

# 中医护理结合人性化护理在糖尿病合并肺结核患者临床治疗中的应用

张华艳

作者单位: 535000 广西,钦州市第一人民医院感染内科

作者简介: 张华艳(1964-),女,大学专科,主管护师,研究方向,感染内科护理。E-mail:15977022288@163.com

**【摘要】** 目的 探讨中医护理结合人性化护理干预在糖尿病合并肺结核患者中的应用,为提高临床护理服务水平提供借鉴。**方法** 将80例糖尿病合并肺结核患者随机分为实验组和对照组各40例,对照组在药物治疗的基础上实施传统常规护理,实验组在药物治疗和常规护理基础上,同时给予中医护理及人性化护理。观察两组患者的血糖及痰菌转阴情况。**结果** 实验组患者痰菌转阴情况及血糖控制情况优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 糖尿病合并肺结核患者给予中医护理结合人性化护理,能显著提高患者的血糖控制和结核病的治疗效果,值得推广应用。

**【关键词】** 糖尿病; 肺结核; 中医护理; 人性化护理

**【中图分类号】** R 473.5 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2015)06-0573-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2015.06.26

糖尿病与肺结核病两者关系密切,肺结核是糖尿病的主要合并症之一,糖尿病患者是肺结核病的易感者,两病均为慢性消耗性疾病<sup>[1]</sup>。同时发生这两种疾病,互为因果,互有不良影响,使病情更加复杂,糖尿病的重要问题在于合并症,治疗糖尿病的合并症有很大的困难。近年来,肺结核合并糖尿病的发病率呈逐年上升趋势。抗结核药物治疗肺结核造成胃肠道反应突出,患者服用抗痨药物不规律,造成间断治疗等各种原因,从而使耐药及复治患者越来越多。由于糖尿病合并肺结核病情复杂,给治疗和护理工作带来困难。常规的护理方法已经不能满足患者的需要,更加人性化的护理模式被提出并应用到了临床护理服务中。中医护理结合人性化护理模式是以患者为中心、以减轻患者疾病痛苦、结合中药治疗提高效果达到治愈为目标的整体护理理念。我院对糖尿病合并肺结核病患者开展中医护理结合人性化护理干预措施,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 研究对象均为收治的糖尿病合并肺结核患者,共80例。其中男55例,女25例,年龄41~75( $56.36 \pm 6.76$ )岁。患者均为继发型肺结核和2型糖尿病。主要临床表现为发热、咳嗽、咳痰、咯血、盗汗、口渴、多饮、多尿、精神倦怠、失眠及胸部隐痛、消瘦、声音嘶哑、呼吸困难、食欲减退等。按照

随机数字表法随机分为实验组和对照组各40例,两组患者均摄X线胸片显示病灶融合,起病急骤,检查痰结核菌阳性,且病灶沿支气管播散,空腹血糖水平8.5~13.5 mmol/L。两组患者年龄、性别、空腹血糖水平等方面比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。见表1。

表1 两组一般资料比较[( $\bar{x} \pm s$ ), n]

组别	例数	性别		年龄(岁)	空腹血糖水平(mmol/L)
		男	女		
实验组	40	28	12	$56.25 \pm 6.38$	$10.56 \pm 1.24$
对照组	40	27	13	$57.14 \pm 8.63$	$11.18 \pm 1.85$
$\chi^2$	-	0.058		0.524	1.760
P	-	0.809		0.601	0.082

**1.2 方法** 对照组采用药物治疗并实施传统常规护理:(1)室内环境保持清洁、安静、空气新鲜、阳光充足。(2)肺结核急性活动期,卧床休息,病症改善后,适宜活动。(3)患者皮肤保持清洁,预防感染,不要随地吐痰,做好痰液的消毒。(4)避免肺结核菌传播,煮沸消毒患者的餐具,患者不要面对旁人打喷嚏、咳嗽及讲话。实验组在药物治疗和常规护理基础上,同时给予中医护理及人性化护理。

**1.2.1 环境护理** 让患者充分休息,病房需要安静、整洁、温馨,经常给室内通风换气,保持空气新鲜。要做到严格消毒,每日用500 mg/L含氯消毒液喷洒,降低室内的细菌密度,从而降低感染的发生

率。伴有咯血等并发症的患者休息时要绝对卧床,做好防护处理,避免发生褥疮。肺结核患者在开放期要做好消毒隔离的工作,单人单间,定期用紫外线对病房进行照射<sup>[2]</sup>。对肺结核菌阳的患者,妥善处理痰液,可建议患者戴口罩,病情稳定后可到户外散步,但不宜过劳。

