

3 讨论

镇静状态下实施无痛肠镜检查和治疗不但能减轻患者的痛苦,避免因患者不能耐受镜管刺激中断治疗,还能使患者完全依从、顺利完成检查和治疗,有助于医生详细观察和专心治疗,降低了漏诊和误诊的发生,为患者提供更安全有效的治疗措施^[6]。无痛肠镜在小儿结肠息肉高频电凝电切是一种微创技术,具有简单、安全、准确等优点,目前已成为小儿结肠息肉的主要治疗手段。无痛肠镜治疗小儿结肠息肉护理上要求护理人员术前熟悉患儿的病情,做好肠道的准备工作,确保肠腔干净使手术能顺利进行,熟练掌握结肠镜的操作步骤,熟悉回盲部、脾曲、肝曲等的解剖学特征,保证术中与医生的默契配合,预防操作不慎引起肠穿孔的发生,术中严密观察患儿病情变化,监测各项生理指标,术后做好饮食、活动等知识宣教,同时做好患儿及家属术前、术后的心理护理,以提高患儿术前后的遵医依从性和治疗效果,严防术后并发症的发生。

参考文献:

- [1] 章建芳,章云芳.无痛结肠镜检后患者心理状态调查及应用心理疏导的效果评价[J].中国实用护理杂志,2012,28(32):93-94.
- [2] 覃月秋,黄赞松,周喜汉,等.无痛肠镜在小儿结肠息肉高频电凝、电切术中的应用研究[J].右江民族医学院学报,2010,32(2):206-207.
- [3] 余蓉.护理配合在无痛胃镜联合肠镜检查并发症预防中的应用[J].国际护理学杂志,2012,31(9):1632-1634.
- [4] 毛红英.52例小儿无痛电子肠镜检查及治疗的护理体会[J].现代中西医结合杂志,2013,22(6):667-668.
- [5] 张家凤,田爱霞.无痛电子结肠镜下息肉切除术并发症的观察与护理[J].当代护士,2012,5(中旬刊):18-20.
- [6] 代小娟,范里莉.无痛胃肠镜诊疗术的麻醉护理配合[J].护理研究,2010,24(7):1941.

收稿日期:2013-09-29;修回日期:2013-11-04

脑卒中吞咽障碍患者采用延伸护理干预对吞咽功能的影响观察

杨启英

(广西防城港市上思县人民医院,广西 上思 535599)

摘要:目的 观察延伸护理干预对脑卒中吞咽障碍患者吞咽功能恢复的影响。方法 选择我院2011年5月~2013年5月86例脑卒中吞咽障碍患者采用数字表随机法分为两组,对照组43例患者住院期间常规护理,常规出院指导,观察组43例患者在对照组基础上将护理干预延伸至院外,进行不间断的连续护理干预,观察两组患者入院时、出院时、出院后3个月、6个月吞咽功能,同时记录两组患者并发症。结果 出院后3个月、6个月观察组患者吞咽功能评分明显低于对照组($P < 0.05$)。观察组总有效率为90.70%;对照组总有效率为62.79%,观察组护理效果明显好于对照组($P < 0.05$)。观察组误吸、呛咳、吸入性肺炎发生率均低于对照组($P < 0.05$)。结论 脑卒中吞咽障碍患者出院后缺乏科学系统的康复指导,延伸护理干预弥补了这一缺陷,有效避免了患者居家期间护理的盲目性,对促进其吞咽功能恢复,减少并发症发生具有显著的作用。

关键词:脑卒中;吞咽障碍;延伸护理干预;吞咽功能

中图分类号: R473 **文献标识码:** C **文章编号:** 1001-5817(2014)01-0150-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.01.090

