

性出血的可能。嘱患者术后绝对卧床休息 2~3 d,并指导患者变换体位时动作应缓慢,2 周内避免剧烈活动及重体力劳动。保证静脉输液通畅,遵医嘱予以抑酸、止血、保护黏膜、补液等处理。

3.3.2 饮食护理 术后禁食 24~48 h 或根据医嘱进食,如创面较大或切割较深,应延长禁食时间至 48~72 h,3 d 后如无并发症,则可先进食温凉流质饮食,再过渡到少渣半流质、软食、普食。一次进食避免过饱、过热、忌油腻、辛辣刺激性强及粗糙食物,可进食米汤、藕粉、软面条等,防止便秘,以防出血,甚至穿孔。有高血压者要积极控制血压。

3.3.3 出院健康指导 患者出院后健康知识的掌握与配合是影响患者预后至至关重要的因素,所以要在患者出院前做好健康宣教,引起其重视。因内镜黏膜下剥离术(ESD)术后病变处形成溃疡,术中使用的止血夹随着溃疡创面的愈合会自动脱落排出体外,脱落时间一般 2 周左右。如止血夹过早脱落,可能出现迟发性出血。ESE 术后的溃疡多在 8 周内愈合,此时需来院复查胃镜。出院后 1、6、12 个月复查胃镜,以后每年复查 1 次胃镜。本组患者随访 3~26 个月,平均 11.8 个月,未见复发。

GIST 是消化道最常见的具有低度恶性的间叶细胞肿瘤,对于 GIST 患者来说首次完整彻底地切除肿瘤是提高疗效和预防复发的关键。近年随着 ESD 技术的提高,出现了消化道黏膜下固有肌层肿瘤进行挖除的新技术——ESE^[7-9]。与外科手术相比,ESE 治疗 GIST 具有操作时间短、创伤小、术后恢复快等优点^[10-11]。通过对 58 例患者经 ESE 治疗 GIST 的护理,作者体会到良好的术前、中、后的护理,有利于增加患者配合,减少手术并发症,使手术效果更加满意。

参考文献

[1] Muenst S, Thies S, Went P, et al. Frequency, phenotype, and genotype of minute gastrointestinal stromal tumors in the stomach: an autopsy study[J]. Hum Pathol, 2011, 42 (12): 1849-1854.
[2] Eisenberg BL, Pipas JM. Gastrointestinal Stromal Tumor-Background, Pathology, Treatment [J]. Hematol Oncol

Clin North Am, 2012, 26(6): 1239-1259.
[3] Xu MD, Cai MY, Zhou PH, et al. Submucosal tunneling-endoscopic resection: a new treatment technique for upper gastrointestinal submucosal tumors originating from the muscularis propria layer (with videos) [J]. Gastrointest Endosc, 2012, 75(1): 195-199.
[4] Zhang Y, Zhou P, Xu M, et al. Endoscopic diagnosis and treatment of gastric glomus tumors [J]. Gastrointest Endosc, 2011, 73(2): 371-375.
[5] Shi Q, Zhong YS, Yao LQ, et al. Endoscopic submucosal dissection for treatment of esophageal submucosal tumors originating from the muscularis propria layer [J]. Gastrointest Endosc, 2011, 74(6): 1194-1200.
[6] 胃肠道间质瘤中国专家组. 胃肠道间质瘤诊断与治疗中国专家共识 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2009, 12(5): 536-539.
[7] Fletcher CD, Berman JJ, Corless C, et al. Diagnosis of Gastrointestinal stromal tumors: a consensus approach [J]. Hum Pathol, 2002, 33(5): 459-465.
[8] Frankel TL, Wong SL. Surgical management of gastrointestinal stromal tumors [J]. Curr Probl Cancer, 2011, 35 (5): 271-282.
[9] 周平红, 姚礼庆, 徐美东, 等. 消化道黏膜下肿瘤的内镜黏膜下挖除术治疗 [J]. 中国医疗器械信息, 2008, 14(10): 3-5.
[10] 叶丽萍, 张玉, 王彩芽, 等. 内镜黏膜下挖除术治疗胃固有肌层肿瘤 116 例临床分析 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2012, 15(11): 1175-1177.
[11] Zhou PH, Yao LQ, Qin XY. Endoscopic submucosal dissection for gastrointestinal stromal tumors: a report of 20 cases [J]. Zhong Hua Wei Chang Wai Ke Za Zhi, 2008, 11 (3): 219-222.

