

### 3 讨论

**3.1** 母婴血型抗原不合可引起血型免疫作用,其产生的免疫性血型抗体 IgG 通过胎盘进入胎儿的血液循环,引起胎儿的红细胞破坏而发生 HDN,重者能引起核黄疸,导致严重后遗症<sup>[2]</sup>。在人类已发现的 26 个血型系统中,以 ABO 血型系统不合引起的新生儿溶血病最常见,其次为 Rh 血型系统。本研究也发现,证实由血型抗原不合引起的新生儿溶血病 243 例中,ABO-HDN 242 例,占 99.59%,Rh-HDN 1 例,占 0.41%。

**3.2** 在临床上,ABO-HDN 多发生于 O 型母亲和 A 型或 B 型的婴儿,因为 O 型母亲血清中含有免疫性的抗 A 或抗 B 抗体,由于其效价较高,所以 ABO 溶血病患儿的母亲往往多数是 O 型<sup>[3]</sup>。本组被证实为 ABO-HDN 的 242 例患儿中,A 型 103 例,占 42.56%;B 型 139 例,占 57.44%;而母亲均为 O 型。

**3.3** 非 ABO-HDN Rh 血型不合 HDN 最为多见,有症状的 HDN 中 65% 的患儿和 90% 的严重 HDN 患儿是由抗-D 引起,其次为 Rh 血型系统中的其他抗体(抗-E、抗-c、抗-C 等)、Kell 血型系统抗体(抗-K)等<sup>[3-4]</sup>。当母婴 ABO 及 Rh 血型均不相合时,由于 ABO 血型不合对 Rh 血型不合有一定的保护作用<sup>[1]</sup>,ABO-HDN 与 Rh-HDN 同时发生的患儿非常少见,本研究 1 例 Rh-HDN 患儿的 ABO 血型与其母亲相合。

**3.4** 如果新生儿红细胞被 IgG 抗-A(B)抗体所致敏,直抗试验可能得到阳性结果。但由于新生儿的 A(B)抗原密度比成人低,结合的抗体亦很少,所以,许多 ABO-HDN 血标本的直抗试验呈弱阳性(混合视野外观凝集),甚至阴性。Rh-HDN 的直抗试验、红细胞凝集都相当强,一般大于或等于 2+。因此新生儿直抗试验阳性的强弱是区别 ABO 和 Rh 溶血病的重要标志<sup>[5]</sup>。游离试验可检测新生儿血清中是否存在与其红细胞不配合的 IgG 性质抗-A(B);新生儿的 IgG 抗-A(B)抗体均来自母亲,这些来自母亲的 IgG 抗-A(B)可以与婴儿红细胞结合,引起 ABO 新生儿溶血病。释放试验是一种酶增强的抗球蛋白试验,用加热放散法提取致敏于红细胞表面的抗体,将抗体放散于盐水溶液中,然后在加入经酶处理的 A、B、O 红细胞,

做间接抗球蛋白试验,此方法应用在血清抗体检查时,可由于酶处理红细胞表面抗原的改变而造成一定比例的假阳性结果。而此方法用于放散液中抗体的检测则非常敏感而准确,即使是直抗试验阴性的患儿,一旦出现阳性结果,即可明确诊断。本试验是新生儿溶血病 3 项试验中最有价值的一项试验。当直抗试验大于或等于 2+ 时,释放试验改用乙醚放散。放散液与一组谱细胞反应,确定放散液中不规则抗体的特异性。必要时另加相应的 A、B 细胞,排除 ABO 溶血病。ABO 新生儿溶血病的游离和释放试验的结果判定,以检查可以和新生儿红细胞反应的血型抗体为阳性。

通过直抗试验、游离试验、释放试验,可直接确认新生儿患病与否,并为其制订治疗方案提供依据。因此早期快速进行 ABO-HDN 的诊断,可以提高疗效、争取时间,减少后遗症的发生。

### 参考文献

[1] 刘达庄. 免疫血液学[M]. 上海:科学技术出版社,2002:109.  
 [2] Brossard Y, Parnet-Mathieu F, Larsen M. Incompatibilites fetal maternelles erythrocytaires[J]. Transfusion Sanguine; Une Approche Securitaire, 2000, 4(1): 290-318.  
 [3] 廖长征, 黄衍锋, 许瑞环, 等. 微柱凝胶技术用于新生儿溶血病诊断的效果评价[J]. 中国热带医学, 2007, 3(7): 436-437.  
 [4] Geifman-Holtzman O, Wojtowycz M, Kosmas E, et al. Female alloimmunization with antibodies known to cause hemolytic disease[J]. Obstet Gynecol, 1997, 89(2): 272-275.  
 [5] 赵进生. 输血技术学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 2003:232-234.

