

- [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。

1.4 判断方法 患者入院后第 2 天由责任护士根据洼田饮水试验完成情况对患者吞咽功能进行初步评估,通过治疗与康复训练,2 周后还是由同一责任护士根据洼田饮水试验、藤岛一郎疗效评价标准,对患者再次进行吞咽功能评估,以判断患者经康复训练后所达到的疗效等级^[9]。总有效率=显效率+有效效率。

1.5 统计学处理 采用 SPSS16.0 软件对数据进行统计学分析,计数资料采用百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $\alpha=0.05$ 为检验水准, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

治疗 2 周后,治疗组吞咽功能显效 34 例,有效 40 例,无效 8 例,总效率 90.2%;对照组显效 16 例,有效 38 例,无效 25 例,总有效率 68.4%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨 论

脑卒中患者给社会和家庭经济带来了巨大的经济负担。而吞咽障碍是脑卒中患者常见的并发症,轻者影响发音和营养摄入,重者造成患者营养不良、吸入性肺炎甚至窒息。目前多数患者通过急性期住院治疗便出院,出院后护理由家属完成,由于缺乏相关疾病知识和护理技能,容易导致患者窒息、胃管滑脱、吸入性肺炎等。如何提高脑卒中后吞咽障碍患者的生存质量,减少并发症,减少留置胃管的时间,成为神经内科医护人员面临的挑战。采取护理措施干预脑卒中患者的吞咽功能,尽可能让患者经口进食,使患者建立吞咽功能,可减少并发症的发生。

正常吞咽过程分为口腔期、咽喉期、食管期 3 个阶段。口腔期需要舌尖向上运动,舌体从前向后推送,食团推向口腔后部,同时软腭抬高,舌后部下降,舌根前移,食团进入咽部。咽喉期是高度自主的过程,咽喉部肌肉按照顺序自主收缩,形成食物的通行通道;食管期是通过食管平滑肌和横纹肌的收缩产生蠕动波把食团推入胃内。与吞咽有关的神经又包括面神经、三叉神经、舌下神经、舌咽神经、颈髓 1~4 节段,脑卒中累及这些部位和结构时,都可能出现吞咽困难。脑卒中引起的吞咽障碍主要表现为随意性舌运动开始时间延迟,与吞咽有关的肌肉运动协调性降低,进行吞咽功能训练可防止咽下肌群发生失用性萎缩,提高舌和咀嚼肌的运动和吞咽反射的灵活性^[10]。

关于吞咽困难的训练包括张口训练、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,被动-主动的颈部旋转训练、空咀嚼或嚼口香糖^[4]、捏住喉结做空吞咽动作、指导

患者发音等康复护理。由于人体舌尖前部对咸味特别敏感,使用冰盐水作口腔护理可刺激舌尖味蕾纤维和内脏感觉纤维产生冲动,同时冷刺激吞咽神经产生反射,使触发反射区域变敏感,并通过舌部和喉部运动,促进吞咽反射弧恢复,防止咽部肌肉发生失用性萎缩,提高吞咽反射的功能,从而减轻吞咽困难症状。本研究结果显示,治疗组吞咽功能显效 34 例,有效 40 例,无效 8 例,总效率 90.2%;对照组显效 16 例,有效 38 例,无效 25 例,总有效率 68.4%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。说明通过口腔护理刺激后吞咽功能状况有明显改善。

综上所述,用冰生理盐水对脑卒中吞咽功能障碍进行干预,可明显改善吞咽困难程度,对恢复患者口腔进食,提高患者生活质量具有一定的意义。

参考文献

- [1] 杨蓉,周东. 神经内科护理手册[M]. 北京:科学出版社, 2011:283.
- [2] 马颖,刘红. 卒中后抑郁的发病机制[J]. 国外医学·老年医学分册,2009,30(3):138-139.
- [3] 马新桥. 脑卒中吞咽功能障碍早期两种康复护理方法的比较[J]. 中国实用神经疾病杂志,2011,10(14):82-83.
- [4] 张启东,王晓青,耿永梅. 脑卒中吞咽功能障碍的康复治疗[J]. 中国康复,2011,2(26):16.
- [5] 谢昆玲. 电针配合开窍利咽冰棒治疗脑卒中后吞咽困难的临床研究[J]. 中国医药指南,2011,12(9)437-438.
- [6] 殷永梅. 早期康复护理干预对脑卒中吞咽功能障碍患者的影响[J]. 实用心脑血管病杂志,2012,10(20):1724-1725.
- [7] 陈晓玲,符俏. 吞咽功能训练在脑卒中后吞咽障碍患者中的应用[J]. 海南医学,2011,8(11):123-124.
- [8] 李银玲,刘秀芳. 急性脑卒中吞咽功能障碍患者的康复护理[J]. 基层医学论坛,2012,8(16):3202-3203.
- [9] 王拥军. 卒中单元[M]. 北京:科学技术文献出版社, 2004:258.
- [10] 贾建平. 神经病学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社, 2008:6.

(收稿日期:2014-01-04 修回日期:2014-05-26)

儿科危重症患儿心理护理探讨

杨玉芳,张舒梅,黄凌雁(广州医学院附属深圳沙井医院儿科,广东深圳 518104)

【摘要】 目的 探讨儿科危重症患儿心理护理的临床效果。**方法** 选择广州医学院附属深圳沙井医院儿科 2011 年 10 月至 2013 年 2 月收治的 224 例危重症患儿,按照护理方法分为观察组和对照组,每组各 112 例。对照组采用常规心理护理干预,观察组采用针对性心理护理干预,比较两组患儿的心理行为反应和护理满意度。**结果** 护理前,两组患儿的心理行为反应相当。护理后,观察组分离性焦虑率为 16.1%、控制感丧失率为 8.9%,疼痛率为 20.5%,明显低于对照组的 28.6%、21.4%和 54.5%,差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组护理满意度为 86.6%,明显高于对照组 57.1%,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 针对危重症患儿心理特征予以针对性护理干预有助于改善心理行为,可提高护理满意度。

【关键词】 危重症患儿; 针对性心理护理; 心理行为; 护理满意度

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.20.060 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)20-2928-03

危重症患儿需要及时进行全面、持续、系统和严密的监护和救治^[1-2]。危重症患儿需要全天 24 h 监护,不但承受疾病带