

破裂出血的可能机制为微导管、微导丝、微弹簧圈刺破动脉瘤以及高压注射造影剂诱发动脉瘤破裂。为了达到动脉瘤完全栓塞而使微弹簧圈过度栓塞也可能诱发动脉瘤术中破裂。相关文献报道显示,血管内介入术中发生动脉瘤破裂的概率为 1.3%~8.0%,而发生的主要原因为动脉瘤被刺破^[6-7]。本研究中,5 例患者术中发生动脉瘤破裂,占 7.5%,与以上文献报道结果相似。

本研究中 23 例患者于术中出现脑血管痉挛,原因多为术中导管、导丝刺激血管引起,若不及时纠正,则可能发生术后脑梗死。术后患者不可情绪激动及用力大小便,本研究中 1 例患者因术后与人争吵动脉瘤再次破裂出血,经开颅手术,行血管夹闭后,病情转归良好。血管内介入手术处理颅内动脉瘤是一种精细的微创技术,对手术医生、麻醉师、护士之间的配合要求非常高,若忽视手术中的任何一个细小环节都可能导致患者术后出现严重的并发症。因此,术前充分准备、术中严密监测、术后密切观察是保证手术成功的重要因素^[8]。

综上所述,护理人员对血管内介入治疗颅内动脉瘤患者细致的术前、术中、术后护理对保证手术成功具有重要的意义。

参考文献

[1] Lauric A, Safain MG, Hippelheuser J, et al. Intracranial aneurysms; individual in the risk of rupture[J]. Lancet Neurol, 2014, 13(1): 25-27.
[2] Greving JP, Wermer MJ, Brown J, et al. Development of

the PHASES score for prediction of risk of rupture of intracranial aneurysms; a pooled analysis of six prospective cohort studies[J]. Lancet Neurol, 2014, 13(1): 59-66.
[3] Igase M, Igase K, Kohara K, et al. Visit-To-Visit variability in systolic blood pressure is a novel risk factor for the growth of intracranial aneurysms [J]. Cerebrovascular Diseases, 2013, 36(5/6): 401-406.
[4] 陈兴华. 介入栓塞术治疗颅内动脉瘤的护理[J]. 中国伤残医学, 2009, 17(4): 5.
[5] Pereira-Filho AA, Pereira AG, Pereira-Filho N, et al. Long-term behavioral and cognitive outcomes following clipping for incidental unruptured intracranial aneurysms [J]. Neuropsychology, 2014, 28(1): 75-83.
[6] Thomas AJ, Gross BA. Ruptured intracranial aneurysms in young adults: Seeing the forest for the trees[J]. Clin Neurol Neurosurg, 2013, 115(12): 2556.
[7] Oh K, Yc L. Single-session Coil Embolization of Multiple Intracranial Aneurysms[J]. J Cerebrovasc Endovasc Neurosurg, 2013, 15(3): 184-190.
[8] Penn DL, Witte SR, Komotar RJ, et al. The role of vascular remodeling and inflammation in the pathogenesis of intracranial aneurysms[J]. J Clin Neurosci, 2014, 21(1): 28-32.

(收稿日期: 2014-04-10 修回日期: 2014-08-20)

连续性肾脏替代治疗尿毒症脑病的护理*

罗纪聪, 袁发煊, 梁 莉[△](第三军医大学新桥医院肾内科, 重庆 400037)

【摘要】 目的 探讨连续性肾脏替代(CRRT)治疗尿毒症脑病(UE)的护理要点。**方法** 回顾性分析 2009 年 8 月至 2013 年 8 月第三军医大学新桥医院肾内科收治的 40 例 UE 患者的病历资料, 总结 CRRT 治疗 UE 患者的护理要点及治疗效果。**结果** 40 例患者均行 CRRT 治疗, 治愈 35 例, 好转 3 例, 无效 1 例, 放弃治疗 1 例。**结论** 做好 CRRT 治疗 UE 患者的病情观察及各项护理工作促进患者康复的重要保障。

【关键词】 连续性肾脏替代治疗; 尿毒症脑病; 护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.20.058 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)20-2925-03

