

综上所述,心理护理能明显提高肝胆手术的疗效,改善患者的生活质量,应在临床护理中引起重视。

参考文献

[1] 牛桂红. 肝胆外科患者围手术期的心理护理体会[J]. 中国伤残医学, 2013, 21(2): 146-147.

[2] 吴建中, 张爱萍, 李静. 全程个体化心理干预对脾切除术患者围术期焦虑抑郁影响的研究[J]. 实用临床医药杂志, 2013, 17(2): 92-94.

[3] 何红. 肝胆外科患者围手术期的心理护理干预[J]. 北方药学, 2013, 10(8): 156-157.

[4] 覃国程. 人性化护理在普外科中的应用[J]. 护理实践与研究, 2012, 9(20): 26-27.

[5] 王霞. 老年肝胆疾病手术患者术前心理护理方法探讨[J]. 健康大视野, 2013, 21(2): 258.

[6] 周秀英, 罗玉芬. 心理护理对胆囊微创手术患者的影响[J]. 中国误诊学杂志, 2012, 12(16): 4270-4271.

[7] 李晓聪, 林芝, 余微萍. 心理干预对腹腔镜胆囊切除术老年患者围术期血流动力学和焦虑的影响[J]. 肝胆胰外科杂志, 2012, 24(2): 156-158.

[8] 李琳, 侯小娟, 张林颖, 等. 个体化心理干预对肝移植患者围术期心理状态的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18(8): 900-902.

[9] 曾莉. 心理干预对肝胆管结石手术患者的影响[J]. 医药前沿, 2012, 2(18): 93-94.

[10] 余立群. 心理护理对普外科手术前焦虑患者的护理效果分析[J]. 临床医学工程, 2013, 20(2): 247-248.

[11] 钟敏. 心理护理在普外科择期手术患者中应用的效果观察[J]. 中外医学研究, 2013, 11(12): 90-91.

[12] 邵静艳. 肝胆外科手术病人的心理护理[J]. 心理医生: 下半月版, 2012, 7(10): 251-252.

(收稿日期: 2014-08-11 修回日期: 2014-10-12)

骨科康复护理技术在髋关节置换术后的临床应用效果*

赵春梅¹, 张吉先^{2△} (重庆市綦江区人民医院: 1. 骨科; 2. 质量与安全管理办公室 401420)

【摘要】 目的 分析髋关节置换术后康复护理技术的临床效果。**方法** 选取 2013 年 3 月至 2014 年 3 月在綦江区人民医院骨科住院治疗并行髋关节置换手术的 98 例患者为观察组, 另选 2013 年 3 月以前住院治疗并行髋关节置换手术的 98 例患者为对照组; 对照组给予一般护理和髋关节置换术常规护理, 观察组在对照组基础上给予术前康复教育及术后康复护理; 比较两组患者的临床效果及临床满意度。**结果** 观察组患者术后关节功能良好, 无严重并发症发生; 与对照组比较, 观察组患者术后进食时间、术后下床时间及出院时间均明显缩短, Harris 髋关节评分明显升高, 组间比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者临床满意度评分明显高于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 骨科康复护理技术的正确应用是保证髋关节置换术后髋关节功能恢复的重要保证。

【关键词】 骨科康复护理; 髋关节置换术; 临床研究
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2015. 05. 051 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2015)05-0700-03

