

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2020.02.022

个体化中医护理干预内伤发热的疗效观察

高 荣

大连市中医医院重症病房, 辽宁大连 116000

关键词 中医护理; 内伤发热; 临床观察

中图分类号 R248.1 文献标识码 A

发热是一种最常见的临床症状, 中医将发热分为内伤发热与外感发热, 其中内伤发热多由脏腑功能失调、气血阴阳失养、卫气营血不和导致^[1]。内伤发热患者的体温常处于低热状态, 一般来说, 属于功能性损伤的内伤发热恢复较好, 而属于肿瘤、血液病等引起的内伤发热则预后较差^[2]。发热在临床中并不是独立存在的疾病, 而是多种疾病发展必经的病理过程, 同时也是疾病传递出来的重要信号。体温的变化曲线常可反映疾病的变化方向, 对病情的评估及预后的判断具有重要参考价值。研究发现, 发热会对机体产生很大危害, 并影响机体一系列代谢功能。例如人体体温每上升 1℃, 机体代谢率会增加 13%, 糖、蛋白质、脂肪等代谢消耗增加, 并会使机体免疫防御功能降低, 导致神经系统、内分泌系统、循环系统等多系统功能紊乱^[3]。西医治疗发热的措施有限, 主要以抗生素、退热药、物理降温及补充营养物质等维持治疗为主, 且常规护理方法效果一般^[4]。相对于西医治疗与护理而言, 个体化中医护理干预对于发热尤其内伤发热颇具特色且疗效可观。现本文观察个体化中医护理对内伤发热患者的临床效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 6 月—2019 年 6 月收入本院内科病房且中医辨证为内伤发热的 42 例患者为研究对象, 按随机数字表法将其分为中医护理组与常规护理组, 每组 21 例。中医护理组, 其中男 12 例, 女 9 例; 年龄 (57.33±12.17) 岁, 年龄范围为 18~75 岁; 病程 (15.65±7.17)d, 病程范围为 2~45 d; 功能性发热 7 例, 慢性感染发热 4 例, 内分泌疾病发热 3 例, 血液病发热 2 例, 不明原因发热 5 例; 体温 37.9~37.5℃者 9 例, 37.4~37℃者 12 例。常规护理组, 其中男 11 例, 女 10 例; 年龄 (57.01±11.74) 岁, 年龄范围为 18~73

岁; 病程 (14.97±7.20)d, 病程范围为 2~42 d; 功能性发热 8 例, 慢性感染发热 3 例, 内分泌疾病发热 3 例, 血液病发热 1 例, 不明原因发热 6 例; 体温 37.9~37.5℃者 10 例, 37.4~37℃者 11 例。2 组患者年龄、性别、病程、发热类型及体温比较, 差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。本研究经过医院伦理委员会批准, 并接受其全程监督。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: 入选患者均符合《中医内科学》^[5] 内伤发热的诊断标准; 年龄 ≥18 岁; 测量体温 ≥3 次且在 37~38℃ 间 (不包括 38℃); 患者同意参加并接受本研究护理策略, 签署知情同意书。

排除标准: 发热类型属外感发热; 入组前 2 周内服用退热药或抗生素; 不接受个体化中医护理干预者; 体温 ≥38℃ 或体温 <37℃; 精神疾病无法配合者; 合并严重器官功能障碍威胁生命者; 中途接受其他中西医治疗者。

1.3 干预方法

常规护理组给予常规护理干预, 包括心理护理、饮食护理、生活起居护理、健康教育、康复指导等, 不强调特殊护理内容。中医护理组则给予中医特色护理干预, 包括内容如下:

①病房环境管理 因内伤发热患者病程较长, 久之易内郁心神致抑郁, 故病房内光线不可太暗, 并适当摆放暖色、温和色调物品如鲜花等; 保持室内安静和一定的温湿度, 温度偏高或偏低均对患者病情恢复产生影响, 若复感外邪, 内外皆热则病情迁延难愈; 注意室内通风, 但注意不可直接吹风, 以免风寒外侵, 腠理失和; 要保证其睡眠环境, 营造放松、干净、舒适的病房环境, 禁止嘈杂。

②情志护理 内经中言道: “古之治病, 惟其移精变气, 可祝由而已”。移精通移情, 意为分散注意力可减少患者对疾病的不良情绪, 故可以利用患者的兴趣

爱好(如下棋、看书等)转移其倾注于疾病本身的注意力,并多向患者分享喜悦的事情,使其放松心情;此外进行劝解安慰,与患者交流时温和和蔼,回答患者问题时耐心细致,对于患者可能发生的一些状况要提前告知并细心护理,减轻患者的紧张及不稳定情绪。

③病情观察 每天观察患者状态变化,如精神状态、发热时间、体温等,制作体温规律图,并注意舌苔及脉象的变化,若出现体温升高或并发症则立刻告知医生以做相应处理;通过对病情的观察,了解患者脏腑阴阳虚实情况,起到未病先防、见微知著的目的。