尿毒症脑病(UE)也称肾性脑病, 是慢性肾功能衰竭患者的严重并发症之一, 主要由尿毒症引起中枢神经系统损伤, 而产生的一系列神经、精神症状。UE 多出现在透析治疗前, 具有发病隐匿、病情危重、病死率高的特点, 是肾内科的危急重症。本院收治的 40 例 UE 患者经连续性肾脏替代治疗(CRRT), 疗效满意, 现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析本院 2009 年 8 月至 2013 年 8 月收治的 UE 患者 40 例, 其中男 19 例, 女 21 例; 年龄 14~72 岁, 平均 40.05 岁。均有慢性肾病史, 其中慢性肾小球肾炎 14 例, 慢性肾盂肾炎 6 例, 高血压肾病 5 例, 糖尿病肾病 5 例, 狼疮性肾炎 4 例, 药物性肾损害 3 例, 多囊肾 2 例, 梗阻性肾病 1 例。规律性血液透析(每周 3 次)24 例, 不规律性血液透析 13 例, 未行血液透析 3 例。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准^[1]: (1) 患者确诊为尿毒症;

(2) 患者血液生化指标无显著改变或突然加重; (3) 患者有明显的神经、精神症状, 主要表现为早期的疲劳、乏力、记忆力减退、性格改变等, 随着病情发展, 患者可出现昏迷、肌肉痉挛、抽搐等症状; (4) 排除其他引起神经、精神症状的可能。排除有药物中毒及精神疾病患者。患者均对本研究签署知情同意书, 并报医院伦理委员会批准。

1.3 临床表现 40 例患者中, 24 例为癫痫大发作, 均为阵发性发作, 无持续状态出现; 9 例为局灶性癫痫, 发作为四肢和(或)头颈部小抽搐, 有短暂意识丧失; 7 例表现为抑郁、幻觉、妄想、思维紊乱、自杀行为、狂躁、伤人毁物等精神症状。患者脑电图检查结果均异常, 多见额顶部占优势的高波幅慢波, 均可见棘波、棘-慢波、尖-慢波或各种频率范围的发作性高波幅放电。

1.4 护理方法

1.4.1 神志观察 UE 患者早期无特异性表现, 容易漏诊, 因

* 基金项目: 重庆市科委科技攻关计划项目(2011C236)。

[△] 通讯作者, E-mail: shen_39@163.com。

此要多加巡视,注意观察患者的生命体征、精神、性格、行为、意识和瞳孔的改变。判断患者计算力和定向力的变化,一旦发现异常表现及时向医生反馈。同时,注意深部肌腱反射及各种病理反射变化,并做神经系统与神经电生理检查,以便与脑水肿、颅内出血、高血压脑病等鉴别^[2]。

1.4.2 安全管理 一旦发现 UE 患者出现谵妄、抽搐、昏迷、癫痫样发作时,立即给予高流量吸氧以防脑缺氧。去枕平卧,松开衣领,并将患者头偏向一侧,保持呼吸通畅。合理使用开口器和舌钳,抽搐时在上、下白齿处放入裹有纱布的压舌板,以防咬伤舌头。避免用力按压肢体,防止外伤^[3]。备好负压吸引装置,及时清除呼吸道分泌物,防窒息。遵医嘱酌情使用镇静剂。不可强行喂水、喂药,以免引起窒息。移走身边危险物,以免抽搐时造成自伤或他伤,加床挡,必要时使用约束带^[4]。防止管道脱出或非计划性拔管,内瘘侧肢体的约束不可采取常规的约束方法,以免肢体长时间受压导致内瘘闭塞。条件允许可留一个家属床旁陪护。做好病情记录,记录好抽搐持续时间、患者的表现、采取的措施及效果。

1.4.3 血液循环与呼吸观察 治疗过程应密切观察循环管路的颜色变化,动静脉壶壁滤网有无凝血块及小泡沫,动脉压力、静脉压力是否正常。若动脉压持续升高则提示灌流器内阻力增加,若静脉压持续升高则提示滤网堵塞或血管内凝血^[5],需及时处理,必要时更换滤器,以免导致严重后果。充分、安全的抗凝是保证 CRRT 质量的关键。然而重症患者常合并凝血机制异常,在治疗中应密切观察患者的鼻腔、牙龈、尿液、消化道有无出血,治疗完毕注意对穿刺点进行适当压迫,必要时用等量鱼精蛋白中和肝素^[6]。CRRT 时应用大量置换液,操作全程严格遵循无菌操作原则。治疗中观察患者有无发热、胸闷等症状,如果患者 CRRT 过程中出现体温升高,常考虑管路感染或原有感染灶在血液透析过程中经血液循环出现播散。此时应立即停止血透,拔出导管并进行管路细菌培养,根据药敏结果给予抗菌药物治疗。若出现胸闷等呼吸困难的症状,应分析呼吸困难产生的原因,并采取相应的处理措施。

