

探讨小儿断指再植术的临床护理措施

王芬

湘雅博爱康复医院显微外科中心 湖南长沙 410100

【摘要】目的 总结小儿断指再植术的临床护理要点。**方法** 选择在2017年9月到2018年9月间在我院行断指再植术的患儿62例为此次观察对象,按数学随机方法随机分成2组,对照组患儿采用常规护理干预举措,实验组患儿采用综合性护理干预举措,对两组患儿所获护理效果进行评价。**结果** 实验组患儿护理舒适度评分明显要比对照组患儿评分高,且实验组患儿指功能恢复情况的优良率评定要好于对照组($P < 0.05$)。**结论** 针对小儿特点,对小儿断指再植术患儿辅以临床综合护理干预举措,可显著提升其功能恢复效果,保证生活质量。

【关键词】 断指再植术; 小儿; 临床护理

【中图分类号】 R473.72

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2018) 10-190-02

由于儿童不具有良好的安全意识,所以在日常生活当中发生手指外伤性的意外事故非常多见,再加上儿童年龄小,生理、心理均未成熟,一旦意外发生,会给予其身体、心理造成巨大的创伤^[1]。针对于此,除了要予以小儿积极的救治外,辅以有效的护理方法对于保证治疗效果有重要意义。

1 资料及方法

1.1 一般资料

选择在2017年9月到2018年9月间在我院行断指再植术的患儿62例为此次观察对象,按数学随机方法随机分成2组,对照组患儿共计31例,男性有20例、女性有11例,年龄自1岁到12岁,均值年龄 6.7 ± 0.5 岁,完全断指18例、不完全断指13例;实验组患儿共计31例,男性有21例、女性有10例,年龄自1岁到11岁,均值年龄 7.4 ± 0.6 岁,完全断指20例、不完全断指11例。两组研究对象一般资料比较无明显差异($P > 0.05$),本研究在获取两组研究对象家属知情和同意的前提下开展。

1.2 方法

所有患儿接受断指再植术,对照组患儿采取常规护理干预方法,对其断指再植成活情况进行观察,实验组患儿采取综合性护理干预方法:

1.2.1 术前心理护理

因患儿断指的发生常是突发状况、患儿毫无心理准备,同时也有患儿监护人疏于照顾的关系,因此就诊时患儿及其监护人哭作一团的现象非常普遍。针对于此,接诊护士一面要快速娴熟的安排好接诊工作,另一面也要予以患儿及其家属有效的心理支持,通过向其介绍主治医师的水平、例举成功案例,以通俗易懂的语言来讲解手术方法等,抚慰患儿及家属不安的心理。

1.2.2 术后护理

1.2.2.1 针对性护理

针对环境方面,为患儿准备的病房应安静、舒适,且符合儿童喜好,病房布置要欢快明亮,最主要的是室内禁止吸烟,烟中所含尼古丁可使小动脉痉挛、增加手指血管阻力,所以要限制探视人数;针对心理方面,患儿刚完成手术,生理上的疼痛会刺激其心理出现恐惧、不安等负面情绪,再加上适应性较差,所以要鼓励患儿家属参与到护理工作中来,及时安抚其情绪,避免由于哭闹引发血管危象,向家属了解患儿平时的生活环境、性格和喜好,主动接近患儿,以讲故事、小游戏等方法来多与患儿接触、促进感情、拉近距离,为各种护理操作提供良好条件。

1.2.2.2 疼痛护理

小儿对痛觉非常敏感,而且耐力低,由于疼痛造成的哭闹不止,会加大血管痉挛诱发血管危象的发生几率,影响到再植术的成功率。针对于此,应及时采取止痛举措,并取得患儿家属的积极配合,可以通过播放一些动画片或提供书籍的方法,尽量转移患儿注意力,并通过予以一些糖果、小花等奖励,激发他们战胜疼痛的决心。

1.2.2.3 康复护理

以通俗、易懂的语言向患儿及家属说明术后功能锻炼对再植成活的重要性,由于小儿理解能力欠佳,应主要向患儿家属提供有关功能

锻炼的图片或视频,使其掌握正确的功能锻炼方法,护理人员再辅以亲身指导,帮助患儿的得到正确的功能锻炼,并及时纠正错误的地方,保证功能锻炼的有效性。

1.2.2.4 延续性护理

出院时,除了予以常规出院宣教外,在出院后还应通过电话、微信等途径,了解患儿恢复情况,并及时指导院后的康复训练,并宣教对再植指的保护方法。

1.3 护理效果评价

①护理舒适度评价:以视觉模拟尺对两组患儿舒适度进行评价,从左到右依次是0-10分,分值越高,代表护理舒适度越高^[2];②指功能恢复情况:关节总屈曲度、感觉恢复程度、血液循环状况、外观评定的优良率。