④辨证施护 a. 气郁发热型 患者常见性情急躁易怒或低沉抑郁,体温常随情绪变化而波动起伏,时伴胁肋胀满不适,喜叹息,口苦。护理重点:保持病房内干净整洁,避免哄乱嘈杂,凡情志抑郁或急躁易怒者均应调节心性,安养心神,自觉的避免情绪激动和精神刺激;睡前泡脚并按摩涌泉穴;嘱患者进行口腔护理,饭后清洁口腔,口唇干燥者多饮水或涂唇膏;饮食宜清淡,禁止肥甘厚味、生冷酒品,可食用疏肝降火、理气解郁之品,如芹菜、香菇等。b. 血瘀发热型

患者常午后及夜晚发热,口渴口干却不多饮,肢体痛有定处,面色晦暗,舌有瘀斑。护理重点:注意观察本证型患者的发热时间及规律并做好记录;饮食宜清润,忌甜辣咸偏过,可食用黄芪粥、莲子粥等以通络运脾;患者常伴肢体疼痛,根据部位及程度不同可予七厘散以黄酒调后外敷;对于口渴明显者可予芦根麦冬茶泡服以生津润肺。c. 气虚发热型 患者常在劳累或运动后热势加剧,平素乏力体倦,气短少言,汗多易感冒,饮食偏少易便溏。护理重点:患者汗多,若出汗应立即置换干净衣物,病房温度宜偏高,出门宜多穿衣物避免感受外邪;根据患者状态进行一定的室内体力活动或运动锻炼,如体操、慢走等;因饮食不节导致脾运失常,食欲不振,腹胀便溏者,可食薏苡仁粥以调固脾胃,食山楂以开胃除胀,中药宜温热服用;汗出过多应注意水分的补充,且注意休息,避免劳累过度,节制房事。d. 血虚发热型 患者常头晕眼花,乏力懒言,心慌不宁,面白无华,口唇色白,爪甲色淡。护理重点:周身乏力患者应尽量卧床休息;监测血常规明确是否存在贫血;饮食要富含营养且营养均衡,可食用大枣枸杞粥以滋阴补血。e. 阴虚发热型 患者常潮热盗汗,五心烦热,性情烦躁,寐差多梦,口干,颧红,大便秘结。护理重点:保持病房安静,缓解患者不良情绪,保持室内湿度清爽,使患者尽可能感到舒适;大便秘结者可食用香蕉、蜂蜜或番泻叶水以滋阴通便;盗汗者可使用麦冬、乌梅煎水等代茶饮;五心烦热者常

影响睡眠,可在睡觉前对手脚心进行物理降温后入睡。f. 阳虚发热型 患者发热但欲穿衣物,形寒肢冷,乏力少言,嗜睡头晕,食欲不佳,腹胀便溏,面色㿔白。护理重点:保证病房的安静整洁,室内温度稍高,使患者保持充足的睡眠,避免劳累;怕冷患者应多穿衣物,严禁吹风受凉,以免发展为外感病症;饮食要清淡,禁辛辣寒凉,多吃蔬菜及水果,饮温热水。

2 组护理疗程均为 3 周。

1.4 观察指标及疗效判定标准

①监测 2 组患者体温变化:从入院护理前至护理结束,每日常规 4 次测量体温,记录每次体温情况,计算平均体温(腋下体温)。

②采用卡氏生活质量评分(Karnofsky 评分)^[6]评价 2 组患者生活质量,满分为 100 分,分数越高代表生活质量越好。

③参照《中药新药临床研究指导原则》^[7]评价 2 组患者护理前后中医证候积分变化,将患者症状等级分为无、轻、中、重 4 级,并分别对应 0、1、2、3 分,分数越高说明症状越严重。

④根据《中药新药临床研究指导原则》^[7]及《诊断学》^[8]中关于内伤发热的疗效判定标准进行疗效评价:痊愈 体温恢复至正常(腋下 36~37℃),自觉发热症状消失;显效 体温恢复至正常,自觉发热症状明显改善;好转 体温较前下降 0.5℃以上,但还未恢复至正常值,自觉发热症状有所改善;无效 体温无改变或持续升高,自觉发热症状依旧存在。总有效率=[(痊愈+显效+好转)例数/总例数]×100%。

1.5 统计学方法

本研究数据采用 SPSS 18.0 软件统计与分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组总有效率比较

护理后,常规护理组总有效率为 80.95%,中医护理组总有效率为 95.24%,组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者总有效率比较($n=21$,例,%)

组别	痊愈	显效	好转	无效	总有效率
常规护理组	6	9	2	4	17(80.95)
中医护理组	12	6	2	1	20(95.24) [△]

