

表 1 疼痛对患者造成的影响(n)

分组	n	影响睡眠	影响活动	产生心理困扰
观察组	50	33	31	21
对照组	50	45	42	39
合计	100	78	73	50
χ^2	—	8.39	6.14	13.50
P	—	<0.01	<0.05	<0.01

表 2 NRS 评分法评估患者疼痛情况(n)

分组	n	疼痛分值					u_c	P
		0	1~3	4~6	7~9	10		
观察组	50	5	21	14	8	2	2.80	<0.01
对照组	50	2	13	11	21	3		
合计	100	7	34	25	29	5		

3 讨论

术后疼痛是一种急性刺激,疼痛会出现一系列的病理生理反应,如免疫力下降、耗氧增加、代谢紊乱、心率加快、血压升高,并给患者带来心理困扰^[2]。严重的术后疼痛如得不到及时控制,将导致一系列的术后并发症,如肺炎、深静脉栓塞、肌肉萎缩等,严重影响患者愈后^[3]。健康教育对控制术后镇痛的目的在于抑制或逆转传出神经冲动引起的中

枢神经元兴奋性的改变,而不是要求达到生理和病理痛觉的完全消失。正确的心理干预可以使患者以更加积极、健康的心态面对疼痛,从而提高患者痛觉控制的潜在能力。虽然疼痛是术后常见症状,是机体的一种保护性防御机能,但疼痛也会给身体带来伤害,患者不能很好的休息、活动,甚至产生沮丧、抑郁、烦躁,不利于疾病恢复,可能会延缓疾病的病程,甚至导致疾病的恶化。本观察显示,正确有效的护理干预能有效减低手术后患者对疼痛的敏感程度,提高镇痛效果,有效缓解疼痛,且操作方便。

疼痛教育是改善疼痛的一个重要的措施。做好术前、术后患者教育,包括对疼痛、镇痛药的认识,让患者对术后疼痛有控制感,以消除对疼痛的恐惧感、焦虑无助感,及时报告疼痛,及时镇痛,有利于早期活动,减少术后并发症,促进早日康复^[4]。

[参 考 文 献]

- [1] 殷磊. 护理学基础[M]. 第3版. 北京:人民卫生出版社, 2002:160-163.
- [2] 耿莉华,宋雁宾. 外科手术病人疼痛控制进展[J]. 实用护理杂志,1999,15(9):11-12.
- [3] 叶桂兰,宣蓓. 术后患者疼痛的观察与护理[J]. 山西护理杂志,1996,10(4):158.
- [4] 黄琳俐. 外科手术疼痛的评估与护理[J]. 医学文选, 2005,24(5):867-868.

[文章编号] 1000-2200(2008)05-0623-03

· 护理医学 ·

小儿川崎病 38 例健康教育分析

李莉,杨丽君,刘丽,陈娟娟

[摘要] 目的:探讨川崎病小儿的健康教育。方法:对 38 例川崎病的患儿及家长根据疾病的不同临床表现、家长的文化程度及接受能力,制定相应的健康教育方法和内容。结果:通过健康教育,38 例川崎病小儿的家长对川崎病的相关知识有所提高,能够重视服药,正确护理,按时复查随访。结论:对川崎病患儿家长进行有关该病的护理及相关知识的健康教育是非常必要的,在患儿早日恢复健康及防止病情复发方面起到不可或缺的作用。

[关键词] 黏膜皮肤淋巴结综合征;健康教育;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 551.2 [文献标识码] A

川崎病(Kawasaki disease, KD)又称黏膜皮肤淋巴结综合征,是一种以全身血管炎为主要病理改变的急性发热性、出疹性小儿结缔组织病。该病于 1967 年由日本学者 Kawasaki Tomisaku 博士首先描述^[1],经过 40 余年的研究,至今仍无法了解其病因,

可能和感染或免疫反应有关。目前重要的治疗方法是静脉注射免疫球蛋白与阿司匹林。治疗的目的是避免造成心脏血管的并发症,尤其是冠状动脉病变。因该病的特点是病程长,多数患儿在体温恢复正常,一般情况好转后,即可出院继续院外治疗。因此对家长进行有关该病的护理及病情观察方法的健康教育是非常必要的,在患儿早日恢复健康及防止病情复发方面起到不可或缺的作用^[2]。

[收稿日期] 2008-01-11

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 儿科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 李莉(1964-),女,主管护师。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组川崎病 38 例,男 25 例,女 13 例;年龄 5 个月~12 岁,其中 3 岁以下占 75%。均有发热表现,出现球结膜充血 21 例,口腔黏膜改变 23 例,肛周黏膜改变 10 例,指(趾)端改变 15 例,颈淋巴结肿大 8 例,出现皮疹 9 例。18 例心脏彩超有冠状动脉病变或心脏瓣膜损害。除对症支持治疗外,均用高效丙种球蛋白静脉滴注和口服阿司匹林治疗,平均住院 14.2 天。

1.2 方法 对 38 例川崎病的患儿及家长根据年龄及家长的文化程度进行一对一的口头教育和实践教育,对于特殊情况,如反复讲解仍不能接受的家长及年长的患儿,还要出院指导,如采用书面指导。

