面愈合率 > 25%，创面肉芽组织较新鲜，色红，无或有很少的脓性分泌物，渗液量明显减少；无效：创面愈合率 < 25%，创面肉芽组织色暗，生长很少，或脓性分泌物较多，渗液量大，创面大小、深度无明显缩小趋势。

1.5 统计学方法

数据采用统计学软件 SPSS17.0 进行处理。计量资料采用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，比较采用 t 检验；计数资料采用率 (%) 表示，比较采用 χ^2 检验。P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果

试验组痊愈 15 例，显效 2 例，有效 1 例，总有效率为 100% (18/18)；对照组痊愈 6 例，显效 5 例，有效 4 例，无效 2 例，总有效率为 88.23% (15/17)。试验组总有效率明显高于对照组，P < 0.05。

2.2 创口愈合时间

试验组创口愈合时间为 (34.14 ± 10.52) d，对照组为 (69.22 ± 9.54) d。

试验组创面愈合时间明显短于对照组, $P < 0.05$ 。

2.3 患者对护理工作的满意度

试验组患者对护理工作满意 17 例 (94.4%), 对照组 11 例 (64.7%)。试验组患者对护理工作的满意度明显高于对照组, $P < 0.05$ 。

3 讨论

综上所述, 护理干预精心换药联合中西医治疗肛周坏死性筋膜炎可提高治愈率, 缩短住院时间, 提高护理满意度, 值得临床推广应用。患者痊愈后, 仍需要注意饮食起居, 不过度饮酒和过食辛辣刺激性食物, 以免灼津耗液, 导致燥热内生, 或损伤脾胃, 滋生湿热, 导致湿热下注。长期使用皮质类固醇和免疫抑制剂者应注意加强全身营养, 饮食合理, 荤素搭配, 定时排便, 防止便秘, 避免干结; 提高机体的免疫力, 积极治疗原发的全身性疾病和局部皮肤损伤及预防外伤的发生。皮肤创伤时, 应及时清除污染物, 消毒创口; 并发全身不适时, 要遵医嘱给予正确的处理。

参考文献:

- [1] 唐莉, 李振. 肛周坏死性筋膜炎的综合治疗 [J]. 现代仪器与医疗, 2017, 23(02):111-112+115.
- [2] 罗超兰, 胡正昌, 杨向东. 中西医结合治疗肛周坏死性筋膜炎 26 例 [J]. 实用中医药杂志, 2017, 33(04):390.
- [3] 谷丰. 透脓托毒饮联合手术治疗肛周坏死性筋膜炎的临床观察 [J]. 中国中医急症, 2017, 26(04):668-670.

浅析中西医联合护理在子宫内膜异位症患者中的应用效果

邱卉 包头医学院第二附属医院妇产科 014000

摘要: 子宫内膜异位症(EMS)即具有活性的子宫内膜组织于宫腔黏膜以外区域出现,引起的以痛经、腹痛、盆腔痛、性交痛、月经不调等为主要表现的疾病,是一类育龄期女性较为高发的疾病,严重时易继发不孕,对患者的心理、生活甚至家庭的影响较大。临床治疗以保守药物控制及手术治疗为主,近年来随着微创技术及快速康复外科的临床应用与发展,腹腔镜手术在本病治疗中的价值逐渐凸显,患者术后恢复期短,且因手术创伤导致的应激、疼痛、感染等不良反应的发生率也显著降低,中西医结合治疗与护理是近年来临床工作的重点及方向之一,本研究选取我院收治的 EMS 患者为观察对象,就中西医联合护理在本病术后恢复中的应用效果及价值进行观察研究,现报道如下。

关键词: 子宫内膜异位症;腹腔镜;中西医护理

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院妇科 2015 年 10 月至 2017 年 11 月收治的行腹腔镜下保留性手术治疗的子宫内膜异位症患者 98 例为观察对象,年龄 27~61 岁,平均(41.95±4.57)岁^[1]。已婚已育 51 例,已婚未育 30 例,未婚 17 例。以痛经、腹痛及性交痛等为主要症状,继发不孕者 23 例,所有患者子宫内膜异位症分期即严重程度分型,均为中重型,均实施择期腹腔镜下保留性手术治疗,纳入标准:术前常规检查未见异常征象者,肝肾功能正常者,无药物过敏史者,无凝血功能障碍或血液系统疾病者,无激素药物治疗史者,认知能力正常且能够自行独立完成功能评定者,治疗依从性高且全程配合治疗者,连同家属就本研究签署知情同意书者,无肢体运动功能障碍者^[2]。随机将患者等分为对照组和观察组,其中对照组年龄 27~60 岁,平均(42.58±3.79)岁;已婚已育 25 例,已婚未育 15 例,未婚 9 例;中型 39 例,重型 10 例;继发不孕者 12 例。观察组年龄 28~61 岁,平均(41.84±4.58)岁;已婚已育 26 例,已婚未育 15 例,未婚 8 例;中型 40 例,重型 9 例;继发不孕者 11 例^[3]。两组患者的年龄、病情等方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 手术护理

两组患者均实施腹腔镜下保留性手术治疗,护理人员在术前协助患者完善各项检查,做好腹腔镜手术的认知干预及宣教工作,就有术前心理应激反应的患者做好心理疏导,做好术前胃肠道准备(术前禁食禁饮 4~6h)、手术区域的常规清洁消毒等工作,协助医师完善手术及麻醉相关知情同意书的签署工作,进入手术室后做好保温工作(手术区域以外的部位保温性覆盖、室温控制在 22~25℃),术中统一采取液体保温措施(静脉输注液的温度约在 38℃左右),配合医师完成手术内容,做好术中情况的观察及记录。

