

例(2.4%),服药治疗太繁琐 4 例(9.5%)。

3 讨 论

现今慢性胃炎和消化性溃疡已经成为临床中一种常见慢性病,目前对其进行治疗的最佳方案就是联合治疗^[8-10]。但是在临床实践中,有很多患者在住院期间症状获得较为满意的控制,但是一段时间后,慢性胃炎和消化性溃疡还会复发,针对现状本院使用护理干预的相关措施降低院后复发率,获得较为满意的临床效果。

慢性胃炎和消化性溃疡出院后复发受到诸多因素的影响,既有社会心理因素,如精神紧张等,又有患者的生活习惯、饮食习惯及家庭环境因素等的影响。在本研究中,由表 1 可见,对观察组患者在其住院期间实行护理干预措施,可显著提高患者出院后的医嘱依从性,其患者在院内接受与慢性胃炎和消化性溃疡有关的相关知识指导,出院后其能较好地按照医生出院后医嘱进行服药和饮食及生活。由以上结果可见其依从性与慢性胃炎和消化性溃疡复发率之间呈现负相关关系,显示出医嘱依从性高低对患者出院后疾病复发率的影响。对 42 例依从性较差的患者展开相关调查结果显示,对疾病认识不足是导致其依从性差的最主要原因,同时缺乏相应的服药和疾病指导及药品费用过高是导致其依从性差的次要原因。

综上所述,护理干预措施在胃炎及消化性溃疡的预防及防治中的应用,不仅可以明显提高患者生活质量,同时还可以有效降低溃疡复发率,巩固治疗效果。

参考文献

[1] 刘元德,卞荣兵,叶明好. 幽门螺杆菌耐药机制的研究进

展[J]. 临床军医杂志,2009,37(2):314-318.

- [2] 吕琳,王丕龙. 重组幽门螺杆菌疫苗的研究现状[J]. 重庆医学,2009,38(8):984-987.
- [3] 齐中普. 对消化性溃疡患者实施护理干预的临床观察[J]. 中国基层医药,2009,16(1):172-173.
- [4] 温建军. 消化性溃疡治疗方案的临床选择[J]. 中国老年学杂志,2011,31(21):4137-4138.
- [5] 陈彩芳,江美鑫,卓永宁. 护理干预对治疗消化性溃疡疗效的影响[J]. 国际护理学杂志,2009,28(2):216-217.
- [6] 杨凤翔,李梅,王桂荣. 综合康复护理对消化性溃疡患者心理状态和生活质量的影响[J]. 解放军护理杂志,2008,25(7A):27-29.
- [7] 陈玉梅,杨慧. 新型护理模式在消化性溃疡治疗中的应用[J]. 护士进修杂志,2011,26(10):940-941.
- [8] 刘玉英,刘红燕. 残胃炎的辨治与护理[J]. 河北中医,2009,31(8):1253-1254.
- [9] 臧晓鹭. 老年消化性溃疡患者的身心健康状况[J]. 中国老年学杂志,2010,30(22):3370-3371.
- [10] 刘志鹏,邹利权,游斌,等. 微生态制剂对治疗幽门螺杆菌感染的影响[J]. 重庆医学,2009,38(5):542-543.

(收稿日期:2013-05-31 修回日期:2013-07-12)

老年股骨颈骨折闭合复位手术中应用舒适护理的可行性分析

庄华敏¹,张梅清²(福建省泉州 180 医院骨二科 362000)