1.3 结果 通过上述的方法,使患儿及家长了解川崎病的危害,掌握川崎病的相关知识,患儿按时服药了,正确护理,定期复查、随访,使年长的患儿及家长参与治疗和护理,调动他们的主观能动性,在医护人员和家长及患儿的共同努力下,35 例均按时复诊随访,3 例患儿家长因随意停药导致复发后重新治疗,均痊愈。

2 健康教育

2.1 疾病知识宣教 在医师的指导下根据患儿的临床表现评估病情轻重,向患儿家长介绍该病的有关知识,如临床表现、患儿病情、并发症、治疗方法及预后等。提高患儿家长对疾病的认识,减轻焦虑,达到配合治疗和护理的目的^[3]。

2.2 指导家长对患儿发热时的正确护理 持续发热是本病的主要表现,体温高,持续时间长,抗生素治疗无效,应向家长做好解释工作,劝解家长勿急躁,不要擅自使用退热药,指导给予物理降温,如温水擦浴,头部冷湿敷等,必要时遵医嘱药物降温。并慎用激素降温,防止动脉瘤破裂。出汗时,及时更换汗湿衣服,保持口腔和皮肤清洁^[4]。

2.3 皮肤黏膜护理 急性期发热、球结膜充血、口唇潮红破裂、杨梅舌的症状明显时,告知家长保持患儿的口腔黏膜清洁,生理盐水洗口腔每日 2 次,口唇涂润滑油以保持湿润,避免或减轻干裂所致的疼痛、出血。避免哭闹,以免加重口唇破裂。及时清洗眼部分泌物,用硼酸水棉球擦洗双眼。指趾末端脱皮时,告知家长注意防止发生皮肤撕伤,便后清洗臀

部。剪短患儿的指甲,保持手清洁,以免抓伤。衣服应柔软,减少对皮肤的刺激,保持床单清洁、平整。

2.4 饮食指导 由于机体代谢率增高,消耗增多,进食困难,使患儿出现营养不足。指导家属注意饮食的合理性,以高热量、高蛋白、高维生素的流质或半流质饮食为主,如豆浆、牛奶、果汁等,尤其在患儿口唇破裂明显时,根据病情调整饮食量及餐饮次数(6~8 餐/天)。但尽量避免发生高脂血症和高血压,以减少成年后发生冠心病的危险。

2.5 并发症预防 教会家长观察心血管系统的常见症状,预防并发症的发生。川崎病的最大危害是损害冠状动脉,是小儿冠状动脉病变的主要原因,也是成年后发生冠心病的潜在危险因素^[4]。一旦出现该并发症,必须终身随访,应配合医生做好家长的解释工作,使家长对此病给予应有的重视。注意观察患儿的面色、脉搏、呼吸及有无烦躁不安、恶心、呕吐、胸痛、腹痛,以便及早发现心血管系统的病变。

2.6 指导用药 早期大剂量应用静脉丙种球蛋白加口服阿司匹林可降低本病冠脉扩张的发生率,但要让家长掌握药物的相关知识和药物的副作用。丙种球蛋白是一种血液制品,同时又是一种异性蛋白,容易引起过敏反应,且价格昂贵,使用时向家长解释清楚,取得家长的同意和理解^[5]。阿司匹林是治疗本病的首选药物,它能有效地抑制血小板的聚集而发挥良好的抗凝作用,对预防和治疗冠状动脉血栓形成有显著效果,且价格便宜,在本病的治疗过程中服用时间长,告诫家长不可自行随意停药或减量,以防病情加重或复发。告知家长该药可出现胃肠道反应,最好在饭后或哺乳后 1~2 h 服药,以减轻胃肠道反应。长期使用还可能会诱发溃疡病甚至出血,应交代家长观察大便的颜色。由于阿司匹林可能与雷氏症候群有关,特别是同时感染水痘或流行性感冒病毒,可能造成急性脑病变和肝脏病变,甚至导致患儿死亡,所以川崎病患儿若接触到已经感染到水痘或流行性感冒的患者时,则需停药 1~2 周,在医师的指导下由另一抗血小板药暂时取代。

3 讨论

川崎病临床表现多样,因就诊时间不同,病情轻重不一。由于该病高热持续时间长,球结膜充血,口唇破裂,应用抗生素无效,退热药效果不佳,加之缺乏该病的知识,使家长及年长的患儿容易产生焦虑、

恐惧的心理。故护理人员应对家长及患儿进行细致有效的健康教育,帮助他们获得该病的相关知识及护理技能,重视服药指导,使家长掌握相关药物的使用常识及常见副作用,做好出院指导,告之家长按时带患儿回医院复查随访,遵医嘱按时服药,不要随意减量或者停药。

[参 考 文 献]

[1] 胡亚美,江载芳,褚福棠.实用儿科学(上册)[M].第7版.北

京:人民卫生出版社,2002:668-671.

