

愉快的时间、程度,是一种整体的、个体化的、创造性的、有效的护理模式^[1]。将舒适护理引入 ERCP 的护理过程中,期望能体现优质护理服务的理念,使医疗服务的有效性和护理服务的舒适性有机结合,让患者在接受治疗时增强信心、减少痛苦、提高满意度,使患者主动配合治疗及护理^[13-14]。作者在 ERCP 中引入舒适护理,明确开展舒适护理对接受 ERCP 治疗患者的术后恢复、满意度提升有确切效果。

长期以来,对 ERCP 术患者护理多采取常规护理,或有提出开展舒适护理,但多是在护理过程中采取“打补丁”的方式,对护理过程、操作进行“随心所欲、由目所见”所触发的较随意的、零散的修正及补充。本研究发现,针对 ERCP 术患者建立一套系统的、全面的、细致的护理模式及规程,能够有效缓解患者在 ERCP 术前的焦虑、紧张、担忧等负面情绪,降低患者术中的不适感受和紧张情绪,明显提高患者在整个手术前后的生活质量,以及缩短患者恢复期、减少住院天数^[15]。

由此可以看出,优质舒适护理在 ERCP 患者中的应用前景广阔。舒适护理概念需要真正地融入每一项护理工作中,使护理过程更完整、更规范、更人性化,提高全体护理人员的职业素养和护理服务的整体质量,并能为其他的针对性护理提供参考价值。

参考文献

- [1] 王增,姚礼庆,王龙妹. 现代内镜护理学[M]. 上海:复旦大学出版社,2009:201-209.
- [2] Bruesehoff MP. ERCP:much ado about blockages. Update your knowledge about the diagnostic and therapeutic uses for endoscopic retrograde cholangiopancreatography[J]. Nursing,2010,40(9):46-50.
- [3] 张仕梅,胡荣梅,汤春梅,等. 舒适护理在慢性肺心病急性加重期患者中的应用[J]. 中国医药导报,2007,4(19):67-68.
- [4] 萧丰富. 萧氏舒适护理模式[M]. 6 版. 台湾:华杏出版有限公司,1998:9.
- [5] 孙江陵,成亚农. LC 联合 EST 治疗胆囊结石合并继发胆

总管结石的临床体会[J]. 实用临床医药杂志,2010,14(7):99-100.

- [6] 石鑫,陈政,林斌,等. 内镜联合腹腔镜与开腹胆道探查治疗胆囊胆总管结石疗效分析[J]. 实用临床医药杂志,2010,14(7):49-51.
- [7] 杨义芳,罗茂华,何德蓉,等. 鼻胆管引流在 ERCP 术后的临床意义与护理[J]. 护士进修杂志,2007,22(17):1599-1600.
- [8] 郑娟. ERCP 及 EST 的手术配合及护理[J]. 护理实践与研究,2008,5(7):91-93.
- [9] Harper A, Power M, Whoqol G. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of Life assessment[J]. Psychol Med,1998,28(3):551-558.
- [10] Saxena S, Carlson D, Billing TR, et al. The WHO quality of Life assessment instrument (WHOQOL-BREF): the importance of its items for cross cultural research[J]. Qual Life Res,2001,10(8):711-721.
- [11] Yao G, Chung CW, Yu CF, et al. Development and verification of validity and reliability of the WHOQOL-BREF Taiwan version[J]. J Formos Med Assoc,2002,101(5):342-351.
- [12] 郝元涛,方积乾,Power MJ,等. WHO 生存质量评估简表的等价性评价[J]. 中国心理卫生杂志,2006,20(2):71-75.
- [13] 林淑梅,赵忠凤. 舒适护理在胸腔穿刺病人中的应用[J]. 国际护理学杂志,2006,25(11):894-895.
- [14] 马晓伟. 在全国“优质护理服务示范工程”重点联系医院 32 作会议上的讲话[J]. 中国护理管理,2010,10(4):5-7.
- [15] Parikh ND, Issaka R, Lapin B, et al. Inpatient weekend ERCP is associated with a reduction in patient length of stay[J]. Am J Gastroentero,2014,109(4):465-470.

