参考文献

[1] 吴海英,全日红,蔡亚娜,等. 手术室护理干预对预防胃肠道手术切口感染效果观察[J]. 中华医院感染学杂志, 2013,23(3):563-564.

[2] Schmidt C,Keahler F,Krflplin T, et al. Does the hospital cost of care differ for inflammatory bowel disease patients with or without gastrointestinal infections? a case control study[J]. J Gastroenterol, 2014,52(7):643-648.

[3] 金咏梅,刘忆菁,胡伟,等. 护理干预对老年胃肠道手术患者治疗依从性和术后胃肠道功能恢复的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2011,17(34):4143-4145.

[4] Habek JC. Treatment of gastrointestinal illness in palliative care[J]. Acta Med Croatica, 2013,67(3):241-249.

[5] 樊国军,袁美娟,袁文琴,等. 腹部手术患者术后维生素 B1 缺乏早期的观察与护理[J]. 中华危重症医学杂志:电子版, 2014,7(2):142-143.

[6] Gutiérrez-Gutiérrez GK, Villasis-Keever MA, González-Ortiz B, et al. Risk for the development of upper gastrointestinal bleeding in children in an intensive care unit [J]. Rev Med Inst Mex Seguro Soc, 2014,52(2):82-89.

[7] 焦文芹,霍蕊,王姗,等. 行气通便贴促进腹部手术后胃肠

功能恢复疗效观察[J]. 中华全科医学, 2014,12(3):479-480.

[8] Jones MP, Walker MM, Ford AC, et al. The overlap of atopy and functional gastrointestinal disorders among 23 471 patients in primary care[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2014,40(4):382-391.

[9] 许静. 舒适护理在留置胃管患者中的应用[J]. 中华损伤与修复杂志:电子版, 2013,8(5):538-539.

[10] Kong J, Wu SD, Su Y, et al. Single incision versus conventional laparoscopic resection in gastrointestinal stromal tumors: a retrospective cohort analysis at a single tertiary care center[J]. Onco Targets Ther, 2014,12(7):995-999.

[11] 鞠贞会,李军鹏,梁君,等. 更换胃管时胃液滴入咽喉致胃食管反流病的护理干预[J]. 中华护理杂志, 2013,48(9):3-4.

[12] Valkhoff VE, Coloma PM, Masclee GM, et al. Validation study in four health-care databases: upper gastrointestinal bleeding misclassification affects precision but not magnitude of drug-related upper gastrointestinal bleeding risk [J]. J Clin Epidemiol, 2014,67(8):921-931.

(收稿日期:2014-12-25 修回日期:2015-02-15)

三点支撑抬臀挺腰法预防骨科牵引患者压疮的临床探讨

王艳平, 胖艳敏, 于海凤(河北省唐山市玉田县医院骨一科 064100)

【摘要】 目的 探讨三点支撑抬臀挺腰法预防骨科牵引患者压疮的临床效果。方法 该院 2012 年 3 月至 2014 年 3 月 84 例一侧下肢骨折牵引患者,随机分为对照组和观察组,各 42 例。对照组患者在常规护理的基础上给予翻身、叩背及四肢功能锻炼等;观察组患者在对照组的基础上,由责任护士负责给予三点支撑抬臀挺腰法指导患者进行功能锻炼。比较 2 组患者护理后焦虑、患肢疼痛、发生压疮、腹胀、肺部感染等并发症情况及首次排便时间和住院时间。结果 观察组患者焦虑 30.95%,患肢疼痛 38.09%,压疮 1 例,腹胀 4 例,肺部感染 2 例,总发生率 16.67%,平均首次排便时间(37.36±10.54)h,住院时间(36.21±3.32)d。对照组患者焦虑 59.52%,患肢疼痛 66.67%,压疮 4 例,腹胀 6 例,肺部感染 5 例,深静脉血栓形成 2 例,总发生率 40.48%,平均首次排便时间(72.43±11.79)h,住院时间(43.73±4.12)d,2 组比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 三点支撑抬臀挺腰法功能锻炼,能减轻疼痛、促进胃肠功能恢复、减少并发症发生率,缩短住院时间。

【关键词】 骨科牵引; 三点支撑抬臀法; 压疮

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.11.066 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)11-1647-03

下肢骨折是外科常见骨折类型,骨折后患者需要长期卧床休息,肢体活动受到一定限制,患者会出现不同程度的焦虑、恐惧、疼痛等反应,而且长时间卧床不及时进行功能锻炼会导致压疮、患侧肢体疼痛加重、腹胀、便秘等并发症发生^[1-3]。因此,在进行细致周全的常规护理基础上,给予患者合理、有效的功能锻炼,能减少并发症发生率,促进患者早日康复。现探讨在常规护理的基础上给予三点支撑抬臀挺腰法进行功能锻炼的临床效果,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 该院 2012 年 3 月至 2014 年 3 月收治的 84 例一侧下肢骨折牵引患者,随机分为对照组和观察组,各 42 例,对照组男 19 例,女 23 例;年龄 51~67 岁,平均年龄(60.5±3.6)岁;股骨颈骨折 7 例,股骨粗隆间骨折 6 例,股骨