1.3 术后护理

1.3.1 对照组

(1)术后常规护理。手术完毕后将患者送回病房,去枕平卧,做好生命体征监测及低流量给氧工作,静脉补液给予抗感染药物,术中出血量较大者遵医嘱给予晶胶体补充,就术后注意事项向患者家属详细交代(主要包括麻醉不良反应、术后疼痛、生命体征、引流管、切口等)。(2)常规支持护理。待患者麻醉清醒且

无不适症状后,可更换自由舒适体位,指导并协助患者翻身、坐起等早期床上活动。做好健康教育工作,主要包括术后常见并发症的防护、切口引流管的自护、饮食干预、早期活动等内容,提高患者及家属对术后的认知及应对能力,每日定时为患者做外阴的清洁消毒、定期更换切口敷料,同时留意患者切口情况。(3)心理护理。做好患者心理干预工作,通过注意力转移法、预后良好病例介绍、医护人员关怀、家庭支持等方式,改善并解除患者负性心理,减少心理应激对后续治疗与预后产生负面干扰,根据患者具体情况,必要时寻求专业心理医师的支持治疗。(4)随访护理。为期1年,就患者恢复情况进行跟踪了解,同时提醒患者定期复诊。

1.3.2 观察组

在对照组护理基础上,联合中医护理干预,具体方法如下:(1)中药内服护理。在中医理念中子宫内位症属“血瘀证”范畴,故而临床治疗应以活血化瘀为主,对观察组患者给予我院自配的活血化瘀方煎汁内服,以川穹、当归、赤芍、丹参、延胡索、五灵脂各10g,桃仁、青皮、白芍各6g,柴胡15g等为1剂,加水煎汁至300ml左右,每日早晚分次温服,指导患者正确煎汁的方式。非月经期连续服用,治疗3个月。(2)中药外敷护理。采用我院自配腹部外敷方,以益母草15g、独活10g、丹参20g、艾叶16g、赤芍12g、三棱10g、桂枝5g、姜黄40g、香附50g、莪术60g、薄荷20g等为1剂,混合均匀独立分包后,嘱患者及家属每次使用前添加200~300ml米醋和200~300ml米酒,置入铁锅或钢锅中加热并翻炒,温度控制在70~75℃左右,置入配置的外敷包内,绑缚在脐部及以下区域进行热敷,热敷时间以外敷包冷却至体温为宜,每月经期完毕后3~4d开始每日1次热敷,连续2周,为1个疗程,每月给予1个疗程中药外敷,连续3个月。(3)腧穴针刺护理。向患者做好针刺治疗的健康教育工作,就针刺感受、时间、效果、主要部位等进行介绍,提高患者认知,帮助患者放松,配合医师做好针刺部位的消毒、针刺、行针、电刺激等治疗,主要腧穴有子宫穴、三阴交、阳陵泉、关元、足三里等腧穴,护理人员须严格控制电刺激强度与时间,强度以患者能够耐受为宜,时间约为25min。针刺治疗1周2~3次,月经期除外,连续治疗3个月。

1.4 评价指标

1.4.1 疼痛症状

采用视觉模拟评分(VAS)及疼痛数字分级法(NRS)对疼痛情况进行评定,各分值范围均为0~10分,评分与疼痛症状呈正相关,分别于手术前、出院前、护理干预后对两组患者进行评定。

1.4.2 疗效评定

根据《中药新药临床研究指导原则》的相关评定原则,其中治愈:痛经积分为0分,临床症状全部消失;显效:痛经积分降低50%以上,临床症状显著改善甚至消失;有效:痛经积分有所降低,临床症状好转;无效:痛经积分及临床症状无改善甚至恶化。

1.5 统计学处理

采用SPSS21.0统计学软件,计量资料比较采用重复测量设计的方差分析,等级资料比较采用Wilcoxon秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者疼痛症状改善情况比较

手术前两组患者VAS及NRS评分均较高,组间比较差异无统计学意义($P>$

0.05), 出院前, 两组患者各评分均显著降低 ($P < 0.05$), 出院前及护理干预后观察组评分均显著低于对照组 ($P < 0.05$) 见表 1。

表 1 两组患者 VAS 及 NRS 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	VAS			NRS		
		手术前	出院前	护理后	手术前	出院前	护理后
观察组	49	6.70 ± 1.80	3.10 ± 0.50	1.30 ± 0.20	6.40 ± 2.30	2.90 ± 1.10	1.20 ± 0.40
对照组	49	6.90 ± 1.50	4.40 ± 0.80	2.70 ± 0.60	6.20 ± 2.50	3.80 ± 1.30	2.50 ± 0.70

2.2 两组患者疗效比较

观察组临床疗效显著优于对照组, 两组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者疗效比较 (例)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效
观察组	49	7	26	15	1
对照组	49	0	21	21	7
<i>u</i> 值				3.172	
<i>P</i> 值				0.002	

3 讨论

综上所述, 在腹腔镜治疗的 EMS 患者中, 实施中西医结合治疗与护理的临床价值较大, 可提高并巩固临床治疗效果, 临床护理工作中值得进一步研究实验, 以获取更为实用的个体化的中西医护理方案。

参考文献:

- [1] 冯锦霞, 夏忠胜, 钟娃, 钟英强, 于涛, 陈其奎. 肠道子宫内膜异位症 3 例报告并文献复习 [J]. 中国实用内科杂志, 2018, 38 (07): 670-673.
- [2] 陈燕妹, 康佳丽, 张晓燕, 藏宁, 郭文英, 史文丽. 子宫内膜异位症 PGE2 水平与异位内膜 VEGF、bFGF 相关性研究 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2018, 28 (12): 74-75.
- [3] 骆婕. 子宫内膜异位症治疗中腹腔镜手术的应用价值 [J]. 中国实用医药, 2018, 13 (18): 63-64.

