

· 临床探讨 ·

语前聋儿童人工耳蜗植入术围术期健康教育模式研究

黄 珏

(上海市第六人民医院 200233)

摘要:目的 探讨系统化健康教育对接受人工耳蜗植入术的语前聋患儿听觉康复及生活质量的影响。方法 选取2013年1月至2014年12月该院收治的37例接受人工耳蜗植入术的语前聋患儿作为研究对象,根据随机数字表将患者纳入观察组($n=19$)及对照组($n=18$),对照组给予常规护理,观察组在常规护理的基础上给予系统化健康教育。分别于术前及术后半年,应用听觉整合问卷(MAIS)以及简易健康量表(SF-36)对患儿听觉康复及生活质量进行评估,术后半年使用听觉行为分级标准(CAP)、言语可懂度分级标准(SIR)评估所有患儿的听觉和言语康复情况。结果 两组患儿在治疗后半年 MAIS 评分及生活质量评分均较治疗前显著改善($P<0.05$)。观察组在手术后 MAIS 总分、信心分、警觉分、意义分以及生理功能、生理职能、情感职能、社会功能、精神健康及总体健康评分均显著高于对照组($P<0.05$)。观察组患儿术后 CAP 分级优于对照组($P<0.05$),但 SIR 分级无显著差别($P>0.05$)。结论 系统化健康教育能有效改善人工耳蜗植入术患儿的听觉康复及生活质量。

关键词:系统化健康教育; 人工耳蜗植入术; 听觉康复; 生活质量

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.17.041 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2016)17-2508-03

我国听力障碍人口为2 057万,其中重度耳聋患者300万,儿童耳聋患者约80万,并以3万/年的速度递增^[1]。人工耳蜗植入作为双耳极重度耳聋唯一有效的治疗方法,在耳科临床被日益广泛应用。目前全球范围内对耳蜗植入手术的年龄不断减小,儿童早期植入的围手术期风险相对于其他年长儿童有其特殊性^[2]。积极改善接受人工耳蜗植入术的患儿认知功能,对提高患儿生活质量,促使患儿尽早回归社会具有重要的意义^[3]。近年来,随着“生物-社会-心理医学”模式的发展,社会心理因素对患者生命质量及疾病康复所起到的作用越来越受关注^[4]。疾病不仅需要系统化的治疗,同时需要系统化的健康教育改善其治疗后的康复效果。因此,为了探索系统化健康教育对接受人工耳蜗植入术患儿听觉康复及生活质量的影响,本研究于2013年1月至2014年12月对接受人工耳蜗植入术的患儿进行了随机对照研究,并取得一定的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2013年1月至2014年12月本院收治的37例接受人工耳蜗植入术的患儿作为研究对象,所有受试者均无肝肾功能不全、精神障碍等疾病,家属均签署知情同意书。根据随机数字表将患者分为观察组及对照组;对照组共18例,男10例、女8例,年龄1岁7月至5岁5月,平均(3.4±0.7)岁,病程1~5年,平均(2.5±1.2)年;观察组共19例,男11例、女8例,年龄1岁5月至5岁5月,平均(3.2±0.8)岁,病程1~5年,平均(2.8±1.3)年。两组患者性别、年龄、病程、行为测听结果及Griffith精神发育量表评分差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组给予常规护理宣教,包括入院介绍、住院期间健康指导及出院指导。观察组在对照组基础上给予系统化健康教育,具体如下。(1)认知宣教:向患儿家属讲解疾病发生的原因、临床表现,告知患儿家属病房环境、主管医生、责任护士情况及医院相关管理规章制度。同时向患儿家属发放健康教育量表,量表包括患儿饮食健康指导、常见临床并发症处理措施、相关辅助检查项目及日常生活注意事项。同时评估患儿病情,并向患儿及其家属讲解疾病治疗方案,治疗注意事项、可能出现的不适反应及应对措施,提高患儿家属对疾病的认知水平。(2)心理认知:采用症状自评量表(SCL-90量表)对患儿及其家属心理状况进行评价,对于SCL-90评价阳性的患儿及家