1.4 统计学处理

数据统计学软件版本为SPSS22.0,采用百分率(%)表示计数指标,采用平均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示计量指标,分别采用卡方(χ^2)和独立样本(t)检验,检验 $P < 0.05$ 表示之间存在明显差异。

2 结果

2.1 护理舒适度评价

表1数据提示:实验组患儿护理舒适度评分明显要比对照组患儿评分高,两组比较,统计学意义确切($P < 0.05$)。

表1: 护理舒适度评价 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	护理舒适度
对照组	7.7 ± 0.6
实验组	9.1 ± 0.8
t	6.261
P	< 0.05

2.2 患儿指功能恢复情况的优良率

见表1:实验组患儿指功能恢复情况的优良率评定要好于对照组,两组比较,统计学意义确切($P < 0.05$)。

表2: 患儿指功能恢复情况的优良率 [n(%)]

分组	总例数	关节总屈曲度	感觉恢复	血液循环	外观评价
对照组	31	24 (77.4)	23 (74.2)	24 (77.4)	25 (80.6)
实验组	31	30 (96.8)	30 (96.8)	29 (93.5)	30 (96.8)
χ^2		4.167	6.369	4.292	4.026
P		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

小儿断指发生率高且对其今后的生活、学习、心理都会产生较大影响^[3]。而断指发生突然且病情发展迅速,虽断指再植术可有效保证断指再植成功率,但意外事件的发生却是对患儿生理、心理造成巨大创伤^[4]。因此在积极外科治疗的同时,制定一套行之有效的护理干预方法非常重要。

综合性护理干预举措是将常规、针对性、院内、院外护理都包含在内的一项整体护理方法,除了保证患儿在住院期间得到细致、耐心的护理服务之外,院后还能得到延续性康复护理,患儿出院后由专职

(下转第191页)

神经内科鼻饲患者的护理浅谈

肖运梅 代 丽*

十堰市人民医院 (湖北医药学院附属人民医院) 湖北十堰 442000

【摘要】球麻痹,又称延髓麻痹,是指由延脑或大脑等病变引起的吞咽困难,饮水反呛,发音障碍为主症的一组病症。通常把延髓病变所致者称真性球麻痹,大脑等病变所致者称为假性球麻痹。本症病因复杂,可由多种脑病引发。如脑梗塞、脑出血、脑炎、脑外伤、脑变性病、脱髓鞘病、脑肿瘤等,损伤相应脑组织而致病。其中以脑血管病所致者最多。由于脑血管病发病率很高,故本症亦十分常见。病人患此症,轻者饮食、语言困难,重者完全丧失饮食、语言功能,靠鼻饲维持生命,因重症球麻痹患者需终身使用鼻饲,因此,许多患者出院后在家庭中仍需使用鼻饲管,现针对鼻饲管的护理及鼻饲饮食的准备进行一些浅谈。

【关键词】鼻饲患者;鼻饲法;护理

【中图分类号】R473.74

【文献标识码】A

【文章编号】1672-0415 (2018) 10-191-01

1 症状简介

神经内科患者如脑梗死、脑出血、脑干病变等部分伴有意识障碍、吞咽障碍,虽然胃肠功能正常,却不能正常经口进食。为保证其能摄入足够的蛋白质和热量,满足机体代谢需要,维持水电解质和氮质平衡,需要通过导管供给营养丰富的流质饮食或营养液,此方法称为鼻饲法^[1]。

2 鼻饲饮食护理的基本方法

鼻饲是将胃管(或硅胶管)经一侧鼻腔插入胃内,从管内灌注流质食物、水和药物的方法。对不能由口进食者,如昏迷,口腔疾患,手术后或肿瘤,食管狭窄,早产婴或病情危重的婴幼儿,及拒绝进食者,给予鼻饲饮食。

2.1 护理措施

2.1.1 喂食前应验证胃管是否确在胃内方可进行喂食。

2.1.2 每次喂食前后均应灌注 30ml 左右 35~40℃温开水,再灌注流质饮食或药物,以保持管道清洁、通畅。

2.1.3 需翻身吸痰的病人应先翻身或吸痰后,再行喂食,以免引起呕吐或呛咳。

2.1.4 首次喂食应量少,速度应慢,使病人逐渐适应。适应后每日 5-7 次,加水数次,每次喂食量不得超过 200ml,每日总量在 1500~2000 毫升之间。鼻饲片剂药物时,应先将药片研碎,溶解后再灌入。