(收稿日期: 2013-05-10 修回日期: 2013-08-20)

预防颈部骨折患者下肢深静脉血栓形成的干预措施

徐惠娟(江苏省泰兴市人民医院骨科 225400)

【摘要】 目的 研究颈部骨折患者下肢深静脉血栓形成的干预措施,并进行干预效果评价。**方法** 将 2009~2012 年在泰兴市人民医院治疗的 120 例颈部骨折患者作为研究对象,将 120 例患者随机分为对照组(60 例)和干预组(60 例)。对照组采用常规护理措施,包括饮食指导、下肢活动指导及血栓预防知识宣教等;干预组在对照组治疗基础上进行有针对性护理,措施包括指定专人进行深静脉血栓预防、有针对性制订深静脉血栓干预指南等。观察两组患者深静脉血栓发生率、肺栓塞发生率及病死率等。**结果** 对照组与干预组深静脉血栓发生率分别为 30% 和 10%,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后干预组双下肢静脉血流速度均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对颈部骨折患者采取规范干预措施,可有效降低深静脉血栓的发生率。

【关键词】 颈部骨折; 下肢; 深静脉血栓; 干预措施

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.24.070 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)24-3377-03

深静脉血栓(DVT)是由于血液在深静脉内异常凝结从而堵塞静脉管腔,引起静脉回流障碍,导致深静脉功能不全^[1-2]。下肢 DVT 的形成是一种严重的外科手术并发症,一旦发生不仅严重影响患者的肢体功能,甚至可能发生致命的肺栓塞(PE)^[3]。脊髓损伤患者 DVT 的发生率很高,尤其是在缺乏预防性治疗的情况下,DVT 的发生率可高达 70% 以上^[4-5]。本

科室对可能形成下肢 DVT 的本院 120 例颈部骨折患者进行干预和治疗,取得较好的效果,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究 120 例颈部骨折患者中男 79 例,女 41 例;年龄 14~80 岁,平均(57.2±7.2)岁;颈部骨折中斗殴致伤 11 例,车祸伤 83 例,摔伤 26 例。将 120 例患者随机分为

对照组和干预组。对照组 60 例,男 40 例,女 20 例;年龄 14~78 岁,平均(56.8±8.2)岁;颈部骨折中斗殴致伤 6 例,车祸伤 41 例,摔伤 13 例。干预组 60 例,男 39 例,女 21 例;年龄 16~80 岁,平均(57.7±6.9)岁;颈部骨折中斗殴致伤 5 例,车祸伤 42 例,摔伤 13 例。两组患者年龄、性别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 对照组护理方法 对照组颈部骨折患者入院后采用常规护理方法:术前下肢 DVT 的预防宣教,进行饮食指导,指导患者做下肢主动及被动活动,监督患者遵医嘱接受相应的药物治疗,护理过程中尽可能不在患者的下肢做有创穿刺。

1.2.2 干预组护理方法 干预组患者在常规护理的基础上采取如下护理措施:(1)参考美国脊椎损伤协会(ASIA)推荐使用的分类标准^[6],以及骨科手术患者静脉血栓栓塞症的危险分度对颈部骨折患者进行静脉血栓风险评估,根据患者风险评估结果采取相应的预防措施;(2)制订统一的 DVT 预防及护理指南,规范其预防措施;(3)成立专业的 DVT 预防及护理工作组,负责对患者、家属及护理人员进行相关血栓预防知识的宣传教育。

1.3 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计软件进行分析处理,计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示,计量资料的比较采用 t 检验,计数资料的比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 干预组和对对照组 DVT、肺栓塞及病死率比较 见表 1。由表 1 可见,干预组患者下肢 DVT 形成率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$, $\chi^2=7.501$);肺栓塞及病死率差异两组均无统计学意义($P>0.05$)。

表 1 两组 DVT、肺栓塞及病病死率比较[n(%),n=60]

组别	下肢 DVT	肺栓塞	病死
干预组	6(10.00)	0(0.00)	0(0.00)
对照组	18(30.00)	3(5.00)	2(3.33)

2.2 干预组和对对照组下肢 DVT 血流速度比较 见表 2、3。两组患者干预前双下肢静脉血流速度比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);两组患者干预后的双下肢静脉血流速度比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 干预前患者双下肢静脉血流速度($\bar{x}\pm s$,cm/s)

组别	股静脉		腘静脉	
	左	右	左	右
干预组	12.12±3.92	11.07±4.56	9.93±3.34	10.88±3.47
对照组	11.59±4.68	10.71±3.34	10.11±4.08	11.60±2.45

表 3 干预后患者双下肢静脉血流速度($\bar{x}\pm s$,cm/s)

组别	股静脉		腘静脉	
	左	右	左	右
干预组	15.75±3.35	16.38±3.66	14.07±3.44	16.82±4.28
对照组	12.95±3.55	13.19±3.16	9.84±3.62	10.37±2.89

