

• 临床探讨 •

脑卒中吞咽障碍患者家属间歇管饲置管法教育的效果

邱慧成, 姚玲玲[△]

(重庆市梁平县人民医院护理部 405200)

摘要:目的 探讨脑卒中后吞咽障碍患者管饲置管法家属教育临床效果。方法 选取 2013 年 5 月至 2015 年 10 月在该院神经内科入院的脑卒中后吞咽障碍患者 26 例,随机分为观察组($n=13$)与对照组($n=13$),在常规护理的基础上对观察组家属施行间歇管饲置管法培训教育。干预前和干预 3 周后,采用洼田饮水试验和抑郁评估量表分别对两组进行评估,分析家属熟练掌握间歇管饲置管法对卒中后吞咽障碍患者的影响。结果 干预后观察组洼田饮水试验,患者的吞咽功能提高幅度明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。家属置管插管成功率显著提高。观察组抑郁、焦虑案例为 6 例,对照组焦虑、抑郁案例为 10 例,观察组心理应对比例低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 家属熟练掌握管饲置管法能增加患者康复信心,有效促进吞咽功能的恢复,为患者出院后进入家庭康复打下良好基础,拓展优质护理延伸服务方式,提高护理服务满意度。

关键词:脑卒中; 吞咽障碍; 间歇管饲; 家属教育

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.18.041 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)18-2658-03

脑卒中是常见的脑血管疾病,患者致残率及病死率高。吞咽功能障碍及其引起的误吸是脑卒中患者常见的并发症之一^[1],可造成吸入性肺炎、营养不良和脱水等。吞咽障碍患者有 1/3 会发生误吸,严重影响其生存质量^[2]。此类患者临床常采用间歇置管管饲法,即进食前将导管经口腔/鼻腔插入食管内,经导管将营养丰富的流质饮食、水与药物注入,注完随即拔管的营养供给法,既是一种进食代偿手段,也是一种治疗吞咽障碍的方法^[3]。脑卒中患者病情平稳后期康复的照顾责任主要由患者家属承担,家属的认知状态、行为方式包括对患者的护理,必然对患者的康复效果产生直接影响。因此,本院神经内科遵循国家卫计委优质护理服务延伸护理的指导精神^[4],强化对家属的健康教育和基本护理技能培训,在脑卒中患者后期康复中取得较好的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 5 月至 2015 年 10 月在重庆市梁平县人民医院神经内科住院的 26 例脑卒中后吞咽障碍患者,并符合以下纳入标准:(1)脑卒中诊断符合全国第四届脑血管疾病会议通过的标准^[5],均经头颅 CT/核磁共振证实;(2)意识清楚,生命体征稳定,有咳嗽反射,能完成交流及量表评定;(3)存在不同程度吞咽功能障碍,排除肝肾功能不全、恶性肿瘤、意识模糊、精神障碍等疾病;(4)患者及家属对本实验知情同意。

1.2 分组 利用随机数字表法进行分组,分别设为观察组和对照组,每组各 13 例,两组患者及家属的性别构成、年龄、病程比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。对照组基础治疗加长期流质鼻饲,由护士操作。观察组基础治疗+间歇置管管饲+家属观摩+家属理论知识及操作技能培训。在观察组干预前和干预 3 周后两组均进行洼田饮水试验、抑郁评估量表评分及家属置管实际技能评分。

1.3 方法

1.3.1 对照组 对照组患者在给予经鼻腔常规留置鼻饲管,按照鼻饲管产品要求更换,一般国产鼻饲管 30 d 更换一次,进口鼻饲管 42 d 更换一次,根据患者消化情况每隔 4 h 给予一

次;每天运用物理低频治疗仪由康复治疗师进行吞咽障碍功能训练、代偿性吞咽技巧的手法训练包括点头样和喉上皮训练、物理治疗手法为冰刺激等康复治疗,每天两次每次 0.5 h。