探析中西医结合治疗带状疱疹的护理

张春琴 襄阳市中医医院湖北襄阳 441000

摘要：带状疱疹于各个年龄段均会出现，老年患者在患此病后，呈现出疼痛症状显著、病程长以及后遗神经痛发生率高的特点。个别患者表现出较大的发病面积以及较差的机体免疫功能，皮损无法做到快速愈合，日常生活受到极为严重影响。基于此，本文选择我院 2015 年 8 月~2017 年 12 月收治的 62 例带状疱疹患者作为实验对象，采用抽签法分组，临床在中西医治疗过程中研究护理方式期间，对对照组（31 例）：选择基础护理；观察组（31 例）：选择基础护理+综合护理。就两组止疱时间、止痛时间以及结痂时间展开对比。实验结果表明，带状疱疹患者在接受中西医结合治疗期间，护理人员对其给予综合护理干预，对于止疱时间、止痛时间以及结痂时间缩短可以做出充分保证，从而促进康复。

关键词：带状疱疹；中西医护理

引言：

带状疱疹作为发生率较高的一种疾病，主要因为病毒使得患者呈现皮肤炎症的现象，在病症逐渐发展后，于全身延伸，症状主要集中于水疱症状以及丘疹症状，在患病过程中，患者会呈现程度有所不同的疼痛感。临床对于此病在治疗期间，以中西医疗法的应用最为普遍，为了使得疾病疗效获得显著提升，期间配合给予护理干预表现出显著价值^[1]。本次研究将确定最佳方法对带状疱疹患者进行护理，以此说明综合护理应用的可行性。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院 2015 年 8 月~2017 年 12 月收治的 62 例带状疱疹患者作为实验对象，采用抽签法分组，对照组（31 例）：男性 20 例，女性 11 例；年龄 59~85 岁，平均年龄（77.25±3.19）岁；属于躯干部、头面部以及肢端部的患者例数分别为 12 例、10 例以及 9 例；病程 2~8d，平均病程（4.25±1.25）d；观察组（31 例）：男性 22 例，女性 9 例；年龄 60~86 岁，平均年龄（77.29±3.22）岁；属于躯干部、头面部以及肢端部的患者例数分别为 13 例、11 例以及 7 例；病程 2~9d，平均病程（4.29±1.26）d；此次研究均获得伦理委员会同意，对于知情同意书，所有患者及其家属完成签署；对两组性别、年龄、患病位置以及病程进行比较，无显著差异（ $P>0.05$ ）^[2]。

1.2 方法

两组在进入医院后，临床均选择中西医结合疗法进行治疗；在此过程中，临床研究护理方式期间，对照组选择基础护理方法；观察组选择基础护理加综合护理；对于对照组，护理人员通过介绍中西医结合疗法以及基础护理要点等完成；对于观察组^[3]。

1.2.1 给予心理护理干预

患者在患带状疱疹后，会呈现剧烈疼痛感，从而呈现情绪恶劣以及脾气暴躁的现象，因为表现出低落情绪，生活质量以及社交能力严重下降。此类患者会呈现沉重心理负担，甚至萌生自杀想法^[4]。对此护理人员需要给予心理治疗以及护理干预，以将疾病恐惧感以及忧虑感显著消除。护理人员选择鼓励、解释以及安慰等系列方法，将患者主观能动性充分调动，将机体抗病痛能力增强。此外，对于患者的自尊需要充分维护，诸多患者害怕疱疹对容貌造成损害，对此护理人员

需要进行耐心解释,将患者内心恐惧感充分消除,使得患者急躁以及焦虑情绪消除,使得痛感注意力分散,心理抗病痛能力显著增强,疼痛感显著缓解,疼痛阈值显著提高。

1.2.2 给予皮肤护理干预

护理人员要求患者所穿衣服材质为棉质,保证宽松,避免呈现衣物摩擦的现象。此外,需要将衣服换洗频率提升,对指甲进行修剪,防止将皮肤抓破后呈现感染的现象。患者表现出水疱以及分泌物后,需要对水疱完整性做出保证,将感染显著减少,将皮肤暴露,确保能够自然晾干。

1.2.3 给予眼部护理干预

病毒在对三叉神经眼支造成侵犯后,会呈现眼结膜胀痛以及红肿症状,需要展开抗病毒治疗,如果需要,安排眼科医生会诊,避免呈现眼底损伤的现象[5]。

1.2.4 给予饮食护理干预

因为患者表现较低抵抗力,需要确保高蛋白、高热量、易消化以及高维生素,对于刺激性食物禁止进食。

1.2.5 给予半导体激光照射护理干预

半导体激光表现出较强的穿透力,针对机体刺激作用极为强烈,使得神经末梢兴奋性显著降低,确保肌张力保持松弛,以对局部血液循环加以促进,将疼痛感显著缓解,避免呈现感染现象。对于每部位进行 10min 照射,照射频率为 1 次/d;如果呈现眼带状疱疹现象,则照射过程中,需要对双眼进行遮挡,将眼部刺激显著减少。

