

急性脑卒中患者。纳入标准:发病24~48 h内入院,生理指标安全的脑梗死或脑出血患者:收缩压16~29 kPa、心率40~100次/分、氧饱和度>92%,体温<38.5℃,患者有康复意愿。符合标准38例,脑梗死25例,脑出血13例;男22例,女16例;年龄51~85岁,平均年龄72.5岁。

1.2 治疗方法 所有患者均按脑梗死、脑出血急性期治疗原则给予常规药物治疗,病情稳定后给予高压氧治疗。入院24 h内责任护士对患者肌力、日常生活依赖程度进行评定,制定个性化护理方案,每天按计划完成,及时评价及调整护理措施。评定标准参照独立生活活动能力(FIM)量表分7个等级:126分,完全独立;90~107分,极轻度依赖;72~89分,轻度依赖;54~71分,中度依赖;36~53分,重度依赖;19~35分,极重度依赖;18分,完全依赖。

2 结果

所有患者2周后进行结果分析:完全独立8例,极轻度依赖11例,轻度依赖9例,中度依赖8例,重度依赖1例,极重度依赖1例,完全依赖0例。极重度依赖患者既往有偏瘫侧肢体股骨头缺血坏死病史,重度依赖患者为85岁老年男性患者,既往有慢性支气管炎并发肺气肿史20余年。

3 护理措施

3.1 早期良肢位摆放 责任护士教会并指导患者及家属正确摆放肢体良知位或功能位^[1],对防止异常肌张力和缩短病程起到至关重要的作用。据资料证实:预防痉挛的发生比治疗痉挛更重要^[2]。本组病人在治疗期间未发生因肌张力异常而导致的关节变形。

3.2 被动关节运动护理 ①对患侧肢体进行被动关节活动,从近端到远端,每次45 min,2次/天,以预防关节挛缩和变形^[3]。具体做法是:患者取仰卧位,给予被动肩关节前屈、外展、外旋,做肩关节活动时扶助肘、指关节保持伸直位,掌心朝上,活动时避免暴力,肩关节前屈超过90°应伴外旋,同时从肘部使力往肩关节稍微挤压,防止活动时损伤关节周围软组织,引起疼痛或僵硬肩。②Bobarth握手训练^[4]:健侧手臂带动患侧向上抬举,尽可能地扩大角度,保持10 min,训练时用力适度,不要憋气和摇晃。③体位转移训练,包括床上翻身、肘关节支撑俯卧、床椅转移和起坐练习等。

3.3 鼓励患者完成日常活动 鼓励患者利用健侧肢体的协作作用完成日常生活动作,一方面保护患肢,一方面进行部分自理锻炼,提高患者信心,对功能康复起到积极作用。

3.4 预防肺部炎症和深静脉血栓形成 指导患者利用健侧肢体翻身,每2 h翻身拍背变换体位1次;教会患者深呼吸做有效咳嗽训练,及时评估患者吞咽功能,解决吞咽困难;指导患肢抬

高及踝、足部伸曲,内、外翻及“环转”的被动运动,能增强血流速度,同时避免患侧静脉输液,预防下肢静脉血栓形成;本组5例患者第1~3 d出现偏瘫肢体远端肿胀,主要为血流缓慢引起,经适当处理后5~7 d消退。

3.5 心理护理 安慰和心理疏导,减轻和消除病人焦虑、抑郁心理能促进疾病康复^[5]。护理人员应采取各种沟通技巧和病人沟通,让患者把焦虑的原因表达出来,减轻心理压力,如:适当给患者一些保证,让患者获得更大的期待效果;介绍成功病例与之相识,以增加信心。本组患者未发生不良心理状态。

