

川崎病患儿运动负荷试验前后的护理干预 *

琚红艳¹ 苏秀群¹ 张爱华¹ 林小红¹ 陈明²

(1 广东省中山市疾控中心 中山 528403; 2 广东省中山市博爱医院 中山 528403)

摘要:目的:探讨川崎病患儿运动负荷试验前后的护理干预措施。方法:对确诊为川崎病的 54 例患儿进行心理护理、发热期护理、口腔护理、皮肤护理,且分别在运动负荷试验前、中、后采取了不同形式的护理干预。结果:54 例患儿均顺利配合完成了此项试验,无 1 例意外事件发生。结论:运动试验前、后认真落实好各项护理干预措施,是川崎病患儿顺利完成运动负荷试验的安全保证。

关键词:川崎病;运动负荷试验;护理

中图分类号:R473.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.07.054

川崎病(Kawasaki disease, KD)又称皮肤黏膜淋巴结综合征,是一种以全身血管炎为主要病理改变的急性发热性出疹性小儿疾病。多发于婴幼儿,近年来发病率呈逐年上升趋势,并取代了风湿热而成为儿童期重要的获得性心脏病的病因。如何寻找一种无创性检查手段一直是我们探讨的重点,近年来应用心脏运动平板负荷试验监测患儿取得一定进展,伴随着的护理方面也积累了一定的经验。现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 因年龄较小的患儿不能配合运动负荷试验,故选取确诊为川崎病且发病时年龄为 4 岁以上患儿 54 例,其中男 32 例,女 22 例;年龄 4~7 岁,平均年龄(4.7±0.4)岁;确诊时急性期 46 例,亚急性期 6 例,恢复期 2 例。

1.2 诊断标准 典型 KD 诊断标准^[1]:发热 5 d 以上,伴下列 5 项临床表现中至少 4 项者,排除其他疾病后,即可诊断 KD。(1)四肢变化:急性期掌跖红斑,手足硬性水肿;恢复期指趾端膜状脱皮;(2)多形性皮疹;(3)双侧眼球结合膜充血;(4)口唇充血皲裂,口腔黏膜弥漫性充血,舌乳头呈草莓舌;(5)颈部淋巴结肿大。不完全性 KD(incomplete KD)诊断标准^[2]:发热超过 5 d,以上 5 项临床表现不足 4 项者。

1.3 运动负荷试验方法 运动负荷试验(EECG)检查:EECG 前进行风险评估,采用美国 GE 公司生产的 case8000 活动平板进行试验,分级标准采用改良 Bruce 方案,运动试验阳性的判断标准参照 ACC/AHA2002 年公布的运动试验指南标准^[3]。运动前分别记录卧位、站位、深呼吸时的心电图,测定运动前、中、后的血压,运动后继续观察心电图 5~10 min,直到心率恢复运动前心率时为止。观察运动心电图各项参数:运动试验阳性、运动耐量、传导阻滞(房室传导阻滞、室内传导阻滞)、早搏(房早、室早)、ST-T 段改变、其它(包括 QT 间期延长、低电压)^[4]。

2 护理措施

2.1 一般护理 患儿入院后立即安置在专一病房,做好隔离,更换棉质衣物。被服经过消毒灭菌,日常用品如奶瓶、口杯、玩具等先浸泡消毒清洗后再让患儿使用。由于川崎病有皮肤损害,再加上小儿生理及心理的特殊性,静脉穿刺成功率相对较低,易引起进一步皮肤损害而导致疼痛;为了更好地保护血管,采用静脉留置针维持静脉通路,有效避免药物外渗、静脉炎等并发症的发生。

2.2 心理护理^[5] 大部分患儿家长对本病缺乏认识,当得知本病可引起冠状动脉病变进而导致缺血性心脏病、心梗和猝死时,均有不同程度的紧张及焦虑。此时应耐心倾听家长的诉说,主动解答家长的问题,及时澄清家长的疑惑,并且积极告知本病的治疗方案、护理措施、疗程及预后。由于患儿年龄尚小,缺乏独立思考能力,其思想及情绪易受外界影响,应及时了解患儿的心理状态,以和蔼的态度、友善的语言与患儿进行有效沟通,帮助患儿度过恐惧阶段,增长其战胜疾病的信心。也可采用“移情法”,转移患儿对疾病及家长态度的注意力,使其保持良好的心态。

2.3 发热护理^[6] 患儿多为持续性高热,应定期监测体温。体温超过 38℃时进行物理降温,嘱患儿多饮水,同时进行温水擦浴,并在腋下、腹股沟、腘窝等血管聚集处多做停留以促进散热。密切观察患儿有无高热惊厥现象,一旦出现立即将患儿平卧、吸氧。密切观察患儿有无脱水征象,一旦出现皮肤干燥、眼窝凹陷、尿量减少等表现,立即遵医嘱进行静脉补液。

2.4 口腔护理 患儿口腔、咽黏膜易出现弥漫性充血,每日做好口腔护理,保持口腔清洁,鼓励孩子勤漱口,口唇干燥时可涂护唇油或金霉素鱼肝油。用软毛牙刷刷牙,避免食用煎炸、带刺或含骨头的食物、带壳的坚果类食品以及质硬的水果等易造成口腔黏膜机械性损伤的食物。