- [2] 袁展文.儿科护理学[M].北京:光明日报出版社,1994:194-195.
- [3] 王葵花,刘海燕.川崎病患儿家长的健康教育[J].西北国防医学杂志,2002,23(6):482.
- [4] 陈卫红,钟晓丽,司玉霞.小儿川崎病60例护理体会[J].黑龙江医药,2007,30(3):88.
- [5] 匡玉娟,刘艳凤,马红梅.大剂量免疫球蛋白静滴治疗川崎病的护理[J].齐齐哈尔医学院学报,2006,21(2):211.

[文章编号] 1000-2200(2008)05-0625-01

· 短篇报道 ·

周期性肢动症 1 例

谢 康,张成斌

[关键词] 周期性肢动症;睡眠;脑电图

[中国图书资料分类法分类号] R 746.9

[文献标识码] B

周期性肢动症通常发生于下肢,故也称周期性腿动症,或夜间肌阵挛。男性多见,各年龄均可发病,但随年龄增加而增多,60岁以上老年人约有1/3患病^[1]。目前国内尚未见报道,我们近期确诊1例,现作报道。

患者男性,52岁,工人。因“家人发现其睡眠后肢体异常运动两月余”,于2007年6月26日入院。患者既往体健,2个月前,家人无意中在其睡眠状态下,四肢及面部肌肉不规则运动,患者不自知。醒后微感困倦、乏力,其他无特殊不适。诉半年前因工作调动思想压力较大。饮食、大小便均正常。查体:神志清楚,营养发育正常。心肺腹查体阴性。神经系统检查无阳性体征。患者打盹、午睡及夜间入睡后,均可见四肢异常运动,表现为足趾背屈伴有踝、膝关节,有时髋关节的部分收缩,或拇指背屈伴有腕、肘关节,有时肩关节的部分收缩,以肢体远端明显,每次持续0.5~5s,间隔20~40s,持续数分钟至数小时。有时仅上肢或下肢异常运动,有时上下肢同时有异常运动,而且有时伴口唇周围面部肌肉不自主运动。入院后查血、尿、粪常规,肝肾功能、电解质、血糖、心肌酶系、血肿瘤五项、甲状腺功能亢进系列均在正常范围,性激素测定:睾酮正常,泌乳素增加。肝胆胰脾及腹腔B超未见异常,头颅CT及MRI排除出血、梗死及占位性病变。心电图未见异常。常规脑电图正常。24h动态脑电图轻度异常:清醒状态,基本节律性活动为低中幅8~10 Hz α 波,两侧大致对称,调幅调节差,记录中各导联散在较多中幅7 Hz θ 活动;睡眠状态,睡眠各分区欠明确,深睡期波形不明显,浅睡期各导伴欠规则中幅13~14 Hz纺锤节律波。拟诊“周期性肢动症”,给予美多巴0.125 mg,每天3次,氯硝西洋1 mg

睡前1次。对症治疗,两周后患者症状明显改善出院。

讨论 周期性肢动症临床最低诊断标准:患者主诉失眠或过度瞌睡(有时患者本人无自觉症状,由旁人发现睡眠中的异常肢动)以及反复出现高度刻板的肢体活动^[1]。本例主要表现为睡眠中周期性肢体异常运动,24h动态脑电图无痫性放电。周期性肢动症偶见于正常人,少数有家族史,国外报道认为主要病因有神经系统病变、不宁腿综合征、阻塞性睡眠呼吸暂停-呼吸不足综合征^[2],亦可见于全身性疾病如心力衰竭、尿毒症及代谢性疾病,一些药物可诱发和加重本病,如多巴胺拮抗剂、三环类抗抑郁剂和单胺氧化酶抑制剂,或见于撤除抗凝剂、苯二氮卓类、巴比妥类等药物时,本例患者无上述相关病因。

周期性肢动症发病机制不明,由于半数以上患者S₂期睡眠波有所减少,瞬目反射异常,故认为本病的发病可能与脑干及丘脑皮质通路对脑干网状结构的抑制作用受损有关。本病可见于脊髓横贯性损害,睡眠时患者躯体肌电记录也发现腿动源自一侧脊旁肌肉、胸锁乳突肌和腹肌,然后向上下肢扩散,但面肌和脑电不受影响,表明腿动源自脊髓且沿脊髓内部通路放射。本病例表现与后者不符。本病尚需与睡眠惊跳、不宁腿综合征、节段性肌阵挛、夜间阵发性扭转痉挛相鉴别。

由于患者往往不自知,且无其他不适症状,致本病就诊率较低,罕见报道,临床对有类似症状的患者应进一步明确诊断,加深对本病的认识。

[参 考 文 献]

- [1] 王耀山,王德生.神经系统疾病鉴别诊断学[M].北京:军事医学科学出版社,2004:98-99.
- [2] Chervin RD. Periodic leg movements and sleepiness in patients evaluated for sleep-disordered breathing[J]. *Am J Respir Crit Care Med*, 2001, 164(8 Pt 1): 1454-1458.

[收稿日期] 2007-10-12

[作者单位] 蚌埠医学院第二附属医院 神经内科,安徽 蚌埠 233040

[作者简介] 谢 康(1963-),男,副主任医师。