痉挛的发生,及时地经颅多普勒检查有利于确诊;颅内动脉瘤再破裂是血管内栓塞术后最严重的并发症^[4],常可危及生命,是患者致残和死亡的主要因素,多由于术中导丝,微导管,弹簧圈对瘤体壁机械刺激及凝血机制改变或术后血压急剧波动引起;由于动脉插管易损伤血管内膜,血液黏稠度改变,血管内感染及抗凝药用量不足等均可能导致血栓形成引起脑动脉或全身其他部位的血管栓子脱落而导致脑梗死。高血压、脑动脉硬化、血管炎与动脉瘤的发生与发展有关^[5],脑梗死的发生加重脑组织的损伤,影响预后^[6]。脑积水是颅内动脉瘤栓塞术后常见的并发症之一,急性脑积水可造成患者神经功能明显损害^[7]。术后应注意观察,及早发现,通常表现为术后早期意识清楚,而后逐渐出现高级神经活动障碍加重,如神志淡漠、反应迟钝、尿便失禁等。经头 CT 证实有进行性脑室扩张,诊断明确后常需行手术治疗^[8]。

颅内 AN 是严重危及人类健康的疾病,但如能及时合理诊治,绝大部分患者是可以完全治愈的。血管内栓塞能解决诸多传统开颅手术无法解决的问题,已成为目前治疗颅内动脉瘤的重要手段,但术后并发症无法完全避免,为此应在术后密切观察患者的病情,及时做出正确的判断,对各种可能发生的并发症进行有效的预见性护理,是确保手术疗效并减少病残及病死率的关键。

参考文献

[1] 王慧玲. 颅内动脉瘤介入术的护理进展[J]. 护理研究,

2009,23(5):1145-1146.

[2] 袁萍,程佩杉,黄春娟,等. 血管内栓塞治疗颅内动脉瘤围手术期护理[J]. 护理实践与研究,2011,8(4):48-49.

[3] 邵华明,王穗暖,宣井岗,等. 颅内动脉瘤栓塞治疗并发症的分析[J]. 临床神经外科杂志,2007,4(2):65-66.

[4] 赵振伟. 颅内破裂动脉瘤栓塞后再出血分析[J]. 中国微侵袭神经外科杂志,2006,11(11):497-499.

[5] 丁轩,鲍洪,吴开华,等. 破裂颅内动脉瘤介入治疗并发脑梗死的临床分析[J]. 中国微侵袭神经外科杂志,2011,16(11):505-506.

[6] 崔群建,赵洪洋,刘建生. 颅内动脉瘤术后并发急性脑积水及脑血管痉挛防治[J]. 中华实用诊断与治疗杂志,2010,24(6):606-607.

[7] 孙亚邓. 重型颅脑损伤与继发性脑梗死的预防及治疗[J]. 中国实用神经疾病杂志,2006,9(3):22-23.

[8] 朱卿,兰青. 颅内动脉瘤的个体化血管内介入治疗[J]. 中国微侵袭神经外科杂志,2010,15(10):457-458.

(收稿日期:2013-01-23 修回日期:2013-05-16)

鼻出血的护理干预及效果分析

李 智(第三军医大学第三附属医院,重庆 400042)

【摘要】 目的 探讨鼻出血的护理干预及效果,指导临床工作。**方法** 对本该科室近 10 年有关鼻出血的患者进行的观察和护理。**结果** 通过给予心理护理,严密的病情观察,积极治疗,预防感染,患者均恢复良好。**结论** 对鼻出血患者及时观察和精心护理,对于减少并发症和促进恢复效果明显。

【关键词】 鼻出血; 护理; 干预

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.056 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)21-2881-03

鼻出血是耳鼻喉科常见的急症,可由多种全身或局部原因引起。鼻出血轻者可自行止血,重者常对患者身心健康带来严重危害,甚至危及生命^[1]。对鼻出血患者良好的护理,不仅可使患者、家属、医生放心,而且可使患者少吃苦,缩短住院日。近年来随着医学模式向生物-心理-社会模式的转变,有关鼻出血护理的重要性越来越被人们重视。现就近年来有关鼻出血护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2009 年 10 月至 2011 年 10 月鼻出血患者 125 例。其中门急诊 58 例,住院 67 例(老年患者 25 例,小儿 12 例,其他 30 例)。

