

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

切注意患者的病情,及时询问患者的需求,及时调整患者的体位并协助其翻身,以避免褥疮的发生;合理安排患者的饮食,增加富含钙、蛋白质和维生素的食物;积极给予患者按摩,以促进下肢血液循环,减轻骨端静脉充血,避免血栓的形成和炎症的发生。

1.2.2 疗效评价 采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)对患者心理状况进行评估^[4]。根据国内相关标准^[5],在护理结束后进行临床疗效评价。临床疗效分为 4 类:痊愈(髋关节功能恢复正常、下蹲无疼痛感、肌肉未出现萎缩)、有效(髋关节功能恢复程度超过 80%、下蹲有轻微疼痛感、肌肉未出现明显萎缩)、部分有效(髋关节功能恢复程度为 50%~80%、下蹲有困难且有疼痛感、肌肉出现萎缩)、无效(髋关节功能恢复程度低于 50%、下蹲困难且疼痛感强烈、跛行、肌肉萎缩严重)。本研究将痊愈和有效认定为护理整体有效,总有效率=(痊愈患者例数+有效患者例数)/患者总例数×100%。

1.3 统计学处理 采用 SPSS14.0 软件进行数据处理和统计学分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料以百分率表示,组间比较采用卡方检验。 $P < 0.05$ 为比较差异具有统计学意义。

2 结 果

2.1 并发症发生率比较 综合护理组肿胀、便秘、关节僵硬、褥疮、肺部感染的发生率均低于对照组($P < 0.05$),见表 1。

表 1 并发症发生率比较[n(%)]

组别	<i>n</i>	肿胀	便秘	关节僵硬	褥疮	肺部感染
综合护理组	90	4(4.4)	3(3.3)	2(2.2)	0(0.0)	1(1.1)
对照组	90	21(23.3)	12(13.3)	8(8.9)	5(5.6)	7(7.8)
χ^2	—	27.12	24.13	23.58	32.12	35.63
<i>P</i>	—	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注:—表示无数据。

2.2 护理前后心理状态比较 治疗前两组患者 SAS、SDS 评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。护理结束后,综合护理组患者 SAS、SDS 评分均小于对照组(*t* 值分别为 0.855、0.932, $P < 0.05$),见表 2。

表 2 SAS 及 SDS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	时间	SAS	SDS
综合护理组	90	护理前	58.31±10.11	52.66±9.11
		护理后	37.63±5.56*	34.66±7.12*
对照组	90	护理前	58.21±9.35	52.76±9.56
		护理后	46.56±8.17	49.23±2.11

注:与对照组护理后评分结果比较,* $P < 0.05$ 。

2.3 临床总有效率的比较 综合护理组临床总有效率高于对照组($\chi^2 = 6.745, P < 0.05$),见表 3。

表 3 临床总有效率比较

组别	<i>n</i>	痊愈 (<i>n</i>)	有效 (<i>n</i>)	部分有效 (<i>n</i>)	无效 (<i>n</i>)	总有效率 (%)
综合护理组	90	58	22	8	2	88.9
对照组	90	38	23	21	8	67.8

注:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

3 讨 论

髋部骨折好发于高龄人群,因此对于髋部骨折患者的治疗

与护理应更为谨慎,须考虑到老年患者机体脏器功能衰退性病变带来的负面影响,避免各系统原发性疾病带来的危险。保证手术治疗的效果是改善髋部骨折患者预后的关键,而围术期护理也是不可忽视的保障。有国外研究显示,提高护理质量最高可使患者的治愈率提高 40%^[6]。髋部骨折手术治疗方法主要包括切开、闭合复位、外固定系统及人工关节置换等,但各类方法都存在自身的不足之处。良好的护理不但能保证手术的疗效,还能提高患者的康复质量。因此,探讨手术护理方法对提高患者治愈率极为关键。护理过程中,应严格把握患者的个人情况,综合考虑患者的年龄、骨折类型等情况,尽量做到个性化护理。在各种骨科手术中,髋部骨折手术的痊愈率相对较低,主要在于骨折位置的特殊性给患者的日常生活带来了极大的不便,严重影响患者的生活质量^[7]。此外,髋部骨折患者一般需要长时间卧床,因此增加了骨科并发症和其他一般并发症的发生率^[8]。常见的骨科并发症包括深静脉血栓、股骨头缺血坏死、人工关节脱位等^[9]。上述并发症的发生与静脉血液流通不佳,股静脉供血不足及术后下肢活动不当等因素有关^[10-11]。有研究显示,髋部骨折患者骨科并发症的发生率最高可超过 25%^[12]。髋部骨折患者术后常见的一般并发症包括褥疮、便秘、肺部感染等。褥疮是由于患者长期卧床导致皮肤组织供血不佳,进而导致皮肤组织坏死所致。此外,患处疼痛、不利于活动等因素导致患者不愿意翻身及进行自身清洁,也增加了褥疮的发生率^[13]。便秘是因为患者在住院期间不注意调整饮食,又缺乏锻炼机会,导致大量食物在肠道内聚集。肺部感染主要与患者免疫力降低有关。此外,患者因长期卧床,不能与外界进行良好沟通,有可能出现不同程度的自闭症状;也可能对手术治疗效果缺乏信心,从而产生多种不良情绪,或是因担心医疗费用问题而产生焦虑、抑郁等诸多不良心理状况^[14]。与此同时,如果缺乏相关康复指导,患者不愿意进行适当的功能锻炼,或是锻炼方法不正确,反而加重病情。上述诸多因素加重了临床治疗的难度,降低了手术成功率,给患者的生活带来极大不便^[15]。由于常规护理护理效果不佳,无法及时排除上述因素的影响,导致患者术后并发症发生率升高,同时也无法有效缓解患者的不良情绪。与常规护理相比,综合护理通过加强观察患者卧床期间的生理变化,及时调整患者睡姿、给予患者必要的按摩,降低了褥疮发生率;通过加强饮食控制和运动,促进了患者身体功能的恢复;通过加强与患者及其家属的沟通,增强患者对手术治疗的信心,缓解甚至消除了焦虑、抑郁等不良情绪,从而提高了手术疗效。本研究对髋部骨折患者分别给予综合护理和常规护理。研究结果显示,综合护理可有效降低术后并发症的发生率,改善患者的不良情绪,治疗总有效率也明显提高($P < 0.05$)。

综上所述,综合护理能显著提高髋部骨折手术的总有效率,降低并发症发生率,提高患者的心理健康水平。与常规护理相比,综合护理具有更多的优势,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 张女.舒适护理在肿瘤病房临终癌症患者中的应用[J].现代医院,2010,10(6):116.
[2] 范燕娜,廖亚琴,林彩霞.老年髋部骨折 109 例的康复护理[J].现代医院,2012,9(7):76.
[3] 陈小华.髋部骨折患者实施翻身顺应性指导的效果观察[J].护理学报,2011,18(9):56-57.
[4] 朱艳平.全方位护理在创伤骨科中的应用[J].中国实用

护理杂志,2009,25(9):68.

[5] 林妙春,陈凤屏,吴永娟.温馨提示卡在病房中的应用效果分析[J].现代临床护理,2009,8(5):50.

[6] Stivala A,Hartley G. The effects of a pilates-based exercise rehabilitation program on functional outcome and fall risk reduction in an aging adult status-post traumatic hip fracture due to fall[J]. J Geriatr Phys Ther,2014,12(7):124-135.

[7] 李云芳.骨科下肢静脉血栓形成的预防和护理[J].北方药学,2011,8(7):113-114.

[8] 李小红.影响骨科高危患者发生压疮的相关因素研究[J].临床和实验医学杂志,2011,10(2):103-104.

[9] 曹冬梅.老年人髌部骨折常见并发症的观察与护理干预[J].老年护理,2013,3(2):68.

[10] 司马静.69 例老年髌部骨折术后下肢深静脉血栓的预防及护理[J].全科护理,2011,9(12):1055-1056.

[11] 曹芳艳.老年髌部骨折围手术期的全方位护理[J].中国临床康复,2013,3(6):959.

[12] 林玲,杨柳枝,黎伟燕.舒适护理在老年髌部骨折手术患者的应用[J].齐齐哈尔医学院学报,2013,34(6):928-929.

[13] 王婉芳,王晓英.老年人髌部骨折术后并发症与护理[J].现代中西医结合杂志,2010,16(12):1702-1705.

[14] 吕探云,马敏之,曹育玲.髌部损伤合并肺栓塞[J].中华护理学杂志,2011,23(7):389.

[15] 王建英,林会芬,陈金平,等.精细化康复护理对髌部骨折患者预防并发症的效果[J].湖南中医药大学学报,2012,32(8):74-75.

