

中、口味清淡且无刺激性调料。而对于病情较重,有急性大出血现象的患者,比如食管或胃底静脉破裂而出血者应暂禁食,选用输液营养。对于大出血急救而止血 2d 后逐渐改用少量流食让消化道适应,饮食中应含高热量、高维生素,减少钠盐和蛋白质的含量,待适应后再逐渐改为半流质直至软食。饮食次数从少量多餐逐渐恢复一日三餐的普食。这时的普食还要避免过硬以及带刺食物、粗纤维含量较高的蔬菜、刺激性调料和 cO<sub>2</sub> 饮料等,应细嚼慢咽,避免损伤食道及胃粘膜而再次出血。

1.3.4 三腔二囊管的护理:三腔二囊管压迫止血会引起患者上消化道明显不舒适感,特别会使已有插管史的患者更加难以接受,要耐心说明气囊压迫的过程、重要性和注意事项,同时注意安慰和鼓励患者,使患者树立战胜疾病的信心。尤其在抢救过程中,护士应做到沉着冷静,忙而不乱,尽量减轻患者紧张情绪。置管后让患者取侧卧位,管子末端系上 0.5kg 的重物,用滑轮作重力牵引,固定要牢固,防止滑入胃内而达不到止血的效果,每 4 小时检查气囊及食道囊压力是否正常,食道管放气一次并松弛牵引,防止压迫时间过久引起食道胃黏膜缺血,发生溃疡。对燥动不安的患者,应严防自行拔管<sup>[3]</sup>。

1.3.5 出院指导和健康宣教:患者在出院时,护理人员需要向患者及其家属讲解该病的常识,并指导患者识别早期出血征象及应急处理措施,从而保持良好健康的心态。同时对患者及其家属积极进行健康教育,注意饮食卫生、合理安排作息时间,适当进行早期下床活动锻炼,增强体质,戒烟酒、浓茶、咖啡等对胃有刺激的食物,对一些如水杨酸类、利血平、保泰松等可诱发或加重溃疡病症状,甚至引起并发症的药物应禁用,使其保持良好的心境和乐观主义精神,正确对待疾病。

2 结果

90 例病例经过积极的治疗和护理,治愈 52 例,好转 26 例,自动出院 2 例,转外科手术治疗 6 例,病情恶化死亡 4 例,本组病例均得到随诊,出院后均能按指导用药,饮食,休息,对医疗护理满意。

3 讨论

3.1 抢救和处理及时:上消化道出血量大时,及时有效的抢救是关键,否则因出血量大而导致休克,也是减轻患者痛苦和恐惧心理的有效措施,是治疗的关键。

3.2 观察和正确的判断:正确判断出血部位和原因是抢救的关键,只有明白了出血原因和出血的部位才能实施正确的抢救,对出血量的变化要判断准确,准确及时测定好患者生命体征,根据正确判断和测量数据来确定输液或者输血的速度,及时观察呕吐物和大便的次数、颜色和量的大小,以判断抢救措施是否有效,是否还在出血或是否再次出血,通过认真细致的观察,可以及时发现病情的变化,以作出相应的处理。

3.3 精心的护理:消化道护理的重点是饮食护理和心理的疏导,特别是上消化道出血,由于患者自己能见到鲜红的血液,这会给学生造成紧张的情绪,进而能刺激消化道出血,因此心理护理显得较为重要,能很好的缓解患者心理压力,使患者积极配合治疗。另外不当的饮食也会导致伤口的再次开裂,从而造成再次出血。所以对上消化道出血有效的护理措施,可能大大提高急救的成功率,避免再次出血和减少并发症。

参考文献

[1] 夏德铭,匡勇军,曾国强,等.消化道出血诊治新思路探讨[J].中国误诊学杂志,2011,11(3):623.  
[2] 戚守珍.内科护理学[M].北京:人民卫生出版社,2008:7.  
[3] 尤黎明.内科护理学[M].北京:人民卫生出版社,2001:246.