1.4.4 基础护理 保持患者口腔、会阴、皮肤的清洁,勤换内衣裤,注意环境卫生,定时通风换气,保持室内环境安静、限制人员探视。协助患者翻身,避免皮肤长时间受压,预防褥疮发生。尿素等代谢产物沉积所致的皮肤瘙痒,可用温水清洗,切忌用手抓伤皮肤,防止感染。

1.4.5 指导合理饮食 尿毒症患者为慢性消耗性疾病,且发生抽搐时消耗大量体力,因此,必须保证患者的能量供应,给予高蛋白、高热量、高维生素饮食。对于昏迷患者,可通过静脉注射高能营养液或采用胃管鼻饲法提供维持生命所必需的能量,改善患者全身营养状况。

1.4.6 心理护理 UE 患者均有不同程度的意识障碍,对于意识尚清醒的患者应对疾病的诊断、治疗及预后做耐心的解释,以取得患者的配合^[7]。护理人员应积极与患者进行交流,了解患者的心理变化,对患者的疑问给予及时解答,稳定患者情绪^[8]。对合并意识障碍的患者,用通俗易懂的语言告知家属 UE 的病因、症状、各项治疗及护理的作用,以及注意事项,以取得家属的配合,调动家庭和社会的力量给予患者支持。

2 结 果

40 例 UE 患者一经确诊即行连续性血液透析滤过(CV-VHDF),隔日 1 次,症状严重者每日 1 次,经 5~6 次后均临床缓解,治愈 35 例,好转 3 例,无效 1 例,放弃治疗 1 例。1 例治疗无效患者主要表现为烦躁、意识不清等精神症状,经过 11 次 CVVHDF 及 2 周的血液透析,症状无缓解而自动出院。1 例

患者放弃治疗,患者主要表现为癫痫大发作,且发作频繁,间隔时间短,患者因经济原因而放弃治疗。

3 讨 论

UE 早期表现为注意力不集中、嗜睡、失眠,随后发生轻度行为异常、记忆力减退、判断错误,伴有呃逆、抽搐、肌肉颤动或痉挛等神经肌肉兴奋症状,晚期表现为抑郁或躁狂、幻觉、精神错乱等精神症状,患者常失去保持固定姿势的能力、出现肌阵挛、扑翼样震颤和舞蹈征,严重者出现癫痫发作、木僵和昏迷。目前认为有 20 余种毒性物质与 UE 发病有关,按其相对分子质量大小可分为小分子物质、中分子物质和大分子物质,其中中分子物质被认为在并发 UE 中起着主要作用^[9]。

目前本院采用 CRRT 治疗 UE,以清除毒素,纠正水电解质、酸碱平衡失调。在 UE 患者的护理过程中,应注意以下几点:(1)密切观察患者病情变化,及早发现异常并进行处理。(2)对有脑病征象或出现脑病表现的患者,床旁备齐开口器、舌钳、纱布包裹的压舌板、电筒、吸痰装置、抢救药品及物品、约束带等,移走身边危险物品,加床栏。(3)医护人员之间有效配合,做到忙而不乱,有序救治。(4)CRRT 治疗过程应做到操作熟练,无菌操作,保护好透析通路,留置导管患者防止脱管或拔管,内瘘患者防止脱针或内瘘闭塞。(5)做好心理护理。在对尿毒症脑病患者进行护理时,应在常规护理的基础上加强心理护理,从而有效改善护理质量,保证临床治疗效果^[10]。(6)健康指导。对于痊愈、准备出院的患者,向患者及家属进行全面的健康知识讲解,使患者和家属对该病的发病机制、症状、日常护理、注意事项有充分了解。指导家属在患者癫痫发作时,让患者平卧头应偏向一侧,保持呼吸道通畅,必要时用软物置于口腔内防止舌咬伤和窒息,如发作时间长,经应急处理后送医院救治。限制患者日常生活中的活动场所,如禁止患者在高处、池塘边、游泳池等场所逗留;外出时最好有人陪伴,禁止开车等^[11]。嘱患者定期门诊复查,以保证对复发现象早发现、早治疗,并为其提供 UE 相关的资料^[12]。对出院患者进行特别饮食指导,严格控制水分和盐的摄入,但不可盲目低盐、戒盐;避免使用肾毒性强的药物。