属应对其进行心理及情绪干预,如让患儿观看趣味动画及参加趣味儿童游戏消除患儿由于疾病对其心理产生的不良影响。对于患儿家属则多与其进行交谈,耐心解答家属的问题,并对家属进行心理疏导,鼓励家属将心中的不良情绪宣泄出来。提高患儿及其家属治疗的信心,使患儿及其家属获得足够的社会支持,提高康复治疗信心。(3)行为教育:向患儿进行饮食、休息、用药及行为生活方式指导,并采用讲解、示范、发宣传单及宣传栏等方式提高患儿及其家属对疾病的认知。由受过专业培训的护士组成健康教育小组,在患儿入院当天对其病情进行评估,入院前3d每天早、晚对患儿病情进行2次评估,而后改为每天1次进行评估,根据评估结果对患儿进行个体化治疗。(4)跟踪护理:参考人工耳蜗术后言语训练的原则^[5],在患儿出院后,平均每月电话随访一次,与患儿家长进行沟通,提醒家长在听觉训练中强调通过“听”来康复、学习,合理应用视觉、触觉等方法促进患儿听觉和语言功能发展;设定合理的发展目标,坚持鼓励的原则,提高对患儿的耐心程度,舒缓患儿紧张心态,避免过高或过低的期望等不合理目标带来的负面影响;听力训练要与语言训练相结合,不分先后;提醒家长定期评估患儿的康复情况,合理制定下一步训练计划。在治疗前及术后6月,使用听觉整合问卷(MAIS)及简易健康量表(SF-36)评估所有受试者的听觉功能及生活质量,在术后6月使用听觉行为分级标准(CAP)、言语可懂度分级标准(SIR)评估所有受试者的听觉和言语康复情况。

1.3 评价 所有受试者均在治疗前及术后6月接受听觉功能和生活质量评估,在术后6月接受CAP分级和SIR分级评估。(1)听觉及言语康复评估:在术前及术后6月由调查者使用MAIS问卷进行患儿听觉功能评估,该问卷包括10个开放式的问题,每个问题采用0~4分的五级计分方法,分别对患者使用助听设备的情况、声音的觉察能力和对声音的理解能力3个方面进行调查;问卷又可以分为3个维度,其中1~2题属于“信心”维度,第3~6题属于“警觉”维度,第7~10题属于“意义”维度。在术后6月,由最熟悉患儿情况的家长使用CAP标准和SIR标准对患儿进行听力及言语康复评估。CAP标准,分为8级:8级为能使用电话与熟悉的人进行交流;7级为不借助唇读即可与人交谈;6级为不借助唇读即可理解常用的短句;5级为不借助唇读能够辨别一些言语声;4级为能够辨认环

境声音;3 级为对言语声能够做出反应;2 级为能够感知环境声音;1 级为不能感知环境声音。SIR 标准,共分 5 级:5 级为连贯言语可被所有人听懂,在日常语言环境下儿童可以轻易听懂;4 级为连贯言语可被不具备聆听聋人言语经验的人听懂;3 级为连贯言语需要听者集中注意力并结合唇读方可被听懂;2 级为连贯言语可懂,但听者主要是通过个别词语并借助语境和唇读提示理解其语言;1 级为连贯言语不可懂,口语中的单词只有手术之前可懂的单词能被识别,主要交流方式为手势或手势。(2)生活质量:两组患者分别于入院时及出院时采用 SF-36 对两组患者生存质量进行评价,该量表 8 个维度分为生理健康领域(包括生理机能、躯体疼痛、总体健康、生理职能)和心理健康领域(包括社会功能、情感职能、精神健康、精力)共 36 个条目,采用累计各维度得分法记录患者得分,分值越高患者生存状况越好。各维度得分 0 分为最差,100 分为最好。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 数据软件对数据进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较使用配对样本 t 检验或独立样本 t 检验进行比较, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患儿干预前后听觉功能对比 在术后半年,两组患儿的听觉言语功能均较术前显著改善,并且观察组患儿听觉功能的改善优于对照组($P < 0.05$),见表 1;术后 6 月,观察组患儿 CAP 分级优于对照组($P < 0.05$),而两组患儿 SIR 分级无显著差别($P > 0.05$),见表 2。