1.2.6 给予中医护理干预

①在针刺过程中,需要根据医嘱认真展开,施针期间,需要对患者反应认真观察,明确是否呈现弯针、晕针以及断针的现象,完成后,对针刺时间、穴位以及感受加以记录;②在刺血拔罐过程中,需要按照医嘱进行,合理进行体位选择,将拔罐位置充分暴露,做好保暖措施,对隐私进行保护。对拔罐时间、位置以及皮肤表现等加以认真观察。

1.3 观察指标

观察对比两组止疱时间、止痛时间、结痂时间。

1.4 统计学方法

采用统计学软件 SPSS20.0 对护理结果展开统计学分析,计量资料(止疱时间、止痛时间以及结痂时间)以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示进行 t 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。2 结果同对照组止疱时间、止痛时间以及结痂时间对比,观察组时间明显缩短 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组止疱时间、止痛时间以及结痂时间临床对比 ($\bar{d}, \bar{x} \pm s$)

组别	n	止疱时间	止痛时间	结痂时间
观察组	31	4.12±1.97	5.71±2.99	5.91±2.13
对照组	31	6.29±2.15	8.16±4.65	9.29±3.35
t		4.1432	2.4674	4.7405
P		0.0001	0.0165	0.0000

2 讨论

临床医师选择中西医结合方法对带状疱疹进行治疗,针对机体表现出的刺激作用较为强烈,对细胞膜通透性会产生影响,针对系列酶能够有效刺激,将其活

性显著增加,针对神经体液系统以及神经末梢可以显著刺激,从而使得神经末梢兴奋性显著降低。为了使得中西医结合治疗效果提高,对患者配合给予护理干预意义显著。

护理人员针对带状疱疹患者在护理期间,需要依据发病特点,在对基础疾病观察的过程中,健康教育以及心理干预,对疼痛阈值以及皮损症状进行全面评估,避免呈现创面感染现象,并且确保疼痛感可以获得缓解以及消除,从而使得疾病痛苦感显著缓解,对于康复显著促进,使得生活质量明显提升。

综上所述,带状疱疹患者在接受中西医结合治疗过程中,护理人员给予综合护理,对于止疱时间、止痛时间以及结痂时间缩短可以显著促进,从而证明综合护理干预应用的可行性。

参考文献:

[1]隋东升. 中药结合针灸治疗带状疱疹神经痛的疗效观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2018, 6(36):153.

[2]陈秀, 陈静, 张其鹏, 孙海鸥. 中西医结合治疗 HIV 感染者带状疱疹伴发水痘疹验案 1 则[J]. 湖南中医杂志, 2018, 34(12):76-77.

[3]豆小妮, 郑玉琴, 王同福, 王君琴, 韦薇. 揸针围刺治疗带状疱疹的效果[J]. 中国当代医药, 2018, 25(36):123-126.

[4]钟雨, 甘红婉, 曾瑜. 注射用鼠神经生长因子联合红光治疗带状疱疹神经痛的临床观察[J]. 赣南医学院学报, 2018, 38(11):1092-1093+1117.

中西医结合护理对辅助治疗小儿腹泻临床效果研究

杨丽 红鹰潭市人民医院儿科 335000

摘要：儿童的身体机能正在不断发育和完善，其胃肠道功能相对较弱，在受到各种因素的影响时很容易出现各种疾病，其中以腹泻较为常见。但儿童对营养的需求量较大，因此在肠道受到损伤后将会对其正常生长发育造成严重影响。根据临床实践，在患儿发生腹泻后未得到及时治疗时，其还可能出现水电解质紊乱、感染和肠套叠等多种并发症，严重威胁患儿的身体健康，因此需要及时给予其有效的治疗措施。基于此，本文选取我院 2016 年 3 月—2017 年 10 月收治的腹泻患儿 60 例，随机分为对照组和试验组，各 30 例。对照组患儿给予常规护理，试验组患儿给予中西医结合护理。比较患儿治疗总有效率、住院时间及满意度评分。结果表明，中西医结合护理在小儿腹泻治疗中的应用效果较好，能明显缩短患儿的住院时间，具有较高临床价值。

关键词：中西医护理；儿科；腹泻

引言：

小儿腹泻是儿科常见的疾病，其属于多病原、多因素引起的以腹泻为主的一组疾病。小儿腹泻的影响因素较多，其中主要分为感染因素和非感染因素^[1]。感染因素主要是指病毒感染、细菌感染和真菌感染等肠道内感染以及其它肠道外感染，非感染因素主要有饮食不当、过敏、气候影响、双糖酶缺乏或活性下降等^[2]。患儿发病后正常代谢将受到严重影响，对患儿的身体成长造成严重影响，因此需要及时给予其有效的治疗措施。本研究对小儿腹泻治疗中中西医结合护理的应用效果进行分析，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从我院 2016 年 3 月—2017 年 10 月收治的腹泻患儿中选取 60 例，随机分为对照组和试验组，各 30 例。对照组：男 16 例，女 14 例；年龄最小 4 个月，最大 6 岁，平均 (3.16 ± 1.22) 岁；病程 16~74h，平均 (43.25 ± 6.47) h。试验组：男 17 例，女 13 例；年龄 1~6 岁，平均 (3.24 ± 1.16) 岁；病程 14~75h，平均 (43.75 ± 6.28) h。2 组患儿基本资料比较具有可比性， $(P > 0.05)$ 。