随着人口老龄化进程的加速, 高龄髋部骨折的发生率呈逐年上升的趋势。骨折后病程长, 卧床的并发症多。据有关文献报道, 高龄髋部骨折行保守治疗, 1 年内病死率达 50% 以上^[1]。人工髋关节置换术是目前髋部疾病和骨折的最佳治疗手段, 它能有效解除关节疼痛, 恢复关节功能, 促进患者早期下床活动, 最大限度地提高患者的生活质量^[2]。而术后康复护理, 可以减少患者的痛苦, 预防术后并发症, 防止肌肉萎缩, 减少关节僵硬, 能帮助患者尽早地恢复肢体功能, 从而达到术后早期下床的目的。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 3 月至 2014 年 3 月在骨科住院治疗并行髋关节置换手术的 98 例患者作为观察组, 其中男 45 例, 女 53 例, 平均年龄 (64. 77 ± 12. 58) 岁, 左侧髋关节置换 60 例、右侧 38 例, 合并高血压 42 例、糖尿病 11 例, 平均住院时间 (9. 76 ± 6. 86) d。另选取 2013 年 3 月以前在骨科住院治疗并行髋关节置换手术的 98 例患者作为对照组, 其中男 45 例, 女 53 例, 平均年龄 (71. 53 ± 7. 82) 岁, 左侧髋关节置换 45 例、右侧 53 例, 合并高血压 39 例、糖尿病 4 例, 平均住院时间

(15. 30 ± 5. 76) d。两组在性别、年龄、住院时间和病情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 对照组给予外科一般护理和髋关节置换术常规护理, 包括术前各项常规检查, 术后一般常规护理。观察组在对照组的基础上给予术前康复教育及术后康复护理。首先, 由护理人员于术前向患者展开康复教育。在实施术前康复教育的过程中, 护理人员首先向患者解释手术情况, 介绍术后康复方案。并且教会患者进行深呼吸, 有效咳嗽, 踝泵运动, 股四头肌、腘绳肌、臀肌等长收缩动作及强化肌力训练等。其次, 嘱咐患者术后 3 个月内应避免的动作及体位。术后患肢髋关节内收易使人工关节脱位, 因此嘱咐患者避免内收, 术后患肢应保持外展位, 早期应在两腿之间放一枕头, 防止髋关节外旋。并且嘱咐患者避免两腿交叉、盘腿, 跷二郎腿, 下蹲穿鞋及类似动作, 避免曲髋大于 90°。同时向患者讲述术后镇痛的方法和重要性, 解除或减轻患者由于知识的缺乏而产生的对止痛剂的使用和手术疼痛的误解^[3]。并依据超前镇痛和多模式镇痛的原则, 即在疼痛发生之前开始用药, 并多种镇痛方式联合应用以

* 基金项目: 重庆市綦江区科学技术委员会科研项目 (2013-216)。
△ 通讯作者, E-mail: 495270541@qq. com。

达到有效镇痛的目的^[4]。

术后康复护理包括 3 个阶段,第 1 阶段(术后 2 周内)具体护理措施包括以下几个方面。(1)增加患者舒适度:一方面,护理人员按科室制订的患者术后垫枕评估规范进行评估后对患者进行垫枕(麻醉师特殊交代者除外)。患者回病房即行第 1 次评估,若患者意识清楚,咳嗽有力则立即行垫枕,观察 5 min 无头晕头痛即可;如不能垫枕则每隔 1 h 再评估 1 次,直至能垫枕为止。另一方面,护理人员按科室制订的患者术后进食评估规范进行评估后给予进食。患者回病房即行第 1 次评估,若患者意识清楚,肠鸣音恢复,健肢肌力大于或等于 4 级即可;如不能进食则每隔 1 h 再评估 1 次,直至能进食为止。进食从少量温开水开始,逐步递增到正常饮食。(2)防止关节脱位:髋关节置换术改变了髋关节原来的生理结构,关节周围的软组织有一定程度的损伤,人工关节的股骨头较小,髋臼较浅,这些因素造成人工关节易于脱位^[5]。因此,手术当日患者回病房时采取 4 人平托搬运,保持身体轴线平直,勿扭曲,使其平卧床上,其中 1 人负责患肢绝对保持外展中立位。术后患髋应置于外展微屈位,两腿之间放一圆枕头,同时垫枕头抬高患肢以防肿胀。(3)麻醉解除后开始主动屈伸足趾及踝泵训练(每日 200 次以上,每小时 10 次以上),以酸软或疼痛为度。(4)肌力训练:术后第 1 天尽早开始呼吸、咳嗽、股四头肌、腘绳肌及臀肌的等长收缩训练(每日大于 200 次),在不增加疼痛的前提下尽可能多做。采取桥式运动练习,即伸膝、患肢外展及抬高臀部训练。酌情逐步开展股四头肌、腘绳肌的抗阻肌力练习。肌力训练要在无痛及患者病情允许的条件下增加频率及强度。(5)关节活动度的练习:双上肢及健侧下肢各关节的主动关节活动度训练。在无痛或微痛的情况下进行患肢的被动或主动膝关节与髋关节训练,连续被动运动(CPM)训练,每日 2 次,每次 30 min,屈曲小于 90°,以避免髋关节囊受撞击^[6]。训练后冰敷 20~30 min,术后 3~4 d 开始主动髋外展练习。(6)负重及体位转移:术后 1~2 d,在床上训练卧位到坐位的转移,通过双上肢及健肢肌力 4 级以上评估者训练从床上到床旁转移,扶助行器站立或行走。其中骨水泥型可 100%负重;非骨水泥型 20%负重,6 周后逐渐增加到 100%负重;混合型根据患者术中及疼痛情况酌情负重。(7)防止深静脉血栓形成:深静脉血栓是髋部手术的常见并发症^[7]。术后深静脉形成的预防措施包括基础预防、机械预防及药物预防 3 个方面^[8]。骨科除按规范于术后 12 h 使用低分子肝素、气压波治疗外,指导并督促患者主动进行患肢的踝泵训练(每小时 10 次以上,每日 200 次以上),并每日行腓肠肌的门诊检查,如有压痛则继续行腓肠肌的局部压痛试验,阳性者提示腓肠肌静脉丛有血栓形成^[9]。