【摘要】 目的 探讨与分析老年股骨颈骨折闭合复位手术中应用舒适护理的可行性。**方法** 本文选择了 2010 年 1 月至 2013 年 1 月来福建省泉州 180 医院接受股骨颈骨折闭合复位手术的老年患者 80 例,将其随机分为观察组(40 例)与对照组(40 例),对照组患者接受常规护理,观察组患者除接受常规护理外,还予以生理、心理、环境和社会支持等一系列舒适护理。比较两组患者的疼痛评分与焦虑程度及其对护理人员工作的整体满意度。**结果** 观察组患者疼痛评分与焦虑程度均显著较对照组低,两组差异有统计学意义($P < 0.05$),与对照组相比,观察组患者在手术后对护理人员工作的整体满意度较高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 老年股骨颈骨折闭合复位手术中应用舒适护理充分表现了医务工作中“以人为本”这一护理理念,这种护理模式使患者的生理与心理、社会与心灵在手术期获得和谐统一,是手术室护理模式的首要选择,值得临床推广使用。

【关键词】 股骨颈骨折; 舒适护理; 老年

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.23.080 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)23-3232-03

在骨科,股骨颈骨折属于最常见的一种骨折类型,发病率较高,且患者多为老年人^[1-3]。闭合复位手术是常用的治疗手段。但因老年人生理功能下降、自理能力减退,加之疾病的折磨,使患者存在程度不一的心理与生理不适,对治疗效果造成影响^[4-5]。这些心理上的疑虑以及生理上的创伤会对患者的正常心理活动产生影响,导致心理与身体不适,严重者会造成强烈的心理及生理上的应激反应,不但影响神经、循环及内分泌系统,还会对麻醉与手术造成直接干扰,从而影响治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本文选择了 2010 年 1 月至 2013 年 1 月来本院接受股骨颈骨折闭合复位手术的老年患者 80 例,将其随机分为观察组(40 例)与对照组(40 例),观察组男 22 例,女 18

例;年龄 69~88 岁,平均(75.3±2.5)岁;骨折分型:Garden I 型 8 例,II 型 19 例,III 型 17 例,IV 型 5 例。对照组男 21 例,女 19 例;年龄 70~91 岁,平均(75.6±2.8)岁;骨折分型:Garden I 型 6 例,II 型 9 例,III 型 19 例,IV 型 6 例。两组患者年龄、性别及其他相关因素方面差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法 对照组患者接受协助麻醉、摆放手术体位、吸氧、建立静脉通道、心理护理及监测生命体征等常规护理。观察组患者除接受常规护理外,还予以生理、心理、环境和社会支持等一系列舒适护理。(1)术前护理。①术前访视:手术室护士在术前 1 天到病房对患者开展访视,进行自我介绍并介绍手术室的环境,对患者的病情与家庭情况及是否对手术有要求等方面予以全面了解;②向患者及其家属说明手术实施的必要性与可

靠性,并对手术时的注意事项予以简要介绍,帮助患者树立康复信心,缓解其心理压力,消除对手术的恐惧感;③对患者提出的疑问予以认真解答,并鼓励其尽可能说出真实的感受;④对患者家属进行宣教,使其能够积极帮助患者配合治疗和护理,充分给予家庭支持,使患者减压,为患者提供社会舒适,使其能够树立起战胜病痛的信心,使患者的归属感得到满足。(2)术中护理。①环境舒适:在患者入室 30 min 前将手术室的温度与湿度调节好,通常室温维持在 22~25℃,而湿度大约在 50%~60%,摆放患者体位、对铺单进行消毒时,将室温适当地调高到 25~26℃,注意好局部保暖;②接患者入手术室时的护理:由前 1 d 进行过访视的护士将患者平稳地推入手术室,再由 4 名手术室护士同时将其抬到手术床上,并由 1 位骨科医生在过床时对患肢予以负责,避免产生过多的损伤及疼痛;③对疼痛的护理:对患者的所有操作尽量快速且轻柔,一些操作可选择在麻醉之后展开,尽可能减少患者疼痛时间,减小不愉快程度,缓解焦虑及紧张情绪,使疼痛得以消减;④麻醉舒适:除了一些需全身麻醉的患者外,护士应协助将硬膜外麻醉体位摆放好,护士要站在患者对面,双手按住其肩部与膝关节,用来对抗麻醉师在穿刺时产生的推力,避免患者因体位改变而对麻醉穿刺结果造成影响,此外,分散患者注意力,以缓解其不安的情绪;⑤体位舒适:护士需配合医生将骨科牵引床予以正确连接,再将麻醉后的患者安放在牵引床上,尽量减少对血管与神经及皮肤的压迫,将海绵放置于各类臂托及支腿架处,尤其注意对会阴部的保护;⑥心理舒适:由于股骨颈闭合复位应用 C 臂 X 线机透视时间较长,这段时间通常只有术者与患者在手术室,因此,透视间期护士需尽量在患者旁边,安抚患者,如有需要可握住患者的手、抚摩其脸部或与其同时做深呼吸,以此激发患者对手术的信心,缓解患者心理压力。(3)术后护理。手术结束后将患者皮肤上残留的血迹与消毒液用温盐水拭去,为患者穿好衣服,并盖好被子,要注意保暖。通过 4 人搬运将患者平稳地转移至平车或病床上,注意动作轻柔,以免由于振动造成患者疼痛。此外,要使静脉输液管道保持通畅,并将导尿管固定于患者健侧大腿内侧。依照患者的恢复情况鼓励其早下床活动,以尽早恢复健康,将手术效果对其进行简单介绍,叮嘱患者及其家属注意患肢不可负重、盘腿、侧卧,在睡眠时要穿防旋鞋等一些注意事项,指导患者及其家属掌握自控镇痛泵的使用。