1.3.2 观察组 观察组在与对照组实施相同康复治疗的基础上,征求患者及家属同意,给予护士指导下家属每天操作 4 次经口/鼻腔间歇置管鼻饲,每次管饲糊状食物 250~350 mL,晚 10:00 后原则上不进行置管鼻饲,以患者有饱腹感为标准。置管鼻饲前充分评估患者腹部体征,有无呕吐及对置管不适的抵抗心理,因势利导,做好家属培训,逐步提高家属置管技术,保证动作轻柔,促进患者舒适,缓解紧张、抗拒心理。每次管饲结束后在患者呼气末拔除导管,根据导管性能每 5~7 d 给予更换 1 次。在间歇置管管饲中主要存在如下 3 个问题:(1)患者对置管不适存有抵抗情绪,家属初操作有恐惧心理。(2)护理人员指导家属参与吞咽管理及对管饲后的观察与指导不到位。(3)家属主动参与意识差。针对以上问题,观察组给予干预,(1)心理支持:脑卒中患者由于不能正常进食,心理负担较重,对预期产生悲观心理,常出现焦虑、抑郁的情绪。护理人员应多与患者及家属保持沟通,重视患者的微小进步,鼓励其积极面对病情,增强自信心。护理人员在操作示范过程中要保持动作轻柔,详细讲解操作要点及技巧,操作后以香油擦拭保护鼻黏膜。(2)吞咽综合康复与护理:除了对患者进行以上康复训练外,护理人员还要积极指导患者家属协助患者进行有效咳嗽、空吞咽动作,在间歇管饲过程中让患者主动配合吞咽动作。同时加强患者吞咽力量恢复与口咽肌肉协调能力的观察以及间歇管饲后的活动指导、腹部体征及排便情况的观察与交接。(3)在家属教育过程中让其参与护理与管理,全面了解患者情况,并积极与其家属进行沟通,充分调动患者家属的支持和参与,给予患者情感支持,提高患者康复依从性,并向家属讲解疾病知识、护理要点,帮助家属掌握间歇管饲方法,提高家属管饲置管操作熟练程度。

1.4 调查工具 两组患者分别于护理前后采用相关量表对其心理状况及吞咽功能康复进行评价。(1)心理状况评估:采用综合性医院焦虑抑郁评估量表(HAD),该量表包括 14 个条

[△] 通讯作者, E-mail:498063163@qq.com。

目,分为 2 个分量表,即焦虑量表和抑郁分量表,每个条目采用 0~3 计分,各分量表的总分为 0~7 分属于无症状,8~10 分为症状可疑,11~21 分为有焦虑或抑郁症状,对患者心理焦虑、抑郁状况进行评估^[6]。由病房护理人员采用交谈和观察辅助问答方法进行。(2)吞咽功能评估:采用洼田饮水试验进行评价^[7]。患者取卧位,预备 30 mL 温开水,患者一口将水喝下无呛咳为 1 分;2 口以上将水喝下无呛咳为 2 分;1 口将水喝下有呛咳 3 分;2 口以上将水喝下有呛咳为 4 分;频繁呛咳不能饮水为 5 分。

1.5 护士指导下家属插管成功率 插管过程顺利,导管在位通畅,无拔出重插。

表 1 两组患者干预前后 HAD 评分比较[n(%)]

组别	评分项目	干预前			干预后		
		0~7 分	8~10 分	11~21 分	0~7 分	8~10 分	11~21 分
对照组	焦虑评分	2(15.38)	5(38.46)	6(46.15)	4(30.76)	5(38.46)	4(30.76)
	抑郁评分	1(7.69)	6(46.15)	6(46.15)	4(30.76)	6(46.15)	3(23.07)
观察组	焦虑评分	5(38.46)	5(38.46)	3(23.07)	8(61.53)	5(38.46)	0(0)
	抑郁评分	6(46.15)	4(30.76)	3(23.07)	7(53.84)	6(46.15)	0(0)

2.2 两组患者干预前后吞咽功能比较 组间比较:干预前两组患者吞咽功能比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后观察组吞咽功能优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。组内比较:对照组、观察组干预后吞咽功能均优于干预前,护士指导下家属插管成功率显著提高,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组干预前后吞咽功能及护士指导下家属插管成功率比较

组别	洼田饮水试验(分, $\bar{x}\pm s$)		护士指导下家属插管成功率(%)
	干预前	干预后	
对照组	4.38±0.54	1.16±0.47	17.2
观察组	4.44±0.52	1.04±0.21	91.4
P	0.37	0.01	0.001

3 讨 论

吞咽功能障碍是脑卒中患者的常见并发症,严重者可导致其生存质量下降,造成营养不良,并易引发吸入性肺炎,甚至可导致死亡。长期鼻饲不仅给护士增加了工作量,给患者带来一系列并发症,吞咽、咀嚼、言语功能也产生失用性萎缩^[8],由于患者后期康复过程长,重复住院既不符合国家医改要求,也加重家庭和社会经济负担,借鉴企业成本管理经验,强化成本意识,降低医疗成本的基层医院成本核算思路^[9],所以加强对家属的健康教育和技能培训,对于促进患者后期康复管理,提高患者生活质量延长生存周期都有积极意义。同时,传统的长期留置胃管鼻饲法极易引起咽喉部的不适,造成临床上自行拔管案例的增加,给家属看护增加麻烦,同时容易引起上消化道出血、口腔感染等并发症,严重干扰了患者的生活质量。患者应用经口间歇胃管置管鼻饲法时每次插管必须有自主吞咽动作配合,吞咽肌群被动参与训练,带动口腔腔肌群被动运动,功