* 基金项目:广东省中山市科技计划项目(编号:20113A117)

意外事件发生。

4 讨论

运动负荷试验评价川崎病患儿冠状动脉损害是一种安全可行的非侵入性检查方法，可重复多次检查，还能有助于冠状动脉病变危险层次的划分及制定进一步的治疗方案^[8]。运动平板试验已逐渐应用于临床，但试验中因需要配合运动，所以运动平板试验中患儿的血压、心率、血流动力学变化较显著，容易出现胸痛、血压下降、晕厥、休克等意外事件。尤其是川崎病患儿，因此在试验中需认真落实好各项护理措施，使患者在试验中的安全得到有效保证。

参考文献

[1]Council on Cardiovascular Disease in the Young,Committee on Rheumatic Fever,Endocarditis and Kawasaki Disease,et al.Diagnostic guidelines for Kawasaki disease[J].Circulation,2001,103(2):335-336
[2]Newburger JW,Takahashi M,Gerber MA,et al.Diagnosis,treatment, and long-term management of Kawasaki disease:a statement for health professionals from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease,Council on Cardiovascular Disease in the Young,American Heart Association [J].Circulation, 2004,110(17):2 747-2 771
[3]Gibbons RJ,Balady GJ,Bricker JT,et al.ACC/AHA 2002 guideline update for exercise testing:a summary article.A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines(Committee to Update the 1997Exercise Testing Guidelines)[J].J Am Coll Cardiol,2002,40(8):1 531-1 540
[4]陈明,谭晓林,吴嘉荣,等.运动负荷试验在川崎病随访中的临床意义[J].江苏实用心电学杂志,2013,22(3):672-674
[5]马新华.川崎病患儿的用药护理[J].解放军护理杂志,2013,30(12): 46-48
[6]苏丽东,杨春风.20 例小儿川崎病的护理[J].广西医学,2009,31(12): 1 891-1 892
[7]左秀英,李秀平.心电图运动负荷试验的护理配合[J].河北医药, 2007,29(9):1 020
[8]郭惠琳,杜忠东.心脏负荷试验用于川崎病冠状动脉病变诊断研究进展[J].中国实用儿科杂志,2008,23(2):149-151

(收稿日期: 2014-04-08)

2.5 皮肤护理 患儿出现皮疹,且出现指(趾)端脱皮,应密切观察皮肤黏膜病变情况,保持皮肤清洁,被褥衣裤柔软而清洁。剪短患儿指甲,防止抓伤皮肤。对半脱痂皮者,用清洁剪刀剪除,并嘱家长及患儿避免人为撕脱,应待其自然脱落,以免引起感染。每次便后清洗臀部。

2.6 试验前的护理^[7] 试验前准备好必备抢救设备及药品,除颤器处于备用状态,准备好听诊器、供氧装置、静脉输液装置等。准备必要的口服药物及静脉用药等;检查运动负荷试验设备是否完好;认真查看及询问家长受检患儿的情况;明确告知患儿及家长运动中可能出现的不适与意外,并让患儿家长签定知情同意书;将温度控制在 18~20℃,湿度低于 60%;受检患儿提前排空二便、脱掉上衣外套,裤子过长则挽起以免试验行走过程中产生不便。

2.7 试验中的护理 密切观察患儿的病情变化和运动情况,试验开始时每 3 分钟记录 12 导心电图并测量血压一次,询问患儿有无胸闷、气促、头晕及心前区疼痛等症状,观察其表情、面色的变化,随时做好抢救准备。若出现体力不支、胸闷、胸痛者,则停止运动、卧床休息、吸氧并给予安慰,消除患儿紧张、焦虑、恐慌心理。观察心电图变化情况,若出现严重心律失常,如频发室早、短阵室速、室颤等,立即终止运动,配合医生给予对症治疗。

2.8 试验后的护理 试验结束后,继续心电监护,严密观察心率、心律、血压变化。20 min 后,如患儿无不适症状方可在家长陪同下离开。

3 护理结果

54 例患儿均顺利配合完成了此项试验,无 1 例

艾灸治疗老年慢性心力衰竭的护理体会

杨锦涓

(云南省昆明市中医医院老年病科 昆明 650021)

关键词:慢性心力衰竭;老年人;艾灸;护理体会

中图分类号:R473.54

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.07.055

我国已步入老年社会,据统计,目前我国 60 岁以上老年人口已达 1.6 亿,约占我国总人口的 12%,且这一比例还在以每年 3.28%的速度增长。心力衰竭是老年人中的常见病、多发病,随着人口老龄化的加剧,心力衰竭的发病率不断上升。有数据显示,我国大于 65 岁的老年人慢性心力衰竭的患病率为 1.3%^[1],是造成老年人死亡的常见原因之一。心力衰竭(CHF)又称充血性心力衰竭,是心血管疾病发病率和死亡率最高的疾病之一。因此,结合临床特点

有针对性地做好老年人心力衰竭的治疗和护理就成了防治的重点。我科是昆明市重点老年病中医专科,每年都收治许多老年慢性心力衰竭的住院患者,笔者在常规抗心衰治疗的基础上,根据中医理论采用无毒副作用的艾条温和灸双侧心俞穴和肺俞穴,结合相应的护理措施,取得了较好的临床效果。现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选自 2013 年 1~12 月我科住院患