4 体会

通过观察,对那些没有严重并发症或脑水肿的脑卒中患者,在发病24 h内给予综合护理干预^[6],能促进偏瘫肢体运动功能的恢复,能使他们重获劳动能力,帮助他们重回工作岗位,实现自我价值,提高患者的人格和尊严。康复理论认为^[7],早期康复训练可促进相关神经细胞的轴突发芽,形成新的突触,通过反复训练,使这些突触建立接近正常功能的新的神经环路网络——突触链,实现中枢神经功能重新组合,同时抑制异常的低位中枢的运动,使其突触链处于受抑制的多阈值状态。综上所述:对脑卒中患者早期给予针对性综合康复护理措施,能明显缩短住院时间,改善患者肌力功能,减少并发症和后遗症发生,提高患者及家人的生活质量和生存质量,对临床护理工作有指导意义。

参考文献:

- [1] 秦娟,郭秀君.良肢位摆放在脑卒中偏瘫患者早期康复护理中的应用进展[J].中华护理杂志,2009,44(5):424-426.
- [2] 卢雪梅.早期康复治疗对脑卒中患者功能恢复的效果观察[J].右江民族医学院学报,2010,32(4):505.
- [3] 曾昭业.卒中单元早期康复治疗临床观察[J].右江民族医学院学报,2013,35(4):466.
- [4] 王芳,田宁.早期康复护理干预对脑卒中偏瘫患者的影响[J].中国实用医学,2013,8(9):192-193.
- [5] 马宇庆.脑卒中患者的心理护理[J].现代医药卫生,2005,10(21):1294.
- [6] 马泽萍.早期康复护理急性脑卒中吞咽障碍患者的疗效观察[J].右江民族医学院学报,2010,32(4):654.
- [7] 袁丽娟.早期康复护理对重型颅脑损伤患者促醒的影响[J].实用临床医学,2008,9(7):122.

收稿日期:2013-12-23;修回日期:2014-01-20

提高新生儿听力初筛通过率的护理干预

廖春华,谭晓露

(广西梧州市妇幼保健院,广西 梧州 543002 E-mail:562517312@qq.com)

摘要:目的 在进行新生儿听力筛查过程中,探讨护理干预提高新生儿听力初筛通过率的有效性。**方法** 对在我院出生的新生儿48~72 h进行听力筛查,2012年1~6月974例,2012年7~12月1126例,前者(对照组)采用常规护理方法,后者(实验组)实施外耳道护理干预。对比两组的初筛通过率、再筛通过率。**结果** 实验组的初筛通过率、再筛通过率与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。**结论** 在新生儿听力筛查工作中通过护理干预能有效提高筛查质量、筛查效率。避免给家长增加不必要的心理压力及经济负担,使筛查工作得以顺利开展。

关键词: 新生儿筛查;听力筛查;护理干预

中图分类号: R473.72

文献标识码: C

文章编号: 1001-5817(2014)01-0159-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.01.097

听力损失是新生儿最常见的出生缺陷之一。目前我国的新生儿听力损失发生率为0.3%~0.5%^[1]。新生儿听力筛查就是通过耳声发射(OAE)这种客观、简单和快速的方法,将可能有听力障碍的新生儿筛查出来,并进一步确诊和追踪观察,使听障儿童能得到早发现、早诊断、早干预、早治疗。随着新生儿听力筛查工作的开展,我们在提高筛查质量不断探索中发现,通过实施护理干预,能提高筛查质量。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2012年1~6月对在我院出生的正常新生儿48~72 h进行听力筛查974例(对照组),2012年7~12月在我院出生的正常新生儿48~72 h进行听力筛查1126例(实验组),未通过者在出院前进行再次筛查,两组新生儿均为出生后48~72 h的正常足月儿。

1.2 方法

1.2.1 检测设备 采用美国GSI(格雷森-斯塔德勒公司)生产的GSI ASI AUDIO screener 畸变产物耳声发射听力筛查仪,诱发畸变耳声发射法的方式进行筛查。

1.2.2 常规护理 对照组实施常规护理,筛查室由一名经过专业培训的技术人员进行操作。初筛在新生儿生后2~3 d进行,在环境噪音 ≤ 35 dB的房间测双耳听力,婴儿在喂饱奶换过尿布后,处于安静或睡眠状态下,根据新生儿耳道大小选择合适的耳塞,将探头放入外耳道开始检查,做完一侧耳朵再做另一侧耳朵,结果以通过和不通过表示。