吞咽障碍是指食物或液体进入口腔后,在吞下过程中发生障碍而不能顺利进入胃内,而出现哽噎、呛咳。是脑血管疾病患者最常见的并发症之一^[1]。吞咽障碍不仅影响到患者正常的营养摄入,导致营养不良、脱水等,同时在吞咽过程中固体或液体食物进入肺部,还可引起吸入性肺炎、窒息等并发症,严重影响了患者的健康与生存质量,也是导致脑卒中患者死亡的重要原因^[2]。近年来,随着医疗模式的转变,在治疗与护理中更注重以人为本和后续的康复,对脑卒中吞咽障碍的研究也取得了初步的进展,在患者住院期间普遍开展了吞咽功能的评估与康复护理,使患者的吞咽功能得到了改善^[3]。但笔者在临床护理中注意到大多数脑卒中患者仅在急性期一过就出院,而回归家庭后由于得不到科学、系统的护理指导,家庭成员对于脑卒中吞咽障碍患者的护理往往具有一定的盲目性,以致于发生与吞咽功能障碍相关的并发症甚至引发肺部感染^[4]。为此,本研究经过科学设计,制定出脑卒中吞咽障碍患者延伸护理干预计划并得到医院批准,对观察组43例患者出院后进行不间断延伸护理干预,有效地促进了患者吞咽功能的恢复,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院2011年5月~2013年5月86例脑卒中吞咽障碍患者采用数字表随机法分为两组,对照组43例患者住院期间常规康复护理,出院指导,其中男27例,女16例,年龄46~71岁,平均年龄(59.5±12.5)岁;观察组43例患者在对照

组基础上将护理干预延伸至患者居家期间6个月,其中男26例,女17例,年龄45~72岁,平均年龄(59.9±11.1)岁;两组患者在年龄、性别、原发疾病、基础疾病、吞咽功能分级、文化程度等方面差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 纳入及排除标准 本研究方案经本科室主任批准,所有入选患者均经家属知情同意。同时符合以下条件:①根据全国第四届脑血管病学术会议制定的脑卒中诊断标准^[5],所有患者均经头颅CT或MR确诊为脑梗死或脑出血;②采用日本洼田饮水试验,对吞咽功能进行评估,≥Ⅲ级以上的患者;③患者生命体征平稳,意识清楚;同时排除合并其他神经系统疾病患者,合并脑外伤患者,理解力低下及严重听力障碍患者。

1.3 护理方法

1.3.1 对照组护理方法 本组43例患者均接受常规护理与专科护理,包括心理护理、健康教育、饮食护理、进食体位,并根据饮水试验结果进行针对性的吞咽训练,出院时发放脑卒中患者健康知识手册,叮嘱患者继续吞咽功能及其它功能的康复训练并留下联系电话,每3个月进行一次随访,对吞咽功能恢复情况进行评价。

1.3.2 观察组护理方法 本组43例患者在对照组基础上进行延伸护理干预。

1.3.2.1 在患者出院时根据患者各种有效资源制定个性化的干预计划,在院期间由责任护士对患者及家属进行吞咽功能培

训。

1.3.2.2 患者居家期间由责任护士定期随访,第1个月每周进行一次,之后每月随访一次,其它时候随时接受患者及家属的咨询,为患者提供康复指导及相关信息,同时多与患者进行交流与沟通,在患者情绪低落时耐心听取患者的诉说,多鼓励与安慰患者,增强患者康复的决心和信心,并建立吞咽障碍患者交流平台,为患者提供社会支持,以利相互交流康复经验与体会,增加康复信心。

1.3.2.3 根据患者吞咽能力分别进行不同的干预。Ⅲ级、Ⅳ级患者指导家属要严格控制摄食的速度与量,食物以半流质为主,在进食时根据患者的病情选择坐位与侧卧位。进食前让患者先有吞咽意识后,再做吞咽动作,食具要送至舌根处以利吞咽,等患者完全下咽后,再送放第二口。并指导患者运用交互吞咽、空吞咽、点头样吞咽、侧方吞咽等方法去除咽部残留食块,并加强咳嗽训练,在食物完全下咽后停10s后咳嗽,以提高气管保护机能,清洁食道。吞咽能力为V级的患者,在吞咽能力恢复前主要采用鼻饲,家属在责任护士的指导下,采用半卧位鼻饲,保持匀带缓慢推入,鼻饲同时指导患者进行间接吞咽训练。鼻饲结束后30min再将患者身体放平,并做好口腔清洁。在患者进食过程中做好监护,出现呛咳、误吸及时叩背。

1.3.2.4 吞咽功能康复训练 ①针灸及吞咽电刺激:指导家属在居家期间给予患者针灸治疗结合电刺激治疗,以改善局部血流供应,尽快恢复吞咽反射弧重建,促进神经元恢复;②舌肌训练:居家期间指导患者每日进行伸、缩舌及左右摆训练、舌尖抬高训练及压舌板压舌被动训练,3次/天,每次10~20min;③颊肌训练:指导患者反复做磕牙、鼓腮、喉上抬、空吞咽、吮吸等动作,3次/天,每次10~20min;④吞咽训练:给予咽部冷刺激,用冰冻后的棉棒对舌根、软腭、咽后壁进行刺激,以提高咽反射区局部的敏感性;⑤语言训练^[6]。