(收稿日期:2014-01-22 修回日期:2014-04-13)

术前预见性护理对妇科手术患者的身心调节作用研究

金云峰(江苏省如皋市人民医院妇科 226500)

【摘要】 目的 探讨术前预见性护理对妇科肿瘤手术患者情绪状态及应激反应的影响。**方法** 将本院妇产科 2012 年 2 月至 2013 年 3 月收治的行手术治疗的肿瘤患者 120 例随机分为研究组和对照组,每组各 60 例。对照组术前遵医嘱开展各项常规护理;研究组在常规护理基础上调动患者及护士的主观能动性,开展术前预见性护理。**结果** 术后第 3 天,研究组焦虑自评量表与抑郁自评量表评分均低于对照组,术前 5 min 及切皮时收缩压、舒张压及心率均低于对照组,比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 术前预见性护理是一项优质化服务,能有效改善患者术前心理状况,并降低生理应激反应,值得推广应用。

【关键词】 妇科手术; 手术应激; 术前访视; 心理状况
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.18.062 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)18-2632-03

手术是一项有创性治疗,对初次行手术治疗的患者而言,术后康复效果及疼痛程度是其最为担心的问题,加之患者术前对自身病情的担忧情绪日益增加,导致极易出现神经-内分泌系统紊乱,导致交感神经张力增强,引发窦性心动过速和(或)血压骤升,进而减弱患者对手术的耐受力^[1-2]。患者异常心理状态所诱发的生理应激反应不仅影响医务人员术前准备工作的顺利开展,更易使患者因过度焦虑而降低其治疗依从性^[3]。由于女性心理敏感性比男性更高,因此在面对手术时,女性发生应激反应的可能性更高^[4]。近年来,随着生物-社会-心理医学模式的转变,患者心理健康状况已受到临床医务工作者的广泛重视^[5]。本研究以 120 例行妇科手术的肿瘤患者为研究对象,旨在探讨术前预见性护理对患者术前、术后心理状况和生命体征的影响。现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2012 年 2 月至 2013 年 3 月本院妇产科收治的行手术治疗的妇科肿瘤患者 120 例,年龄 40~72 岁,平均(64.1±6.2)岁。所有入选患者经术前妇科常规影像学检查、实验室指标检查,联合术中组织病理学检查结果确诊为妇科肿瘤,均符合人民卫生出版社出版的《妇产科学(第 7 版)》中相关疾病的诊断标准。纳入标准:无心、肝、肾等重要脏器疾病;无听力障碍及言语沟通障碍;无手术禁忌证;肝、肾功能正常;了解本次研究内容并签署同意书。采用随机数字表法将 120 例患者分为研究组和对照组,每组各 60 例。对照组患者平均年龄(63.7±5.9)岁,包括子宫切除术 35 例,子宫肌瘤挖除术 25 例。研究组患者平均年龄(64.5±6.7)岁,包括子宫切除术 33

例,子宫肌瘤挖除术 27 例。患者年龄及手术方案等一般资料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 对照组遵医嘱开展常规护理,内容涉及术前宣教、药物护理、备皮操作、生活护理、饮食护理等,护理全程中未充分发挥患者及护士的主观能动性。研究组在此基础上开展术前预见性护理。预见性护理内容包括以下方面。(1)个性化访谈:为了提高患者对手术流程的认知度,减少患者因不了解手术方案而引发的担忧情绪,护士应对患者进行实时、个性化的访谈,帮助患者了解手术相关知识。首先,护士需在初步了解患者背景资料及性格特点的基础上,选取最具针对性的宣教方案。对于文化层次相对较高、理解能力较佳的患者,护士可以采用口授的方式,向患者介绍手术流程、术中配合要点及术后注意事项,并鼓励在有疑惑时主动咨询,使其能够对手术有基本认知,从容面对手术。对于文化层次相对较低、理解能力较差的患者,护士可采用播放视频、动态图片,结合口述讲解的方法,深入浅出地向患者介绍相关内容,同时针对其无法理解的部分,采用现场演示的方法帮助患者更加形象生动地理解相关内容。(2)个性化心理干预:不良情绪极易导致生理指标的异常,进而诱发机体出现应激反应。因此,有效的心理干预极为重要。护士应评估患者术前的情绪状态,并初步判断其性格特征,便于不同心理干预方案的贯彻落实,提高干预效果。对于性格较为乐观的患者,护士可采用诱导式与直接式提问相结合的方式,深入患者内心,鼓励患者进行情感表述;在交流过程中,护士需运用安慰、鼓励、倾听等多重心理学技巧,帮助患