1.2.3 护理干预 实验组实施外耳道护理干预,测试者在新生儿出生第一天,即对新生儿实施外耳道护理,检查是否有明显的羊水、胎脂等胎性残留物,如果有就用特别制作的细小棉签,小心地将新生儿外耳道内清理干净;同时,嘱咐家属注意暴露外耳道,有利于外耳道羊水、中耳积液的吸收,有利于避免假阳性发生,提高初筛通过率。

1.2.4 听力筛查步骤 在操作前测试者再次检查待测试儿外耳道的洁净程度,待测试儿在安静或熟睡状态下测试。耳廓轻轻向后下方牵拉使耳道变直,选择大小合适型号耳塞,然后将探头密闭的放置在外耳道的1/3处,其细端小孔正对准鼓膜方向;如遇到有些新生儿外耳道结构异常,操作者根据实际情况,调整耳塞放置方法,操作者可一手拇指与食指仍保持耳廓向后下方牵拉姿势,另一手固定好探头后,必须使耳塞能与耳道紧密耦合避免漏气,避免出现假阳性的结果^[2]。观察婴儿检查过程,仪器自动显示结果,如通过,重复测试一次以确认结果的准确性,避免假阴性发生。未通过测试的新生儿,在出院前再次进行筛查;仍未通过者,出生42 d内在听力筛查中心进行新生儿听力复筛。

1.3 资料收集方法 两组新生儿听力筛查工作均由同一名经过专业培训的护理人员,在同一间安静的筛查室进行测试。护理干预也由该护士在宣教过程中进行。测试过程中观察新生儿听力筛查通过的时间,筛查结束后及时准确记录测试结果。本次数据选择为72 h内进行初筛的结果,和未通过者在出院前

再筛的结果。

1.4 统计方法 两组比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

本研究表1显示,实验组采取护理干预后初筛通过率明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。表2显示,出院前对初筛未通过的新生儿听力进行再筛,通过率实验组同样明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表1 不同护理方式对新生儿听力初筛通过率结果比较

组别	n	通过	未通过	初筛通过率(%)
对照组	974	868	106	89.12
实验组	1126	1044	82	92.72

注: $\chi^2 = 15.77, P < 0.01$

表2 出院前对初筛未通过的新生儿听力进行再筛通过率结果比较

组别	n	通过	未通过	再筛通过率(%)
对照组	106	80	26	75.47
实验组	82	74	8	90.24

注: $\chi^2 = 13.96, P < 0.01$

3 讨论

本研究表明,两种测试方法听力筛查通过率比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。护理干预能有效提高筛查质量,降低了假阳性的发生。由于出生后外耳道内有少量羊水及胎脂等胎性残留物滞留会使耳声发射的传入刺激声和传出反应信号衰减或消失,从而导致耳声发射引出信号的减弱或消失,而影响检查的正确率,因此外耳道洁净显得尤为重要。在新生儿出生第一天,即对新生儿实施外耳道护理干预,可以加快外耳道羊水及胎脂等胎性残留物滞留排除,使其通过率明显提高。护理干预可以提高新生儿听力筛查的通过率、降低假阳性率,从而很好地提高了新生儿听力筛查质量,使筛查工作顺利开展。避免给家属和产妇带来不必要的心理压力及经济负担,利于产妇产后恢复。同时也减轻复筛的工作压力。

参考文献:

- [1] 王文敏,王彩.新生儿听力筛查最佳时间和方法[J].中国妇幼保健,2009,24(9):1238-1240.
- [2] 乐伟琼,王智楠,陈平等.影响新生儿畸变产物耳声发射听力筛查结果的因素分析[J].听力学及言语疾病杂志,2009,17(1):18-19.

收稿日期:2013-10-18