

水痘痒得睡不着, 这些方法比抓挠管用

上林县人民医院 韦艳春

冬春是水痘高发季, 基层门诊水痘患儿最多。孩子感染后, 皮肤持续瘙痒比发热乏力更折磨人。家长往往缺乏有效止痒手段, 只能干着急。孩子难抵痒痒去抓挠, 易致皮肤感染、留疤。以下是实用的居家止痒护理法:

一是冷敷, 用凉毛巾敷痒处; 二是涂抹炉甘石洗剂, 每日数次; 三是保持皮肤清洁, 用温水洗澡, 但别搓破疹疹; 四是穿着宽松、柔软衣物, 减少摩擦; 五是转移注意力, 如玩玩具、讲故事等。这些方法能缓解痒痒, 助患者安睡, 避免护理后遗症。

一、认清水痘痒痒的特点, 杜绝盲目抓挠

水痘引发的痒痒具有持续性、阵发性加重的特点。发病初期皮肤出现红色丘疹, 痒痒程度相对轻微, 随着疱疹充盈、皮肤组织产生炎性渗出, 痒痒感会达到顶峰。夜间人体交感神经状态改变, 皮肤敏感度提升, 痒痒症状会明显加重, 这也是多数患者夜间难以入睡的主要原因。

很多人认为抓挠可以快速止痒, 短暂抓挠后会出现痒痒暂时缓解的假

象, 但抓挠会刺激皮肤释放更多炎性物质, 造成痒痒反复加重。抓破疱疹后, 破损创面容易沾染细菌, 引发继发性皮肤炎症, 延长病程。愈合后的皮肤会出现凹陷性疤痕和色素沉着, 长期无法消退。无论成人还是儿童, 都需要彻底摒弃抓挠止痒的错误习惯, 采用科学方式干预痒痒。

二、基础皮肤护理, 从环境层面减轻痒痒

舒适稳定的皮肤环境, 是缓解水痘痒痒的基础条件, 也是居家护理最易操作的方式。患者居家休养期间, 需要保持室内通风干爽, 避免室内温度过高、空气潮湿闷热。高温会加速皮肤血液循环, 加重皮肤充血和痒痒感, 适宜的温度可以有效舒缓皮肤状态。

衣物选择以宽松、透气、柔软的纯棉材质为主, 贴身衣物每日更换清洗, 保持干净整洁。紧身、化纤材质的衣物会反复摩擦皮肤, 刺激疱疹加重痒痒。护理过程中禁止用力揉搓皮肤, 洗澡采用温水轻洗方式, 缩短洗浴时间, 不使用沐浴露、香皂等刺激

性洗护用品, 洗完后轻轻擦干皮肤, 保持皮肤干燥清爽, 能够明显减轻整体痒痒程度。

三、临床常用物理止痒方法, 安全无刺激

物理止痒是基层护士优先推荐的居家方式, 无副作用, 适配所有年龄段水痘患者。针对局部痒痒剧烈的疱疹区域, 可以采用干净无菌纱布冷敷的方式舒缓皮肤。低温可以收缩局部皮肤毛细血管, 降低皮肤神经敏感度, 快速缓解痒痒感。单次冷敷时长控制在数分钟即可, 可根据痒痒情况多次间断操作。

对于年龄较小、无法控制肢体动作的儿童, 家长可以轻柔抚摸孩子痒痒部位的周边皮肤, 替代抓挠动作, 分散皮肤感知注意力。同时可以给孩子修剪干净指甲, 打磨光滑, 白天适当佩戴透气棉质手套, 避免夜间无意识抓挠抓破。这类物理方式不会对疱疹造成损伤, 能够安全缓解痒痒, 保障睡眠质量。

四、规范外用药物辅助止痒, 提升护理效果

痒痒症状严重、物理护理效果有限时, 可在医生指导下规范使用外用药物, 快速控制痒痒症状。基层临床针对水痘痒痒, 常用温和外用洗剂, 均匀涂抹在未破损的疱疹皮肤表面, 可以起到收敛皮肤、镇静止痒的作用, 有效减少夜间痒痒发作频率。

所有外用药物均需避开已经抓破、破损的创面, 防止刺激伤口引发不适。家长不可自行使用激素类药膏、不明偏方药膏涂抹皮肤, 不当用药会影响疱疹愈合, 增加皮肤色素沉着风险。只要严格遵循医嘱规范用药, 配合日常护理, 绝大多数患者的痒痒症状都可以得到有效控制, 无需依靠抓挠缓解不适。