术后康复第 2 阶段(术后 2~4 周)包括以下几个方面。(1)加强直腿抬高肌力训练:伸膝后直腿抬高至患肢与床呈 30°角处,保持 8~10 s,每组 10 次以上,每日 100 次以上。加强股四头肌、腘绳肌及臀肌的抗阻力练习。(2)主动关节屈伸训练:缓慢、用力、最大限度地主动屈膝屈髋,保持 10 s 后缓慢伸直,每组 10 次以上,每日 200 次以上。患者平卧位,床上行自行车训练。(3)平衡及步态训练:骨水泥型患者进行坐位、站立平衡训练,步态训练先用助行器,稳定后改用双腋拐;非骨水泥型负重量由占体质量的 1/4、1/3、1/2、2/3、4/5 逐渐增至 100%体质量。术后第 2~4 周,酌情训练上下楼梯,开始时上楼健侧先上,下楼患侧先下。

术后康复第 3 阶段(术后 5~12 周)包括以下几个方面:(1)继续进行股四头肌、腘绳肌及臀肌的抗阻力练习,阻力根据

患肢情况逐渐增加。(2)继续进行髋关节的主动屈伸,术后第 8 周主动髋关节的活动基本正常,但仍需要得到足够的康复帮助,包括加高椅子约 2 cm、升高马桶约 10 cm 等。(3)进行平衡及步态训练,非骨水泥型患者术后第 6 周开始进行站立平衡训练。护理人员与患者共同制订逐步弃拐计划^[10]。先用助行器训练,稳定后改用双腋拐,再逐步弃拐进行训练。(4)第 8 周至第 4 个月主要提高肌肉的整体力量,进行负重行走,第 4~6 个月再次复查 X 线片,检查肌力是否恢复正常,关节活动范围是否满足日常生活需要。(5)如果进行拔牙等有创治疗,要及时使用抗菌药物,避免人工关节发生血源性感染^[11]。

1.2.2 观察指标 分析比较两组患者术后进食时间、下床时间、出院时间,并从疼痛、患肢功能、髋关节活动度和关节畸形等方面对患髋进行 Harris 髋关节评分。于患者出院前,发放骨科住院患者满意度调查表对患者的临床满意度进行调查。