3 讨 论

据报道骨科大手术后 DVT 发生率为 39%~74%,而由其引发的肺栓塞发生率为 2%~7%^[7]。下肢 DVT 形成后会导

致其功能不全,进而影响下肢活动,典型临床表现为下肢肿胀、疼痛及肌肉牵拉痛或无明显症状。由于早期下肢 DVT 往往表现为无明显临床症状,这就导致下肢 DVT 被忽视,往往造成病情延误,患肢因部分或完全功能丧失而致残,更甚者发生肺栓塞而致命。目前普遍认为血栓的形成是有条件的,其形成条件包括以下 3 种:血管内膜受损、血流动力学改变、血液凝固性增高。骨折手术过程中使用麻醉剂及术后长期卧床都可导致血流速度缓慢,而治疗过程中的穿刺操作、高渗药物使用等均会导致血管壁损伤,骨折手术期间由于禁饮、禁食及血液损失所致的体液消耗会使血液凝固性增高。颈部骨折患者除具有上述 DVT 形成条件外还有其骨折特有特点:颈部骨折合并神经损伤的患者,其下肢静脉因此失去了血管舒缩反射及肌肉泵作用,从而导致外周静脉扩张以及血流缓慢。

颈部骨折患者术后如果护理不当,也会影响其治疗效果及术后功能恢复,严重者可导致 DVT 的发生及肺栓塞,因此在颈部骨折的治疗过程中也要注重护理干预。有报道证明,进行知识教育及功能锻炼等护理措施可预防 DVT 形成^[8]。本院根据颈部骨折的临床特点在常规护理的基础上制订了有针对性的颈部骨折护理措施,结果显示,对照组与干预组的 DVT 发生率分别为 30%和 10%,差异有统计学意义($P<0.05$),此结果与相关报道结果一致^[9]。本研究中血流测定结果显示,治疗后干预组双下肢 DVT 血流速度分别为(15.75±3.35)、(16.38±3.66)、(14.07±3.44)及(16.82±4.28)cm/s,而对照组双下肢 DVT 血流速度分别为(12.95±3.55)、(13.19±3.16)、(9.84±3.62)及(10.37±2.89)cm/s,干预组双下肢静脉血流速度均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),此结果进一步说明了有针对性的护理措施更有利于预防颈部骨折患者下肢 DVT 的形成。

总之,颈部骨折后下肢 DVT 的形成是多方面因素导致的,了解 DVT 预防的相关知识,提高护理人员对其的警觉性,治疗过程中使用恰当的药物治疗,能有效预防 DVT 发生。

参考文献

[1] Leon MM,Cojocar E,Cobzaru R,et al. The role of statins in deep vein thrombosis[J]. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi,2012,16(3):817-22.

[2] Patel AP,Koltz MT,Sansur CA,et al. An analysis of deep vein thrombosis in 1277 consecutive neurosurgical patients undergoing routine weekly ultrasonography[J]. J Neurosurg,2013,118(3):505-509.

[3] 黄淑君. 3 种方法预防外科手术后深静脉血栓形成的临床观察[J]. 重庆医科大学学报,2010,35(1):154-156.

[4] Agarwal NK,Mathur N. Deep vein thrombosis in acute spinal cord injury[J]. Spinal Cord,2009,47(10):769-772.

[5] Christie S,Thibault-Halman G,Casha S. Acute Pharmacological DVT Prophylaxis after SCI[J]. J Neurotrauma,2011,28(8):1509-1514.

[6] 关骅,石晶,郭险峰,等. 脊髓损伤神经学分类国际标准(2000 年修订)[J]. 中国康复理论与实践,2001,7(2):49-52.

[7] 刘鑫,赵锡武,荣辉. 脊髓损伤后深静脉血栓的预防和治疗进展[J]. 医学综述,2013,19(5):870-872.

[8] 李素英. 骨科大手术后患者下肢深静脉血栓的预防护理

[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(19): 2431-2432. 1279-1280.

[9] 马惠敏, 窦勃, 赵金彩, 等. 颈髓损伤患者下肢深静脉血栓形成的预防效果评价[J]. 护士进修杂志, 2012, 27(14): (收稿日期: 2013-05-16 修回日期: 2013-08-28)

优质护理服务在人工关节置换患者护理中的应用

李 菱(泸州医学院附属医院骨关节外科, 四川 泸州 646000)