结语: 水痘病程中的皮肤痒痒是正常发病表现, 持续数天可随疱疹结痂逐步消退。抓挠只能短暂缓解不适, 会带来感染、留疤等一系列后遗症, 得不偿失的错误护理方式。简单的环境护理、物理止痒、规范用药, 远比抓挠更加有效安全, 能够切实改善患者的不适状态, 保障夜间睡眠, 助力病情快速恢复。水痘护理的核心是温和养护、减少刺激, 坚持科学护理方式, 规避各类护理误区, 不仅可以减轻痒痒痛苦, 还能最大程度避免皮肤留疤, 让患者平稳度过整个发病周期。

精神分裂症患者幻听时护理该如何安抚情绪

济南市济阳区精神卫生中心 路倩倩

幻听属于精神分裂症患者非常常见且极具折磨性的症状表现。病人所听到的声音或许呈现为命令形式, 又或者是嘲笑、威胁模样, 每一句话都好似真切发生般冲击而来, 使患者产生恐惧、愤怒情绪, 甚至陷入失控状态。面对此种情形, 倘若家属、护理人员处理方式不妥当, 非但无法为患者提供帮助, 反而极有可能使局面朝着更糟糕的方向发展。安抚处于幻听状态下患者的情绪, 依靠的并非单纯的蛮力, 而是需要技巧、耐心。

一、先别急着否定, 理解声音对患者意味着什么

幻听对于患者而言是真切存在的体验, 并非伪装出来的, 也不是无端的臆想。那些声音在他们脑海中有确切的来源、清晰的语气甚至明确的方位, 仿若有人在身旁交谈。倘若护理者一开始便说“哪有声音”“你听错了”, 等同于告知患者“你的感受是虚假的”,

这会致使他们越来越孤立与愤怒。正确的做法是先承接住患者的情绪, 以平和的语气告知其“我明白你此刻很难受, 我会在此陪伴你”。

无需剖析声音的真假, 而是要让患者体会到有人在其身边、有人相信他所承受的痛苦。这种被接纳的感受本身便能够使激动的情绪有所缓和。

二、环境和姿态比说什么话更重要

当幻听发作的时候患者常常处于高度紧张状态, 对外界刺激表现出非常敏感的特性。周围环境嘈杂、灯光过亮、人员众多等情况, 均会导致他们的焦虑程度进一步加剧。

护理者首先应当做的事情便是将环境调整至安静状态, 减少无关人员在周边的走动, 说话之时降低音量并且放慢语速。身体姿态同样具有关键意义, 不要站在患者正对面以居高临下的姿态, 最好是坐下来或者微微弯腰, 维持

与患者视线平齐或者略低的位置, 双手自然地放置在身前而非插兜或者抱胸。这种非语言形式传递出的信号是“我不会对你构成威胁, 我愿意靠近你”。很多情况下患者还未听清你所说的内容, 身体已然先放松了些许。

三、把注意力从声音引向现实需要技巧

待患者情绪稍稍趋于平稳之时, 可以尝试温和地将其注意力引向当下真实的环境和正在进行的安全的活动。例如: “我知道那些声音让你很困扰, 但你看, 我们现在是在家里, 很安全, 但不能生硬地打断。这些举动并非意在转移话题, 而是助力患者的大脑从“被声音掌控”的状态逐步回归到现实感受之中。”

需要留意的是, 转移的进程不可过于迅速与猛烈, 倘若患者正沉浸于声音里却突然被打断, 极有可能引发激惹情绪。

护理者需仔细观察患者的反应节奏, 若其愿意回应, 那就接着聊上几句, 若其不想说话, 那就安静地陪伴在旁, 切莫强行进行互动。

四、持续陪伴比一次性安慰更重要

幻听不是说过去就过去的, 它可能反反复复出现。倘若护理者仅仅在幻听发作的瞬间表现出紧张, 而在平时又恢复到催促患者吃药、追问病情的状态, 那么患者会感觉自己只是处于被“管理”的境地, 而非被关心。日常稳定的陪伴、规律的作息、对药物治疗的耐心配合, 这些看似平常的事物, 从长期来看, 实际上比任何临时的安抚措施都更具成效。患者所需要的是一种安全且可预期的生活节奏, 以便让大脑拥有充足的喘息空间, 从而能够对抗那些萦绕不去的声音。

当面对幻听情况时护理的关键所在并非只是使声音彻底消失, 而是要让患者在声音存在的状态下依旧能够感受到安全并且不会觉得孤单。倘若能够充分给予这种安全感, 那么患者情绪自然就稳得住。