干骨折 19 例,胫腓骨骨折 10 例;行下肢皮牵引 13 例(其中皮牵引术后改为骨牵引术 8 例);骨牵引术 29 例(其中股骨髁上牵引 18 例,胫骨结节牵引 8 例,跟骨牵引 3 例)。观察组男 20 例,女 22 例;年龄 34~72 岁,平均年龄(61.5±4.2)岁;股骨颈骨折 8 例,股骨粗隆间骨折 4 例,股骨干骨折 21 例,胫腓骨骨折 9 例;行下肢皮牵引 11 例(其中皮牵引术后改为骨牵引术 5 例);骨牵引术 31 例(其中股骨髁上牵引 16 例,胫骨结节牵引 10 例,跟骨牵引 5 例)。2 组患者的年龄、性别等一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。患者均为首次骨折,入院前未接受其他治疗,且均无其他器质性病变。患者均签署知情同意书,了解实验内容,本实验经过医院医学伦理委员会批准。

1.2 护理方法 对照组患者在常规护理(包括安全指导、健康

教育宣教、生活饮食指导及心理护理等)的基础上给予翻身、叩背、指导做深呼吸及四肢功能锻炼。观察组患者在对照组的基礎上,由责任护士负责给予三点支撑抬臀挺腰法指导患者进行功能锻炼,具体方法为:双肘放于胸部两侧,双肘部及健侧下肢足底三点支撑,抬臀挺腰,白天每2h做1组,夜间3h做1组,每组2~3次,锻炼时间为7:00~21:00,每次以患者所能耐受时间为限,适应后时间可逐渐延长,循序渐进,缓解局部皮肤受压,预防压疮等并发症发生。

1.3 观察项目及效果评价 2周后观察2组患者第一次排便时间、住院时间、压疮、患肢疼痛、腹胀、肺部感染等发生率。采用焦虑量表(SAS)和数字疼痛评分法(NRS)评价2组患者。

1.4 统计学处理 采用18.0 SPSS统计软件进行分析,计量资料使用 χ^2 检验,计数资料应用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2组患者护理后焦虑、患肢疼痛结果比较 观察组患者焦虑13例(30.95%),翻身时患肢疼痛16例(38.09%)。对照组患者焦虑25例(59.52%),翻身时患肢疼痛者28例(66.67%),2组比较差异均有统计学意义($P < 0.01$)。见表1。

表1 2组患者护理后焦虑、患肢疼痛结果比较[n(%)]

组别	n	焦虑	疼痛
观察组	42	13(30.95)	16(38.09)
对照组	42	25(59.52)	28(66.67)
χ^2		6.92	6.87
P		<0.01	<0.01

2.2 2组患者发生压疮、腹胀、肺部感染结果比较 观察组患者压疮1例,腹胀4例,肺部感染2例,总发生率16.67%。对照组压疮4例,腹胀6例,肺部感染5例,深静脉2例,总发生率40.48%,2组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 2组患者发生压疮、腹胀、肺部感染结果比较[n(%)]

组别	n	压疮	腹胀	肺部感染	深静脉	总发生率
观察组	42	1(2.38)	4(9.52)	2(4.76)	0(0.00)	7(16.67)
对照组	42	4(9.52)	6(14.29)	5(11.90)	2(4.76)	17(40.48)
χ^2		0.18	1.24	0.62	2.05	5.83
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05

2.3 2组患者首次排便时间和住院时间结果比较 观察组患者平均首次排便时间为(37.36±10.54)h,住院时间为(36.21±3.32)d;明显短于对照组的(72.43±11.79)h和(43.73±4.12)d,2组比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表3。

表3 2组患者首次排便时间和住院时间结果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	首次排便时间(h)	住院时间(d)
观察组	42	37.36±10.54	36.21±3.32
对照组	42	72.43±11.79	43.73±4.12
t		14.37	3.54
P		<0.01	<0.01

3 讨 论

骨折共有的临床表现是疼痛、畸形和功能障碍^[3-5]。骨折发生都比较突然,使患者出现一些焦虑、紧张、恐惧等不良情绪,尤其是年老体弱和伴有慢性病患者,有时可能会危及生命^[6]。骨折患者肢体活动受到一定的限制,卧床时间长,导致并发症发生,为减少卧床期间并发症的发生、提前手术、缩短住院时间、早日康复,应特别注意加以预防并及时正确处理并发症,因此合理有效的功能锻炼至关重要。