与常规护理组比较[△] $P < 0.05$

表 2 2 组患者体温、Karnofsky 评分及中医证候积分比较($n=21, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	体温($^{\circ}\text{C}$)	Karnofsky 评分(分)	中医证候积分(分)
常规护理组	护理前	37.53 $\pm$ 0.40	70.33 $\pm$ 8.29	14.67 $\pm$ 4.15
	护理后	36.89 $\pm$ 0.71 [*]	75.71 $\pm$ 9.52 [*]	10.39 $\pm$ 5.11 [*]
中医护理组	护理前	37.45 $\pm$ 0.45	70.56 $\pm$ 8.42	14.24 $\pm$ 4.26
	护理后	36.43 $\pm$ 0.42 ^{*△}	82.71 $\pm$ 10.93 ^{*△}	6.41 $\pm$ 4.02 ^{*△}

与护理前比较^{*} $P<0.05$;与常规护理组比较[△] $P<0.05$

2.2 2 组体温、Karnofsky 评分及中医证候积分比较

护理后,2 组患者体温、中医证候积分均较前降低($P<0.05$),Karnofsky 评分较前升高($P<0.05$),且中医护理组上述指标变化程度明显优于常规护理组($P<0.05$)。见表 2。

3 讨论

传统医学中发热有内外之分,虽均有发热的临床症状,但其治法治则各异,故需从病因病机入手辨证论治^[9]。《医宗金鉴》云:“内伤外感皆发热,内伤之发热,热在肌肤,以手扪之,热从内泛,不似外感之发热,热在皮肤,以手扪之,热自内轻也”,提出外感内伤发热在人体自身的感受^[10]。《金匱要略》中将内伤发热病因归于体虚病久、饮食不节、乏力劳倦、情志不调等。体虚病久致人体气血阴阳俱亏,失衡致热。中气不足,虚火从生,可致气虚发热;病久未愈耗伤心肝脾,心不养血,肝不藏血,脾不生血,阴血亏虚可致血虚发热;素体阴虚或病损及阴,阴不足而阳偏盛,水无以克火而阴虚发热;寒气内侵、气虚及阳或阴损连阳导致机体阳气不充,脾肾阳虚可致阳虚发热;饮食不节,脾虚失运,津聚成痰,痰饮内郁日久化热可致痰郁发热;情志不调,肝失疏泄,气机不畅,肝气郁滞久之可致气郁发热;另肝气不畅,气机不通,气血津液运化失常久而成瘀,可致血瘀发热^[11]。个体化中医护理采用辨证施护,对发热进行辨证护理,无论患者属于内伤发热的何种证型均有对应的护理策略,从而最大程度地帮助患者改善症状。

个体化中医护理从中医病机角度出发,对患者进行病房环境管理、情志护理及病情观察等多方面干预以达最佳效果。由于患者对疾病的了解不充分,在经过一定治疗后若病情并未缓解,便会给患者带来极大的心理压力和精神负担,对病情的恢复产生负面影响。这种压抑、紧张、抑郁的负面状态不仅对患者的生活造成困扰,而且使病情迁延难愈^[12]。故在本研究中,个体化中医护理从情志干预入手调节患者情绪变化,并为其提供良好的睡眠环境,此一系列护理干预

帮助患者从主观上提高对抗疾病的能力。从结果上来看,中医护理组 Karnofsky 评分高于常规护理组,提示个体化中医护理后,患者的情绪恢复更好,生活质量更佳。本研究结果还显示,中医护理组患者体温、中医证候积分低于常规护理组,提示中医护理组体温恢复更快,且各发热类型症状改善更明显。

综上所述,中医护理干预内伤发热临床效果优于常规护理干预,患者体温恢复良好,各症状减轻明显。中医护理干预对于维护患者的身心健康、提高生活质量起到重要作用,在临床护理中应予以重视。

参 考 文 献

- [1] 何晶,赵红兵,邵铭,等.内伤发热中医用药思路[J].辽宁中医药大学学报,2014,16(1):124-126.
- [2] 孙中芳,刘学朴.发热对机体功能的影响及护理对策[J].中国社区医师(综合版),2004,6(16):64-65.
- [3] 李楚杰.发热时体温的正调节和负调节[J].中国病理生理杂志,1994,10(5):553-557,486.
- [4] 李敏,刘敏修.中西医结合治疗产后发热 40 例疗效观察[J].中医药导报,2013,19(8):101,103.
- [5] 王永炎.中医内科学[M].上海:上海科学技术出版社,1997:307-312.
- [6] 王贞.Karnofsky 活动状态评分在肿瘤患者护理中的应用[J].护士进修杂志,2012,27(9):827-828.
- [7] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:29-30.
- [8] 张自翔,刘建生.诊断学[M].北京:中国医药科技出版社,2014:3-4.
- [9] 姜德友,庞作为.内伤发热源流考[J].天津中医药大学学报,2015,34(2):69-72.
- [10] 陈英华,郑学宝,郑洪.《医宗金鉴》与中医教材编纂[J].中医教育,2001,20(4):5-7,9.
- [11] 任小彤.总结《金匱要略》治疗内伤发热之病因病机[J].内蒙古中医药,2014,33(33):96.
- [12] 张辉,张先庚,梁小利,等.中医情志护理研究进展[J].中国疗养医学,2014,23(3):208-209.

(收稿日期:2020-01-26)