

眩晕患者健康指导内容的规范研究

褚彦君¹, 王素蛟², 张爱月¹, 冯 涛² (1. 河北省赞皇县医院 051230; 2. 河北省赞皇县中医院 051230)

【摘要】 目的 探讨采用临床路径对眩晕患者进行规范化的健康教育效果,旨在提高护理质量,避免患者的意外跌倒,减少医疗纠纷的发生。**方法** 选择该院 2009 年 7 月至 2012 年 6 月收治的,在常规治疗及护理基础上采用健康指导方法进行干预的眩晕症患者 100 例,另选择该院 2007 年 6 月至 2009 年 6 月采用规范化健康指导之前收治入院的眩晕患者 100 例作为对照组,分析规范化的健康指导对患者康复的推进作用。**结果** 所有眩晕患者在住院期间无 1 例意外跌倒。观察组患者经规范化健康指导后对健康知识理解、认识及看法明显提升,且明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者经规范化健康指导后患者满意度明显提升,且明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组临床疗效明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 强化健康教育指导,培养眩晕患者健康知识的意识,掌握自我保护的方法,能有效地防止意外发生,提高护理质量。

【关键词】 眩晕; 健康教育; 跌倒

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.17.040 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)17-2291-03

眩晕是急诊最常见的临床症候群之一。根据最新临床调查统计结果显示,眩晕发病率约为 8%^[1]。65 岁以上的老人眩晕发病率女性已经达到 57%,男性为 39%。而且由于人们的生活和工作压力的增大,年轻人患上眩晕症的比例也在不断上升。由于眩晕发作时,客观体征相对较少,所以眩晕的诊断和鉴别诊断比较困难^[2]。据了解,目前已经明确的可以引起眩晕的疾病有 80 余种,由于不同地区、不同医院、不同科室从不同角度来诊疗研究眩晕,难免造成片面和重复诊治,因此不仅治疗效果不理想而且无形中也增加了患者和国家的医疗负担。近年来,本院对患者进行了规范的健康指导,取得了良好的效果,现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2007 年 6 月至 2012 年 6 月在耳专科医院住院的 200 例眩晕患者,其中男 135 例。年龄 60~80 岁,平均年龄(65.59±5.28)岁。女 65 例,年龄 60~79 岁,平均年龄(63.30±2.89)岁。男女之比为 2.3:1。病程从数月至 30 年不等,平均(7.85±6.53)年。诊断依据包括患者在体位改变时出现短暂眩晕发作和 Dix-Hallpike 检查中的阳性发现^[3],排除患有心脏病、椎动脉供血不足、中枢病变以及梅尼埃病等。根据规范化健康指导实施前后划分为两组,2009 年 7 月至 2012 年 6 月收治的在常规治疗及护理基础上采用健康指导方法进行干预的眩晕症患者 100 例为观察组,2007 年 6 月至 2009 年 6 月采用规范化健康指导之前收治入院的眩晕患者 100 例作为对照组,两组患者性别、年龄、原发病等一般资料差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 规范化健康指导方法 眩晕知识指导:向患者及家属解释疾病的发生、发展与治疗的一般过程。对患者重点讲解早期治疗、出院注意事项,以防意外影响患者的生命质量。配合知识指导:重点介绍眩晕症患者护理及健康指导的要求、治疗前准备、用药的注意事项以及治疗后教育指导的要点。指导患者及家属进行自我防护、家庭护理等训练。

1.2.1 护理知识指导 对行动不便患者应指导其加强皮肤护理,保持床铺清洁、干燥,翻身时动作轻稳,不可在床褥上拖拉,以免擦伤皮肤,对易受压的部位放置软垫等。对意识模糊、烦躁不安或有精神症状的患者,强调加强安全防护,避免意外损

伤,应安置床护栏以防坠床。

1.2.2 治疗知识指导 眩晕症患者的病程比较长,椎间盘的退变、骨刺的生长、韧带钙化等一般均与年龄的增长有一定关系。因病情常有反复,发作时的症状可能比较严重,从而影响日常的生活和休息。应坚定根治的信心,积极配合治疗,有利于治愈疾病。