(收稿日期:2011-07-13)

## • 临床研究 •

# 系统护理干预对降低骨折卧床患者便秘发生率的效果观察

贾尚琼, 田继书, 李舜尧, 蒋丽华(重庆三峡中心医院骨一科, 重庆万州 404000)

**【摘要】 目的** 探讨系统护理干预对降低既往无顽固性便秘史的骨折卧床患者便秘发生率的效果。**方法** 将 60 例需长期卧床的既往无顽固性便秘史的骨折患者,按住院号尾数单、双号随机分为对照组(30 例)和干预组(30 例),对照组按常规防便秘的方法进行护理,干预组通过制订系统的预防便秘的护理干预计划,严格按照计划对患者实施各项干预措施。**结果** 干预组较对照组的便秘发生率明显降低,干预前后干预组自身便秘防治知识水平明显提高,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。**结论** 建立系统的护理干预模式能更好地降低骨折卧床患者的便秘发生率,提高患者便秘防治知识水平。

**【关键词】** 系统护理干预; 骨折; 便秘; 知识水平

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.23.037 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)23-2887-02

据报道,骨科卧床患者便秘者占 90.47%<sup>[1]</sup>。作者在临床工作中也发现骨折卧床患者便秘发生率相当高,便秘防治知识水平较低。针对上述问题,作者将系统的护理干预措施实施于骨折卧床患者,以减少便秘发生率,取得较满意的效果,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2009 年 6 月至 2010 年 10 月在本科住

院的 60 例需长期卧床的既往无顽固性便秘史的骨折患者。按住院号尾数单双号随机分为两组。干预组 30 例,男 18 例,女 12 例;年龄 17~89 岁,平均 45 岁;学历:文盲 4 例,小学 5 例,初中 14 例,高中 4 例,大专以上 3 例。对照组 30 例,男 19 例,女 11 例;年龄 18~87 岁,平均 43 岁;学历:文盲 3 例,小学 6 例,初中 13 例,高中 3 例,大专以上 5 例。

## 1.2 方法

**1.2.1 对照组** 入院后按照便秘护理常规随机给予常规的预防便秘的知识宣教,包括饮食宣教、腹部按摩指导、排便训练等。出院后评价患者便秘发生情况,统计便秘发生率。

**1.2.2 干预组** 制订系统的护理干预计划,严格按照计划实施各项措施。具体分 4 个阶段实施。

**1.2.2.1 前期准备阶段** 查阅相关文献资料后制作便秘防治知识健康手册、便秘知识调查问卷。健康手册由主管护士、医生及营养师依据循证医学共同讨论制订。对科内护理人员进行治疗培训,明确计划实施的各项细则,并在实施过程中不断完善计划。

**1.2.2.2 术前阶段** 患者入院后由当班护士评估其排便情况,向患者解释干预方法,取得知情同意,向患者分发便秘防治知识调查问卷,简单介绍答卷方法,对文化程度较低的患者,由家属或护士配合讲解完成;对问卷结果及时进行分析。答卷完毕向患者发放健康宣传手册,并根据答卷的结果,结合患者的接受能力,进行讲解、动作示范。协助患者尽量在 1~2 d 内学习完健康手册,将相同的调查问卷让患者再做一遍,并与第一次结果进行比较,对薄弱知识点进行有针对性的宣教。在不影响病情的前提下让患者根据个人喜好,在食谱内选择几种食物搭配长期食用,食物需与膳食科协调或由家属配合提供。鼓励并督促患者按计划尽量每日摄入食谱规定量的食物。三餐后及时了解患者进食情况,以便对食谱进行及时调整。患者入院后 1~2 d,督促患者及时排便,必要时配合开塞露等药物辅助排便。