1.2 护理方法

对照组患儿给予常规西医护理，患儿入院后对其各项生命体征的变化情况进行严密监测，对其大便量和次数进行记录，并对病房进行全面的消毒杀菌处理，尽量将患儿隔离治疗^[3]。治疗期间患儿食欲不振时可让其多饮水，在患儿有食欲的情况下指导家属少量喂食，并且要注意饮食卫生，每次喂食前应对用具进行消毒杀菌处理。患儿发热时可给予其冷敷物理退热，必要时遵医嘱给予患儿退热药物，并且要给予患儿钠盐补充，患儿伴有呕吐症状时应让其保持侧卧，防止吸入呕吐物窒息。试验组在对照组基础上实施中医护理，具体如下。

1.2.1 饮食护理

患儿治疗过程中应根据实际情况给予其饮食护理，其中脾虚型患儿应尽量以软、热的食物为主，根据实际情况给予其山药和大枣等；湿热型腹泻患儿应多为其准备红豆、薏米、绿豆等清热除湿的食物；脾肾阳虚型患儿应以蛋白质含量较高的食物为主，并且要尽量将食物捣碎后喂食，避免患儿出现消化不良的情况；伤食型患儿应对日常饮食进行严格控制，并为其准备开胃的食物，促使其食欲提

升；对于寒湿型患儿，应为其准备温热养胃除湿的食物，起到除湿驱寒的作用。

1.2.2 治疗护理

患儿治疗期间也可结合中医方式完成，其中同样需要根据患儿临床证型的不同采取辨证措施。对于脾虚型患儿，在其治疗过程中可在其肚脐处使用丁桂散进行局部敷用，起到散寒止痛的功效，促使患儿腹部血液流通以改善胃肠功能；对于湿热型患儿，其发病后容易出现红臀的情况，护理人员应多对其臀部进行清洗，并根据实际情况使用麻油对患儿臀部进行涂抹，在患儿伴有灼痛感时，可将黄柏煎煮后取汁进行臀部的清洗；对于脾肾阳虚型患儿，其治疗期间应做好保暖措施，并且可让患儿多晒太阳，从而促使其阳气提升；对于伤食型患儿，治疗期间应密切观察其腹痛症状的改善情况，在患儿腹痛腹胀较为严重时，可将芒硝炒热后进行腹部热敷处理，从而缓解患儿局部胀痛；对于寒湿型患儿，治疗过程中可使用热水袋对患儿进行腹部热敷，从而起到较好的保暖效果，同时可使用生姜红糖茶让患儿口服以缓解其腹泻和疼痛症状，患儿大便泡沫较多且有肠鸣音时，可将三香散炒热后对患儿进行腹部热敷处理。

1.2.3 推拿护理

根据患儿临床证型不同，还可以给予其中医推拿护理。对于寒湿型患儿，取手部阴阳穴推按 1min，补脾土 2min，推三关 1min，补大肠 2~3min，揉压腹部 3min，按压天枢穴 2min，推背部上七节 1min，由下至上捏脊 8 次；对于湿热型患儿，退六腑 1min，清补脾 2min，清大肠 2~3min，脐部揉压 2min，中脘、天枢各揉按 1min，用拇指由上至下刮脊 15 次，长强揉按 1min；对于伤食型患儿，清脾土 1min，板门揉按 1min，清大肠 2~3min。清小肠 1min，揉按脐部 2min，揉压顺结肠 2min，中脘和天枢各揉按 1min，由上至下刮脊 30 次，下七节推 20 次；对于脾虚型患儿，补脾土 2min，运土入水 2min，补大肠 2~3min，揉按脐部 2min，中脘、天枢和关元各揉按 1min，足三里揉按 1min，由上至下捏脊 10 次，提拉胃俞、肝俞和肾俞处，上气节推 1min。

1.3 观察指标和判定标准

对患儿住院时间进行统计，对护理满意度进行评分。疗效判定标准为：患儿治疗后腹泻腹痛症状基本消失且大便恢复正常为显效；治疗后患儿的临床症状有所改善且大便次数和量均减少为有效；治疗后患儿病情无明显变化甚至加重为无效。满意度评分用自制量表，总分为 100 分，分值越高代表满意度越高。

1.4 统计学方法

用 SPSS22.0 统计学软件，计数资料与计量资料以百分率和 ($\bar{x} \pm s$) 表示，进行 χ^2 检验和 t 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患儿疗效比较

试验组治疗总有效率高于对照组，差异有统计学意义 ($\chi^2=11.3472$, $P < 0.05$)，见表 1。

表 1 2 组患儿疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
试验组	30	17 (56.67)	11 (36.67)	2 (6.67)	28 (93.33)
对照组	30	12 (40.00)	7 (23.33)	11 (36.67)	19 (63.33)

2.2 2 组住院时间及满意度评分比较

试验组患儿住院时间少于对照组, 满意度评分高于对照组差异有统计学意义, ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 2 组患儿住院时间及满意度评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	住院时间(d)	满意度评分(分)
试验组	30	5.16±0.64	93.65±4.72
对照组	30	9.18±1.02	84.96±5.24
<i>t</i> 值		10.5570	3.8965
<i>P</i> 值		<0.01	<0.01

3 讨论

本研究结果显示, 试验组患儿治疗总有效率高于对照组, $P < 0.05$ 。试验组患儿住院时间及满意度评分优于对照组, $P < 0.05$ 。综上所述, 中西医结合护理在小儿腹泻治疗中的应用效果显著, 能有效提升患儿治疗效果, 并缩短其治疗时间, 值得推广应用。

参考文献:

[1] 吉日嘎拉图, 白桂英. 蒙药“敖勒盖-13 味散”穴位贴敷治疗小儿腹泻及肠痉挛的临床观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(52):89.