1.3 统计学方法 文中涉及的结果数据均统一录入电脑,使用统计学软件 SPSS15.0 进行统计分析,所有组间计数资料采用 χ^2 检验,相关计量数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,并行 t 检验分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者焦虑程度评分情况 见表 1。由表 1 可见,两组患者术前焦虑程度评分差异无统计学意义($P > 0.05$);两组麻醉前、返回病房、术后第 1 天焦虑程度评分差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 两组患者焦虑程度评分情况($\bar{x} \pm s$,分, $n=40$)

组别	术前	麻醉前	返回病房时	术后第 1 天
观察组	20.92±6.24	21.24±4.11	21.47±3.93	19.34±3.96
对照组	20.35±4.84	23.86±6.33	24.72±5.51	21.25±5.38
t	1.301	6.540	7.238	4.504

2.2 两组患者疼痛评分 见表 2。由表 2 可见,两组患者术前和术后第 1 天疼痛评分差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 两组患者疼痛评分情况($\bar{x} \pm s$,分, $n=40$)

组别	术前	术后第 1 天
观察组	5.67±1.27	3.26±1.28
对照组	5.85±1.53	3.95±1.83
t	5.593	3.876

2.3 两组患者对工作整体满意度 见表 3。由表 3 可见,两组患者对工作整体满意度差异均有统计学意义($P < 0.05$, $\chi^2 = 13.094$)。

表 3 两组患者对工作整体满意度比较[$n(\%)$, $n=40$]

组别	非常满意	满意	不满意
观察组	32(80.00)	7(17.50)	1(2.50)
对照组	20(50.00)	10(25.00)	9(22.50)

3 讨 论

舒适护理属于一种有效护理模式,具有整体性、创造性和个性化,舒适护理的目的是为了让患者不管在生理、心理,还是在社会、灵魂上都处于最愉悦的状态,或者是缩短不愉快的时间,缓解疼痛和焦虑情绪。在手术室的护理工作中应用舒适护理,可以使患者在进行手术时对战胜疾病充满信心,并且能感受到舒适像亲人一样的温暖,使心理上归属感与安全感得到满足,进而为手术能够顺利进行提供良好的条件,还可增加治疗后实现功能最大限度恢复概率^[6-8]。