1.2 方法 对本科室 10 年的 125 例鼻出血患者采用一系列护理干预进行观察和护理。

2 结果

125 例鼻出血,门急诊中的 54 例 1 次治疗痊愈,4 例经 2 次治疗后痊愈,所有的住院鼻出血 67 患者经过及时观察和精心护理均未出现并发症。

3 讨论

3.1 护理干预

3.1.1 门急诊鼻出血患者的干预 鼻出血患者绝大多数是急诊,由于鼻出血的存在往往使患者及其家属十分恐惧,而紧张恐惧可导致肾上腺素分泌增加,皮肤黏膜充血,从而加重鼻出血^[2]。

3.1.2 加强心理护理 医护人员不能在患者面前惊慌失措,而要镇定自如,有条不紊地进行检查和治疗,尽快控制出血。对患者应有充分的理解和同情心,切勿因习以为常而表现出漠不关心和无动于衷的态度,更不可埋怨或训斥患者,即使患者有时因缺乏医学常识或过度紧张而行为失常,也应予以谅解。另外,注意保护性医疗制度,不可在患者旁谈论有关鼻出血的严重性和不良后果。对患者最关心的问题,如出血的后果,是否患癌症,为什么鼻腔填塞后眼睛、耳朵会冒血等,给予耐心的解释。

3.1.3 准备好各种止血用物和急救物品 1%麻黄碱棉片,1%麻黄碱液,1%地卡因液,枪状镊、弯盘、鼻镜、凡士林油纱条,落地反光灯、后鼻孔填塞球、纱布、绵球、压舌板、导尿管、明胶海绵等,积极配合医生止血。

3.1.4 体位 如患者出血量多,时间较长者应半卧于检查床上止血,以防血压下降或虚脱造成意外。

3.1.5 评估患者 简单询问病史,了解有无高血压、血液病等。对于年老者常规测血压。如高血压患者血压未降至正常,或者经反复填塞无效而突然自行止血者,应警惕休克的发生。此时,应将患者平卧,头偏向一侧,同时建立静脉通道,静推 50%葡萄糖液 50~100 mL,并予以积极抗休克治疗。

3.1.6 嘱患者将其口中血液或分泌物吐出,切勿咽下,以免影响对出血量的判断和造成胃肠不适。

3.1.7 仔细观察局部出血情况,如出血的方式是急骤喷发还是缓慢长流,可估计是静脉出血还是动脉出血;出血后是否很快形成血凝块可初步判断有无凝血功能障碍等^[3]。

3.1.8 医生一时不在场的情况下,护士应积极实施有效的急救止血:如压迫两侧鼻翼、1%麻黄碱棉片填塞等,以免患者出血太多。使用 1:1 000 肾上腺素棉片填塞鼻腔可使血管收缩而止血。但该药可使血压升高,加速心率,促进冠心病发作等副作用。高血压所致鼻出血患者应忌用。

3.2 住院患者鼻出血的干预 严重鼻出血的患者经过门诊初步处理后收入院。其护理:

3.2.1 保持呼吸道通畅 对行前后鼻孔填塞的患者,因填塞造成呼吸道变窄,血中二氧化碳潴留,缺氧、憋气等,如一旦出现缺氧征象,应尽早抽出填塞物,并给予吸氧处理。经常检查后鼻孔填塞球固定线和口腔内引线是否固定好,并告之患者及家属不可擅自松动。如填塞时间过久,固定线易造成鼻翼部糜烂,甚至嵌入皮肤引起皲裂应更换固定线位置。病损处可给甲紫或抗菌药物软膏。

3.2.2 做好口腔护理 鼻出血最常见和最有效的止血方法为鼻腔填塞,而填塞后呼吸改道,改变了口腔正常的生理环境,易发生口干、口腔炎等,所以应给予 1:5 000 呋喃西林漱口,口唇涂以液状石蜡等。

3.2.3 保持大便通畅 长期便秘,肠道毒素吸收会影响血管张力和凝血机能,造成止血困难;用力大便也可造成鼻出血。对于连续 3 d 未大便的一定要引起重视,必要时给予灌肠。