守护“生命供给线”: 关于肠内营养, 你应该知道的那些事

河源市人民医院 韦春燕

很多人听到“肠内营养”, 第一印象就是“打流食”。事实上, 这是大众普遍存在的认知误区。肠内营养绝非日常米汤、肉汤一类普通流食, 二者有着本质区别。作为现代医学成熟规范的营养治疗手段, 肠内营养是很多病患康复路上不可或缺、“生命供给线”, 厘清相关知识, 才能科学发挥它的作用。

一、拨开迷雾: 肠内营养究竟是什么

肠内营养(EN), 是经胃肠道依靠口服或管饲方式供给营养素的专业营养支持方案。简单来说, 就是通过自主进食或者管饲喂养, 将医学专用营养制剂送入胃肠道, 依靠肠道完成吸收利用。它不只是简单“喂饭”, 更承担着保护肠道屏障的重要作用。肠道长期缺乏营养刺激会逐步萎缩退化, 肠内营养能够持续激活肠道生理功能, 维持肠道结构完整。

我们日常自制的米汤、菜汤、肉汤属于普通流食, 普遍存在营养密度低、营养素配比失衡等短板, 难以满足疾病状态下人体康复需求。而肠内营养制剂是标准化医用产品, 配方经

过严谨科学设计, 蛋白质、碳水、维生素、微量元素配比精准, 所有成分设置均围绕临床治疗目标制定, 二者不能混为一谈。

二、分清适用人群: 谁需要肠内营养, 谁不能使用

临床遵循一条核心原则: 患者存在营养不良或营养风险, 同时胃肠道具备功能、可以安全使用时, 优先选择肠内营养。适用人群包含连续7天以上口服进食量不足目标需求量50%、预估无法正常进食超过5天的患者; 围手术期需要营养储备的人群; 存在吞咽障碍、意识障碍, 无法自主进食的患者。

肠内营养并非人人适用, 存在明确使用禁忌。完全性肠梗阻、消化道活动性大出血、血流动力学不稳定、持续性严重腹泻、顽固性呕吐以及严重肠道功能衰竭患者, 不能开展肠内营养支持, 盲目使用会加重病情, 诱发各类危险并发症。

三、按需选配: 不同肠内营养制剂如何选择

按照氮源构成划分, 肠内营养制剂主要分为三大类别。氨基酸型制剂

以左旋氨基酸为原料, 无需消化, 可直接被肠道黏膜吸收, 多用于胰腺炎、短肠综合征、炎症性肠病等消化功能严重受损人群。短肽型制剂原料为蛋白水解短肽, 仅需少量消化液即可吸收, 适配肠痿、胰腺炎、炎症性肠病患者。整蛋白型采用完整蛋白质, 依赖正常消化能力, 口感更佳、性价比更高, 适合消化功能尚可的大部分患者, 还细分出糖尿病专用、肿瘤专用、肾病专用等特殊配方。

四、规范实施: 肠内营养该怎么“吃”

肠内营养分为口服营养补充与管饲两大类。具备自主吞咽能力的患者, 优先选择口服。口服营养补充更加契合人体生理进食模式, 操作简便经济, 既可以作为三餐之外营养补充, 必要时也能作为唯一营养来源。

无法自主进食的患者采用管饲喂养。短期营养支持常选鼻胃管, 长期支持可选胃造瘘, 反流误吸风险高的患者首选鼻肠管。输注方式方面, 一次性推注易引发腹胀、呕吐, 间歇性输注并发生更少, 持续缓慢滴注更适合重症患者。启动喂养务必遵守“浓

度由低到高、容量由少到多、速度由慢到快”的递进原则, 循序渐进适应。

五、细节制胜: 做好护理, 避开常见认知误区

规范护理直接关系喂养安全。营养液温度控制在38℃~40℃, 贴近人体体温; 喂养全程床头抬高30°~45°, 喂养结束后保持该体位半小时至一小时, 降低反流误吸风险。间歇重力滴注或分次推注时, 应每次喂养前后用20~30ml温开水脉冲式冲管。持续经泵输注时, 应每4h用20~30ml温开水脉冲式冲管一次。每次给药前后和胃残留量检测后, 应用20~30ml温开水脉冲式冲管。对免疫功能受损或危重患者, 宜用灭菌注射用水冲管。防止堵管; 营养液开封冷藏保存, 存放时长不超过24小时。

同时需要破除常见误区: 肠内营养不是病危标志, 是主动推进康复治疗方; 能自主吃饭但进食量不足仍需补食; 营养液是医疗制剂, 不可随意加大剂量; 标准配方制剂一般无需额外稀释; 出现腹胀、腹泻等不耐受表现, 不要立刻停止喂养, 优先调整输注速度与温度。