# 预见性护理对脑卒中患者跌倒预防效果的 Meta 分析

郭 红 郝玉芳 周 芬 李艳琳

北京中医药大学护理学院 北京 朝阳 100102

【关键词】预见性护理;脑卒中;跌倒;评估;Meta 分析

【中图分类号】R248.1

【文献标识码】B

【文章编号】1674-8999(2013)12-0274-02

目前,很多国内外证据已经证明单因素和多因素的跌倒预防干预能有效降低老年人跌倒发生率<sup>[1,2]</sup>,但国内尚无对于脑卒中患者跌倒预防措施效果的严格评价。国外虽有研究表明对于脑卒中患者,通过平衡力训练、锻炼、改善环境、健康教育、康复模式以及药物增加骨密度水平等措施,能够在一定程度上降低其跌倒的发生率,但是未证实其有效。

1 材料与方法

1.1 资料来源:通过计算机检索 Medline、Pubmed、《中国生物医学文献数据库》,并结合 Science Direct、BMJ、Age and Ageing、Elsevier、万方等数据库及追溯相关的参考文献收集国内外(1997—2009 年)关于预防脑卒中患者跌倒的实验性研究文献。检索词包括:“stroke” OR “cerebrovascular” AND “fall”, “fall prevention”;以及“脑卒中”或“脑血管病”与“跌倒”、“跌倒预防”作为主题词或关键词进行中英文数据库的检索。再通过手工检索找出与“预见性护理”和“实验对照性研究”相关的文献。

1.2 文献的纳入标准:①1997~2012 年国内外公开发表的文献;②研究对象必须是脑卒中住院患者或社区患者;③必须有预防跌倒采取的干预措施;④干预措施必须是评估性措施;⑤各研究组的参加人数、结局跌倒人数必须有具体报道。此次 Meta 分析只对评估性干预措施进行分析。

1.3 文献的排除标准:①排除重复报告的文献;②报告的信息太少,以致无法利用的文献;③资料分析方法不正确或没有提供;④未提供对照组。

1.4 文献质量评价和资料提取:由两名作者对纳入的文献进行质量评价和资料提取,有分歧通过讨论协商。提取的信息包括:作者、年份、对象(地区、国家、年龄)、干预方法、各研究组的结局人数、随访时间、失访情况等。

1.5 分析方法:阅读文献后,在文献中找出干预组最终发生跌倒和未发生跌倒的人数,对照组最终发生跌倒和未发生跌倒的人数建立数据库。将研究中干预组对于对照组的相对危险度(RR)作为效应指标。利用 Q 检验法进行研究的异质性检验。若各研究之间的效应是齐性的(P≥0.1),则采用固定效应模型分析来计算综合效应指标及其 95% 的可信区间;若效应不齐(P<0.10),则采用随机效应模型分析。数据分析在统计软件 Review Manager 5.2 中完成。

2 结果

共检索到与脑卒中跌倒预防相关的文献共 290 篇,其中中文文献 185 篇,英文文献 105 篇。根据入选标准,共有<sup>[4]</sup>文献进入此次 Meta 分析,文献筛选流程见图 1。

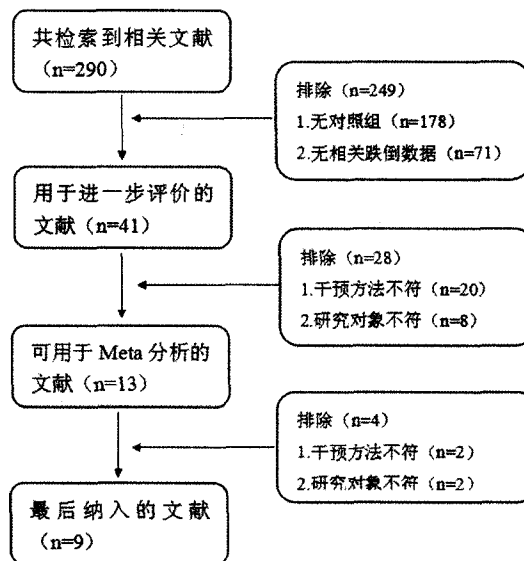


图 1 文献筛选流程图

2.1 纳入文献评价:本研究纳入的文献均为国内文献。其中 4 篇采用病例对照方法,3 篇采用随机对照实验(RCT)方法,质量偏低。

2.2 预见性护理在脑卒中患者跌倒预防中的效应:本研究共有文献对预见性护理在预防脑卒中患者跌倒的效果方面进行了研究,根据同质性检验,结果 P=0.72, I<sup>2</sup>=0,表明文献具有很好的同质性。采用固定效应模型进行分析。预见性护理包括跌倒危险因素的评估、失效模式和效应分析(FMEA)、功能独立性评定(FIM)、平衡及步态评估等,在预防老年人发生的跌倒中,总 RR 为 0.29, 95% CI 为 0.2-0.42,有统计学意义,表明预见性护理干预可以减少脑卒中患者跌倒的发生(见图 2)。结果也表明有部分文献没有足够证据能说明预见性评估能有效降低脑卒中患者的跌倒<sup>[5,7,9]</sup>。