1.3.2.5 每月对患者吞咽功能恢复情况进行评估,对患者的细小进步及时给予肯定,并根据患者的进展进行重新分级,适时调整干预方案。同时随访期间关注患者的病情变化,督促患者按时用药,在食物的选择上讲究营养搭配合理,多喝水,有烟酒嗜好的患者劝其戒烟戒酒。

1.4 观察指标 分别于患者入院时、出院时、出院后3个月、6个月采用洼田饮水试验对吞咽功能进行评估,同时记录两组患者并发症,6个月对护理效果进行评价。

1.5 效果评价

1.5.1 饮水试验 测试患者于坐位时,将30ml温开水饮完的过程及时间。1分(Ⅰ级):在5s内1次性饮完,无呛咳;2分(Ⅱ级):在5s内饮完,但不是一次性完成,或超过5s一次性饮完,无呛咳;3分(Ⅲ级):超过5s内一次性饮完,有呛咳;4分(Ⅳ级):超过5s分2次饮完,有呛咳;5分(Ⅴ级):10s内不能饮完,有呛咳^[7]。判定标准Ⅰ级与Ⅱ级为吞咽功能基本正常。

1.5.2 吞咽功能评价 显效:饮水试验提高1~2级,吞咽障碍症状基本消失,无并发症,营养状况良好;有效:饮水试验提高1级,营养状况好,吞咽障碍症状明显改善;无效:饮水试验等级无变化或在Ⅲ级以上,临床症状无改善。总有效率=显效率+有效率。

1.6 统计学方法 数据采用SPSS 13.0统计学处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,秩和检验,以 $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 对吞咽功能的影响 对两组脑卒中吞咽障碍患者吞咽功能恢复情况评价显示,入院时、出院时两组吞咽功能评分差异无统计学意义,出院后3个月、6个月观察组患者吞咽功能评分明显低于对照组($P < 0.05$),见表1。

2.2 两组脑卒中吞咽障碍患者护理效果比较 评价两组脑卒中吞咽障碍患者护理效果显示,观察组显效28例,有效11例,总有效率为90.70%;对照组总有效率为62.79%,观察组护理效果明显好于对照组($P < 0.01$)。见表2。

表1 两组脑卒中吞咽障碍患者不同时间饮水试验评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	入院时	出院时	出院3个月	出院6个月
观察组	43	4.09±1.08	3.52±1.06	2.43±0.46	1.52±0.27
对照组	43	4.11±1.27	3.58±1.10	3.27±0.54	3.06±0.82
t		0.4735	0.5321	3.2684	7.5249
P		0.8009	0.7528	0.0423	0.0107

表2 两组脑卒中吞咽障碍患者护理效果比较 ($n, \%$)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	43	28(65.12)	11(25.58)	4(9.30)	90.70
对照组	43	13(30.23)	14(32.56)	16(37.21)	62.79

注:两组总有效率比较, $\chi^2=9.0142, P=0.0052$

2.3 并发症比较 观察组呛咳、吸入性肺炎发生率分别为13.95%、4.65%,无一例误吸;对照组误吸、呛咳、吸入性肺炎发生率分别为25.58%、67.44%、20.93%,发生率明显高于观察组,两组比较差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表3。

表3 两组脑卒中吞咽障碍患者并发症比较 ($n, \%$)

组别	n	呛咳	吸入性肺炎	误吸
观察组	43	6(13.95)	2(4.65)	0(0.00)
对照组	43	29(67.44)	9(20.93)	11(25.58)
χ^2		21.4325	3.6245	8.4237
P		0.0000	0.0407	0.0089

3 讨论

脑卒中吞咽障碍患者吞咽功能的恢复除药物治疗与外部刺激外,患者坚持康复训练,科学系统的康复护理是促进吞咽功能恢复的关键^[8]。但由于我国的卫生事业还处于发展阶段,看病难、看病贵的矛盾还十分突出,由于卫生资源缺乏,节约医疗费用等因素,大多数脑卒中患者在病性稳定后选择出院居家康复,大量的病例复诊情况显示^[9],患者的吞咽功能恢复慢,吸入性肺炎、误吸等并发症发生率高。分析原因一方面是患者出院后无专业护理人员督促进行康复训练,再加之对患者及农户对训练重要性认识不足,因此舌肌训练等项目时断时续,再加之居家期间信息闭塞,缺乏有效的社会支持与交流,患者康复的信心与决心不足而难以收到满意的效果^[10-11]。