[2] 李若蒙, 王悦, 常冬梅. 参苓白术散联合双歧杆菌治疗脾胃虚弱型小儿腹泻临床观察[J]. 光明中医, 2018, 33(12):1785-1787.

[3] 靳松丽, 郭莹莹. 推拿辅助治疗小儿腹泻病临床观察[J]. 中国中西医结合儿科学, 2018, 10(03):226-228.

中西医结合护理干预肾结石软镜手术后临床观察

杨会 南阳南石医院 473000

摘要: 肾结石指结石发生在肾盂, 出现在肾盏及输尿管与肾盂连接的地方。因为肾是泌尿系统形成结石的主要部位, 是其他部位结石的发源地, 像输尿管的结石几乎全部来自肾脏, 况且肾结石对肾脏的直接伤害比其他结石更容易, 所以早期的诊断及治疗十分必要。现在有很多治疗肾结石的方法, 但对肾结石患者在行碎石术后的护理方法并不多见。传统的常规护理模式已经很难适用于当前的医疗环境。中西医结合护理模式, 是由诊断、手术或疾病等情况结合中西药的疗效, 全面的分析患者身体状况来制定的护理方案, 有标准化的护理流程, 从患者入院到出院都凭借这个模式来接受护理和治疗。中西医结合护理干预能有效促进患者康复, 提高患者治疗自信心, 减轻患者的术后疼痛及损伤, 从而改善患者预后。中医学认为, 肾结石发病多为“水结则化为石, 故肾客砂石, 肾虚为热所乘, 热则成淋”。本研究中观察组采用中西医结合护理干预, 术后对患者进行饮食指导, 偏热型患者以清热补血类食物为主, 气血两虚型患者以补气补血类食物为主。

关键词: 肾结石; 软镜; 中西医结合护理

引言:

肾结石在临床上是一种多发并常见的疾病, 发病率也呈现出逐年上升的趋势。做完碎石手术的患者容易发生感染, 所以科学规范的护理模式应用到术后患者中非常重要。对于肾结石, 新型治疗护理模式中, 中医西医结合护理干预相对突出, 近年来越来越多的学者认同和主张中西医结合护理干预的模式。笔者就近年来在本院接受肾结石软镜手术碎石, 并进行中医西医结合护理干预的患者进行观察总结, 结果报道如下^[1]。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取 2017 年 1 月—2017 年 10 月在本院接受肾结石软镜手术碎石的患者共 66 例, 随机分成对照组和观察各 33 例^[2]。观察组男 18 例, 女 15 例; 年龄 33~65 岁, 平均(49.12±6.58)岁; 其中单侧肾结石 22 例, 双侧肾结石 11 例。对照组男 16 例, 女 17 例; 年龄 35~60 岁, 平均(46.33±3.98)岁; 其中单侧肾结石 25 例, 双侧肾结石 8 例^[3]。2 组患者一般资料比较, 差异无统计学意义(P>0.05), 具有可比性。本次研究经过本院医学伦理委员会审核批准, 患者对本研究均知情同意。

2 护理方法

2.1 对照组

予患者行西医常规护理。术前护理: 护理人员应当在患者进行手术前遵循医嘱给患者检查血常规、肝肾功能、出凝血时间、心电图、胸部 X 射线、肾盂造影等; 同时应做好相应的术前准备工作, 如备皮、皮试和清洁洗肠等^[4]。术后护理: 护理人员要督促患者维持正确体位, 尽可能避免不当的体位对神经的损伤或肌肉的拉伤; 对患者手术后病情的变化进行密切的观察, 若出现恶心、呕吐、低血压等现象或状况, 及时通知医师作出相对应的处理。

2.2 观察组

予患者行中西医结合护理模式。

2.2.1 术前护理

①体位护理：由于手术过程中需要患者俯卧，为了防止患者出现呼吸困难的情况，护理人员需要提前训练患者进行特殊体位练习。术前3天护理人员指导患者进行俯卧练习，每天30min，逐渐延长到每天45min~1h。②心理护理：由于患者对手术缺乏足够的了解和认识，相应的会出现紧张、焦虑、害怕等心理现象，这些消极的心理会严重影响医患之间的配合，大大降低了手术效果，甚至造成手术失败。所以，护理人员需要提前与患者及时沟通交流，让患者了解手术的具体情况，例如作用、原理和预后，同时也应引导患者在手术中积极配合医生的治疗，打消其心中的疑惑，用积极乐观的态度配合手术治疗。

2.2.2 术后护理

①环境护理：在手术结束后，护理人员要为患者营造安静的睡眠环境，叮嘱患者家属在患者睡眠前按压患者的神门穴、百汇穴、舒适穴、合谷穴约30min。

②饮食护理：针对患者不同情况指导其饮食，偏热型者要以藕片、鱼类以及蔬菜等饮食为主，可以达到清热补血的作用；而气虚型者则应食用桂圆、红枣以及鸡汤等补气；气血两虚型者则可进食山药、大枣等。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标

①分析比较术后感染和健康知识达标率；②分析比较患者手术时间、住院时间、卧床时间和住院费用；③治疗7天后，观察比较患者出现发热症状和出血症状情况；④统计分析患者家属对护理服务的满意程度(出院时，由患者或家属回馈护理工作满意度的调查问卷进行分析)。