1.2.2 饮食护理 糖尿病、肺结核患者治疗最基本的措施之一是合理饮食,指导糖尿病患者的合理饮食是最基础的,也是很重要的。合理的饮食有助于患者血糖和体重的控制,也能改善脂类代谢和高血压。控制饮食要做到合理分配、定时定量、限糖低脂、高纤维素。给予高维生素、高蛋白、高热量饮食,对机体消耗进行适当补充<sup>[3]</sup>。根据不同的个体制定不同的饮食计划,教会患者计算热量和配制食谱,并严格执行。常备一些应急食物缓冲饮食,选择粗纤维食品增加肠胃的蠕动并延缓消化吸收,指导患者少量多餐,合理饮食,运动后可适量加餐等。

1.2.3 心理护理 密切关注患者的心理变化,有目的、有针对性地进行心理疏导和调适<sup>[4]</sup>。与患者多沟通,以温和亲切的态度安抚患者,消除其不良情绪。建立良好的护患关系,帮助患者建立战胜病魔的信心。鼓励患者多做运动,从而提高其承受能力,以积极良好的心态配合治疗。对患者家属解释家属支持的重要性,使患者感受到良好的家庭支持以及被尊重与被爱,从而减轻心理的负担,促进其更好地配合治疗。

1.2.4 用药护理 在积极控制血糖的同时,进行早期、联合、适量、规律、全程应用抗痨药<sup>[5]</sup>。因两种疾病同时用药,种类较多,要密切观察药物的不良反应,并注意药物间的相互作用。降糖药物、利福平和吡嗪酰胺主要是对肝脏的损害。丁胺卡那霉素、链霉素有肾功能损害、听神经的损害及过敏反应。乙胺丁醇副作用是引起视力障碍。白天口服降糖药,晚上服用利福平。治疗糖尿病,在合理饮食,适量运动的基础上根据血糖情况调整降糖药及胰岛素的用量,注意有无低血糖反应的发生。

1.2.5 中医护理<sup>[6]</sup> 根据糖尿病足分类和病损分级的程度,结合中医理论,根据不同类型、不同阶段的糖尿病足实行不同的指导方法。自制药方:知母、石膏清肺胃之热;牛膝引热下行;生地黄、麦冬益肺胃之阴;酌加黄芩、花粉生津止渴等。达到养阴滋阴、清热润肺、扶正祛邪的作用。使阴阳平衡利于药物吸收,有效减轻患者在化疗用药中产生的毒副作用,促进原发病灶的愈合。

1.2.6 生活护理 对糖尿病合并肺结核患者的体征如发热盗汗、咳嗽、咳痰、咯血、乏力、胸痛、食欲不振、呼吸困难等要加强对症护理。严密观察病情,按时服药,控制血糖,保持皮肤清洁,防止感染引起的并发症。患者在咳嗽、打喷嚏时,用口罩、手帕或两层餐巾纸遮住嘴巴,加强预防措施,做好口腔护理,及时更换内衣、床单。餐饮具、药杯用消毒溶液浸泡后清洁,再煮沸消毒<sup>[7]</sup>。注意个人卫生,勤洗澡,勤换内衣,做好患者皮肤黏膜及口腔护理,保持皮肤清洁,禁止搔抓皮肤导致皮肤破损引起感染。要勤翻身防止长期卧床患者发生褥疮。预防各种感染,严密观察病情变化。

1.2.7 出院指导 告知患者必须坚持服药,规律用药,不得擅自减量、改药及盲目乱服药,定期门诊复查肝功能、肾功能及血糖。注意休息,避免受凉,病情稳定后适量增加运动量。教会患者及家属血糖仪的使用以及注射胰岛素的正确方法,以及发生低血糖情况时的处理措施。指导患者家属做好家庭的消毒隔离工作。对出院后患者应定期随访。

1.2.8 健康教育指导 及时耐心地向患者讲解肺结核、糖尿病及心理疾病的知识,说明肺结核的治疗建立在控制好糖尿病的基础之上,控制饮食是非常必要的,遵医嘱服用抗结核药物,定期做痰检、拍胸片,发现不适要立即告知医生。

1.3 评价方法 餐后 2 h 测量空腹血糖的正常值是 3.89 ~ 6.11 mmol/L,空腹血糖 > 7 mmol/L,餐后 2 h 血糖 > 11.1 mmol/L,可诊断为糖尿病。痰涂片检测为阳性表示含有活菌。比较患者护理干预 3 周、6 周后空腹血糖值及痰菌转阴情况。

1.4 统计学方法 应用 SPSS13.0 统计软件进行数据处理,计量资料以均数 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示,并进行正态性检验以及方差齐性检验,对成组设计资料的比较采用 *t* 检验,计数资料采用率 (%) 表示,两组率的比较采用  $\chi^2$  检验,等级资料采用秩和检验, *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组空腹血糖值比较 实验组空腹血糖值与对照组比较,差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。见表 2。