本研究针对脑卒中吞咽障碍患者的文化程度、吞咽功能制定了个性化的延伸护理方案,并不因患者出院而中止,坚持不懈通过定期随访督促患者坚持锻炼,并从心理上给予患者支持,搭建患者之间交流平台,使患者居家期间不脱离社会,从而树立了患者坚持锻炼的信心,同时科学系统地对患者的饮食、用药、行为进行全面干预,定期评估,让患者清楚地看到自己努力获得的进步,负性心理渐渐平复,看到了康复的希望,从而更好地配合我们的治疗与护理。从干预效果显示,观察组43例患者在出院后3个月、6个月观察组患者吞咽功能评分明显低于对照组。观察组总有效率为90.70%;对照组总有效率为62.79%,观察组护理效果明显好于对照组。误吸、呛咳、吸入性肺炎发生率观察组均低于对照组,结果充分显示了延伸护理的有效性。

研究表明^[12],吞咽障碍患者早期介入,并进行持续的康复训练,可极大地发挥脑的可塑性,其作用在于促进病灶周围组织及侧脑组织相应区域的代偿修复或重建,对加速脑血管侧支循环的建立具有重要作用。延伸护理干预充分利用这一时机使患者加强锻炼,从而取得了较好的效果,而且延伸护理干预并不占用医院床位,人力的投入较少,费用较低,是一种适合我国国情的慢性病患者护理的有效方法。

- 参考文献:**
- [1] 姜敏. 早期康复护理干预对脑卒中吞咽障碍患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2010, 16(11): 46-47.
 - [2] 石霞, 刘玉玲, 刘美玲, 等. 脑卒中吞咽障碍患者连续护理干预效果的研究[J]. 护理管理杂志, 2010, 10(9): 633-635.
 - [3] 熊红. 老年脑卒中吞咽障碍患者护理干预的效果观察[J]. 护理实践与研究, 2009, 6(17): 15-17.
 - [4] 王璐, 关蕾. 脑卒中吞咽障碍患者的早期康复护理干预[J]. 世界最新医学信息文摘: 电子版, 2013(8): 467-468.
 - [5] 胡玮琳, 李保兰, 陈海, 等. 延伸护理对脑卒中吞咽障碍患者康复的影响[J]. 激光杂志, 2013, 34(2): 110-111.
 - [6] 马月利. 护理干预对改善老年脑卒中患者吞咽功能障碍的效果评价[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(6): 13-14.
 - [7] 许小玲, 韦杏荣. 脑卒中吞咽障碍患者早期康复的循证护理[J]. 国际护理学杂志, 2010, 29(5): 763-764.
 - [8] 张秀果, 田悦平, 曹奎粉, 等. 脑卒中吞咽障碍患者吸入性肺炎的危险评估与护理干预[J]. 中国临床护理, 2010, 02(5): 372-374.
 - [9] 万晚珍. 早期护理干预对脑卒中吞咽障碍患者的影响[J]. 中国当代医药, 2012, 19(29): 118-119.
 - [10] 周萍, 刘华华, 俞武燕, 等. 脑卒中后中度吞咽障碍患者饮食护理干预效果观察[J]. 护理学杂志, 2007, 22(21): 46-48.
 - [11] 韦梅珍, 许小玲, 徐巧玉, 等. 脑卒中吞咽障碍患者系统化护理干预的效果[J]. 中华现代护理杂志, 2011, 17(12): 1387-1389.
 - [12] 姚济荣, 贺茂林, 张京, 等. 急性脑卒中吞咽障碍康复护理干预不同介入时间与远期功能改善效果的关系[J]. 中国慢性病预防与控制, 2012, 20(2): 158-160.