1.3 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计学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,组间比较采用两独立样本 t 检验;以 $\alpha=0.05$ 为检验水准, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者临床效果比较 观察组 98 例患者髋关节置换术后关节功能良好,无深静脉血栓形成,无严重并发症发生。与对照组比较,观察组患者术后进食时间、术后下床时间及住院时间均明显缩短,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$);且 Harris 髋关节评分明显高于对照组患者,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者临床效果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	术后进食 时间(h)	术后下床 时间(d)	住院时间 (d)	Harris 髋关节 评分(分)
观察组	98	0.50±0.05	3.00±0.15	15.00±0.49	89.88±4.13
对照组	98	6.00±0.50	21.00±1.76	28.00±2.22	75.19±6.31

2.2 两组患者临床满意度比较 观察组患者的临床满意度评分[(95.46±2.93)分]明显高于对照组[(82.80±6.01)分],组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨 论

康复护理的正确应用是保证髋关节置换术后髋关节功能恢复的重要保证。从本研究可看出,术后康复第一阶段的目标是减轻术后疼痛、肿胀,使术后 2 周髋周无明显肿胀。康复治疗以减轻局部炎性反应,消肿止痛,促进血液循环,预防感染,防止下肢深静脉血栓形成为重点。术后康复第二阶段的目标是术后 3 周髋周肌力达到 4~5 级,主动伸髋正常,屈髋达 90°,非骨水泥型假体站立正常,步态基本正常。康复治疗的重点为增加髋周肌肉力量及关节稳定性,增加关节活动度。术后康复第三阶段的目标是术后 6 周髋周肌力达到 5 级,主动屈伸髋正常。康复治疗重点为进一步加强髋周肌肉力量及关节稳定性,尽量恢复关节功能,达到日常生活自理。

本研究结果显示,通过骨科康复护理技术的临床应用,管床护士对患者术后的及时评估,进食时间从常规的术后(6.00±0.50)h 提前到术后(0.50±0.05)h,从而避免了传统的术后 6 h 进食所导致的挨饿现象;患者术后下床时间从(21.00±1.76)d 提前到(3.00±0.15)d;患者住院时间由(28.00±2.22)d 缩短至(15.00±0.49)d,从而减少甚至杜绝了术后并发症的发生,使患者尽早恢复健康。

综上所述,由于骨科康复护理技术的临床应用,明显缩短了患者的住院时间,使患者早日得到了康复,大大节约了患者的住院费用,减轻了患者的经济负担。

参考文献

- [1] 陈瑜婷,张萍,朱权. 加强围手术期护理对老年髋部骨折患者术后康复的影响[J]. 当代护士:学术版,2011,21(6):33.
- [2] 中华中医药学会. 中医护理常规技术操作规程[M]. 北京:中国中医药出版社,2006:26.
- [3] 崔伟,张竞. 人工跖趾关节置换术的围手术期护理[J]. 中国实用护理杂志,2011,23(3):25-26.
- [4] 胡玲,谢书林. 硬膜外超前镇痛在全髋置换手术中的临床应用[J]. 医学临床研究,2012,24(9):1538-1540.
- [5] 宋金兰,高小雁. 实用骨科护理及技术[M]. 北京:科学出版社,2008:508-519.

- [6] 陆其. 骨科术后康复指南[M]. 天津:天津科技翻译出版公司,2009:362.
- [7] 李婧,丘贵兴. 静脉血栓栓塞在骨科的预防与治疗[J]. 中华骨科杂志,2010,25(12):740.
- [8] Segal JB, Streiff MB, Hofmann LV, et al. Management of venous thromboembolism; a systematic review for a practice guideline[J]. Ann Intern Med, 2010, 146(3): 211-222.
- [9] 任蔚虹,王惠琴. 临床骨科护理学[M]. 北京:中国医药科技出版社,2007:462.
- [10] 赵美燕. 临床护理健康教育指导[M]. 北京:科学出版社,2010:172.
- [11] 吴海山,吴宇黎. 人工膝关节外科学:从初次置换到翻修手术[M]. 北京:人民军医出版社,2005:234.

