

镇职工基本医疗保险的经费困难,加强医院经营管理,有效利用资源,降低运营成本,缩短患者住院时间,提高服务水平,是适应城镇职工基本医疗保险制度改革,提高医院经营效益的切实有效的措施之一。

在 2012 年临床路径管理工作会议中,卫生部副部长马晓伟指出:“‘十二五’期间,所有三级医院和有条件的二级医院都要开展临床路径管理,符合进入临床路径标准的患者中,至少 50%要进入临床路径管理,入径后完成率不能低于 70%”^[9]。可见临床路径的重要性和必要性。临床护理路径已经作为一种新的护理标准化模式在临床中广泛开展,能有效地协调护理人员的工作,使护理工作都沿着路径的内容和图示进行,从而有计划、有目的地进行治疗和护理,促进医、护、患三者的信息交流与情感沟通,确保治疗和护理的连续性和完整性,使护理行为更为规范化,保证护理效果更加安全有效,并有效地提高护理工作质量及患者对护理工作的满意度^[10]。应用临床护理路径可以促进个性化健康教育的开展,充分体现健康教育的系统化和规范化,患者对健康知识的掌握程度也有了较大的提高,促进了患者身心康复^[11]。临床护理路径的实施,加强了护患交流,使患者关于糖尿病的理论知识不断增加,及时纠正错误观念,提高了患者对治疗的依从性,以及自我管理能力和提高了护理工作效率及护理质量。病案质量监控是检查临床路径落实的标准,临床路径的管理思想,是通过规范医疗过程,以减少同一病种不同患者、不同医生的医疗差异为目的,把患者病情和诊疗过程用图表的方式直观地表现出来,并通过计算机管理信息系统实现对某一疾病患者从入院到出院整个诊疗过程的全程监控,使质量管理从终末管理向过程管理转变^[12]。卫生部在两年左右时间对 50 家医院的临床路径进行研究,结果显示,患者对临床护理工作的满意度明显提高,患者平均住院时间和人均住院费用明显下降,临床护理路径的实施使糖尿病患者享受到了护理的实惠,疾病得到有效治疗^[13]。本研究显示临床路径的护理模式可以为糖尿病患者切实解决经费问题,减轻医保负担,加快医院床位运转,提高了医疗质量。

参考文献

[1] 袁剑云,曾熙媛,李庆功.我国建立临床护理实践标准的

颈前路椎体次全切除内固定术治疗颈椎后纵韧带骨化症围术期护理研究*

高爱芹,周玉军(河北省邯郸市中心医院骨二科 056001)

【摘要】 目的 探讨颈前路椎体次全切除内固定术治疗颈椎后纵韧带骨化症的围术期护理方法。**方法** 分析 2009 年 6 月至 2010 年 11 月行颈前路椎体次全切除固定术治疗的 26 例颈椎后纵韧带骨化症患者围术期护理方法、治疗效果及并发症处理情况。**结果** 26 例患者术中均未出现脊髓损伤,术后神经功能有不同程度改善。5 例患者发生脑脊液漏,4 例患者出现一过性咽痛和吞咽困难,采用针对性护理措施后均好转。**结论** 在颈前路椎体次全切除内固定手术前后采取规范化护理措施,对术中、术后可能导致并发症的因素进行针对性护理干预,既有利于保证手术效果,也有利于避免并发症的发生。

【关键词】 颈椎后纵韧带骨化症; 颈前路椎体次全切除内固定术; 围术期护理
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.18.060 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)18-2628-03

颈椎后纵韧带骨化症(OPLL)是指颈椎后纵韧带发生异位骨化,进而导致颈椎管狭窄,压迫脊髓产生的一系列临床症

意义[J]. 中华护理杂志,2001,36(1):5-9.

[2] Wang YG, Qiu FZ, He XT. Minimally invasive medicine: new theoretical system of medicine[J]. Chin Med J, 2004, 117(1):4-5.

[3] 王永光,何兴图. 建立“微创临床路径”、发展微创医院[J]. 中国医刊,2004,39(11):52-53.