3.2.4 注意观察有无再出血 注意保暖,防止受凉,受凉后鼻腔粘膜充血、发热、咳嗽打喷嚏等都是诱发鼻出血的因素。鼻腔填塞后,血液常流向鼻咽部而被吞咽下去。一定要告诉患者应将流入咽部的血液吐入痰盂或痰杯,便于观察出血量。已行纱条填塞者注意观察有无纱条松动、脱落、渗血;纱条如果过松坠入咽部,嘱患者切勿拽出,应用剪刀将脱落之纱条剪去,以免引起再出血。同时应经常用液状石蜡点鼻,使纱条润滑,避免与组织粘连,造成抽纱条时损伤鼻腔黏膜而再出血。如出血量多且为新鲜血液时,应报告医生重新填塞。

3.2.5 做好术前准备 交叉合血,为输血做准备。

3.2.6 手术治疗鼻出血的干预

3.2.6.1 血管结扎术治疗鼻出血干预 血管结扎术治疗鼻出血是对一些严重鼻出血经反复前后鼻孔填塞无效而采用的一种方法。常见的有颈外动脉结扎术、上唇动脉结扎术、筛动脉结扎术、上颌动脉结扎术等。由于术前出血量多,出血时间长,患者全身情况差,给术后护理带来一定难度。(1)行上唇动脉结扎术者,术后需观察上唇动脉搏动,并防止局部感染。(2)行筛动脉结扎术者,术后重点观察有无眶内血肿,眶内感染,同时加强眼部护理。(3)行上颌动脉结扎术者,术后严密观察有无眶内感染,术后 1 周应行上颌窦冲洗。(4)行颈外动脉结扎术者,术后应严密观察有无眩晕、恶心、呕吐、神志不清及对侧偏瘫等一侧大脑半球缺血的症状,注意防止术后感染,加强局部换药,观察有无皮下血肿、脓肿等^[4]。

3.2.6.2 动脉栓塞术治疗鼻出血的干预 动脉栓塞治疗对象一般为反复鼻出血,经多次鼻腔前后填塞止血,静脉滴注止血药、安静卧床、头部冷敷等措施而效果不佳者实行的一种止血方法。此方法自 20 世纪 70 年代运用以来,效果满意,并发症少^[5]。其护理:(1)实施此项手术者多属急危症,精神紧张、恐惧。护士除重点询问病史,观察生命征、出血量及时间、配合止血、抗休克外,同时应做好术前指导和安慰工作,消除紧张、恐惧心理,主动配合治疗,减少出血。(2)备皮,行碘过敏试验。(3)备好再次行鼻腔填塞的物品。(4)术后取平卧位 24 h,穿刺部位加压包扎,砂袋压迫 4~6 h,防止出血。(5)插管中易损伤血管内膜形成血栓,术后 6 h 内应每 30 分钟观察下肢皮温、血运肤色、感觉及足背动脉搏动,以便及时发现血栓形成的征象^[6]。(6)部分患者术后 24~48 h 可出现栓塞侧头痛,轻度面部肿胀、低热等,可能为栓塞物反应,3 d 后可自行消退。(7)Hilal 曾报道有偏瘫、失语、眼肌麻痹、软腭穿孔等症,术后也应注意观察。

3.2.6.3 微波治疗鼻出血的干预 微波治疗鼻出血是利用微波电极触压局部病变组织时,在瞬间产生很小范围的高热达到凝固、治疗的目的。其效果据王秀玲报道:能对直径 2~3 mm 的小血管起到良好的封闭止血作用,且方法简单,疗效好,对正常组织损伤小,并发症少。其护理:(1)术前讲解治疗的目的和意义,指导患者术前、术中、术后如何配合治疗和护理;(2)保持鼻腔湿润,液状石蜡滴鼻 2~3 次/天,或行超声雾化吸入;(3)术后 3 d 内禁止擤鼻,以防再出血;(4)熟练掌握仪器的性能,使用方法,妥善保管。

3.2.6.4 鼻窦内窥镜治疗鼻出血的干预 鼻窦内窥镜治疗鼻出血,由于其可视性好,定位准确、损伤小、易实施、方法简单、疗效可靠,而越来越被广泛运用。如鼻中隔嵴后的出血点、下鼻道后部曲张静脉出血,均可在窥镜下定位,并冷冻、电凝或激光封闭出血的血管,进行止血。术后护理要点:(1)防止术后伤口粘连,可用 1%麻黄碱液点鼻。(2)严密观察有无脑脊液漏,眶内感染等。