1.2.3 饮食指导 眩晕症患者发病后出现机体耗能增加和代谢加快,应告知家属营养支持的重要性,指导摄入高热量、高蛋白、高维生素、高纤维素、低胆固醇等富于营养、易于消化的食物,如馄饨、面条、新鲜蔬菜、水果等,肉类应煮烂,多摄入纤维素丰富食物,以保持大便通畅。

1.2.4 日常生活指导 眩晕患者在发作期或是初次发作时,一定要注意休息,病情严重者更要卧床休息。颈源性眩晕患者卧床休息应在颈部肌肉放松的情况下,减轻肌肉痉挛和头部重量对椎间盘的压力,对组织受压水肿的消退方面具有重要的作用。但卧床时间不宜过长,以防发生肌肉萎缩、组织粘连、关节粘连等变化,阻碍眩晕症的恢复。因此,适当的休息,能减轻颈椎的负荷及病变情况,使眩晕症的症状得到有效缓解。

1.2.5 日常防护指导 颈源性眩晕症是一种退行性病变,日常应对颈部加以保护,加强颈肌的锻炼,尽量避免损伤。颈部正确的保养,能预防颈椎退行性改变的加重,避免颈椎病加重,减少更严重的危害。

1.2.6 功能锻炼指导 鼓励患者进行主动运动。上肢做提、放、捏、握等训练,下肢做站立练习,如背靠墙、扶拐、坐站、登台阶练习等,进而向步行过渡。患侧肢体应加强各关节的主动练习,以促进功能的顺利康复。对运动功能障碍者,反复给予多种刺激,并强化动作学习以增进运动功能。对认知障碍者,做好智力及心理康复指导。

1.2.7 家庭护理指导 眩晕症患者的康复是漫长的过程,运动功能恢复在短时间内效果不明显,应指导家属做好家庭护理计划,合理安排患者的休息、营养、饮食、用药及康复训练,强化患者自我保健意识,提高自我护理能力。告知出院不是治疗的结束,而是康复训练的继续。对老年眩晕症患者,训练重点放在恢复日常生活自理能力上,培养患者理解能力及执行能力,鼓励患者进行日常生活训练,结合指导干预帮助患者逐渐改善

眩晕程度。提醒家属在训练中耐心细致,持之以恒,切忌急躁。嘱患者及家属定期回院复查,评估康复效果。

1.3 观察指标 调查对象为本院的完整眩晕症患者资料。调查内容主要为眩晕症学生对健康指导理解、健康指导重要性的认识、健康指导改革前后方法、健康指导方法改进前后的评价、健康指导的满意度情况。

1.4 疗效标准^[4] 对两组患者眩晕的轻重程度、持续时间变化、伴随症状变化、颈椎触诊变化及压痛、颈椎 X 线变化等临床指标进行比较。其标准为(1)治愈:症状与体征消失,X 线检查正常或偏歪减轻,恢复正常生活;(2)显效:症状与体征明显好转,可恢复或坚持工作,日常生活不受影响,X 线检查偏歪减轻;(3)有效:症状减轻,但工作及日常生活有影响,X 线检查偏歪减轻;(4)无效:症状、体征与 X 线检查均无改善。

1.5 统计学方法 数据采用 SPSS17.0 统计学软件包进行处理,计数资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结 果

2.1 眩晕症患者健康指导改革前后方法手段对比与评价 健康指导改革前后方法手段对比:改革前方法单一、不注重身体教学、注重信心与人格知识,改革后方法灵活多样、心理与身体教学相结合、注重信心与人格在行为中的体验;健康指导改革前后方法的评价:改革前为单一主体评价、终结性评价、不注重及时评价,改革后为多主题评价、过程性与终结性相结合评价、注重及时评价。