[4] 吴进军,徐德志. 实施临床路径 提高经营效益——介绍一种医疗经营管理方法[J]. 现代医院,2003,4(8):68-69.

[5] 王晓东,杨瑛,马军. 单病种管理在新型农村合作医疗制度住院补偿中的运用[J]. 中国全科医学,2007,6(18):706-709.

[6] 孙丹丹,江有琴,陈艳. 临床护理路径在胰岛素注射患者健康教育中的应用[J]. 海军医学杂志,2012,3(33):205-207.

[7] 陈涪容. 临床路径在护理实习带教中的应用研究[J]. 检验医学与临床,2009,6(14):1202-1203.

[8] 杨静,周维艳,徐玲,等. 临床护理路径在经桡动脉行 PCI 患者中的应用[J]. 中华全科医学,2013,1(11):148-156.

[9] 霍添琪,靳峰,韩杰,等. 临床路径管理试点工作实施现状分析[J]. 中国医院,2011,18(2):2-5

[10] 张丽萍,黄萧,廖明芬. 临床路径护理在子宫切除患者中的应用[J]. 海南医学院学报,2010,2(14):73-74.

[11] 孙玲红,孙琦,龚有红,等. 我国临床护理路径的研究现状[J]. 护理管理杂志,2008,8(3):24-26.

[12] 李素萍. 病案管理在临床路径推广中的作用[J]. 检验医学与临床,2011,8(17):2173-2175.

[13] 张慧力. 加强医德医风建设 提升医疗服务品质[J]. 中外医疗,2009,28(17):112-114.

(收稿日期:2014-02-16 修回日期:2014-05-10)

* 基金项目:河北省邯郸市科技计划项目(1223108148)。

内固定术虽然可从前方去除骨化物,使脊髓获得直接减压,但术中、术后并发症发生率高^[1-2]。因此,在围术期采取规范化的护理措施对颈前路椎体次全切除内固定术患者的恢复尤为重要。本文分析了颈前路椎体次全切除内固定术患者的围术期护理方法和效果,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009 年 6 月至 2010 年 11 月与本科室接受颈前路椎体次全切除内固定术治疗的患者 26 例,男 15 例、女 11 例;年龄 40~68 岁,平均 54.3 岁;病程 10~45 个月,平均 18.7 个月;住院时间 6~17 d,平均 8.5 d。患者主要临床症状包括:颈、肩部酸痛;上肢麻木、无力,运动异常,持物困难,精细活动功能减弱;下肢麻木、无力,步态不稳;病变节段以下有束带感、Hoffmann 征阳性、踝阵挛阳性等。

1.2 方法

1.2.1 手术方法 经颈椎 CT、MRI 检查明确骨化物所在部位、形态、节段等。采用颈丛神经阻滞麻醉,取仰卧位,颈后伸,肩下垫枕,选择右侧胸锁乳突肌前缘内侧斜切口,分离组织后显露并准确定位病变部位,行椎体次全切除。以薄刃磨钻将椎体后缘打磨至纸样厚度时,用带钩神经剥离子从椎体后外缘未骨化的薄弱处伸入韧带下并轻轻旋转分离,将后纵韧带提起,以尖刀或超薄椎板钳沿边缘处将后纵韧带逐步切断,分离骨化韧带与硬膜间的粘连后,将其小心取出。量取合适长度的钛网并填充自体松质骨粒,植入减压槽内,选取合适的颈前路钛板固定于钛网前方,放置橡胶引流管后缝合切口。术后嘱患者采用去枕平卧位,使躯干、颈部和肩部保持在同一水平面;给予多参数心电监护,鼻导管加压吸氧。