3.2 统计学方法

采用SPSS21.0进行统计分析。计量资料以(x±s)表示，组内治疗前后采用配对t检验，2组间比较用独立样本t检验。计数资料用独立样本x²检验。以P<0.05为差异有统计学意义。

4 结果

4.1 2组术后感染、健康知识达标情况比较

见表1。术后感染率、健康知识达标率观察组分别为6.06%、90.91%，对照组分别为27.27%、39.39%，2组比较，差异有统计学意义(P<0.05)。

表1 2组术后感染、健康知识达标情况比较 例(%)

组别	n	术后感染	健康知识达标
观察组	33	2(6.06)	30(90.91)
对照组	33	9(27.27)	13(39.39)
χ ² 值		5.345	19.286
P值		0.021	0.000

4.2 2组术后出血以及发热情况比较

见表2。术后发热率、出血率观察组分别为9.09%、6.06%，对照组分别为33.33%、24.24%，2组比较，差异有统计学意义(P<0.05)。

表2 2组术后出血以及发热情况比较 例(%)

组别	n	术后发热	术后出血
观察组	33	3(9.09)	2(6.06)
对照组	33	11(33.33)	8(24.24)
χ^2 值		5.802	4.243
P 值		0.016	0.039

4.3 2组手术、卧床、住院平均时间和住院费用比较

见表3。干预后观察组手术时间、住院时间、卧床时间和住院费用均显著低于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组手术、卧床、住院平均时间和住院费用比较

组别	n	手术时间(min)	住院时间(d)	卧床时间(d)	住院费用(元)
观察组	33	69.02±3.64	11.82±1.23	2.32±0.86	5271.66±610.54
对照组	33	76.73±4.92	18.24±2.45	2.76±0.83	7033.91±705.84
t 值		7.237	13.453	2.115	10.847
P 值		0.000	0.000	0.038	0.000

4.4 2组术后护理满意度情况比较

见表4。术后护理总满意率观察组为93.94%，对照组为75.76%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表4 2组术后护理满意度情况比较 例(%)

组别	n	非常满意	一般满意	不满意	总满意率
观察组	33	27(81.82)	4(12.12)	2(6.06)	31(93.94)
对照组	33	10(30.30)	15(45.45)	8(24.24)	25(75.76)
χ^2 值					4.243
P 值					0.039

5 讨论

本研究显示，观察组采取了中西医结合护理干预患者在术后感染率、健康知识达标率、手术时间、住院时间、卧床时间、总体平均住院费用、患者发热率和出血率等方面的疗效均较对照组好，故而患者满意度也高于对照组($P < 0.05$)。提示中西医结合护理干预方式对行碎石术患者有较好的护理效果，值得临床推广使用。

参考文献:

- [1]李保安. 无创纤维软镜取石术与经皮肾镜钬激光碎石术治疗肾结石效果对比研究[J]. 辽宁医学杂志, 2018, 32(02):11-13.
- [2]王锐, 石洪波, 周吉, 曹军, 刘晓丽, 丁晨. 单通道经皮肾镜后二期联合逆行输尿管软镜治疗复杂性肾结石疗效分析[J]. 微创泌尿外科杂志, 2018, 7(02):101-104.
- [3]张华明, 张家伟, 苏容万, 时圣力, 邓天星. 末端可弯输尿管肾镜与电子输尿管软镜治疗肾结石的比较[J]. 中华腔镜泌尿外科杂志(电子版), 2018, 12(02):121-124.

[4]李前伟,王聪,蒲春晓,姚基伟,李贤平,鄢俊安.输尿管软镜治疗肾结石的安全性和有效性分析(附716例报道)[J].重庆医科大学学报,2018,43(04):604-606.

中西医结合护理在高血压脑出血患者肺部感染中的应用浅谈

郝文丽 郑州大学附属洛阳中心医院 471000

摘要：高血压脑出血具有较高的危险性，患者临床表现主要包括昏迷、呕吐、头痛等，及早采取手术治疗使其颅内压得到降低，可改善其预后。中医认为，高血压脑出血为标实本虚之症，病情表现为肝阳上亢、肝肾阴虚等，肺部感染属于发生率较高的并发症，病情严重者会出现呼吸衰竭等症状，对其生命安全构成极大的威胁。对患者采取中西医结合护理干预，能够加快患者痰液排出，提高其呼吸通畅性，同时还能够增强患者的治疗积极性，增强其机体免疫能力，确保其饮食以及用药行为的规范性，同时还可降低用药后不良反应，能够提升其身心舒适度。

关键词：高血压脑出血；中西医结合护理；肺部感染

引言：

高血压脑出血属于临床高发性脑血管疾病，患者病情发展迅速且容易出现各种后遗症、并发症，对其预后以及身心健康均会产生很大的不良影响^[1]。为了促进其病情改善，必须为患者提供有效的治疗以及干预措施。此次研究旨在分析2016年3月—2017年9月我院收治的高血压脑出血并发肺部感染患者应用中西医结合护理的效果，现报道如下^[2]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机抽取49例高血压脑出血并发肺部感染患者，排除全身免疫性疾病患者、慢性代谢性疾病患者、脑干大出血等患者。将抽取对象分为观察组(26例)和参考组(23例)，其中，观察组11例女性，15例男性；年龄34~87周岁，平均(53.6±6.9)岁^[3]。参考组9例女性，14例男性；年龄32~86周岁，平均(52.7±6.6)岁。患者经分组后对比其年龄等一般资料差异无统计学意义(P>0.05)。