作者简介:郭红,女,1971 年 8 月出生,硕士,副主任护师,硕士生导师。

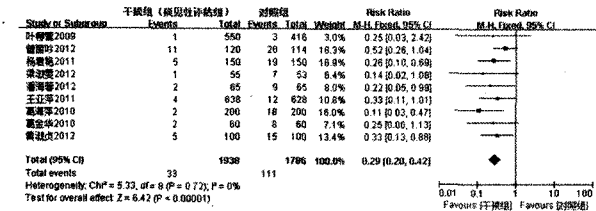


图2 预防性护理在预防脑卒中患者跌倒预防的效应分析图

3 结论

3.1 预见性护理在预防脑卒中患者跌倒中的效果: 临床上患者发生跌倒等护理意外事件的原因中很大一部分是由于细节问题导致。如地面不平、注意事项未及时向患者交待等。只要护士在工作中能发挥预见能力和主观能动性, 主动去发现问题, 解决问题, 就能减少护理意外事件的发生。通过预见性护理, 把可能导致老年脑卒中患者跌倒的原因进行归纳总结, 针对原因一一制定护理对策, 这样才有可能减少患者跌倒的发生。

3.2 脑卒中患者跌倒危险因素的特异性评估工具还有待开发: 在研究多因素评估及干预对预防跌倒的效果的 Meta 分析<sup>[1-2]</sup>中, 其 RR 值为 0.86 和 0.80, 具有统计学意义, 说明多因素评估及干预对住院老年人及社区里的老年人均有预防作用。从 9 个文献可以看出, 目前用于脑卒中跌倒风险评估干预的方法包括: 自制的跌倒危险因素评估、失效模式和效应分析(FMEA)、功能独立性评估(FIM)、平衡及步态评估等, 国内还未形成脑卒中

患者特定的专用量表。

在此基础上, 开发出适合于脑卒中患者的特定的跌倒风险评估专用工具, 帮助护理人员对此类病人进行早期识别, 及时采取有针对性的护理干预, 是十分必要和有意义的。这也是将来研究的方向和目标。

参考文献

[1] 卢伟, 周德定, 李延红. 老年跌倒干预措施效果的 Meta 分析[J]. 环境与职业医学, 2006, 23(4): 289-294.

[2] 邓菲菲, 甘秀妮. 运动锻炼与多因素评估及干预对老年人预防跌倒效果的 Meta 分析[J]. 中国老年学杂志, 2011, 31(5): 735-738.

[3] 张颖. 预见性护理在临床工作中的应用[J]. 天津护理, 2011, 19(2): 122-123.

[4] 叶柳莺, 宋婷, 张爱凤. “住院病人预防跌倒/坠床告知书”在卒中病房的护理应用[J]. 护士进修杂志, 2009, 24(9): 800-801.

[5] 曹颖, 李爱东, 周敏. 跌倒危险因素评估表在老年脑卒中患者中的应用[J]. 现代临床护理, 2012, 11(6): 19-21.

[6] 杨若艳. 跌倒、坠床危险评估表在卒中患者中的应用[J]. 吉林医学, 2011, 32(23): 4907-4908.

[7] 梁淑雯, 叶映林, 郭玉枝, 等. 基于 FMEA 的护理干预方法预防卒中康复期患者跌倒的研究[J]. 临床医学工程, 2012, 19(7): 1167-1168.

[8] 潘海蓉. 预见性护理在防止老年脑血管病住院患者跌倒中的应用效果观察[J]. 中外健康文摘, 2012, 9(21): 351-352.

[9] 王亚萍, 赵江丽, 程文蕾. 应用失效模式效应分析预防脑卒中住院病人跌倒[J]. 护理研究, 2011, 25(6): 546-547.