1.6 统计学处理 采用 SPSS 13.0 进行统计分析,洼田饮水试验评分为计量统计,用 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验;应对方式评估为计数资料,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者干预前后心理状况评分比较 组间比较:干预前两组 HAD 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后观察组患者 HAD 评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。组内比较:两组患者干预后 HAD 评分均较干预前降低,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。观察组抑郁、焦虑案例为 6 例,对照组焦虑、抑郁案例为 10 例,观察组心理应对比例低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

能障碍随之改善,家属经过培训后熟练掌握该项技能,能更好地促进患者康复进程。

经口/鼻腔间歇胃管管饲法只在进食时置管,不影响患者的美观和社会交往活动,同时能保持患者鼻腔、口腔、咽部的卫生和舒适感,不引起消化道出血的风险,减轻患者的病重危机感,使患者主动配合吞咽康复训练的信心与主动性增加,从而使康复治疗的依从性明显提高,更易促进吞咽功能恢复^[10]。从护理的角度来说,开始时用于间歇置管的时间最多,以后随着患者的认知、配合程度和依从性的逐渐提高,以及家属的主动参与,用于间歇置管的时间就明显减少,大大提高了工作效率。而且,对于家属来说,经过现场观摩、培训,认识及掌握管饲法的插管手法,提高了成功率和缩短了插管时间,大大地减少了患者住院床位日,节约了医疗资源,提升了患者生活质量。在教育培训过程中,医患关系更加融洽,提高了患者及家属对医疗护理服务满意度,值得在临床推广应用。

参考文献

[1] 康梅蓉.集束护理对脑卒中并发谵妄病人康复效果的影响[J]. 护理研究,2013,27(21):2270-2271.

[2] Han TR,Paik NJ,Park JW. Quantifying swallowing function after stroke: A functional dysphagia scale based on videofluoroscopic studies [J]. Arch Phys Med Rehabil, 2001,82(5):677-682.

[3] 郭君,陈维平. 间歇性口腔胃管营养法在吞咽障碍患者中的应用[J]. 中国康复医学杂志,2007,7(2):200-201.

[4] 李海燕. 延伸护理服务在护理领域的应用[J]. 中国疗养医学,2013,22(1):86-87.

[5] 王新德. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996,29(6):379-380.

[6] 吴欣娟. 护理管理工具与方法实用手册[M]. 北京:人民

卫生出版社, 2015: 73-75.

[7] 曾西, 王德军. 间歇性口腔营养管辅助进食对脑卒中吞咽障碍患者营养状况的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2011, 33(9): 703-705.

[8] 李良飞, 甘敏, 陈林. 强化康复护理干预对吞咽障碍患儿功能恢复的影响[J]. 护理学报, 2012, 19(8): 56-58.

[9] 戴萍. 全成本核算在基层公立医院中的应用[J]. 基层医

• 临床探讨 •

学论坛, 2015, 19(27): 3815.

[10] 龚淑梅, 李国荣. 间歇性口胃管管饲法在脑卒中吞咽障碍患者吞咽训练中的运用[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2012, 9(2): 23-25.

(收稿日期: 2016-04-19 修回日期: 2016-06-26)

血清 Hcy 与 BNP 对糖尿病肾病的早期诊断效果

周纪良

(江苏省昆山市第一人民医院检验科 215300)

摘要:目的 研究同型半胱氨酸(Hcy)和脑钠肽(BNP)联合检测对糖尿病肾病的早期诊断意义。方法 选取该院泌尿科 2014 年 9 月至 2015 年 9 月 60 例 2 型糖尿病早期肾病患者作为研究对象, 分为微量蛋白尿组(29 例)和大量蛋白尿组(31 例)。同时随机选取在该院进行健康体检并确定尿蛋白检测正常的 30 例健康体检者作为对照组。分别检测尿微量清蛋白(UmALB), 血清 Hcy、血胱抑素 C(CysC)、BNP 水平, 对各组患者检测数据进行统计记录, 对研究结果收集后进行统计学分析比较。结果 微量蛋白尿组和大量蛋白尿组的 UmALB、Hcy、BNP、CysC 检测结果均高于对照组($P < 0.05$), 且大量蛋白尿组的 UmALB、Hcy、BNP、CysC 指标最高($P < 0.05$)。大量蛋白尿组单项指标 Hcy、BNP 检测最高的阳性率分别为 48.38% 和 51.61%, 而 Hcy+BNP 联合检测的阳性率为 74.19% ($P < 0.05$)。结论 Hcy 和 BNP 联合检测较单独检测一项指标的阳性诊断率更高, 对推断糖尿病肾病的损害程度更准确, Hcy 与 BNP 联合检测在糖尿病肾病早期诊断中有临床效果。