综上所述,全面的护理对 CRRT 治疗 UE 患者有着重要的意义,是促进患者康复的重要保障。

参考文献

- [1] 左力. 对高通量透析临床效果的认识[J]. 中国血液净化, 2010,9(1):5.
- [2] 陈芝伊. 慢性肾衰竭合并尿毒症脑病的护理体会[J]. 现代中西医结合杂志, 2011,20(28):3620-3621.
- [3] 王琪. 联合血液净化治疗尿毒症脑病患者的护理[J]. 现代中西医结合杂志, 2010,19(13):1656-1657.
- [4] 梁美娟. 尿毒症患者并发脑病癫痫样发作的护理[J]. 中国医药导刊, 2010,12(8):1407-1408.
- [5] 徐刚,林萍,蒋挺英,等. 血硒与维持性血液透析患者甲状腺功能的关 系[J]. 中国血液净化, 2006,5(3):128-131.
- [6] 包娅. 血液灌流联合血液透析治疗头孢菌素致尿毒症脑病的观察与护理[J]. 护士进修杂志, 2012,27(22):2062-2063.
- [7] 刘莎,刘文虎. 血液灌流技术应用与进展[J]. 中国血液净化, 2008,7(11):618-621.
- [8] 朱焕娣,李佛兰,管保章,等. 尿毒症合并抗菌药物脑病患者血液滤过治疗的护理[J]. 广州医学院学报, 2010,38(2):90-92.

- [9] 蒋在峰. 血液透析联合血液灌流治疗 48 例尿毒症的疗效观察[J]. 中国现代医学杂志, 2010, 20(22): 3459-3461.
- [10] 许正华, 王淑艳, 许正波. 尿毒症性脑病患者危险因素的特点分析及护理对策[J]. 中国医药指南, 2013, 11(16): 738-739.
- [11] 吴婷婷, 吴俊, 周伟伟, 等. 癫痫的护理指导及健康教育[J]. 医学信息, 2013, 26(25): 364-364.
- [12] 王玫. 血液净化治疗尿毒症脑病病人的临床护理体会[J]. 护理实践与研究, 2011, 8(17): 71-72.

(收稿日期: 2014-01-20 修回日期: 2014-06-15)

冰生理盐水口腔护理对脑卒中伴吞咽障碍患者的临床疗效^{*}

谭佳容, 刘 丽[△] (重庆市綦江区人民医院神经内科 401420)

【摘要】 目的 观察冰生理盐水口腔护理对脑卒中吞咽困难患者的疗效。**方法** 选择綦江区人民医院 2012 年 11 月至 2013 年 6 月收治的脑卒中后吞咽障碍患者 161 例为研究对象, 按时间顺序随机分为治疗组和对照组, 治疗组 82 例, 对照组 79 例。两组患者基础康复治疗相同, 治疗组同时采用冰生理盐水口腔护理, 治疗 2 周后观察吞咽困难改善情况。**结果** 治疗组显效 34 例, 有效 40 例, 总效率 90.2%; 对照组显效 16 例, 有效 38 例, 总有效率 68.4%, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 结合冰生理盐水口腔护理刺激可明显改善脑卒中后吞咽障碍程度, 缩短患者住院时间。

【关键词】 冰盐水; 脑卒中; 吞咽功能障碍
DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.20.059 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)20-2927-02