2.2 两组眩晕症患者对健康知识理解、认识及看法 观察组患者经规范化健康指导后对健康知识理解、认识及看法明显提升,且明显优于对照组(P 均小于 0.05),两组眩晕症患者对健康知识理解情况比较:100 例观察组中,能充分理解健康知识的有 93 例,理解的有 7 例,不理解健康知识者为 0,理解率为 100%;100 例对照组中,能充分理解健康知识的 52 例,理解的有 20 例,不理解的有 28 例,理解率为 72%。两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组眩晕症患者对健康知识重要性的认识比较:100 例观察组中,认为健康知识很重要的有 77 例,重要的有 23 例,认为不重要的为 0,重要率为 100%,100 例对照组中 48 例认为很重要,13 例认为重要,39 例认为不重要,重要率为 61%。两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 两组眩晕症患者改善水平的满意度比较 观察组患者经规范化健康指导后患者满意度明显提升,且明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组眩晕症患者改善水平的满意度比较($n=100$)

组别	很满意	满意	一般	不满意	很不满意	满意率(%)
观察组	78	22	0	0	0	100*
对照组	50	22	11	15	2	72

注: * 与对照组比较差异有统计学意义, $\chi^2 = 10.25, P < 0.05$ 。

2.4 两组眩晕症患者的疗效比较 观察组疗效明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组眩晕症患者的疗效比较($n=100$)

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	53	22	18	7	93*
对照组	25	43	11	21	79

注: * 与对照组比较差异有统计学意义, $\chi^2 = 4.89, P < 0.05$ 。

3 讨 论

眩晕症是患者的一种主观感受,是急诊最常见的临床症候群之一。有报道指出,眩晕是继发热和疼痛之后,门诊第三种常见的症状。最新临床调查统计结果显示,眩晕发病率约为 8%。随着人口老龄化程度的增加,本症发病率也呈逐渐增高趋势。而且由于人们的生活和工作压力的增大,年轻人患眩晕症的比例也在不断上升。目前,眩晕日渐受到国内外医务界的广泛重视^[5]。另据统计,眩晕症占内科门诊患者的 5%,占耳鼻喉科门诊的 15%,65 岁以上老人眩晕发病率女性占 57%,男性占 39%。眩晕症涉及学科较广,目前已经明确的可以引起眩晕的疾病有 80 余种,可视为一种交叉学科疾病。由于眩晕发作时客观体征相对较少,医生常常凭主观症状诊断,给诊断、鉴别诊断带来困难,因此要求医生具有广博的医学理论基础及丰富的临床经验。而目前国内不同地区、不同医院、不同科室从不同角度来诊治研究眩晕症,难免造成片面诊治和重复诊治。另外,虽然各专科独立研究较多,但由于研究途径和思考方法差异,往往造成结论各异^[6]。这些现状给眩晕患者的及时确诊、精准治疗以及进一步研究眩晕带来很大困难,导致了一些不必要的医疗资源浪费,从而增加了患者的医疗负担。

随着护理健康教育研究的深入,患者健康教育作为一种治疗手段已被广泛用于临床,对提高患者自我护理能力,预防和减少并发症,缩短住院时间,起到了积极的促进作用,受到患者的欢迎^[7-8]。为使患者健康教育工作尽快达到制度化、规范化要求,本院从事多年护理健康教育研究和临床护理工作的资深专业人员,总结编写了相关的住院患者健康教育指南,系统阐述了住院患者健康教育程序、教育技巧和心理健康教育的内容,为护理人员应用教育程序为患者解决健康问题提供方法^[9]。包括疾病和各种检查治疗知识、疾病特点和健康教育要点,并按住院患者分期教育特点,分别阐述住院教育、手术或治疗前后教育、出院教育要点,为护理人员执行教育计划提供参考依据^[10]。本研究中采用临床路径对眩晕患者进行规范化的健康教育,结果显示所有眩晕患者在位院期间无 1 例意外跌倒。观察组患者经规范化健康指导后对健康知识理解、认识及看法明显提升,且明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者经规范化健康指导后患者满意度明显提升,且明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组临床疗效明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。表明强化健康教育指导,使眩晕患者健康知识意识,掌握自我保护的方法,能有效地防止意外发生,提高护理质量。