# 心血管介入术后股动脉鞘管拔除前后及相关并发症的护理

李秀霞 岳 丽 刘 燕 尹荣珍

河北省沧州市人民医院导管室 河北 沧州 061000

**【摘要】**目的: 总结探讨股动脉鞘管拔除前后的护理经验, 以避免或尽早发现介入术后股动脉相关的并发症。方法: 通过对我院经股动脉穿刺行心血管介入治疗患者的观察、护理措施的不断改进, 进行记录、分析、总结。结果: 加强护理措施, 可有效减少股动脉穿刺相关并发症的发生。结论: 严密观察及精心护理是避免及及时发现股动脉相关并发症, 提高手术成功率的重要保障。

**【关键词】** 心血管介入; 股动脉穿刺; 并发症; 护理

**【中图分类号】** R714.252

**【文献标识码】** B

**【文章编号】** 1674-8999(2013)12-0275-01

近 20 多年来, 心血管介入诊疗因创伤小、痛苦小、恢复快、疗效确切得到了快速的发展, 腹股沟区股动脉相对粗大, 走行表浅, 易于触及, 动脉血管穿刺成功率高, 也便于术后压迫止血。所以, 股动脉穿刺是心血管介入技术最常选用、也是最经典的穿刺入路。因术后可能发生血管穿刺相关的血管并发症如出血、血肿或假性动脉瘤、动脉血栓形成、深静脉血栓形成、迷走反射等。严重的可导致病人的死亡。因此如何预防或及早发现这些并发症就尤其重要。我院自 2004 年开展心血管介入, 现已累计完成经股动脉心血管介入病例近千例。现在结合我们的临床实际, 谈谈心血管介入术后的股动脉鞘管拔除前、拔除鞘管时、拔管后及相关并发症的护理体会。

1 资料与方法

1.1 临床资料: 2010 年 7~2012 年 12 月在我院心导管室经股动脉作介入诊疗病人 1083 例, 其中作冠状动脉造影 473 例, 射频消融治疗病人 15 例, 先心病 13 例, 冠状动脉 PCI 术 682 例; 男性 640 例, 女性 443 例, 年龄 16~88 岁, 平均 68.3 岁。

1.2 止血及压迫方法: 采用术后手工的方法在动脉穿刺点上方 5~10 mm 处股动脉搏动明显处逐渐加压, 同时拔出鞘管, 根据足背动脉搏动和下肢紫绀情况, 调整压力, 按压伤口力度以能触摸到足背动脉搏动为准, 压迫 20 min 左右至穿刺点无出血; 加盖敷料后用纱布绷带 8 字加压包扎, 1kg 沙袋压迫穿刺部位 6 h<sup>[1]</sup>。沙袋解除后仍保留绷带施压, 造影患者拔管后 6 小时, 介入治疗患者拔管后 12 小时可在严密观察无出血倾向时给予逐渐减压, 24h 后解除压迫。

1.3 拔管时机: 冠脉造影、心律失常射频消融、先心病介入封堵等术后即刻拔管; 冠脉介入术后人工压迫的一般术后 4-6 小时后拔管。

1.4 结果: 相关并发症, 发生伤口出血 31 例, 大出血 1 例, 血肿 29 例, 动静脉瘘 3 例、假性动脉瘤 5 例, 迷走反射 12 例, 其中 1 例发生于拔管后 30 分钟, 其余均发生在拔管时, 局部皮肤溃破 8 例, 尿潴留 90 例, 且以上并发症大多发生于前 300 例护理经验不足时, 无股动脉血栓形成、腹膜后血肿形成、深静脉血栓形成等严重并发症形成。经医生提高穿刺水平及改进护理措施后并发症明显减少。

2 护理体会

2.1 心理疏导: 将术侧肢体长时间制动的目的、必要性告知患者及家属, 使其明白过早及不合理活动可能导致鞘管打折、折断、脱落、伤口出血、血肿等并发症的发生, 严重者可能出现失血性休克甚至死亡。从而使病人从思想上足够重视, 从而主动合作。出现患者将要面临的困难提出建议及实施方案。如手术前护理人员应协助患者进行卧床解大小便的训练; 术后制动期患者因卧床排便不能, 表现烦躁时, 应耐心劝说并给予帮助等。

2.2 留置鞘管的护理: 病人保持仰卧位, 术侧下肢伸直并制动, 避免屈曲, 搬动时应三人同步平抬。嘱患者搬移过程中及排便时其术侧肢体挺直, 防止鞘管进一步损伤血管, 穿刺口出血及血肿。但足部可以行伸、曲运动。并行