1.2.2 术前护理 (1)心理护理:一般而言,OPLL 病程较长,患者脊髓受压时间久,神经功能损伤较重。患者就诊时通常已出现行走困难,四肢麻木、无力,大、小便功能障碍等症状,心理负担较重。与此同时,由于手术治疗存在一定的风险,有可能导致脊髓损伤、四肢瘫痪等后遗症,且术中、术后并发症发生率相对较高^[3],导致患者极易产生焦虑、恐惧、悲观心理^[4]。因此,主管护士应加强与患者的沟通,充分了解患者的心理状况,为其讲解疾病的有关知识,通过介绍手术医生的工作经验、以往病例的治疗效果及手术治疗的相对安全性,消除患者的顾虑,增加患者战胜疾病的信心。(2)术前准备:由于骨化的后纵韧带对脊髓的压迫或刺激较椎间盘突出更重,因此术前行仰卧位训练尤为重要。术前应判断患者能否耐受颈部后伸体位。如患者无法耐受,应嘱患者取仰卧位,肩下垫枕,颈部后伸并制动,直至可坚持后伸超过 1 h。气管推移训练可降低术中牵拉导致的食管及气管反应,增强患者的适应能力^[4]。通常在术前 3~5 d,指导患者或家属用右手食指、中指置颈中线稍右侧,紧贴食管和气管,将其向左侧推过颈中线。开始时每次持续 5~10 min,每天 3~4 次,以后逐渐增加至每次 20~40 min。用力程度以不引起心悸、气短、恶心、呕吐为宜。指导患者正确选择、佩戴合适的颈托,并进行卧位练习及床上大、小便训练^[5]。入院时及时告知患者术前需戒烟酒。术前 3 d 指导患者进行咳嗽及咳痰训练,同时采用吹气球和做胸廓运动的方式增加呼吸肌力量,达到增加肺活量的目的^[6]。

1.2.2 术后护理 (1)体位护理:患者术后采用围领制动,颈部不能过度后仰及后屈,避免活动时在椎体与钛网界面之间产生剪切力,防止钛网移位、脱出进而导致手术失败。术后 6 h 去枕平卧,防止低颅压反应,有呕吐症状者的面部应偏向一侧以防止误吸。病房应备齐吸引器及气管切开包,便于在患者因

黏痰阻塞气道或误吸窒息时迅速处理^[5]。为预防骶尾部褥疮,应间隔 3 h 按摩 1 次。手术完成 6 h 后可每隔 2 h 行同步翻身 1 次,即躯干与四肢同步翻转,同时保持颈、肩、躯干在同一平面^[4]。(2)监测生命体征:术后应常规进行多参数心电监护,监测血氧饱和度、血压、心率等指标,并每间隔 30~60 min 记录 1 次。年老体弱的患者易出现嗜睡、神智淡漠、呼吸浅慢等现象,因此更应密切观察,以便及时发现和处理各种生命体征的异常变化。(3)引流管护理:椎体次全切除术后骨质渗血较多,需常规留置引流管 1~3 d,期间应保持引流管通畅,同时观察并记录引流液的量、色、质。(4)呼吸道护理:术后应密切观察患者呼吸情况,并保持患者呼吸道的通畅。颈前路椎体次全切除内固定术中需长时间实施气管及食管牵拉,因此患者术后易出现咽喉部水肿、咽部疼痛、呼吸道内分泌物增多且不易咳出、颈部血肿压迫气管等现象,进而导致呼吸困难,甚至窒息、死亡^[5]。因呼吸道内分泌物增多导致呼吸困难时,应定期给予导管吸痰和雾化吸入以促进痰液排出。咽喉部水肿、咽部疼痛的患者应给予利咽消肿药物。发现患者出现颈部血肿时,应及时行血肿穿刺或血肿清除术。(5)观察四肢神经功能恢复情况:常规观察并记录患者术后四肢及躯体触、温、痛觉的变化,以及四肢肌肉力量的恢复情况,并于与术前进行比较,不仅有利于评价手术疗效及患者术后恢复情况,也有利于及时发现因伤口血肿形成、植骨块脱落、内固定物移位等因素导致脊髓再次受压^[4]。(6)脑脊液漏的护理:脑脊液漏是椎体次全切除术治疗 OPLL 最易出现的并发症,多因骨化韧带与硬膜囊之间粘连紧密,分离时硬脊膜撕裂所致。若患者术后 24 h 内伤口引流量超过 300 mL,且颜色呈淡红色,或为澄清液体但未见进行性减少时,应考虑脑脊液漏的可能^[5-7]。对于出现脑脊液漏的患者,应采用头高脚低位,床头抬高约 30 度,以降低破损处脑脊液压力;引流管应保持正压状态,同时连接无菌引流袋引流,且放置高度低于切口 20 cm 左右,位置过低有可能增加引流量,导致患者出现头痛,位置过高有引起脑脊液回流造成脑脊髓膜炎等颅内感染的风险^[7]。脑脊液持续外渗可导致渗出处及周围皮肤潮湿,易发生逆行感染。因此,应保持伤口清洁、干燥,换药时严格进行无菌操作,同时应保持床单的清洁^[6]。对于蛛网膜下腔置管持续引流的患者,应定时进行轴线翻身,避免因压迫引流管导致引流不畅。同时,应做好腰部穿刺置管处的皮肤护理工作,保持敷料整洁、干燥,从而降低发生颅内感染的风险^[5]。在脑脊液漏愈合及拔除引流管前,患者应绝对卧床休息。