2.2 两组患儿治疗前后生活质量对比 观察组和对照组患儿

术后生理功能、生理职能、情感职能、社会功能、身体疼痛、活动、精神健康及总体健康评分均较术前显著提高,并且观察组的改善优于对照组($P < 0.05$),见表 3。

表 1 两组治疗前后听觉功能改变情况(分, $\bar{x} \pm s$)

时间	组别	总分	信心分	警觉分	意义分
治疗前	观察组	18.3±4.3	5.31±0.4	7.69±1.9	5.08±1.9
	对照组	18.6±4.4	5.27±0.3	7.73±2.1	5.10±1.4
	<i>t</i>	-0.21	0.34	-0.06	-0.04
	<i>P</i>	0.84	0.73	0.95	0.97
治疗后 6 月	观察组	31.1±3.2*	6.7±0.5*	13.1±1.5*	11.3±1.5*
	对照组	27.9±3.1*	5.9±0.4*	11.7±1.6*	10.2±1.4*
	<i>t</i>	3.09	5.36	2.75	1.06
	<i>P</i>	0.004	<0.001	0.009	0.027

注:与同组治疗前比较,*: $P < 0.05$ 。

表 2 术后半年两组 CAP 和 SIR 分级比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	CAP	SIR
观察组	4.9±0.7	2.2±1.0
对照组	4.4±0.6	2.3±1.1
<i>t</i>	2.33	0.29
<i>P</i>	0.026	0.774

表 3 两组患者干预后生活质量对比($\bar{x} \pm s$)

时间	组别	生理功能	生理职能	情感职能	社会功能	身体疼痛	活动	精神健康	总体健康
治疗前	观察组	62.33±3.98	65.52±4.39	64.25±4.23	64.96±5.02	65.02±4.85	65.78±4.96	66.25±5.36	65.78±4.98
	对照组	61.98±4.12	66.22±3.96	65.25±4.19	65.25±5.12	64.98±4.92	65.23±5.22	65.98±4.96	66.02±5.23
	<i>t</i>	0.112	0.152	0.145	0.139	0.128	0.119	0.128	0.162
	<i>P</i>	0.785	0.693	0.587	0.569	0.558	0.536	0.548	0.563
治疗后 6 月	观察组	82.36±8.12*	79.36±5.48*	81.22±5.02*	82.36±4.96*	83.22±4.69*	81.79±3.77*	82.98±4.78*	83.04±4.69*
	对照组	71.42±3.98	61.42±3.77	71.06±4.89	70.23±5.44	71.45±6.02	72.39±5.42	70.22±3.99	71.55±3.99
	<i>t</i>	6.123	6.982	6.104	6.721	6.402	6.812	6.742	6.232
	<i>P</i>	0.004	0.000	0.004	0.000	0.002	0.000	0.000	0.003

注:与同组治疗前比较,*: $P < 0.05$ 。

3 讨 论

手术给小龄儿童带来的不安全因素明显大于其他年龄组患者,全麻术后反应差,发生各类意外伤害如跌倒、摔伤、坠床的危险性较大,并且由于患儿为语前聋,认知能力更差,不能描述各种主观感受^[6]。研究表明,患儿年龄尚小,治疗过程中容易出现抗拒的情绪,容易导致家属存在焦虑、抑郁的情绪^[7],使得其对疾病缺乏治疗信心,从而消极治疗甚至放弃治疗,影响患儿病情的康复及预后^[8]。患儿由于年龄较小,对疾病的治疗依从性容易受家属的影响,因此家属对疾病的认识程度可直接影响患儿治疗信心及态度^[9]。

系统化健康教育是一项有计划、有目标、有组织、有评价的综合性教育活动^[10]。通过对患者实施系统化健康教育可提高患儿及其加速对疾病的认识,有利于提高患儿家属对疾病的正确认识,增强其后续治疗的信心^[11]。通过对患儿及其家长进行心理疏导可改变其不良的情绪,树立其正确治疗的观念,从