本次研究接受闭合复位手术的股骨颈骨折患者全部为老年患者,其在手术时更容易出现紧张和焦虑情绪,这就要求医护人员应给予更多关心。从本次研究结果可看出,手术室实施舒适护理能够显著减轻患者进入手术室之后的焦虑状况,从表 1 中可看出,两组患者在术前访视时存在的焦虑程度是同样的,然而观察组通过应用舒适护理进行干预后,患者进入手术室之后,其焦虑程度明显较对照组低,差异有统计学意义($P < 0.05$),且术后焦虑情绪平复较快。在本次研究中,大部分患者是通过椎管内麻醉,这会有较长时间的透视,若在这段时间内和患者缺乏交流,就会使患者的紧张和焦虑程度大大增加,所以,在这段时间,舒适护理能够很好地为患者缓解其紧张情绪。疼痛被国际疼痛研究协会阐述为“因已经存在或者是潜在的组织创伤导致的不愉快的感觉和情绪”。所以,在手术时粗暴的操作或是不适的体位都有可能造成患者术后疼痛,特别是老年患者。本次研究中,两组患者的术后疼痛评分均有明显缓解,特别是观察组,其原因可能由以下几点:(1)手术属于微创术式,对患者的创伤相对较小,不会使术区的疼痛过度增加。(2)手术对骨折部位予以有效固定,不会使骨折断端出现移位现象,明显缓解了疼痛^[9-10]。(3)手术时实施舒适护理,使患者在心理上并没有形成过多不愉快的感觉。

本次研究中观察组患者在手术后对护理人员工作的整体满意度显著较对照组高,差异有统计学意义($P < 0.05$);这是由于舒适护理是人性化护理,与以往常规护理把患者当作病种中的“患者”不同,而是把患者当作一个和环境、社会都密切相关的健康人,关注他们在接受治疗时的心态及其情感需要,更加贴近“以患者为中心”的护理服务宗旨,使患者的治疗过程更加舒畅,更易于被接受。

综上所述,舒适护理是在教会工作人员怎样做好对疾病的护理的基础上更加关注患者的治病过程及与之有关的各种需求,并给予全面支持,加强患者的舒适感,进而使患者在良好的状态与环境中接受治疗,以实现身心康复的效果,特别是对于老年患者和在手术时对身体有特殊要求的患者十分适合。

参考文献

- [1] 刘诚,张记恩.老年股骨颈骨折治疗的进展[J].国际老年医学杂志,2011,32(3):138-140.
- [2] 危杰,吴晓亮,王满宜.老年股骨颈骨折的内固定治疗[J].中华创伤骨科杂志,2009,11(4):319-321.
- [3] 代燎原,卢一生,李战友,等.股骨颈骨折闭合复位内固定疗效分析[J].骨科,2012,3(1):32-34.
- [4] 周雪华,杨西宁.手术患者实施舒适护理的研究进展[J].中国误诊学杂志,2011,9(26):6320-6321.
- [5] 翁留宁.舒适护理在髋部骨折患者手术中的应用

[J].华北煤炭医学院学报,2009,11(2):240-241.

- [6] Sendtner E, Renkawitz T, Kramny P, et al. Fractured neck of femur-internal fixation versus arthroplasty[J]. Dtsch Arztebl Int, 2010, 107(23):401-407.
- [7] 曾伟清,潘焕生.微创全髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的手术体会[J].中国现代医生,2010,48(34):195-197.
- [8] 石异辉.两种手术方法治疗老年股骨颈骨折的疗效分析[J].中国当代医药,2011,49(11):110-112.
- [9] 齐新德.全髋关节和人工股骨头置换术治疗老年股骨颈骨折的疗效分析[J].中国医药导报,2011,8(7):147.
- [10] 许猛,张立海,毛智,等.三种手术方式治疗老年移位型股骨颈骨折疗效比较[J].中国修复重建外科杂志,2010,24(12):1419-1423.