三点支撑抬臀挺腰法有效减轻患者因翻身查看皮肤牵引患肢的疼痛,同时也减少患者因疼痛而恐惧翻身,缓解患者的焦虑情绪和降低压疮的发生率。由于手术前后患者翻身锻炼时会引起患肢疼痛,而不及进行功能锻炼可致使并发症发生,造成患者紧张、焦虑、恐惧心理反应,功能锻炼在预防压疮发生中具有重要作用^[7-9]。本组采取三点支撑抬臀挺腰法指导患者进行功能锻炼,双肘置胸部两侧,双肘部及健侧下肢足底三点支撑,抬臀挺腰,解除压迫预防压疮发生。有关资料报道,在一定的压力作用下持续受压2h,受压皮肤及皮下组织可发生不可逆损害^[9]。本组使用的三点支撑抬臀挺腰减压,以白天2h和晚上3h做1组,每组2~3次,根据患者情况循序渐进增加次数和抬臀挺腰持续时间,且不需护士或家属帮助而主动运动,同时可做深呼吸运动,促进全身血液循环,从而降低压疮、肺部感染的发生率,减轻患肢疼痛程度^[10]。患者入院后护士即指导患者应用本组方法,2~3d就逐步学会三点支撑法,还可减轻护理人员工作量。本组结果表明,观察组患者经护理后疼痛、焦虑发生率明显低于对照组,压疮发生率也有所降低,说明三点支撑抬臀挺腰运动可解压,能够有效减轻患者疼痛,从而缓解患者焦虑情绪,促使患者主动运动降低压疮发生率。

三点支撑抬臀挺腰运动可促进患者早日排便,恢复胃肠蠕动,预防腹胀、便秘及下肢深静脉血栓发生。患者骨折长期卧床,除早期做床上四肢屈伸运动、深呼吸、翻身叩背、按摩等功能锻炼外,同时指导患者做三点支撑抬臀挺腰运动锻炼,简单易行,患者可根据自己情况掌握运动量,运动时横膈肌和内脏器官也会随之上下移动,使胃肠蠕动增强,尽快使胃肠功能恢复,防止腹胀发生,同时抬臀挺腰运动还能够缓解卧床患者腰背肌肉酸痛、疲劳,肌肉主动舒缩,增加胃肠血液循环,又能预防下肢深静脉血栓和便秘^[11-12]。本组结果显示,观察组患者首次排便时间、住院时间明显短于对照组,腹胀发生率也有所降低。

综上所述,三点支撑抬臀挺腰法在骨折牵引患者的应用,其并发症发生率显著降低,从而减少骨折牵引患者,尤其是危重、老年牵引患者因疼痛恐惧翻身而导致的压疮发生,且不影响手术时机选择,减轻患者心理负担,改善不良情绪,减少住院时间和医疗费用,利于患者早日恢复,值得临床应用推广。

参考文献

[1] 胡佩芬,张凌. 护理干预对预防老年卧床患者院外压疮的效果[J]. 吉林医学,2013,34(29):6147-6148.
 [2] Wang LH, Chen HL, Yan HY, et al. Inter-rater reliability of three most commonly used pressure ulcer risk assessment scales in clinical practice[J]. Int Wound J, 2014, 9(16):12366-12376.
 [3] 付海霞. 预防髌部骨折患者压疮形成的护理[J]. 中国实

用护理杂志, 2013, 29(1): 133-134.

[4] 关妙燕. 骨科高龄患者压疮风险评估及预防措施[J]. 中国医药导刊, 2012, 11(21): 356-357.
 [5] 王世芬. 骨科患者压疮预防方法的改进[J]. 上海预防医学, 2012, 24(3): 164-165.
 [6] 程秀红, 蒋琪霞, 刘云, 等. 压疮预防指南临床应用的效果分析[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(6): 597-599.
 [7] 邹颖. 下肢牵引术的临床护理体会[J]. 现代诊断与治疗, 2012, 23(9): 1572-1573.
 [8] 徐连芳, 陈燕萍, 陈润芳, 等. 早期抬臀运动对老年髋部骨折患者康复效果的影响[J]. 全科护理, 2013, 11(4): 979-980.

[9] Park KH. A retrospective study using the ressure ulcer scale for healing (PUSH) tool to examine factors affecting stage II pressure ulcer healing in a korean acute care hospital[J]. Ostomy Wound Manage, 2014, 60(9): 40-51.
 [10] 温士玲. 老年痴呆合并骨折患者的护理干预[J]. 医学检验与临床, 2011, 22(4): 108-109.
 [11] 覃香蓉. 对骨科卧床患者压疮护理干预的临床效果[J]. 医学理论与实践, 2010, 23(11): 1398-1399.
 [12] 胡佩芬, 张凌. 护理干预对预防老年卧床患者院外压疮的效果[J]. 吉林医学, 2013, 34(29): 6147-6148.