脑卒中是当今危害人类生命健康最主要的疾病之一, 据世界卫生组织估计, 到 2030 年中国脑卒中的年发病数将是目前的 3 倍。吞咽障碍是脑卒中常见的并发症, 其发病率为 25%~50%^[1]。吞咽障碍可引起营养不良、脱水、心理障碍、吸入性肺炎、窒息等, 是导致脑卒中患者生存质量下降、病死率升高的重要因素之一^[2], 增加了患者的身体和经济负担。因此, 如何加强护理干预提高脑卒中患者生活质量, 尽早恢复经口进食, 保证营养物质供给, 减少并发症的发生是值得关注的问题。为此, 本科室从 2012 年 11 月至 2013 年 12 月对脑卒中吞咽障碍患者进行研究, 在原有心理护理干预、摩擦干预、空吞咽训练、伸舌训练、发音训练、喉上提训练、改变进食姿势、调整饮食等措施的基础上, 采用冰生理盐水及冰冻生理盐水棉签刺激咽喉部进行康复训练, 观察吞咽功能恢复情况。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2012 年 11 月至 2013 年 6 月收治的脑卒中后吞咽障碍患者 161 例作为研究对象, 均符合第四届脑血管疾病学术会议制定的诊断标准。选择神志清楚, 听力、理解力正常, 能遵从吞咽伸舌训练的患者。按入院的时间顺序分为治疗组 82 例和对照组 79 例, 治疗组中男 38 例, 女 44 例, 年龄 56~76 岁。对照组中男 40 例, 女 39 例, 年龄 55~77 岁。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 两组患者基础治疗及护理方案相同, 包括脑卒中一般药物治疗和常规护理, 操作前取下活动义齿, 如患者喉部痰液较多, 应鼓励患者深吸口气后用力咳嗽, 及时清除咽喉部痰液和口腔内唾液^[2]。对照组采用张口训练、口唇包住鼓气训练、伸舌训练、舌舔口角、围绕牙齿打圈、发音等训练, 被动-主动的颈部旋转训练、空咀嚼或嚼口香糖^[3]、捏住喉结做空吞咽动作、指导患者发音等康复护理。治疗组在对照组的基础上采用冰生理盐水促进脑卒中吞咽障碍患者的恢复。患者取坐位

或半坐位, 先用 1~4 ℃ 冰生理盐水做口腔护理, 进行口腔护理时, 鼓励患者伸舌、卷舌, 舔下唇、左右口角, 舌围绕牙齿打圈, 上下牙齿空咀嚼 10 次。再用生理盐水或冰冻棉签(把包装完好的棉签剪开, 向棉签内注入 10~20 mL 生理盐水, 把棉签平铺开, 浸湿棉签棒棉花端, 放置于冰箱冷冻室, 放置 3 h 以后棉签上结成冰棒)触及患者的后腭弓、软腭、腭弓、咽后壁及舌后根等 5 个部位涂擦刺激^[4], 每个部位涂擦 10 下。然后用另一支棉签刺激咽喉部, 诱发患者呕吐反射, 使舌被动向外伸展, 患者舌不能向外伸时, 用压舌板舌钳牵拉协助舌运动, 再嘱患者做空吞咽动作。以上过程为一轮, 共做 6 轮, 上下午各一次, 康复刺激的时机选择在空腹或餐后 2 h 后进行^[5]。训练后休息 10 min, 根据患者吞咽功能情况, 给予冰生理盐水, 每口量从 3~4 mL 开始嘱其吞咽, 根据患者情况掌握一口量, 量过少, 刺激强度不够, 不能诱发吞咽反射; 量过多则造成口腔控制困难, 从口角漏出或引发呛咳。当出现呛咳时, 立即扶患者弯腰低头, 使下颌靠近胸前, 在患者肩胛骨之间快速连续拍击, 迫使食物残渣咳出, 或站在患者背后, 将手臂绕过胸阔下双手指交叉, 对横膈施加一个向上猛拉的力量, 由此产生的一股气流经过会厌, 使误吸的食物呛出^[6]。两组患者均以每 2 周为评价疗效的阶段。

1.3 判断标准 根据洼田饮水试验: I 级(优)能 1 次饮完 30 mL 常温水, 无呛咳、停顿。II 级(良)分 2 次饮完, 无呛咳、停顿。III 级(中)能 2 次饮完但有呛咳。IV 级(可)即使分 2 次或 2 次以上饮完也有呛咳。V 级(差)屡屡呛咳, 难以全部饮完^[7]。藤岛一郎疗效评价标准^[8]: 吞咽困难症状明显改善, 饮水研究达到 I 级或原来的基础上提高 3 级, 进食量明显增加, 进食时间明显缩短为显效。吞咽困难有所改善, 饮水研究达到 II 级或原来的基础上提高 2~3 级, 进食量增加, 进食时间缩短为有效。吞咽功能无改善, 饮水研究达到 III 级及以上, 喝水呛咳, 须鼻饲管维持营养为无效。

^{*} 基金项目: 重庆市綦江区科委项目(2013212)。

[△] 通讯作者, E-mail: 965540168@qq.com。