**1.2.2.3 术后阶段** 每日评价患者进食、排便情况,在手术后 2~3 d,需特别重视患者摄入食品的种类及数量是否达到食谱规定的要求,并及时督促、协助患者排便。根据每日反馈的进食、排便情况对宣教重点及时进行调整。

**1.2.2.4 资料整理阶段** 出院后评价患者便秘发生情况,最后统计便秘发生率,统计调查结果。

**1.3 便秘预防知识调查问卷** 采用自行设计的问卷,主要包括便秘的定义、便秘的危害、骨折患者发生便秘原因、预防便秘日常调理方法、预防便秘的饮食知识及腹部按摩方法等 6 大题,采用多项选择题形式,每题答案分为不知道选项,及若干正确答案选项,选不知道选项得 0 分,选其他正确选项,对一项得 1 分,满分 30 分。该调查问卷经本科研小组讨论通过。

**1.4 便秘防治知识健康手册** 主要针对便秘预防知识调查问卷的内容,详细介绍便秘的定义、危害、骨折患者发生便秘的常见原因、预防便秘的饮食疗法、日常便秘的预防与治疗方法。

## 1.5 评判标准

**1.5.1 便秘发生率** 便秘评定方法依据罗马 II 标准<sup>[2]</sup>,将对照组与干预组患者住院期间便秘发生率进行比较。

**1.5.2 便秘防治知识水平** 将干预组患者干预前的调查结果与干预后的调查结果进行比较。

**1.6 统计学处理** 采用 SPSS13.0 统计软件,对干预组与对照组便秘发生率进行  $\chi^2$  检验,干预组自身前后的便秘防治知识水平配对  $t$  检验。

## 2 结果

**2.1 一般资料比较** 两组患者的性别、年龄、学历等情况经统计学处理,结果显示两组间差异均无统计学意义( $P>0.05$ );两组疾病诊断、治疗方法及病情等方面差异无统计学意义,组间具有可比性。

**2.2 两组便秘发生率** 住院期间干预组患者发生便秘 4 例,

对照组发生便秘 23 例,两组便秘情况差异有统计学意义( $\chi^2 = 24.320, P<0.05$ )。

**2.3 干预前后便秘防治知识水平比较结果** 对干预组的便秘防治知识在干预组前后进行问卷调查,干预组在干预前后自身便秘防治知识水平比较差异有统计学意义( $P<0.01$ )。

## 3 讨论

**3.1 系统护理干预改变了原有的护理干预模式,降低了骨折卧床患者的便秘发生率。**

**3.1.1 系统护理干预将患者被动接受护理的干预模式变成护患合作型干预模式** 对照组传统的常规护理宣教使患者对便秘的根本认识程度及预防知识掌握、关注不够,不能充分调动患者学习的主观能动性,影响健康教育质量<sup>[3-5]</sup>。患者因缺乏对便秘危害的认识,往往认为排便是无关紧要的事情,只要没有不适即可,认为护士每日询问排便情况纯属多余,不能很好配合护士主动预防便秘、认真学习便秘防治知识,对于饮食宣教内容也仅是听听而已,不能落实到位,导致患者便秘发生率较高。干预组通过知识问卷调查、健康知识手册教育等,进行系统的认知干预,使患者从根本上认识理解便秘的危害,提高患者的认知水平,消除了错误认识<sup>[6-8]</sup>。通过介绍便秘发生原因让患者与自身骨折后存在的问题加以对照,从根源上找到其可能发生便秘的原因,对便秘危害性的深刻认识使其对便秘问题更加重视,激发其主动寻求解决问题的方法。这是个发现问题、解决问题的过程,这个过程是患者把护理目标内化成个人的意愿的过程,把预防便秘变成个人的自觉行为,所以能积极参与,密切配合,提高了其主观能动性,使其更好地配合护士预防解决便秘问题,变护士被动预防、解决便秘问题为患者主动参与预防便秘、配合护理人员将各项干预措施落实,从而达到降低便秘发生率的目的。