3.3 老年鼻出血患者的干预 老年鼻出血患者由于血管脆性大、弹性差,鼻腔黏膜和血管发生退行性变^[5],往往在大便、咳嗽、打喷嚏等用力过猛或情绪激动时而诱发鼻出血,出血量往往大而猛,不易止血,呈阵发性反复发作。同时老年人行动多不便,听、视、感觉功能下降,表达能力差,对事物反应慢,记忆力减退。一旦发生鼻出血,不易被人发现,危险性大。因此,在护理老年人鼻出血时应注意:(1)密切观察有无呼吸暂停或呼吸不畅。尤其在夜间睡眠时应定时巡视病房,适当吸氧。有条件的情况下应行动脉血气分析,了解血液生化情况,及时调整治疗方案。(2)密切观察有无头痛、胸闷、心前区疼痛等血压增高和心肌缺血的表现,及时进行抢救。

3.4 小儿鼻出血的干预 小儿一旦发生鼻出血,往往缺少主诉,心理恐惧、害怕、止血时合作度差,机体代偿能力差,病情变化快。血止后也难以合作,自觉填塞物引起疼痛与不适,易自行抽去鼻内填塞物,引起新的鼻出血。其护理:(1)注意观察有无频繁的吞咽动作,如有应嘱其吐出,并检查出血部位,必要时重新填塞止血。(2)适当限制其活动,防止自行抽出填塞物。(3)观察有无烦躁、不安,并认真听取患儿主诉,及早发现病情变化及时处理。(4)小儿不良的卫生习惯是造成小儿鼻出血的重要原因。应从小教育小儿养成良好的卫生习惯,禁忌抠鼻,禁止往鼻内塞各种物品。

鼻出血是耳鼻咽喉科常见症状,对于出血较剧、渗血面较

大或出血部位不明者,最迅速而可靠的止血方法是行鼻腔填塞。前鼻孔、鼻腔填塞及后鼻孔纱球填塞是治疗顽固性鼻出血的主要措施。填塞后容易引起头痛、呼吸睡眠障碍,部分患者因多次出血,反复填塞而产生严重的惧怕心理,且长期填塞易致鼻窦炎、中耳炎、周围软组织损伤等并发症。针对鼻腔填塞期可能出现的护理问题,采取相应的护理措施,消除患者的紧张情绪。因此,应切实做好心理护理,与患者进行充分的沟通,消除患者的紧张情绪。讲清填塞的目的及必要性,同时,临床观察也是十分必要的,有助于进一步提高护理质量,促进疾病的恢复。

参考文献

[1] 李朝军.鼻出血诊断与治疗[M].北京:科学技术出版社,

1999:152-156.

[2] 周佳,杨慧,马芳,等.介入栓塞治疗鼻出血的围手术期护理[J].护理实践与研究,2012,9(19):84-85.
 [3] 张祝钧,李丽华.上颌动脉栓塞术治疗顽固性鼻衄动态观察及护理[J].中华护理杂志,1995,30(9):555-556.
 [4] 王铃,孙绍英.微波治疗鼻出血的护理[J].航空军医,1996,24(2):107-108.
 [5] 王锦玲,刘健,周加珍.鼻内窥镜下微波凝固术治疗普通鼻出血[J].耳鼻咽喉:头颈外科,1995(2):73-75.
 [6] 陈洁霞.功能性内窥镜鼻窦手术护理[J].南方护理杂志,1996,3(1):14-15.