(收稿日期:2015-07-13 修回日期:2015-08-06)

分级口腔护理模式改善伴吞咽障碍脑梗死患者预后分析

曾冬梅¹, 宋彩萍^{2△}, 张怀蓉¹

(1. 第三军医大学西南医院急救部, 重庆 400038; 2. 第三军医大学新桥医院护理部, 重庆 400037)

[中图分类号] [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2015)31-4461-03

脑梗死是严重危害人类健康和生命安全的常见的脑血管疾病之一,存在着明显三高(发病率高、致残率高、病死率高)现象^[1-2]。口腔及肺部感染是主要并发症之一,口腔的细菌定植与医院获得性肺炎等发生密切相关,尤其是脑梗死合并吞咽反射障碍患者感染率增加更明显,给生命造成极大威胁,增加家庭及社会负担^[3-4],需要采取有效措施预防感染的发生。研究表明,精心完善的护理对患者的治疗效果、后期恢复影响重大。

因此,通过对本院 30 例脑梗死患者进行口腔护理模式的全新探索,总结出一套切实可行、有效的脑梗死后口腔护理措施,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 1~12 月在第三军医大学西南医院住院的脑梗死患者 30 例(均符合全国第 4 次脑血管学术会议制订的诊断标准并经头部 CT 或 MRI 证实),年龄 48~92 岁,

平均 61 岁。其中急性脑梗死 22 例,慢性脑梗死 8 例。同时单纯选取 30 例 2010 年同期脑梗死住院患者的临床资料。诊断标准:口腔内感染包括普通细菌、真菌等病原菌导致的口腔炎症。患者入院 48 h 后发病,出现咳嗽、咳痰或者咳痰性质改变,并有发热,血白细胞及中性粒细胞增高,与入院 X 射线检查比较,显示新的炎症病变,或呼吸道分泌物及其他体液分离出病原体,肺部感染患者行痰培养,或有组织病理学证据。

1.2 方法

1.2.1 口腔护理模式 将患者分为普通、伴吞咽反射障碍 2 组,进行不同的口腔护理模式。对普通组脑梗死患者,不论有无口腔疾病或感染,均进行常规口腔护理,对于无吞咽及意识障碍的患者,采用含漱法、口腔擦拭法交替进行,每天早晚各一次口腔擦拭护理,3 餐后督促患者含漱清洁口腔。对吞咽反射障碍组进行加强的口腔护理,主要进行口腔擦拭法,每天 3 次以上,将浸有含漱水的棉棒或把纱布直接缠在手指上,对牙床、牙的咬合面、上腭、颊颊内侧、舌下黏膜进行擦拭,个别口腔条件差的患者进行口腔冲洗。一旦发现常规口腔护理模式不能改善脑梗死患者的口腔环境,随即改为加强口腔护理模式。

1.2.2 患者满意度调查 发放满意度调查问卷,由患者或者家属共同参与评分,进行无记名评分,总分 100 分。

1.2.3 并发症对比分析 将加强及分级口腔护理组患者的结果分别与同期普通脑梗死及吞咽障碍脑梗死患者的资料进行回顾性分析比较,同时进行 2 组患者满意度的组间比较。

1.3 统计学处理 采用 SPSS12.0 统计软件进行数据处理。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料采用秩和检验,率的比较采用 χ^2 检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 强化、分级口腔护理对脑梗死患者患者的满意度影响 通过问卷分析提示,常规口腔护理组入院时满意度(90±6)分,出院时满意度(92±4)分,强化、分级口腔护理组入院时满意度(91±5)分,出院时满意度(99±1)分。两组间入院时满意度无明显差异,出院时强化、分级口腔护理组满意度较常规口腔护理组明显提高,见表 1。

表 1 强化、分级口腔护理对脑梗死患者满意度的影响($\bar{x} \pm s$,分)

时间	常规口腔护理组 (n=15)	强化、分级口腔护理组 (n=15)
入院时	90±6	92±4
出院时	91±5	99±1*

*: $P < 0.05$,与常规口腔护理组比较。

2.2 强化、分级口腔护理对无吞咽障碍脑梗死患者的并发症影响 分析患者结果提示,与同期不伴吞咽障碍的脑梗死患者相比,进行改进的口腔护理模式后,无吞咽障碍脑梗死患者的口腔及肺部并发症均明显减少,因发现及时,口腔、肺部感染个减少约 50% 以上,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

2.3 口腔护理模式对合并吞咽障碍脑梗死患者的并发症影响 分析数据后发现,与同期伴吞咽障碍的脑梗死患者相比,强化、分级口腔护理模式减少合并吞咽障碍脑梗死患者的口腔及肺部并发症,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 2 强化、分级口腔护理对无吞咽障碍脑梗死患者并发症的影响($\bar{x} \pm s$,%)

感染部位	同期住院患者 并发症发生率(n=15)	强化、分级口腔护理后 并发症发生率(n=15)
口腔	0.012±0.002	0.006±0.002*
肺部	0.021±0.003	0.011±0.003*

