

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<sup>[7]</sup> 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

意外事件发生。

### 4 讨论

运动负荷试验评价川崎病患者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<sup>[8]</sup>。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。尤其是川崎病患者,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)

## 艾灸治疗老年慢性心力衰竭的护理体会

杨锦湄

(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%<sup>[1]</sup>,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

者 52 例,采用简单的随机分组方法将患者分为治疗组和对照组各 26 例,两组患者心力衰竭病程为 3 个月~20 年,均符合 Framingham 的心力衰竭诊断标准<sup>[2]</sup>。治疗组男 12 例,女 14 例,年龄 66~90 岁,平均年龄 78 岁;对照组男 15 例,女 11 例,年龄 66~88 岁,平均年龄 77 岁。两组患者在性别、年龄、并发症等资料方面差异无统计学意义, $P>0.05$ ,具有可比性。

**1.2 方法** 两组基础治疗相同,均采用强心、利尿、扩血管及对症控制感染等常规抗心衰治疗。治疗组在常规抗心衰治疗的基础上,采用艾条温和灸双侧心俞穴和肺俞穴,每穴灸治 15 min,1 次/d,双侧穴位交替施灸,共灸治 14 d,观察患者治疗前后心功能改善情况。

**1.3 注意事项** 在操作前对背部皮肤进行全面检查,如果有溃疡、湿疹和破溃时不宜采用。心俞穴位于第五胸椎棘突左右旁开 1.5 寸(或约二指宽处),肺俞穴位于第三胸椎棘突左右旁开 1.5 寸(或约二指宽处),选穴一定要准确,否则无效。采用艾柱灸时,应及时将艾灰弹入弯盘,防止艾灰脱落灼伤皮肤或烧毁衣物;施灸后局部皮肤出现小水泡时,无需处理,可自行吸收;如水泡较大时,可用无菌注射器抽去泡内液体,覆盖无菌纱布,保持干燥,防止感染。

**1.4 结果** 两组总有效率及显效率比较,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。说明治疗组对改善心功能有较好疗效,治疗组优于对照组。见表 1。

表 1 两组治疗后疗效比较 例

组别	n	显效	有效	无效	显效率(%)	总有效率(%)
治疗组	26	11	13	2	42.3*	92.3*
对照组	26	7	11	8	26.9	69.2

注:与对照组比较,\* $P<0.05$ 。

## 2 护理体会

慢性心力衰竭是心脏因疾病、过度疲劳、排血量减弱,以致排血量不能满足器官组织代谢的需要,而冠心病、高血压性心脏病和肺心病是慢性心力衰竭最常见的病因。由于原发性疾病的影响和老年人机体应激、调节功能的减退,老年人 CHF 的临床症状多不典型;对原发性疾病和并发症治疗或防护不当又成为老年人 CHF 常见的诱发因素。且老年人抗病力差,易感受外邪而发病;病种多,病变复杂,变化快,往往集多种疾病于一身;可在同一机体同时发病,而且互相影响,使病情加重;治疗过程中,容易顾此失彼;治疗棘手,治愈率低,复发率高。所以老年慢性心力衰竭只能通过综合治疗控制病情缓解临床

症状,没有完全控制或治愈的手段。随着中医药事业的不断发展和临床对中医药的不断重视,现在临床运用中医辨证施治或中西医结合治疗老年人慢性心衰均取得了较为显著的疗效<sup>[3-4]</sup>,且充分显示了中医辨证施治、标本兼治之优势。老年慢性心力衰竭属于中医“胸痹、心悸、水肿”等范畴,其基本病机为心肾阳虚导致水湿瘀血内停,所以中医疗法应以温阳化气行水为主。而心俞是心的背俞穴,有宽胸理气、通络养心安神作用,为历代医家治心胸病证之要穴。肺俞是肺脏的湿热之气由此外传于膀胱经,是“肺气输注之所”。肺与心关系密切,肺主气,心主血,故肺俞可用于与关系最为密切的心血管系统疾病。艾灸心俞、肺俞具有补益元气、益气温阳的功效,可调节脏腑经络,平衡阴阳。艾灸能显著改善心功能和降低血浆内皮素 ET 水平,从而改善老年人心力衰竭状况。

在治疗过程中同时配合做好情志护理,要通过多种有效的手段与其进行沟通和交流,及时发现病情变化,向患者及家属传授预防知识,消除紧张情绪,避免情绪激动,让患者配合治疗;特别是要注意预防气候变化引起的呼吸系统感染,它是诱发老年人 CHF 的重要因素之一,有文献报道:诱发老年人 CHF 的因素中呼吸道感染占 48.8%<sup>[5]</sup>;做到人文关怀,做好患者的基础护理、生活护理、健康知识宣教等;指导患者适当地运动,宜采用室内或床上运动等方式,重度心衰者应绝对卧床休息,根据病情量力而行,避免因运动过量而导致病情加重。

总之,艾灸配合西药治疗老年慢性心衰临床疗效优于单纯西药治疗,在治疗老年慢性心衰方面,中西医各有所长,应扬长避短,走中西结合之路,中医体现了因人、因证施护,异病同护,整体护理的理论,且方法简单易行,患者易于接受,增加了老年慢性心衰临床疗效。同时也可以减少西药的用量及副作用发生,大大提高老年患者的生存质量,值得临床应用。

### 参考文献

- [1]顾东风,黄广勇,何江,等.中国心力衰竭流行病学调查及其患病率[J].中华心血管病杂志,2003,31(1):3-6
- [2]陈灏珠.心脏病学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2001.407-426
- [3]李欣,魏陵博.艾灸神阙和足三里对老年冠心病心功能影响 35 例[J].中国中医药现代远程教育,2013,19(11):86-87
- [4]王莹,曾永蕾,汪节,等.艾灸肺俞、心俞治疗慢性心衰临床观察[J].上海针灸杂志,2012,31(2):91-93
- [5]吕林英,谢伯雅.老年人心力衰竭临床特点及其防治的启示[J].心功能杂志,1986,8(3):185

(收稿日期:2014-03-17)

(上接第 61 页)

[J].华西医学,2006,21(1):131-132

[4]谢纪文,艾长征,冯新民,等.黄芪注射液加等容血液稀释疗法对老

年脑梗死血瘀证患者血液流变学的干预效果[J].中国临床康复,2006,10(3):185-187

(收稿日期:2014-03-18)