(收稿日期:2013-01-26 修回日期:2013-04-21)

理情行为疗法对老年股骨骨折患者心理健康的影响

朱 屹,陶洪娣,赵莉敏,陈海英(东南大学医学院附属江阴医院骨关节中心,江苏江阴 214400)

【摘要】 目的 探讨理情行为疗法对老年股骨骨折患者心理健康的影响。**方法** 110 例老年股骨骨折患者,随机均分为干预组和对照组。对照组采用围术期常规护理,干预组在对照组的基础上给予理情行为疗法,观察两组护理前后 Zung 焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分和应对方式(SCSQ)评分变化。**结果** 护理后,两组 SAS 和 SDS 评分降低($P < 0.05$),但干预组低于对照组($P < 0.05$)。护理后,干预组积极应对方式评分高于对照组($P < 0.05$),而消极应对方式评分低于对照组($P < 0.05$)。**结论** 理情行为疗法明显改善老年股骨骨折患者的焦虑、抑郁和消极应对方式,提高心理健康水平。

【关键词】 理情行为疗法; 老年; 股骨骨折; 心理健康

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.057 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)21-2883-02

股骨骨折多在应激状态下发生,老年患者缺乏生理和心理准备,面对手术治疗和术后康复等一系列问题,易产生焦虑、抑郁、悲观、自卑等心理障碍^[1],不能正确面对手术和护理,影响治疗效果和心理健康。临床研究证明,老年骨折患者实施心理护理干预,可以提高疗效,改善负面情绪^[2]。本院采用理情行为疗法(REBT)对老年股骨骨折患者实施围术期护理,促进了心理健康发展,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究经医院伦理委员会批准同意实施,并与患者及其家属签署知情同意书。选择 2011 年 10 月至 2012 年 10 月 110 例老年股骨骨折患者,男 49 例,女 61 例,年龄 60~75 岁,平均(66.8±7.3)岁,采用随机数字表法将 110 例患者均分为干预组和对照组。骨折类型:股骨颈骨折 57 例,股骨粗隆骨折 48 例,股骨干骨折 5 例。骨折原因:车祸 29 例,跌倒 67 例,坠落 10 例,其他 4 例。并发症:高血压 39 例,糖尿病 28 例,冠心病 9 例,慢性支气管炎 11 例。所有患者既往均无认知功能障碍和精神、心理等异常,能正常进行语言和文字交流。两组患者的性别、年龄、骨折类型、骨折原因、并发症和既往史等比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 护理方法 对照组给予骨科围术期常规护理,即基础护理、病情护理、心理护理、健康教育、康复护理等,干预组在对照组的基础上应用 REBT,每周两次,每次 60 min,具体措施如下。

1.2.1 成立 REBT 小组 组建以护士长为核心的 REBT 小组,带领组员掌握 REBT 的概念、内涵、本质,责任护士(三级岗护士)全面负责 REBT 的实施。患者入组后,评估患者的心理状态和特点,制订个性化的心理干预措施。

1.2.2 REBT 宣教 责任护士向患者详细讲解 REBT 的理论结构、内容,解释 ABC 治疗的内涵,即: A (Activating events)——诱发事件、B(Beliefs)——个体对 A 的看法、解释和评价和 C(Consequences)——个体的情绪和行为结果。结合患者的病情、治疗、康复等,引导患者认识骨折对生理、心理的影响,树立科学、客观的理性认知。

1.2.3 心理干预 向患者灌输骨折后产生的焦虑、抑郁、悲观等负面情绪与其非理性观念有关,耐心倾听患者的不良情绪发泄和情感疑惑,通过谈心、听音乐、家庭说服等方式纠正自卑、悲观、抑郁等非理性理念,引导、协助患者建立科学、合理的理性思维方式。通过说服、诱导、争辩等方式疏导非理念带来的不良情绪,指导患者将认知改变结果不断运用到治疗、生活中,从而不断强化患者的理性理念。

1.3 观察指标 观察两组护理前后 Zung 焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分^[3]和应对方式(SCSQ)评分^[4]变化。SAS 和 SDS 评分量表包含 20 个项目,程度与分数呈正比。SCSQ 量表亦包含积极应对(1~12)和消极应对(13~20)共 20 个条目,分数越高,表明患者越倾向于该方式。

1.4 统计学处理 采用 SPSS16.0 软件处理,数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组内比较采用 χ^2 分析,组间比较应用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 SAS、SDS 评分 护理后,两组 SAS、SDS 评分明显降低($P < 0.05$),但干预组降低比对照组明显($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 SCSQ 评分 护理后,两组 SCSQ 评分中的积极应对评分和消极应对评分分别明显升高和降低($P < 0.05$),但干预组变化较对照组明显($P < 0.05$)。见表 2。