2 结果

26 例患者术后神经系统症状均显著恢复,未出现脊髓损伤及神经系统症状加重者。5 例患者因压迫较重,硬膜粘连,减压时硬膜撕裂而发生脑脊液漏,其中 3 例患者采用头高脚低位、伤口局部加压包扎及抽液后,渗漏停止,另 2 例患者因渗漏时间长,给予腰大池置管引流 7~10 d 后渗漏停止。4 例患者因骨化节段过长,手术时间延长,术后出现一过性咽痛、吞咽困难,经流质饮食喂服、饮用柠檬水和口服利咽消肿及非甾体类药物治疗后,症状逐渐好转。

3 讨论

OPLL 的手术治疗以往多采用单纯后路或后前路联合减压术^[1-2]。后路椎板减压或椎管成形术可减小手术风险,并通过术后“脊髓漂移”以达到间接减压的目的。然而,后路减压所提供的空间使脊髓向后漂移的距离有限,如果不行固定术或固定不牢固,颈椎有可能随着稳定性下降而出现后凸畸形,进而

加重脊髓压迫。而且,脊髓前方的骨化物并未去除,患者的症状有再次复发的可能^[2]。后前路联合手术创伤较大,不适用于老年体弱的患者。更为重要的是,后前路联合固定使颈椎在一定程度上丧失了生理曲度和活动度,降低了患者生活治疗,也增加了临近节段退变的风险^[3]。随着手术技巧和护理技术的不断提高,前路手术已广泛应用于 OPLL 的治疗,其中颈前路椎体次全切除术可有效解除脊髓压迫。在本研究中,所有患者神经功能均明显恢复,颈椎曲度得到最大程度的保留,未出现症状再次加重及发生内固定物相关并发症的患者。

已有文献报道,颈前路减压术并发症发生率高于后路减压术^[2-3]。因此,在前路减压术前应采取规范化护理措施,并在术后对存在并发症发病风险的患者进行针对性护理,从而在保证手术效果的同时,防止并发症的发生。在本研究中,5 例患者发生脑脊液漏,给予相应处理后,均成功停止渗漏。在患者术后护理期间,应定期观察患者是否出现头痛、头晕等低颅内压症状,记录引流液的色、质、量,做好引流管周围皮肤的消毒护理,避免发生逆行性感染。尽管本研究中 26 例患者在术前均接受了气管推移训练,但仍有 4 例患者术后出现一过性咽痛、吞咽困难,经相应处理后均逐渐好转。

参考文献

[1] Hirai T,Okawa A,Arai Y,et al. Middle-term results of a prospective comparative study of anterior decompression with fusion and posterior decompression with laminoplasty for the treatment of cervical spondylotic myelopathy

[J]. Spine,2011,36(23):1940-1947.

[2] Iwasaki M,Okuda S,Miyauchi A,et al. Surgical strategy for cervical myelopathy due to ossification of the posterior longitudinal ligament. Part 2: Advantages of anterior decompression and fusion over laminoplasty [J]. Spine, 2007,32(6):654-660.