*: $P < 0.05$,与同期住院患者比较。

表 3 强化、分级口腔护理对吞咽障碍脑梗死患者并发症的影响($\bar{x} \pm s$)

感染部位	同期住院患者 并发症发生率(n=15)	强化、分级口腔护理后 并发症发生率(n=15)
口腔	0.020±0.004	0.010±0.001*
肺部	0.080±0.013	0.020±0.007*

*: $P < 0.05$,与同期住院患者比较。

3 讨论

据统计,我国每年发生脑中风患者达 200 万,发病率高达 120/10 万。现幸存中风患者 700 万,其中 450 万患者不同程度丧失劳动力和生活不能自理,致残率高。同时脑梗死后并发肺炎、经口腔蔓延的深部真菌感染,也是导致脑梗死患者感染不能控制导致住院患者治疗失败的重要原因,如果重治疗、轻预防,不但使治疗费用增加,还会出现难以控制的感染暴发流行^[5-6]。因此,充分认识梗死后并发感染的严重性,采取有效措施早期预防具有重要意义。强化、分级口腔护理的意义在于:脑梗死患者多有不同程度的吞咽功能障碍,将患者进行分级口腔护理,早期发现各种口腔内的微小变化,及时报告医生早期处理,有效避免了口腔感染及蔓延。并根据不同的病情采用不同的护理方式,提高了护士的工作效率,避免了医疗资源的浪费。研究表明,口腔护理的质量与医院获得性肺炎的发生存在显著的相关性,在给予机械通气的患者中,优质的口腔护理可减少呼吸机相关性肺炎发生^[7-8]。在脑梗死患者,口腔护理尤为重要,与医院获得性肺炎的发生直接相关。良好的口腔卫生可促进机体的健康和舒适^[9]。口腔的生理构造特殊,微环境特别适合微生物的生长繁殖,使口腔内常有种类繁多、大量的细菌。正常情况下,口咽部上皮细胞表面能与致病菌结合的受体被纤维素连接素所覆盖,使致病菌无法定植,加上身体健康时机体抵抗力强不致引起口腔感染。脑梗死时患者吞咽功能受影响,甚至部分患者伴随吞咽功能的丧失,机体抵抗力降低、唾液分泌减少,细菌在口腔内迅速繁殖,除了引起口臭、口腔局部炎症、溃疡,影响食欲及消化功能,并易导致口腔感染、肺部感染等并发症的发生。

通过口腔护理减少患者的口腔内细菌定植,改善口腔卫生,从而防止并发症的发生,减少住院天数。护理人员首先应了解脑梗死后各种经口腔感染发生的各种并发症,以及早期的临床表现,熟悉脑梗死患者易发生的吞咽反射减弱、消失导致感染、误吸、细菌迁徙蔓延的特点及处理措施。从既往普通患者熟悉的口腔护理做起,加上重点患者的分级、强化护理,可以集中最优秀的护理人员资源,加强对危险度高的患者的护理,用本部的护理方式,通过擦洗、刮擦、冲洗,以及增加口腔护理

次数等方式提高了口腔护理的效率,减少污物、分泌物、口腔细菌定植,减少了脑梗死(尤其是伴有吞咽障碍)患者的各种并发症,保持口腔清洁、增加口腔舒适度。

同时应该注意口腔护理本身不当导致口腔内感染、细菌向深部迁徙、蔓延并定植导致的感染,因为患者吞咽功能的减弱及丧失,可能导致护理液的误吸、吞咽。在脑梗死患者的口腔护理模式探索中发现:护理组采用较全面细致的口腔护理模式,除了提高护理人员扎实的基础理论和专业理论知识,也有利于及时发现脑梗死患者的口腔及肺部感染危险征兆,为预防各种并发症提供最佳机会,有利于减少了口腔及肺部感染,对降低院内感染也具有重要的意义。也有利于护理人员与患者建立和谐、融洽的关系,促进疾病的治疗和康复。分级口腔护理有利于早期发现各种口腔内的异常变化,及时早期处理,而根据不同的病情采用不同级别的护理方式,提高工作效率、避免医疗资源浪费,极大利于提高脑梗死患者的护理质量。随着本部在更多脑梗死患者中实行口腔护理模式,将建立更有效、值得推广的口腔护理模式。

参考文献

- [1] 颜克群. 采用牙刷进行特殊口腔护理的效果观察[J]. 当代护士, 2005(11): 57-58.
- [2] 张婧, 周筠, 赵性泉, 等. 人类吞咽皮质的功能定位[J]. 国

际脑血管病杂志, 2006, 14(10): 774-776.