收稿日期: 2014-01-15

PCI术中并发冠脉穿孔致心包压塞的护理配合

黄霄, 曾秋锦, 丘景鲜

(广西河池市人民医院, 右江民族医学院附属河池医院心内科, 广西 河池 547000)

E-mail: huangxiao5345@163.com

摘要: **目的** 探讨经皮冠状动脉介入治疗(PCI)术中并发冠脉穿孔致心包压塞的护理配合方法。**方法** 回顾性分析近3年来PCI术中并发冠状动脉穿孔致急性心包压塞3例患者的急救护理过程, 总结相应的急救护理配合要点。**结果** 经及时有效的抢救及良好的护理配合, 3例患者病情由危急转为平稳。无一例死亡。确保了患者生命安全, 最大限度地保证PCI顺利完成。**结论** 冠脉穿孔致急性心包压塞是PCI术中严重的并发症, 认真做好PCI术前充分的准备, 术中严密监测病情, 早期识别心包压塞征兆, 迅速有效处理, 紧急配合医生行心包穿刺、引流, 确保手术顺利完成是急救成功的关键。

关键词: 经皮冠状动脉介入治疗术; 冠状动脉穿孔; 心脏压塞; 护理

中图分类号: R473.5 **文献标识码:** C **文章编号:** 1001-5817(2014)01-0152-02

doi: 10.3969/j.issn.1001-5817.2014.01.091

冠状动脉穿孔是指在介入手术操作过程中由于各种原因引起的冠状动脉壁破裂, 造成血液经破损的血管壁流至血管外的情况。冠脉穿孔是经皮冠状动脉介入治疗(PCI)术中少见而严重的并发症, 国内侯玉清等^[1]报道其发生率为0.1%~3.0%, 尽管其发生率较低, 但出现后患者的预后较差。冠脉穿孔后, 部分患者短时间内即可发生心包压塞和血液动力学崩溃, 若发现不及时或处理不当可危及患者生命。因而及时诊断并积极有效处理是抢救成功的关键。笔者总结近3年来所见的PCI术中并发冠状动脉穿孔致急性心包压塞共3例患者的急救护理配合要点。

1 临床资料

选取2010年5月~2013年5月PCI术中并发冠脉穿孔致急性心包压塞共3例患者的临床资料, 其中男1例, 女2例, 平均年龄66.5岁。主要发生原因为2例球囊后扩张压力过高, 1例因导丝损伤引起。患者表现为胸闷烦躁、呼吸困难、面色苍白、大汗、意识改变等症状, 均出现血压下降、脉压差减小。造影提示有造影剂外渗影, 其冠脉穿孔发生在分支血管及远端血管, 经X线透视显示心影搏动减弱或消失。根据患者症状体征及X线特征确诊心包压塞, 术中紧急处理, 立即实施心包穿刺及置管引流, 引流出凝血性液体60~330 ml后患者症状明显改善, 留置引流管24 h后无活动性出血后拔出, 患者病情转平稳。

2 护理配合

2.1 术前准备 配合护士要有超前的预见能力, 做好术前充

分准备。①术前访视: 术前日由次日手术护士进行术前访视, 帮助患者了解手术过程及配合方法, 满足患者情感与心理需求。另一方面手术护士了解患者病情, 评估其风险, 并对可能发生的并发症采取正确有效的应急措施^[2]。②患者准备: 术日患者进入导管室后, 给予吸氧, 行心电监护, 同时在手术对侧肢体大静脉置入留置针, 以备术中补液及为抢救及时用药。③准备介入材料: 除常规备CAG、PCI用物外, 还需备多种型号导管、球囊、支架及各种性能的导丝, 并熟悉其性能。④抢救药品齐全: 抽吸好阿托品、多巴胺、地塞米松、肾上腺素、利多卡因等药物放在无菌盘中, 标识清楚。吗啡、胺碘酮、万汶、鱼精蛋白、Vit k₁等备用。⑤准备抢救仪器设备: 备好心包穿刺用物、气管插管及简易呼吸囊、中心吸引器、临时起搏器及电极、主动脉球囊反搏仪及导管、除颤仪、微量泵等抢救设备随时处于备用状态, 为挽救患者生命赢得时间。

2.2 术中配合

2.2.1 严密监测病情, 早期识别心包压塞, 及时有效处理 PCI手术过程中, 配合护士应高度警惕并发症的发生。密切观察心电、压力监测结果, 重视患者主诉, 强调患者一旦有不适及时告知医护人员。胸闷和气促是心包压塞的首发症状, 血压突然下降是心包压塞的重要临床表现, 当患者表现为胸闷烦躁、呼吸困难、面色苍白、大汗、血压下降、意识改变等症状时需警惕出现心包压塞的可能^[3]。本组3例患者术中出现胸闷、气紧等不适时均能及时主诉, 心电监测显示血压明显下降, 心率增快或变慢, X线下可见造影剂渗入心包腔。立即采取有效措施