[3] Fehlings MG,Wilson JR,Kopjar B,et al. Efficacy and safety of surgical decompression in patients with cervical spondylotic myelopathy: results of the AOSpine North America prospective multi-center study [J]. Bone Joint Surg Am,2013,95(18):1651-1658.

[4] 丁永清,张旭. 36 例颈椎病前路手术患者围手术期的护理 [J]. 检验医学与临床,2011,8(4):491-492.

[5] 陈小华,丁永清. 11 例颈椎后路椎管扩大成形 Centerpiece 钛板内固定术围术期的护理体会 [J]. 检验医学与临床, 2013,10(17):2332-2333.

[6] 邹莉丹,唐永利. 颈椎病前路手术围手术期的护理干预 [J]. 检验医学与临床,2011,8(12):1520-1522.

[7] Sun X,Sun C,Liu X,et al. The frequency and treatment of dural tears and cerebrospinal fluid leakage in 266 patients with thoracic myelopathy caused by ossification of the ligamentum flavum[J]. Spine,2012,37(12):702-707.

(收稿日期:2013-12-22 修回日期:2014-04-13)

综合护理在髌部骨折手术患者中的应用效果研究

范 钰,荀淑英,徐玫玫,王 洁,王玲玲,张 阳(中国中医科学院望京医院,北京 100102)

【摘要】 目的 探讨综合护理在髌部骨折手术患者中的应用效果。**方法** 将 180 例髌部骨折手术患者随机分为综合护理组和对照组,每组各 90 例。对照组给予常规护理,综合护理组给予综合护理。比较两组患者的术后并发症发生率、心理状态及临床总有效率。**结果** 综合护理组临床总有效率为 88.9%,高于对照组的 67.8%,术后并发症发生率低于对照组,且综合护理组患者心理健康水平优于对照组($P<0.05$)。**结论** 综合护理能明显提高髌部骨折手术患者临床总有效率,降低术后并发症发生率,值得临床推广应用。

【关键词】 综合护理; 髌部骨折; 并发症; 临床疗效
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.18.061 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)18-2630-03

髌部骨折是临床上常见的一种骨折,好发于高龄人群^[1]。随着人口老龄化程度的加重及高能损伤的增加,髌部骨折发病率逐年升高。髌部骨折致伤部位具有一定的特殊性,患者必须长时间卧床,因此患者极易因活动受限、翻身困难等导致褥疮、下肢静脉血栓等并发症的发生,不仅延缓了患者的康复进程,也降低了手术疗效^[2-3]。为了避免此类并发症的发生,本研究比较了综合护理与常规护理在髌部骨折患者中的应用效果,现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2012 年 8 月至 2013 年 6 月本院收治病情相仿的髌部骨折患者 180 例,随机分为综合护理组和对照组,每组各 90 例。治疗组患者中,男 48 例、女 42 例,年龄 35~88 岁,平均(55.6±6.9)岁;股骨颈骨折 43 例,粗隆间骨折 47 例;全髌置换 23 例,半髌置换术 29 例,空心钉内固定 18 例,解剖钢板内固定 20 例。对照组患者中,男 45 例,女 45 例,年龄

37~89 岁,平均(56.8±6.2)岁;股骨颈骨折 44 例,粗隆间骨折 46 例;全髌置换 21 例,半髌置换 28 例,空心钉内固定 20 例,解剖钢板内固定 21 例。患者性别、年龄及病情等一般资料组间比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 护理方法 对照组给予常规护理,即做好术前、术中及术后常规护理工作。术前护理包括了解患者一般情况,告知患者手术相关资料、手术治疗过程,及配合手术治疗的各项方法;完成手术室清洁、消毒工作,调节手术室温度及湿度,准备手术用具。术中护理包括协助医生对患者进行固定,配合医生完成手术。术后护理包括对患者进行清洁、擦拭,并将其转入病房。综合护理组在对照组的基础上给予心理护理、生理舒适护理。一方面加强与患者的沟通,消除患者因病痛而产生的恐惧、焦虑、厌世情绪;积极向患者及其家属介绍手术的原理和成功经验,以提高患者对治疗的信心及对手术的配合度。另一方面密