参考文献

[1] 黄津芳. 住院患者健康教育指南[M]. 北京:人民军医出版社,2007:91.
[2] 王斌. 人际沟通[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:30.
[3] Li Z, Arthur D. Family education for People with schizophrenia in Beijing, China: randomised controlled trial[J]. Br J Psychiatry, 2005, 187(2): 339-345.
[4] 黄选兆,汪吉宝. 实用耳鼻喉科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1998:1195.
[5] 周颖,侯余华. 眩晕患者训练的研究[J]. 解放军护理杂志, 2006, 23(16): 16-17.
[6] 王云芳,刘士方. 眩晕症患者护理观察在临床中的意义[J]. 全科护理, 2010, 8(36): 3327-3328.
[7] 王显华,吴丽琴. 探讨护理健康教育的作用及存在问题

- [J]. 检验医学与临床, 2010, 7(22): 2542.
- [8] 李静. 临床护理健康教育中的问题分析与对策[J]. 临床合理用药杂志, 2011, 4(4): 2.
- [9] 曹春莲, 李湘平. 神经内科患者意外跌倒的原因分析及对策[J]. 现代临床护理, 2008, 7(5): 6-7, 11.
- [10] Rome S, Tinetti ME, Sweting HL, et al. Preventing patients from slipping[J]. Am J Nurs, 2002, 102(6): 24.
- (收稿日期: 2012-12-21 修回日期: 2013-04-12)

• 临床研究 •

选择性三野淋巴结清扫治疗胸段食管癌

王耿杰, 马良赞, 廖泽飞, 张 乐(解放军第一八〇医院胸外科, 福建 362200)

【摘要】 目的 分析选择性三野淋巴结清扫治疗胸段食管癌的术后并发症防治以及可行性。**方法** 将该院 2009 年 3 月至 2010 年 3 月所收治的 108 例胸段食管癌患者作为研究对象, 在术前对其进行 X 线断层扫描(CT)加彩超的常规检查, 其中有 31 例患者疑似下颈部淋巴结转移, 对其给予三野淋巴结清扫治疗。**结果** 在 31 例疑似下颈部淋巴结转移的患者中, 有 27 例被确诊为下颈部淋巴结转移(87.1%), 其中胸下段癌、中段癌、上段癌的转移率分别为 80.0%、92.9%、83.3%, 它们之间的比较差异无统计学意义($P>0.05$); 在本研究的所有患者中, 出现下颈部淋巴结转移的概率为 25.0%, 有 20 例患者被诊断为喉返神经链的淋巴转移, 其转移率为 64.5%; 在术后 2 年的随访中, 患者的生存率为 46.2%, 术后出现并发症的概率为 41.9%。**结论** 在对下颈部淋巴结的转移与否进行判断的过程中, CT 加彩超的常规检查具有较高的准确度, 因此可以将其用在胸段食管癌的术前常规检查的过程中, 此外, 利用三野淋巴结清扫的方式来对胸段食管癌患者进行治疗, 在一定程度上降低了手术的风险。

【关键词】 三野淋巴结清扫; 淋巴结转移; X 线断层扫描; 彩超; 胸段食管癌
DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.17.041 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)17-2293-02