(收稿日期:2013-04-29 修回日期:2013-07-01)

护理干预在膝关节周围假体置换治疗恶性骨肿瘤中的应用

王 媛,杨明玉(中国人民解放军总医院骨科,北京 100853)

【摘要】 目的 探讨护理干预在膝关节周围假体置换治疗恶性骨肿瘤中的作用。方法 对100例膝关节周围恶性骨肿瘤切除并进行人工假体置换的患者随机分为干预组和对照组各50例,对照组进行术前护理和术后护理,干预组在此基础上进行心理护理,并比较出院时焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评分变化情况。结果 100例患者随访6~36个月,其中关节松动1例,折断1例,无感染等并发症发生。干预组治疗后SAS和SDS评分均较治疗前显著降低,差异有统计学意义($P < 0.05$, $\chi^2 = 2.435$),对照组治疗后SAS和SDS评分显著高于观察组,差异有统计学意义($P < 0.05$, $\chi^2 = 2.102$),对照组满意度明显低于干预组,差异有统计学意义($P < 0.05$, $\chi^2 = 0.216$)。结论 护理干预是保证置换手术顺利进行和膝关节功能恢复的关键。

【关键词】 恶性骨肿瘤; 膝关节; 护理干预

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.23.081 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)23-3234-02

恶性骨肿瘤好发部位在膝关节周围,其中最常见的部位在股骨下端,其次在胫骨上端。以往对于恶性骨肿瘤的治疗主要采用的是截肢手术,手术给患者及家庭带来严重影响,增加了家庭的心理和经济负担^[1-3]。近年来,随着新辅助化疗、影像技术[如计算机断层扫描(CT)、核磁共振(MRI)、PET等]、外科技术及生物材料(保肢材料)不断进步,给假肢置换手术治疗创造了良好的条件,假肢置换手术已逐渐替代传统的截肢手术,成为外科治疗的公认方法。假肢置换手术提高患者5年的生存率,由原来的不足20%上升至60%~70%^[4-7]。本文对本院100例膝关节周围恶性骨肿瘤患者肿瘤膝关节假体置换进行护理干预,取得满意效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2010年4月至2013年4月于本科室进行治疗的100例膝关节周围恶性骨肿瘤患者,其中男65例,女35例,年龄7~62岁,患者一般情况良好,无其他脏器及骨转移。所有患者术前均行患部X线摄片及CT检查,并行穿刺活检明确病理诊断。病理类型:骨肉瘤68例,骨巨细胞瘤28例,恶性纤维组织细胞瘤4例。肿瘤部位:股骨下端64例,胫骨上端36例;左膝32例,右膝68例。按照Enneking外科分期:I A期15例,I B期27例,II A期30例,II B期28例。所有患者进行瘤段切除后分别行股骨、胫骨膝关节置换重建手术,假

体类型均为旋转铰链型。采用随机数字表法分为治疗组与对照组,各50例。两组患者性别、年龄、临床分期、病程等方面差异无统计学意义($P < 0.05$),具有可比性。

1.2 护理干预 对照组给予护理干预,包括术前护理、术后护理以及功能锻炼等。干预组在对照组基础上给予特定的心理护理,观察两组患者疗效。

1.2.1 对照组护理 (1)术前护理:在术前1d及术晨观察患者生命体征,并嘱患者术前12h禁食,做好皮肤准备。术前应指导患者进行股四头肌的等长收缩练习,减少术后并发症,帮助患者练习床上排尿排便,以适应术后情况。(2)术后护理:假体置换手术过程中,由于对软组织会造成一定损伤,造成术中出血较多,术后易引起手术切口反应性出血,因此仔细密切观察伤口渗血渗液情况,患肢加压包扎以减少出血。术后置伤口引流管,保持管道通畅,妥善固定,防止引流管扭曲、受压、折叠造成患者不适。同时观察引流液状态,如颜色、性质及量,并做详细记录。(3)功能锻炼:骨科治疗中除了进行假体置换手术之外,进行功能锻炼是机体恢复的一个重要环节。术后1周指导患者进行膝关节锻炼及直腿抬高。术后2~4周指导患者逐渐加大患肢伸屈度,加强下肢肌肉力量的锻炼。术后4周单拐部分负重练习缓慢行走,需在家属和护理人员陪护和指导下进行,如果觉得身体不适,可酌情减少次数。