表 2 两组空腹血糖值比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	3周 (mmol/L)	6周 (mmol/L)
实验组	40	6.68 ± 0.39	6.21 ± 0.35
对照组	40	6.92 ± 0.42	6.42 ± 0.38
<i>t</i>	-	2.648	2.571
<i>P</i>	-	0.008	0.012

2.2 两组痰菌转阴情况比较 实验组痰菌转阴情况与对照组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表3。

表3 两组痰菌转阴情况比较[n(%)]

组别	例数	3周(例)	6周(例)
实验组	40	15(37.5)	23(57.5)
对照组	40	7(17.5)	14(35.0)
$\chi^2$	-	4.012	4.073
$P$	-	0.045	0.044

### 3 讨论

3.1 糖尿病和肺结核都是对人类健康有严重威胁的常见病,二者关系密切。糖尿病病情控制不良易发生活动性肺结核,肺结核患者患糖尿病几率比非肺结核病患者高。结核病进展严重影响糖尿病的代谢紊乱。糖尿病合并肺结核,在病理上具有互相制约和互相影响的作用,导致病情更加恶化。糖尿病合并肺结核易促进结核病进展,组织抵抗力减退,而且提供了结核菌繁殖的条件。结核病影响糖尿病患者的糖代谢,进展为临床糖尿病、糖尿病加重或者酮症酸中毒等。

3.2 两病并存时治疗原则是消除症状,降低血糖,改善胰岛功能。抗结核药物尽量早期合理使用,尽快使痰菌转阴,控制结核发展,促进病灶吸收,达到临床治愈,身体康复。中医认为,糖尿病患者阴阳两虚,多饮多尿,舌淡苔白,脉沉细无力,采用温阳育阴治疗。选用熟地、鹿角霜、仙灵脾、山茱萸、菟丝子、肉苁蓉。治疗肺结核患者,以滋阴润肺,抗痨杀虫为本,方药中生地、阿胶、熟地滋肾阴;月华丸加减、天冬、北沙参、麦冬养肺阴;三七化瘀止血;山药、茯苓补脾助肺;贝母化痰止咳;百部獭肝抗痨杀虫。方药中加入伸筋草、红花等活血祛瘀药可抑制血小板聚集;桂枝有扩张血管,镇痛抗菌之功效;蚕食清创法可确保伤口向修复大于损伤的方向发展等。但两病合并必须由中医和西医配合抗结核、降血糖,否则会使病情延误,造成严重后果。西医治疗糖尿病并发肺结核,必须两病同时治疗才能奏效,应用抗结核药物的同时,控制血糖采用口服降糖药或注射胰岛素的方法等,遵循抗结核治疗原则,在治疗过程中要密切观察抗痨药物对糖尿病及其并发症的影响。

3.3 糖尿病合并肺结核临床治疗疗程长,抗结核药物副作用大,有些患者难以接受,容易产生消极或抵触情绪,难以达到治疗的效果。护理干预是一个有目的、有计划、有组织的有效措施。中医护理包括中医治疗所达到的滋阴润肺、止血活血、化痰祛瘀的效

果,可缓解并发症,恢复抗病能力。中医护理还包括足部护理、合理膳食、合理给药,指导患者调养精神、锻炼身体、建立顺应四时与动静结合的生活起居习惯,劳逸适度的生活节律,达到提高机体抗病能力、防止疾病的发生的目的,对疾病的治疗和身体康复起到了一定的作用。人性化护理可以提高护理服务质量,提高护理服务人员的责任心,从而更好地满足患者的需要,同时可以提高患者的适应能力,使患者变得更加的积极、更加的自信、更加的快乐,使他们对他人更加的包容和接纳,改善患者的心理健康水平,更快的恢复机体健康,提高患者的生存质量和幸福指数。本研究显示,实验组的患者通过中医护理及人性化护理干预后,患者在饮食习惯上明显改善,遵医行为明显进步,服药依从性也有了提高,使患者保持乐观的心态,积极配合治疗。本研究结果表明实验组患者痰菌转阴情况、血糖情况,在中医护理及人性化护理干预3周与6周与常规护理比较差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ),其治疗效果明显优于对照组,说明护理干预效果明显。研究表明中医护理结合人性化护理能显著改善患者的血糖及痰菌转阴情况<sup>[8]</sup>,有效促进糖尿病合并肺结核患者的临床康复。因此对糖尿病合并肺结核患者给予中医护理结合人性化护理进行干预,对患者的血糖控制和结核病的治疗效果均有提高促进作用。

综上所述,对糖尿病合并肺结核患者在药物治疗和常规护理基础上,通过中医护理结合人性化护理的实施,包括环境护理、饮食护理、用药护理、足部护理、生活护理、出院指导、健康教育指导等,使患者全面了解自身疾病的相关知识,缓解紧张的情绪,减轻心理压力,能以正确的积极的态度去面对疾病,提高患者治疗依从性,提高患者的生存质量,让患者达到良好的生理及心理状态,稳定糖尿病的病情,提高结核病治愈率,防止并发症的发生,提高治疗效果。因此,中医护理结合人性化护理干预对糖尿病合并肺结核患者的血糖控制和结核病的治疗效果均有提高促进作用,值得推广应用。