目前, 关于胸段食管癌患者的手术范围仍然存在较大的争议。本研究将以本院 2009 年 3 月至 2010 年 3 月所收治的 108 例胸段食管癌患者作为研究对象, 对他们的临床资料进行回顾性分析, 以此来对选择性三野淋巴结清扫在治疗胸段食管癌的效果进行探究, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将本院 2009 年 3 月至 2010 年 3 月收治的 108 例胸段食管癌患者作为研究对象, 在术前对他们进行 X 线断层扫描(CT)加彩超的常规检查。下颈部淋巴结转移在彩超诊断的结果中, 其判断的标准为肿大淋巴结短径超过了 0.5 cm, 下颈部淋巴结转移在 CT 诊断的结果中, 其判断的标准为下颈部的气管食道沟中存在结节阴影, 其半段锁骨上区以及颈内静脉旁是否存在转移的标准与彩超的评判标准一致。经过 CT 或彩超的单项判断, 有 31 例患者疑似下颈部淋巴结转移, 其中女 10 例, 男 21 例, 年龄 41~70 岁, 平均年龄为 56 岁。以 UICC 为分段标准, 其中有 5 例下段癌患者, 14 例中段癌患者, 12 例上段癌患者。从病理分型的结果来看, 31 例患者均为鳞癌, 本研究中所有患者的各项身体指标都能承受手术治疗。

1.2 方法 使用常规的手术方法从患者的胸后外侧对其进行切口, 将第六根后肋剪断进胸。让胸段的食管游离, 并将膈肌水平全纵隔与右喉返神经水平下部之间的淋巴脂肪组织清除, 对喉返神经链以及隆下突的淋巴脂肪组织进行重点清除, 并从食管裂孔处以及胸腔顶部将食管切断。利用 7 号丝线来对食管两端进行缝扎, 然后再用绷带或纱布条来对其两端进行缝合。对患者给予预防性的常规结扎导管, 手术完毕后对其进行关胸。

1.3 统计学方法 采用 SPSS12.0 软件对本研究的数据进行统计学的分析, 计数资料的对比用 χ^2 检验, 而计量资料的对比用 t 检验, $P<0.05$ 说明差异具有统计学意义。

2 结 果

2.1 患者的淋巴转移情况 在本研究的患者中有 31 例患者疑似下颈部淋巴结转移, 其转移率为 28.7%, 其中有 29 例患者存在淋巴结转移, 其转移率为 93.5%, 在这 29 例患者中, 共有 863 枚淋巴结被清扫, 每例患者的平均淋巴清扫数为 27.8 枚。术后病理证实共有 156 枚淋巴结出现了不同程度的转移, 其转移率为 18.1%。在这 31 例患者中有 27 例被确诊为下颈部淋巴结转移, 其转移率为 87.1%, 其中胸下段癌、中段癌、上段癌的转移率分别为 80.0%、92.9%、83.3%。通过对患者的胸段食道管各段的淋巴转移情况进行统计学分析发现, 它们之间的比较差异无统计学意义($P>0.05$)。此外, 有 20 例患者出现了喉返神经链淋巴结转移, 其转移率为 64.5%。

2.2 随访情况 本研究的 31 例患者均完成了 1~2 年的随访, 随访率达到了 100%, 患者在 2 年后的生存率为 46.2%。

2.3 术后并发症的情况 本研究的 31 例患者中, 有 1 例患者由于败血症、铜绿假单胞菌感染, 在术后第 6 天死亡。所有患者中有 13 例患者出现了术后并发症, 其概率为 41.9%; 其中有 6 例患者为颈部吻合口瘘, 其概率为 19.4%; 3 例患者为肺部炎症, 其概率为 9.7%; 2 例患者为喉返神经麻痹, 其概率为 6.5%; 4 例患者为心率失常, 其概率为 12.9%。

3 讨 论

近年来, 在对胸段食管癌患者进行治疗的过程中, 利用三野淋巴结清扫的方式来对患者进行治疗, 不仅使手术的效果得以保证, 而且还一定程度上降低了手术的风险, 使得胸段食管癌的治疗逐渐变得越来越趋于合理化。本研究使用 CT 加彩超的方式来对胸段食管癌患者进行术前的常规检查, 只要有一种方法的检测结果显示患者疑为下颈部淋巴转移的患者, 即对其进行三野淋巴结清除手术。从术后的病理验证结果来看, 患者的下颈部淋巴结转移的诊断率高达 87.1%, 而肿瘤的具