(收稿日期: 2014-12-12 修回日期: 2015-02-14)

小儿临床护理中危重病护理评分法应用的可行性研究

林 晏(四川省遂宁市中心医院 629000)

【摘要】 目的 探讨小儿临床护理中危重病护理评分法应用的可行性。方法 对该院 2012 年 3 月至 2014 年 3 月收治的 80 例急危重症患儿的临床资料进行统计分析, 根据评分将患儿分为 3 个组。结果 3 组患儿的危重评分均随入院时间的延长而上升。极危重组患儿入院时、入院后 1、2、3、7 d 的危重评分均显著低于危重组和非危重组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。危重组患儿入院时、入院后 1、2、3、7 d 的危重评分均显著低于非危重组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。极危重组患儿的器官功能衰竭数显著多于危重组和非危重组, 多系统器官衰竭发生率也显著高于危重组和非危重组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。危重组患儿的器官功能衰竭数显著多于非危重组, 多系统器官衰竭发生率也显著高于非危重组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。患儿预后和危重评分呈显著的正相关关系($P < 0.05$), 与器官功能衰竭数呈显著的负相关关系($P < 0.05$)。结论 危重病护理评分法能够对患儿的病情及预后进行有效判断, 具有临床意义。

【关键词】 小儿临床护理; 小儿危重病护理评分法; 可行性

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.11.067 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2015)11-1649-03

儿科病房特别是重症监护病房具有较多的重症患儿, 患儿疾病发展速度较快, 造成临床护理人员工作量加大加重^[1]。临床护理对患儿疾病的判断和重点掌握量化指标能够为危重症患儿进行针对性护理, 从而有效改善患儿预后良好^[2-3]。本研究对 2012 年 3 月至 2014 年 3 月 80 例急危重症患儿的临床资料进行统计分析, 探讨小儿临床护理中小儿危重病护理评分法应用的可行性。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取 2012 年 3 月至 2014 年 3 月该院收治的急危重症患儿 80 例, 其中男 44 例, 女 36 例, 年龄为 10 个月至 9 岁, 平均年龄(3.8±2.7)岁。急性呼吸窘迫综合征 24 例, 感染 19 例, 应激性溃疡 11 例, 脑疝 10 例, 多系统器官功能衰竭 8 例, 休克 8 例。

1.2 方法

1.2.1 小儿危重评分法 根据 1995 年中华医学会儿科学分会急诊组制定的《小儿危重评分法(草案)》, 在患儿入院时、入院后 1、2、3、7 d、出院前分别进行评分, 分值越高表明患儿的病情越轻, 反之则病情越重。入院后 3 d 将单器官或多系统器官衰竭情况确诊, 对器官衰竭程度进行有效评估。

1.2.2 危重评分与护理 依据评分对患儿进行分组, 评分小于或等于 70 分, 为极危重组; 评分 71~80 分, 为危重组; 评分 81~100 分, 为非危重组。给予极危重组患儿特别护理, 对患儿的病情进行 24 h 的严密观察, 准备好抢救药品和器材, 随时

准备抢救; 给予危重组患儿重点护理, 主要对其进行监护, 监护过程正确运用相关设备, 同时和临床医师积极配合给予其有效的治疗; 给予非危重组患儿一级护理, 让患儿在儿科病区入住, 对其健康问题进行准确评估, 给予针对性护理^[4]。

1.3 统计学处理 所有数据采用 SPSS 20.0 统计软件进行统计学分析, 计数资料使用($\bar{x} \pm s$)表示, 计量资料应用 *t* 和 *F* 检验比较, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3 组患儿一般资料结果比较 极危重组、危重组、非危重组的平均年龄分别为(3.7±2.7)、(3.8±2.7)、(3.9±2.7)岁, 3 组患儿在性别、年龄、疾病类型等方面的一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 3 组患儿一般资料结果比较[n(%)]

项目	分类	极危重组 (n=20)	危重组 (n=35)	非危重组 (n=25)
性别	男性	11(55.0)	20(57.1)	13(52.0)
	女性	9(45.0)	15(42.9)	12(48.0)
疾病类型	急性呼吸窘迫综合征	7(35.0)	10(28.6)	7(28.0)
	感染	3(15.0)	6(17.1)	5(20.0)
	应激性溃疡	3(15.0)	7(20.0)	4(16.0)
	脑疝	3(15.0)	6(17.1)	3(12.0)
	多系统器官功能衰竭	2(10.0)	4(11.4)	2(8.0)
	休克	2(10.0)	2(5.7)	4(16.0)