**3.1.2 护理干预将以宣教为主的干预模式变成宣教落实两手抓的干预模式** 临床护理质量检查时常需要调查患者健康知识掌握情况,因而以往临床护理工作偏重进行各种护理宣教,并且以患者能够口述各项宣教效果的指标,导致护理人员忽略了宣教内容的落实情况。如指导患者进食某种食物,宣教后护士比较重视患者是否能说出预防便秘需要进食哪些食物,而忽略了患者摄入食物的量是否足够。骨折卧床患者由于各种原因易致食欲下降,很多患者虽有按要求摄取某种食物,但摄入的量常较少,不仅起不到预防便秘的效果,反而使患者质疑宣教内容的可行性。护理人员与家属共同配合,督促、鼓励患者进食,尽可能达到量的要求。另外重视被骨折、手术等因素打乱的排便反射的重建,必要时可适当地使用药物辅助排便。干预组将以上环节落实到位,减少了患者便秘发生率<sup>[9]</sup>。

**3.2 建立系统的护理干预计划提高了患者便秘防治知识水平** 临床工作中,护士有义务和责任对患者进行健康知识教育,但护士的宣教存在一定的随机性和个体差异性,使得患者接受的宣教内容不全面,便秘防治知识水平较低。干预组在计划开始阶段先进行资料的准备和人员统一培训,宣教内容按照健康手册逐项落实,书面的内容可以让患者反复阅读,避免口头宣教后容易遗忘,也避免了因为护理人员个体的业务水平差异及随机性导致的宣教内容不全面。先进行的知识调查初步了解了患者的健康知识掌握情况,并根据调查结果进行了既全面又有针对性的便秘相关知识宣教,从而提高了宣教效果和便秘防治知识水平。

**3.3 下一步研究方向** 目前,发现本研究存在的不足之处在于患者的认知水平对结果影响较大,对于个(下转第 2928 页)

指麻木、肢体青紫、切口出血等神经血管损伤症状出现,及时发现,及时报告处理。(2)手术后保持患肢于功能位,患肢肘关节屈曲  $60^{\circ} \sim 90^{\circ}$ ,石膏托固定。患肢用垫枕垫高,或用前臂吊带将患肢吊起抬高,高于心脏 15 cm,以利于消肿,防止静脉回流障碍,减轻患肢肿胀,疼痛严重者适当口服或肌肉注射止痛剂。

**1.3.2.2 引流管护理** (1)妥善固定引流管,早期夹闭引流管,24 h 后开放,能有效防止大量出血。保持引流管通畅,防扭曲、折叠、松动,保持伤口引流通畅和敷料周围皮肤清洁。定时挤压引流管(20~30 min 挤压 1 次),以防堵塞。严密观察引流液的颜色、性质、量,并及时记录,若引流液每日少于 50 mL 则可以拔管。告诉患者不能撕抓伤口敷料及引流管;放置引流管是为了将切口的积血及时引流出来,引流管一般在术后 1~3 d 拔除,伤口一般在术后 12~14 d 拆线。

**1.3.2.3 预防并发症的发生** (1)预防切口感染:术前备皮时注意保护皮肤,注意保持切口皮肤的清洁、干燥,密切观察切口有无红、肿、热、痛等,观察体温变化情况;术后遵医嘱正确使用抗生素。(2)脱位:脱位是关节置换术最常见的并发症之一。向患者说明正确体位的重要性,加强防范意识,指导正确的功能锻炼方法,本组患者未发生此现象。

**1.3.2.4 心理护理** 骨折患者大多生活上需要照顾,又对身体的恢复考虑较多,因此需要护理人员耐心细致周到的护理。另外需要特别注意的是,术后有的患者病情平稳后出现抑郁反应,主要表现为不愿活动、食欲不振、睡眠不佳等,患者的这种心理状态如不及时地排解,必将影响其及早下床活动,而不尽早下床活动会影响患者心、肺及消化等功能,甚至产生静脉血栓或继发感染等,所以要努力帮助患者解决抑郁情绪,注意他们不多的语言涵义,主动关心和体贴他们。使他们意识到既然已顺利度过手术关,就要争取早日恢复健康,使其增强康复的信心。

**1.3.2.5 功能锻炼** 功能锻炼具有消除肿胀、减轻肌肉萎缩、恢复关节功能等作用。首先向患者讲明锻炼的意义与方法。在麻醉未完全消失前,护理人员被动活动患者的患肢各关节,协助做手指的屈伸活动,术后 1~2 周石膏固定,主要活动手指各关节及腕关节,利用手指及腕关节的活动,达到促进血液回流、活血化瘀、消肿镇痛的效果。术后 3~4 周肘关节伸直不超过  $30^{\circ}$ ,6 周内避免用患肢捡物品,不要举质量超过 5 kg 的重