心电监护和血压等生命体征监护。护士应每 30 分钟巡视一次, 注意伤口部位是否渗血, 皮下是否有血肿及瘀斑, 用圆珠笔标记血肿及瘀斑范围, 如进行性增大及渗血较多时, 告知医生, 必要时提前拔管。

2.3 拔管时护理: 护士在拔管前行床边心电、血压监测, 血压过高不宜拔管, 应先降压再拔管, 建立静脉输液通路, 协助医师准备拔管用的物品。向患者做好解释工作, 消除其恐惧和紧张心理, 对于情绪紧张, 应酌情使用镇静剂, 对疼痛敏感的患者, 拔管前给鞘管周围局部麻醉, 以免疼痛, 情绪紧张诱发迷走反射。拔管时严密监测心率、血压和心电图变化, 以及观察患者的面色、表情, 倾听患者的主诉, 嘱患者勿用力抬头及咳嗽。拔管时及拔管后最易出现血管迷走神经反射, 应备好阿托品、多巴胺、平衡盐等抢救用药及急救器材。严禁双侧同时拔除动脉鞘管。患者一旦发生血压下降、心率减慢、面色苍白、全身大汗淋漓、恶心、呕吐、呼吸减慢、意识淡漠等迷走反射表现应立即处理: 使患者头偏向一侧, 中流量吸氧, 遵医嘱快速补充等渗盐水, 静脉注射阿托品, 患者多在 15~30 min 缓解; 为症状重者立即静脉注射多巴胺、阿托品, 必要时静脉滴注多巴胺。

2.4 拔除鞘管后护理: 拔管后采用纱布绷带 8 字法包扎、固定, 并以 1000 g 盐袋压迫 6 h, 术侧肢体严格制动 12 h, 24 h 后方可下床活动。拔管后加强巡视, 3h 内每 30 min 1 次, 3h 后每 1-2 h 1 次, 观察并记录患者的生命体征及伤口情况。造影患者拔管后 6h, 介入治疗患者拔管后 12 h 可在严密观察无出血倾向时给予逐渐减压。

3 讨论

随着介入治疗器械的不断改进及心血管介入的广泛应用, 心血管介入治疗的成功率逐步提高, 穿刺相关的并发症明显减少, 但尚不能完全避免其发生。以上除了取决于手术者的操作水平及技巧, 以及手术者之间密切配合以外, 术后的护理也是十分重要的。心内科护士必须熟悉手术相关的基本理论知识及可能发生的并发症, 针对不同的患者, 建立一套系统、完整的术后护理常规, 术后 24 h, 严密观察患者各项生命体征和穿刺部位的情况, 精心护理, 可以避免及尽早发现穿刺血管并发症的发生, 做到早发现, 早报告, 早处理, 从而进一步提高护理质量, 避免严重并发症的发生, 提高手术的成功率。总之, 严密观察及精心护理是避免及及时发现股动脉相关并发症极为重要, 也是减轻病人痛苦, 保证患者安全及提高手术成功率的重要保障。

参考文献

[1] 郑亚西, 邱红梅, 汪贵元, 等. 心脏介入诊疗后股动脉穿刺点序列观察体会[J]. 护士进修杂志, 2011, 19(11): 1305-1306.

[2] 戚跃勇, 邹利光. 经皮股动脉穿刺的常见并发症[J]. 重庆医学, 2004, 33(9): 1408-1410.

[3] 吕强, 马长生, 康俊萍, 等. 冠状动脉造影与经皮冠状动脉介入治疗术后股动脉假性动脉瘤临床分析[J]. 中华心血管病杂志, 2004, 32(5): 402-404.

[4] 明菊梅, 熊婧宇, 孟静. 冠心病介入治疗术后并发症的预防与护理对策[J]. 武警医学, 2011(03): 235-236.

word版下载: <http://www.ixueshu.com>

免费论文查重: <http://www.paperyy.com>

3亿免费文献下载: <http://www.ixueshu.com>

超值论文自动降重: [http://www.paperyy.com/reduce\\_repetition](http://www.paperyy.com/reduce_repetition)

PPT免费模版下载: <http://ppt.ixueshu.com>

---