关键词: 同型半胱氨酸; 脑钠肽; 糖尿病肾病

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.18.042 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2016)18-2660-02

糖尿病肾病是糖尿病常见的慢性微血管并发症之一, 发病率逐年上升, 随着糖尿病肾病患者病程的延长, 患者会出现持续性的蛋白尿等症状, 重者导致肾功能不全、尿毒症等并发症^[1-3]。因糖尿病肾病由糖尿病引发, 糖尿病肾病也是可预防和提前干预的肾病。检测尿微量清蛋白(UmALB)在糖尿病患者患病初期中的诊断作用已被临床广泛应用, 但尿道感染、服用药物等情况也可引起尿蛋白偏高, 尿清蛋白水平与糖尿病肾病肾损害程度是否存在正相关存在不确定性^[4]。所以探求诊断的早期糖尿病肾病敏感指标对糖尿病患者的诊治有重要临床意义。同型半胱氨酸(Hcy)是蛋氨酸的代谢物, 需通过肾脏进行代谢排出体外。有研究认为, Hcy 与糖尿病肾病损害相关, 认为 Hcy 血症对糖尿病肾病形成及发展发挥作用^[5]。脑钠肽(BNP)是人体内分泌系统, 具有利尿、抑制吸钠及舒张血管功能。本研究通过对比健康人群, 对 60 例 2 型糖尿病早期肾病患者 Hcy 与 BNP 等相关指标进行检测对比, 研究 Hcy 与 BNP 在糖尿病肾病患者诊断过程中的作用。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院消化内科 2014 年 9 月至 2015 年 9 月 60 例 2 型糖尿病早期肾病患者作为研究对象, 年龄(52.3±7.2)岁, 男 31 例、女 29 例。根据 UmALB 水平将 60 例患者分为 2 组。微量蛋白尿组: 29 例, UmALB 为 30~260 mg/24 h, 男 15 例、女 14 例, 年龄为(52.6±7.3)岁; 大量蛋白尿组: 31 例, 尿蛋白排泄率大于 260 mg/24 h, 男 15 例、女 16 例, 年龄为(54.5±6.9)岁。选取 30 例体检健康自愿者作为对照组, 男 17 例、女 13 例, 年龄为(50.4±10.1)岁, 经体检各项指标正

常, 无糖尿病及其他疾病。患者排除标准: 心肺、肝脏功能不全者; 具有其他肾脏、泌尿系统疾病患者; 近期未服用对肾脏有害的药物。

1.2 方法 健康人指标范围区间为 0~40 mg/24 h, 测定患者 24 h 尿量, 检测 UmALB 水平。计算公式: 24 h UmALB 水平(mg)=24 h 尿量(L)×UmALB 质量浓度(mg/L)。(2) 血浆 BNP 检测方式: 健康人指标参考范围为 0~100 pg/mL, 早晨抽取空腹 8 h 以上患者静脉血浆 3 mL, 抽血前患者保持空腹 8 h, 随机对血浆进行离心处理, 测定血浆 BNP 浓度。(3) 胱抑素(CysC): 用胶乳增强免疫比浊。(4) 血清 Hcy 测定方式: 健康人指标范围区间为 5.0~10.5 μmol/L; 采用酶法测定。

1.3 统计学处理 采用 SPSS18.00 软件进行统计学处理。计量资料正态分布的以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 计量数据对比采用 F 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 各组血中 Hcy、BNP、UmALB、CysC 水平对比 研究对象的两组糖尿病肾病患者血清中 Hcy、BNP、UmALB、CysC 检测指标均明显高于对照组($P < 0.05$), 且蛋白尿的浓度越高, Hcy、BNP、UmALB、CysC 检测指标的检测指标也越高($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 各组血中 Hcy、BNP 与合并指标检测的阳性结果比较 Hcy 和 BNP 联合检测的阳性率比单项检查结果高。单项数据检测数据中, 大量蛋白尿组的阳性率高于对照组和微量蛋白尿组, 但采用 Hcy 与 BNP 合并检测时的阳性率高达 76.67%, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表 2。