物。以主动活动为主,被动活动为辅,调动患者的主观能动性,坚持循序渐进,避免急于求成。

**1.3.3 出院指导** 嘱患者出院后加强行肩、腕及手指各关节功能锻炼,继续石膏托固定 2 周,去除石膏后行肘关节屈伸功能锻炼。在患者肘关节活动接近正常范围及运动治疗过程中无疼痛,可以加做哑铃训练,从 0.5 kg 开始练习,以患者适度为宜,一般哑铃质量不超过 2 kg,全肘关节置换术后终生禁止持质量大于 5 kg 的重物和剧烈运动<sup>[2]</sup>。半年内患肘不负重,避免旋转及投掷运动。门诊复查,电话随访,告知其家属给患者增加高蛋白、高钙营养的摄入,提高机体抵抗力。

## 2 结 果

5 例患者术后切口均 I 期愈合,无相关并发症发生。5 例患者术后均获随访,随访时间 6~16 个月,平均 10.2 个月。术后 3 个月时肘关节屈曲平均  $138.3^{\circ}$ ,伸直平均  $7.2^{\circ}$ ,外展角平均  $11.7^{\circ}$ ,旋前平均  $82.5^{\circ}$ ,旋后平均  $76.1^{\circ}$ 。肱二头肌和肱三头肌肌力约 IV 级,手指与腕关节屈曲及背伸肌力正常,生活能完全自理。X 线片示肘关节假体位置良好,无松动、脱位。根据 Mayo 肘关节功能评分标准:优 2 例,良 2 例,中 1 例,优良率为 80%。

## 3 讨 论

本组 5 例严重肱骨远端粉碎性骨折患者行全肘关节置换术,术后患者肘关节功能恢复良好,无严重并发症发生,日常生活能完全自理,提高了生活质量。全面规范化的围手术期护理管理,对于提高全肘关节置换术的治疗效果,具有至关重要的作用<sup>[3]</sup>。

## 参考文献

- [1] 王学谦,娄思权,李世明. 创伤骨科学[M]. 天津:天津科技翻译出版公司,2007:1428.
- [2] 赵玉峰,王爱民,孙红振,等. 人工全肘关节置换在严重肘关节创伤中的初步应用[J]. 创伤外科杂志,2006,8(6):493-495.
- [3] 田守玉. 全髋关节置换围手术期的护理[J]. 检验医学与临床,2005,2(3):135-136.

(收稿日期:2011-06-29)

(上接第 2888 页)

别老年患者因各种因素导致认知水平下降,沟通受到一定程度的限制,从而导致整个干预过程不能顺利进行,针对这一不足之处本研究小组将进一步研究完善。

## 参考文献

- [1] 石敏,张秀琼,周永霞,等. 骨科卧床患者发生便秘的原因调查及护理下[J]. 解放军护理杂志,2004,21(1):21-23.
- [2] 陈春芳,俞申妹. 护士在健康教育中存在的问题及干预研究进展[J]. 护理与康复,2008,7(1):25-27.
- [3] 何建阳,徐艳,江文仙. 护理干预对腰椎穿刺术患者依从性的影响[J]. 护理与康复,2007,6(7):460-461.
- [4] 李晓雯. 人工髋关节置换并发症的护理[J]. 中国实用护理杂志,2005,21(1):52-54.

- [5] 熊剑秋,李晰华,丁丽,等. 快速康复外科理念在老年人工髋关节置换术患者术后护理中的应用[J]. 护理学报,2009,16(3):243-244.
- [6] 陈睿,许燕杏,林巧如,等. 康复训练程序在人工髋关节置换术患者中的应用[J]. 中国实用护理杂志,2006,22(1):30-31.
- [7] 孙爱华. 健康教育在人工髋关节置换护理中的应用[J]. 当代护士:学术版,2008,4(2):95-96.
- [8] 张国华,魏国华. 髋关节. 膝关节术后深静脉血栓形成的预见性护理[J]. 护理研究,2009,23(11):3073-3075.
- [9] 赵荣萍,姬润香. 人工髋关节置换术后病人康复护理[J]. 护理研究,2008,22(1):30-32.

(收稿日期:2011-08-12)