【摘要】 目的 观察分析在人工关节置换术患者围术期实施优质护理服务的临床效果。**方法** 选取泸州医学院附属医院 2010 年 9 月至 2011 年 9 月开展优质护理服务后收治入院的拟行人工关节置换术患者 57 例作为观察组,另选取 2009 年 9 月至 2010 年 8 月未开展优质护理服务的拟行人工关节置换术患者 57 例作为对照组,对比观察两组患者的临床护理效果。**结果** 观察组患者住院时间、住院费用及并发症发生率明显低于对照组,依从性及满意度明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对人工关节置换术患者实施优质护理服务,能有效提高患者依从性,减少并发症,缩短住院时间,减少患者痛苦及负担,明显增加其满意度。

【关键词】 人工关节置换; 优质护理服务; 护理效果

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.24.071 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)24-3379-02

为适应社会需求、满足患者群体对高质量医护服务的要求,我国卫生部于 2010 年开展并推广“优质护理服务工程”,该活动以患者是医护工作核心的现代医学理念为基础,围绕患者在医护过程中的感受及反馈,对整体护理中出现的进行分析、解决,改进护理方案,探索适应我国国情的临床护理模式^[1]。作者通过对本院开展优质护理服务前后人工关节置换患者的临床护理效果进行观察、对比分析,研究优质护理服务在临床中的作用,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2010 年 9 月至 2011 年 9 月开展优质护理服务后收治入院的拟行人工关节置换术患者 57 例作为观察组,男 36 例,女 21 例,年龄 45~87 岁,平均(62.49±6.73)岁;另选取 2009 年 9 月至 2010 年 8 月同期未开展优质护理服务的拟行人工关节置换术患者 57 例作为对照组,男 37 例,女 20 例,年龄 44~89 岁,平均(63.04±7.12)岁。两组患者性别构成和年龄结构差异无统计学意义($P>0.05$)。

所有病例经临床检查均已确诊为股骨头坏死、关节疾病或骨折,均符合手术适应证,拟行人工关节置换术治疗,患者神志清醒,机体条件良好;排除并发严重的内科基础疾病及心脑血管疾病患者,主要器官严重功能障碍患者,认知障碍、语言障碍等无法正常沟通患者,既往精神病史或癔病史患者等^[2]。所有患者在本次实验前均对实验有充分了解,签署知情同意书,自愿参与本次实验,符合医学伦理学要求。

1.2 优质护理方法 每位患者入院后立即为其设立专门的一对一护士作为责任护士,负责对患者接待、指导,告知入院须知、住院注意事项、医院环境、相关制度等,并对患者的详细资料进行采集;与医生沟通后制订针对性的个性化护理方案,并在方案的实施过程中不断与患者进行沟通,了解患者的意见及反馈,及时进行调整、改善,对患者反映的问题予以尽快落实并帮助其解决;对患者出现的异常情况进行及时处置或向上级护理人员、负责医生报告。在健康教育、心理护理、基础护理、专科护理、饮食护理等各方面提高护理质量,注重护理细节,对患者相关并发症进行预判,做好相应准备;患者出院时对其与家属做好健康宣教,并建立随访方案。

1.3 观察指标 观察两组患者住院时间、费用、并发症情况、依从性及满意度,并进行统计学对比分析。其中依从性分为完全依从、部分依从、不依从 3 个级别,前 2 个级别之和为总依从性。

1.4 统计学方法 采用 SPSS15.0 软件对所得数据进行统计学分析。检验水准设定 0.05(即可信区间为 95%),以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

两组患者临床疗效对比见表 1。由表 1 可见,观察组患者住院时间、住院费用及并发症发生率明显低于对照组,依从性及满意度明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效对比($n=57$)

组别	住院时间($\bar{x}\pm s, d$)	住院费用($\bar{x}\pm s, 元$)	并发症发生率[$n(\%)$]	依从性[$n(\%)$]	满意度[$n(\%)$]
观察组	14.28±6.13 [#]	24 867±514 [#]	11(19.30) [#]	54(94.74) [#]	55(96.49) [#]
对照组	20.14±7.05	31 042±708	26(45.61)	41(71.93)	45(78.95)

注:与对照组比较, [#] $P<0.05$ 。

3 讨 论

人工关节置换术是近年来临床矫形外科快速发展的一个主要领域,随着社会经济发展,医疗技术与器械、材料的更新及完善,人工关节置换作为成熟、可靠的手术术式已经广泛在临床中推广应用。该术式通过使用人工假体对因疾病、创伤等受到破坏的关节予以替代,以达到缓解患者疼痛、恢复关节功能

及稳定性、活动度等目标,其适用范围较广,且临床效果较为理想,患者最终的治疗效果及近远期预后与其术后的护理质量及康复情况是密不可分的^[3-4]。

随着我国社会经济的发展及人们生活水平的提高,其健康意识及对医护服务的需求也在不断增高,以往单纯针对病症的临床医护操作已经无法满足患者对于治疗的要求,因此现代医