- [3] 孙伟平, 阿依古丽·艾山, 王欣华, 等. 115 例急性脑卒中患者标准吞咽功能评估[J]. 中国康复理论与实践, 2006, 12(4): 282-284.
- [4] 江长弟, 黄继洪, 周辉, 等. 益口含漱液治疗复发性口腔溃疡[J]. 实用临床医学, 2006, 7(3): 85-86.
- [5] Martino R, Foley N, Bhogal S, et al. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications [J]. *Stroke*, 2005, 36(12): 2756-2763.
- [6] Martin RE, Sessle BJ. The role of the cerebral cortex in swallowing[J]. *Dysphagia*, 1993, 8(3): 195-202.
- [7] Paciaroni M, Mazzotta G, Corea F, et al. Dysphagia following Stroke[J]. *Eur Neurol*, 2004, 51(3): 162-167.
- [8] Hamdy S, Aziz Q, Rothwell JC, et al. Cranial nerve modulation of human cortical swallowing motor pathways [J]. *Am J Physiol*, 1997, 272(4): 803-808.
- [9] Palmer JB, Drennan JC, Baba M. Evaluation and treatment of swallowing impairments [J]. *Am Fam Physician*, 2000, 61(8): 2453-2462.

(收稿日期: 2015-03-08 修回日期: 2015-06-26)

(上接第 4431 页)

- on extracorporeal lung support[J]. *Intensive Care Med*, 2013, 39(10): 1792-1799.
- [2] Boesel J. Tracheostomy in stroke patients[J]. *Curr Treat Options Neurol*, 2014, 16(1): 1-14.
- [3] Ciaglia P, Firsching R, Syniec C. Elective percutaneous dilatational tracheostomy. A new simple bedside procedure; preliminary report[J]. *Chest*, 1985, 87(6): 715-719.
- [4] Durbin J. Tracheostomy: why, when, and how? [J]. *Respir Care*, 2010, 55(8): 1056-1068.
- [5] 胡成功, 胡志, 金晓东. 经皮气管切开术在神经重症医学科中的临床应用[J]. *华西医学*, 2014, 29(1): 91-92.
- [6] McCague A, Aljanabi H, Wong DT. Safety analysis of percutaneous dilatational tracheostomies with bronchoscopy in the obese patient. [J]. *Laryngoscope*, 2012, 122(5): 1031-1034.
- [7] Vargas M, Servillo G, Arditi E, et al. Tracheostomy in intensive care unit: a National survey in Italy[J]. *Minerva Anesthesiol*, 2013, 79(2): 156-164.
- [8] Kluge S, Baumann HJ, Maier C, et al. Tracheostomy in the intensive care unit: a nationwide survey[J]. *Anesth Analg*, 2008, 107(5): 1639-1643.
- [9] 王晓锋, 沈耀亮, 郑峰, 等. 两种气管切开方式在 ICU 危重患者中应用的对比[J]. *中国老年学杂志*, 2013, 33(19): 4900-4901.
- [10] Cheung NH, Napolitano LM. Tracheostomy: epidemiolo-

gy, indications, timing, technique, and outcomes [J]. *Respir Care*, 2014, 59(6): 895-915.

- [11] McCague A, David TW. Percutaneous dilatational tracheostomy in the emergent setting[J]. *Int J Clin Med*, 2013, 4(2): 96-98.
- [12] Ferraro F, Marullo L, D'elia A, et al. Elective tracheostomy in intensive care unit: looking between techniques, a three cases report[J]. *Indian J Anaesth*, 2014, 58(2): 190-192.
- [13] Kettunen WW, Helmer SD, Haan JM. Incidence of overall complications and symptomatic tracheal stenosis is equivalent following open and percutaneous tracheostomy in the trauma patient [J]. *Am J Surg*, 2014, 208(5): 770-774.
- [14] Jonas N, Mulwafu W, Joubert J, et al. Emergent percutaneous tracheostomy[J]. *S Afr J Sci*, 2007, 45(3): 105-106.
- [15] Ault MJ, Ault B, Ng PK. Percutaneous dilatational tracheostomy for emergent airway access[J]. *J Intensive Care Med*, 2003, 18(4): 222-226.
- [16] Taha A, Shafie A, Mostafa M, et al. Real-time ultrasound-guided balloon dilatational percutaneous tracheostomy: a feasibility study[J]. *Crit Care*, 2011, 15(1): R67.

(收稿日期: 2015-07-03 修回日期: 2015-08-14)