2.1.5 灌食时,病人的头部与胸部至少要抬高 30°,灌喂后至少 1 个小时后才能平卧,以免吸气时将食物吸入肺部,造成窒息。

2.1.6 长期鼻饲者,应每日进行口、鼻腔护理 2 次。胃管每月更换 1 次(于晚上拔出,晨起再由另一侧鼻孔插入)。

2.1.7 喂食后应灌注 30ml 左右 35~40℃的温开水,以保持管道清洁、通畅。

2.1.8 灌注结束后将胃管开口端反折,用纱布包好,用夹子夹紧,用安全别针固定于枕旁。整理床单位,清理杂物。

2.2 注意事项

2.2.1 注意预防鼻饲引起的腹泻,患者对鼻饲一般要有一段适应

过程,因此,开始时膳食宜少量、清淡,逐渐加量,中午食量可稍高于早晚。

2.2.2 饮食过冷、过热,均可引起腹泻或胃肠反应。因此,灌注前要测试饮食温度,可以将饮食滴于腕关节内侧皮肤上,以不感觉烫为宜。鼻饲温度过高或过低,可能损伤消化道黏膜,并可引起病人胃肠不适,致病人呕吐腹泻等。

2.2.3 餐具和灌注时应注意卫生,配制膳食的原料应新鲜,配制好的饮食如果在 24 小时内未食用完就应丢弃或改由其他健康人食用。

2.2.4 注意膳食的调节,在食物配置的选择上注意富含蛋白质、各类维生素及热量、无机盐、水份、膳食纤维等营养物质的补充。如排便次数多,大便酸臭,可能是食物的糖含量较高所致;大便稀臭,呈碱性反应,可能是食物的蛋白质过高所导致的消化不良。

2.2.5 胃管保留时间最长应不超过一个月,一般每月要更换胃管 1 次。

2.2.6 每日应口腔护理 2 次,以保持卫生、清洁,预防并发症。

2.2.7 灌注饮食前后要注意观察胃管是否在胃中。在为病人吸痰时可刺激气管造成剧烈咳嗽,或同时出现呕吐反射,使胃内压上升而发生返流现象,有可能使胃管脱出而盘绕在口腔内。

2.2.8 灌注食物温度应保持在 35℃-40℃灌注速度宜缓慢。

3 小结

胃肠道内营养是人类固有的消化、吸收和利用营养的最佳途径,对于长期鼻饲患者来说,由于他们不能经口正常进食,只能通过导管经鼻腔插入胃内,从管内灌注流质食物、水分和药物,因此应注重做好鼻饲患者的饮食配制护理,通过对食物科学合理的配制加工,注重动物蛋白与植物蛋白及各种微量元素和水电解质膳食纤维的补充,使鼻饲患者同常人一样广泛饲用各种食品,吸取充足的营养,以保证机体的正常生理需要,减少疾病的发生^[2]。

参考文献

[1] 张爱萍. 危重症神经内科鼻饲患者护理体会 [J]. 中国现代医药杂志, 2010, 12(2):109-110.

[2] 王萧逸. 神经内科鼻饲饮食中应用鼻饲管的护理观察 [J]. 中国实用医药杂志, 2016, 11(21):240-241.

[1] 张苏, 刘亚莉, 吴琼等. 预见性护理对降低小儿断指再植术后血管危象发生率的作用 [J]. 创伤外科杂志, 2016, 17(2):120-121.

[2] 宋幼君, 张晓丽. 84 例小儿断指再植手术的护理体会 [J]. 中外医学研究, 2015, 22(5):98-99.

[3] 包建兰, 唐亚萍, 陈小娜等. 小儿断指再植 27 例临床护理体会 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3(28):137.

[4] 黄娟娟. 解析循证护理在断指再植患者术后护理中的研究 [J]. 河北医学, 2015, 34(3):504-506.

[5] 何松松. 延伸性护理对断指再植手功能康复的效果观察 [J]. 护士进修杂志, 2016, 31(13):1211-1213.

[6] 黎雄武, 安丽影, 赵秀红等. 专科护理路径在断指再植术后患者中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2018, 24(10):101-103.

* 通讯作者: 代丽

(上接第 190 页)

护士通过电话、微信等方法与患儿家属取得联系,可以对患儿术后恢复情况及予以了解,发现问题也可及时督促患儿前来医院复查,使其院后也能有步骤、有计划的锻炼,对帮助患儿其生活质量提高是有积极影响的^[5,6]。

与本文实验结果相结合来看:实验组患儿护理舒适度评分明显要比对照组患儿评分高,且实验组患儿指功能恢复情况的优良率评定要好于对照组(P<0.05)。可见综合性护理干预举措可在保证患儿身心舒适的同时,促进其指功能良好康复。针对小儿特点,对小儿断指再植术患儿辅以临床综合护理干预举措,可显著提升其功能恢复效果,保证生活质量。

参考文献