1.2 方法

所有患者均接受常规护理干预，主要包括生命体征监测、呼吸道护理、用药指导以及并发症预防护理等，观察组患者同时应用中西医结合护理。

1.2.1 排痰护理

对足太阳膀胱经穴位进行拍打有助于使患者脏腑功能得到调节并可取得气流通的效果，可使患者咳痰困难等临床表现得到缓解。对存在咳痰困难患者应用指压天突穴排痰法可加快患者排出肺泡中浊气以及呼吸道内痰液，能够使肺部感染得到减轻。

1.2.2 情志护理

高血压脑出血发病突然，骤然起病会使患者产生极大的心理落差，对治疗效果以及预后存在疑虑，容易产生焦躁、恐惧等不良情绪，部分患者甚至会对治疗产生抵触心理，难以保证治疗效果。护理人员应该及时对患者进行情绪安抚和心理安慰，了解其出现不良情绪的根本原因并运用自身所掌握的专业知识对其进行开导和劝慰，使其拒绝或者抵抗治疗等消极情绪得到减轻或者消除，主动积极的接受治疗。

1.2.3 气道护理

密切观察患者呼吸情况，以便及时发现患者呼吸困难等表现并及时将其气道内分泌物清理干净，防止发生窒息、误吸等不良事件。对患者进行雾化吸入治疗有助于取得痰液稀释效果。同时配合天突穴位按压等穴位刺激方式以及叩背排痰

等方式有助于加快排出痰液。

1.2.4 体位护理

经常协助患者进行体位变化，避免局部皮肤长时间受压而出现压疮。患者卧床时抬高其腿部有助于加快血液循环并可降低下肢深静脉血栓发生率，每日按摩患者四肢有助于促进血液循环。

1.2.5 基本护理

告知患者必须多饮水以增加排尿量，每日应用香莲外洗液对会阴部位进行清洗，养成良好的个人卫生习惯，勤更换贴身内衣裤，可降低尿路感染发生率。指导患者多进食粗纤维食物、新鲜蔬菜和水果等，可加快胃肠蠕动并可取得便秘预防效果。

1.3 观察指标

观察和比较 2 组患者呼吸困难等临床表现改善情况以及并发症情况。

1.4 疗效判定标准

无效:患者仍然存在明显的呼吸困难症状，肺部痰鸣音未见好转;缓解:患者呼吸困难较护理前减轻，肺部痰鸣音减少，痰液仍然黏稠;改善:患者呼吸平顺且通畅，肺部痰鸣音明显减少，痰液颜色变白且稀薄。

1.5 统计学方法

本研究应用 SPSS20.0 软件分析数据资料，采用%表示计数资料，组间差异以 χ^2 检验进行比较，($\bar{x} \pm s$)表示计量资料，采用 t 检验， $P < 0.05$ 则差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者护理效果对比

观察组护理效果明显较参考组患者理想，2 组护理效果对比差异有统计学意义($P < 0.05$)。其中，观察组 25 例患者病情缓解，1 例患者护理效果不佳，病情总缓解率为 96.15%;参考组 18 例患者病情缓解，5 例患者护理效果不理想，病情总缓解率为 78.26%，见表 1。

表 1 2 组患者护理效果对比 (例, %)

组别	例数	无效	缓解	改善	病情总缓解率
观察组	26	1 (3.85)	11 (42.31)	14 (53.85)	25 (96.15)
参考组	23	5 (21.74)	9 (39.13)	9 (39.13)	18 (78.26)
χ^2	-	9.8272	0.6632	3.0284	12.9371
P	-	0.0186	0.0827	0.0467	0.0478

2.2 2 组患者并发症情况对比

观察组患者并发症总发生率明显较参考组患者低，2 组数据对比差异有统计学意义($P < 0.05$)。其中，观察组出现并发症患者为 3 例，总发生率为 11.54%;参考组出现并发症患者为 7 例，总发生率为 30.43%，见表 2。

表 2 2 组患者并发症情况对比 (例, %)

组别	例数	下肢深静脉血栓	口腔感染	便秘	尿路感染	合计 (%)
观察组	26	1 (3.85)	0 (0.00)	1 (3.85)	1 (3.85)	3 (11.54)
参考组	23	2 (8.70)	2 (8.70)	1 (4.35)	2 (8.70)	7 (30.43)
χ^2	-	0.7821	0.9371	1.3732	2.9384	7.0048
P	-	0.0792	0.0634	0.0632	0.0537	0.0174

3 结束语

此次研究中, 观察组护理效果明显较参考组患者理想, 2 组护理效果对比差异有统计学意义($P < 0.05$), 其中, 观察组患者病情总缓解率为 96.15%, 参考组病情总缓解率为 78.26%。观察组患者并发症总发生率明显较参考组患者低, 2 组数据对比差异有统计学意义($P < 0.05$), 其中, 观察组并发症总发生率为 11.54%, 参考组总发生率为 30.43%。综上所述, 高血压脑出血并发肺部感染患者应用中西医结合护理有助于加快其病情缓解, 可促进其机体功能改善。

参考文献:

[1]张丙辰, 袁杰, 周俊, 吕远. 手术时机及方式对重症高血压脑出血合并肺部感染患者的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2017, 20(24):55-58.

[2]廖晓悦. 高血压脑出血合并肺部感染的相关因素分析[J]. 中国医院统计, 2017, 24(06):417-420.

[3]李娅玲, 颀奎, 黎海霞. 超早期锁孔入路手术治疗老年高血压脑出血护理体会[J]. 九江学院学报(自然科学版), 2017, 32(03):113-115.