而提高其治疗信心,可促进护患间交流,提高患儿及其家属对护士的信任感,使得其更好地配合治疗。此外,系统化健康教育通过跟踪护理,提高患儿家长对患儿术后护理及康复训练的重视程度,有助于巩固和提升手术的治疗效果。本研究中,观察组和对照组患儿在术后半年听觉功能及生活质量评分均较术前显著改善,证实了人工耳蜗植入手术的疗效;但是,与对照组相比,观察组患儿术后的 MAIS 评分以及 CAP 分级更高($P < 0.05$),提示系统化健康教育能有效巩固和促进人工耳蜗植入术的听觉康复疗效。这与系统化健康教育可消除人工耳蜗植入术患儿不良情绪,促进护患间感情,提高患儿及其家属治疗配合度,增强患儿信心,保持手术治疗和术后护理的连贯性有密切的关系。此外,观察组和对照组患儿术后 SIR 分级无显著差别,这可能与接受手术的平均年龄偏小、术后随访时间较短,患儿言语发育尚不明显有关。这些研究结果显示系统化健康教育可提高人工耳蜗植入术患儿生活质量,这与刘芝红

等^[12]研究的结论一致,进一步提示系统化健康教育可改善患儿预后,有利于促进患儿身心健康及恢复正常的社会功能。

总之,本研究提示系统化健康教育能有效改善人工耳蜗植入术患儿听觉功能,提高患儿生活质量。但由于患儿年龄及患儿家属文化水平存在差异,因此对患儿及其家属实施系统化健康教育时责任护士应根据个体化差异对其实施针对性健康宣教,如对于年长的患儿可采用简单易懂的语言与患儿沟通,提高患儿对疾病的认识,对于年幼的患儿则加强对其家属宣教,同时对于文化水平低的家属应反复对其进行讲解,以提高系统化健康教育的效果。此外,本研究的随访时间较短,观察样本量较少,有待进一步的大样本研究以评估系统化健康教育的长期效果。

参考文献

[1] 陈越,陈绩,连瑶. 儿童人工耳蜗植入术 48 例围手术期的护理[J]. 现代医药卫生, 2011, 27(20): 3075-3076.

[2] 刘霞,赵慧莉,宋诗弦. 儿童人工耳蜗植入术的护理研究进展[J]. 护理学杂志, 2014, 29(10): 94-96.

[3] 章玉菊,杨丽华,张华. 儿童人工耳蜗植入术 502 例护理配合[J]. 齐鲁护理杂志, 2014(14): 40-41.

[4] 周颖,周静,李琦. 儿童微创人工耳蜗植入术的手术护理·临床探讨·

[J]. 重庆医学, 2014(5): 636-638.

[5] 中华医学会耳鼻咽喉科学分会,《中华医学会耳鼻咽喉科杂志》编辑委员会. 人工耳蜗植入工作指南[J]. 中国听力语言康复科学杂志, 2004, 39(3): 58-61.

[6] 邱柳菊,刘藏平. 2 例人工耳蜗植入术围手术期的护理体会[J]. 中国临床护理, 2011, 3(5): 419-420.

[7] 牟亚. 12 例语前聋儿人工耳蜗植入术的护理体会[J]. 延边医学, 2015(3): 66-68.

[8] 石张霞,穆燕. 22 例小儿人工耳蜗植入术的手术护理[J]. 安徽卫生职业技术学院学报, 2011, 10(1): 64-65.

[9] 于亚君. 人工耳蜗植入术的围手术期护理[J]. 中国中医药咨讯, 2011, 3(21): 163.

[10] 黄秋菊,黎菁,陈文君,等. 针对性心理护理干预对人工耳蜗植入术后患儿依从性的影响[J]. 海南医学, 2013, 24(5): 770-771.

[11] 刘迎,林晨晔,万艺. 儿童人工电子耳蜗植入术的护理体会[J]. 中国临床医学, 2014(6): 730-731.