(收稿日期:2014-07-31 修回日期:2014-11-08)

护理质量持续改进对耐多药肺结核早期外科治疗的影响*

唐 玲(重庆市公共卫生医疗救治中心外科 400036)

【摘要】 目的 探讨护理持续质量改进(CQI)对耐多药肺结核早期外科治疗的影响。**方法** 以重庆市公共卫生医疗救治中心外科 2011 年 7 月至 2014 年 6 月收治的经药敏试验确诊为耐多药肺结核且已行早期外科治疗的患者 84 例为研究对象,将所有患者分为对照组与观察组,各 42 例。对照组给予常规护理,观察组在常规护理的基础上实行护理 CQI 管理,比较两组护理效果及护理满意度。**结果** 与对照组比较,观察组患者的住院时间缩短、服药依从性提高、并发症的发生率降低、患者满意度提高,组间比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 在耐多药肺结核患者早期外科治疗的护理过程中实施 CQI 管理,可以不断提升护理质量,为护理安全提供更好的保障,取得更好的护理满意度。

【关键词】 护理持续质量改进; 耐多药肺结核; 护理质量

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.05.052 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)05-0702-03

耐多药肺结核病(MDR-TB)是指结核病患者排出的结核分枝杆菌至少对利福平和异烟肼两种药物耐药。结核病特别是 MDR-TB 与广泛耐药结核病(XDR-TB)已成为世界公共卫生的难题^[1]。有效提高护理质量,确保护理质量的持续改进是护理管理者一直探索的问题,也是护理管理的永恒主题^[2]。对 MDR-TB 患者提供个性化护理和提高护理管理质量是本科室一直以来不断探索的核心管理问题。因此,本研究以本科 84 例 MDR-TB 早期外科治疗患者为研究对象,对他们实施不同的护理方法并进行对比研究。现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以 2011 年 7 月至 2014 年 6 月本科经药敏试验确诊,已行手术治疗的 84 例 MDR-TB 患者为研究对象,其中男 55 例、女 29 例,年龄 19~66 岁。将所有患者分为观察组与对照组,各 42 例。

1.2 方法

1.2.1 对照组 给予常规护理及健康教育,护理人员根据患者的医疗诊断情况运用标准的护理程序进行护理,落实术前、术后健康宣教。

1.2.2 观察组 在常规护理及健康教育的基础上实行护理持续质量改进(CQI)管理,具体措施如下:(1)组织成立护理 CQI

小组。在科内组织学习护理质量管理的相关内容及运用 CQI 的重要性。以病区护士长为组长,根据科内质控内容分为 3 个质控小组,即服药依从性小组、术后并发症追踪控制小组、服务质量控制小组。由主管护士担任小组长,负责对分管质控内容的检查、监督、教育及评价,并对护理质量进行追踪反馈。病区所有护士为护理 CQI 成员,要求全科总动员,每组 5 人,从思想上重视护理质量的管理,使人人参与质量管理及质控活动,确立“患者零投诉、质控零扣分、重视院感、减少患者痛苦、降低并发症发生率、提高患者满意度”的目标。护理工作的对象是人,质量管理的目标是零缺陷,护理管理者要重点强化前控行为^[3]。护士长作为质控组长负责全科的护理质量跟踪检查。(2)分析存在的问题及原因。根据每日质控检查中所发现的问题每周进行归类,每月进行总结,将常出现的问题进行整理。在每月的总结会上由质控组长将当日常出现的问题进行汇总,由查出缺陷的护士首先分析缺陷发生的原因,再由质控成员讨论原因是否分析到位,是否已抓住关键点,最后由质控组长小结,护士长进行总结。(3)组织讨论制订目标及整改措施。根据当事人针对所发生的缺陷做出的原因分析,质控小组成员与小组长积极组织讨论,针对性地制订出相应的措施以求达到具体的目标。(4)监督及效果评价。在每月质控总结会上,各质

* 基金项目:重庆市卫生局医学科科研项目(2012-2-245)。