#### 参考文献

- 1 刘朝国. 中西医结合治疗糖尿病合并肺结核60例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(13): 57-58.
- 2 李金英. 60例糖尿病合并肺结核患者的临床护理[J]. 中国现代药物应用, 2013, 7(22): 221.
- 3 宋玉娟, 陈小红, 杨继芳, 等. 肺结核合并糖尿病32例临床特点与护理[J]. 护理实践与研究, 2010, 7(6): 69-70.
- 4 沈设芬, 徐桂女. 护理干预对糖尿病并发肺结核患者临床康复效果影响研究[J]. 河北医科大学学报, 2012, 33(8): 931-932.

- 5 郭新红,赵俊奇.肺结核合并糖尿病的多学科护理57例[J].中国社区医师(医学专业),2012,14(24):309-311.
  - 6 李琼.中医护理及人性化护理在糖尿病合并肺结核病患者临床护理中的应用[J].中医临床研究,2011,3(4):110-111.
  - 7 吕莉.老年糖尿病合并结核病33例临床护理[J].齐齐哈尔医学院学报,2013,34(2):274-275.
  - 8 卫英红,胡丽.糖尿病并发肺结核54例的护理[J].护理与康复,2011,10(10):868-869.
- [收稿日期 2014-11-19][本文编辑 潘洪平]

护理研讨

# 疼痛控制护理在老年手术患者术后疼痛中的应用效果分析

崔艳超

作者单位:455000 河南,安阳市中医院护理部

作者简介:崔艳超(1974-),女,大学本科,学士学位,副主任护师,研究方向:外科护理及中医护理。E-mail:aycychs@yeah.net

**[摘要]** 目的 分析评价疼痛控制护理在老年手术患者术后疼痛中的临床应用效果。方法 选取2013-05~2014-07该院就诊的老年手术患者100例,随机分为两组。对照组采用常规护理,实验组在对照组常规护理的基础上行疼痛控制护理。比较两组患者疼痛评分、焦虑和抑郁自评量表及患者满意度。结果 实验组疼痛评分及焦虑抑郁自评得分明显低于对照组,实验组总满意率为98.0%,对照组总满意率为84.0%,组间比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 疼痛控制护理能有效减轻老年手术患者术后疼痛程度,具有较高的有效率和满意度,值得临床进一步推广。

**[关键词]** 疼痛控制; 护理; 老年; 术后疼痛

**[中图分类号]** R 473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2015)06-0576-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2015.06.27

术后疼痛是由于手术造成肌肉、肌腱等组织损伤引起的疼痛感觉,包括生理、心理及行为上的一系列反应<sup>[1]</sup>。临床资料表明大约95%以上的手术患者均会对疼痛产生恐惧、焦虑等心理变化,导致失眠及机体病理生理改变等,严重影响患者康复,其危害不容小觑。老年手术患者由于器官的老化及功能的减退,对疼痛的忍耐力较差,同时老年人极易出现各种消极情绪,严重影响其生活质量,因此寻找减轻老年患者术后疼痛的方法尤为重要<sup>[2]</sup>。笔者采用疼痛控制护理对老年手术患者术后疼痛进行护理,疗效显著,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2013-05~2014-07我院进行手术的老年患者100例,将其随机分为两组,每组各50例。实验组男27例(54.0%),女23例(46.0%);年龄60~76(65.3±5.3)岁;其中骨科手术16例,胃部手术13例,神经外科手术14例,妇科手术7例。对照组男24例(48.0%),女26例(52.0%);年龄

60~77(66.3±5.6)岁;其中骨科手术15例,胃部手术14例,神经外科手术13例,妇科手术8例。两组一般资料比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。排除标准:患者术后精神状态较差及出现严重并发症患者不纳入研究。两组患者均自愿参加本研究,具有一定的认知学习能力。

## 1.2 护理方法

**1.2.1 常规护理方法** 两组患者手术后均给予常规镇痛药物,予以常规护理,主要包括:生命体征检测、日常护理工作的执行、观察病情变化等等。

**1.2.2 疼痛控制护理干预措施** 实验组在对照组常规护理的基础上进行疼痛控制护理,具体措施如下:(1)组建优质护理管理小组,对小组成员进行疼痛管理的相关知识、技能培训。(2)术前疼痛健康教育。手术前告知患者术后疼痛是正常现象,向患者讲解疼痛控制护理的目的及方法,打消患者对术后疼痛的恐惧感,增加患者对术后疼痛程度认知度及接受度。(3)疼痛控制。医护人员应善于掌握患