[12] 刘芝红,嵩丽梅,胡凤芝,等. 人工耳蜗植入术护理[J]. 黑龙江医学, 2005, 29(2): 145-146.

(收稿日期:2016-06-03 修回日期:2016-07-11)

缺血修饰清蛋白在冠心病患者经皮冠状动脉介入术前后的水平变化

蔡会欣¹,曹辉彩^{1△},张志强²,杜亚涛¹,王超³,马蓓洁¹,李鹏³,陈姝红⁴,曹志彬⁵
 (河北省保定市第一中心医院:1. 检验科;2. 心外科;3. 心内科;4. 功能科 071000;
 5. 河北省保定市公安局刑侦支队 071000)

摘要:目的 探讨血清中缺血修饰清蛋白(IMA)水平在经皮冠状动脉介入术(PCI)前后变化规律,从而评价 IMA 在 PCI 治疗急性冠脉综合征(ACS)患者中的临床应用价值。方法 收集本院心内科拟诊为 ACS 并择期接受经皮冠状动脉介入术的 50 例患者的标本,检测其经皮冠状动脉介入术前、术后即刻、术后 30 min、6 h、12 h 血清中 IMA 的浓度的变化。结果 PCI 术后即刻 IMA 水平继续较术前增高,且与 PCI 术中球囊扩张次数、扩张压力、扩张时间呈正相关,30 min IMA 水平开始下降,6 h 渐降至正常,12 h 恢复到基线水平。结论 IMA 水平与心肌缺血程度呈正相关,并为临床上 PCI 手术治疗急性冠脉综合征患者手术效果的判定和手术成功率的评估提供客观的量化依据。

关键词:冠心病; 经皮冠状动脉介入术; 急性冠脉综合征; 缺血修饰清蛋白; 释放动力学

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2016. 17. 042 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2016)17-2510-03

经皮冠状动脉介入术(PCI)是治疗急性冠状动脉综合征(ACS)的一种有效方法,近年来 PCI 技术迅速发展,特别是支架的应用,从金属裸支架到药物涂层支架,各种介入治疗的适应证也在不断拓宽,PCI 治疗的成功率也增加至 90% 以上。目前,急诊 PCI 已成为急性心肌梗死(AMI)患者再灌注治疗的首选方法^[1]。但是以往对于 PCI 治疗效果以及成功率的判定,临床上除了影像学外并没有明确的量化监测指标。近年来,缺血修饰清蛋白(IMA)作为一项新的早期诊断心肌缺血的生化标记物,在心肌缺血发生后 5~10 min 迅速升高,并在缺血过程中随着器官缺血的程度持续升高^[2],本文通过对 PCI 治疗的 50 例 ACS 患者术前、术后即刻、术后 30 min、6 h、12 h 血清中缺血修饰清蛋白(IMA)浓度的测定,研究其释放动力学的变化规律,进而为 PCI 治疗 ACS 患者手术效果的判定和手术成功率的评估提供客观的量化依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 11 月至 2015 年 10 月于本院心内科住院并择期行冠状动脉造影做支架的单支病变、孤立狭窄的 50 例 ACS 患者。其中 AMI 稳定期 11 例、不稳定型心绞痛(SAP)39 例,年龄 39~75 岁,平均(56.5±10.6)岁。其中男 31 例、女 19 例。排除标准:AMI 或既往陈旧性心肌梗死患者,术前超声排除颈部、颅内及肾动脉血管严重狭窄患者,有间歇性跛行病史的患者,术后动态监测心肌酶谱,CK-MB 升高小于 3 倍参考值上限者,血浆清蛋白浓度为 < 35 g/L 或 > 55 g/L 的患者^[3],有严重肝肾功能异常者,术前 2 周和研究期间使用肾毒性药物者,严重心力衰竭者,肿瘤患者,碘对比剂过敏者及甲亢患者。

1.2 PCI 患者的常规治疗 采用 Seldinger 技术,采用 F5 多功能造影导管以桡动脉为穿刺径路行冠状动脉造影及 PCI 治

△ 通讯作者, E-mail: chx1226@163. com.