

异无统计学意义[OR 分别为 2.355、1.356;95% CI 分别为 (0.954,3.694)、(0.748,1.956)]。

3 讨 论

老年人肺泡弹力纤维老化,容易出现通气、换气功能障碍,出现肺部感染,患者死亡和残疾的概率增加^[4]。本文研究发现,456 例患者中感染者 118 例,死亡 25 例,感染率高达 25.88%,病死率达 5.48%,对老年人健康造成极大威胁。

欧结艳^[5]认为脑卒中并发肺部感染的原因可能与机体防御平衡失调有关。卒中患者处于应激状态,抵抗力下降,易出现院内感染。同时卒中时中枢神经系统功能受损,下丘脑功能受到抑制,植物神经紊乱,患者出现肺动脉高压、肺水肿和呼吸衰竭;呼吸衰竭和肺水肿又反过来加重脑水肿,二者形成恶性循环,进一步加重了感染的风险和程度^[6]。本研究发现,高龄患者更易并发肺部感染;高血压史、糖尿病史、卒中史、不同慢性肺疾病史、卒中类型、有无吞咽及有无意识障碍均为感染危险因素。这与既往研究结果类似,脑卒中患者的卒中面积、病情程度和病史等与患者肺部感染率直接相关^[7-8]。对感染者和非感染者危险因素的 Logistic 进一步回归分析发现,年龄、高血压史、糖尿病史、卒中史、肺疾病史、吞咽障碍均为脑卒中患者并发肺部感染的危险因素。而出现意识障碍和吞咽障碍患者肺部感染率高,这可能是由于意识和吞咽障碍患者神经功能受损,食管括约肌、胃平滑肌收缩乏力,导致贲门开放,造成食物反流^[8]。意识障碍可加重患者吞咽障碍,尤其是老年患者长期卧床,咳嗽反射迟钝,当遇到不正确鼻饲时,更易出现食物反流,导致吸入性肺炎的发生,引起肺部感染^[9]。Logistic 回归分析中意识障碍被排除在模型之外,可能是感染主要是由吞咽障碍造成,意识障碍为混杂因素,通过加重患者吞咽障碍实现感染。

针对老年脑卒中患者肺部感染相关因素,采取预防性早期康复护理措施,可降低感染发生率。吴爱喜等^[10]研究表明,预防性护理可改善患者感染状况,使患者生活质量大为提高,护理满意度也明显提高。具体措施包括(1)呼吸道护理:保持室内空气温湿度适宜,抗生素雾化吸入,气管切开患者可定时滴入湿化液以保持气道湿润;定时翻身、扣背,帮助患者排痰;每日两次口腔护理等。(2)体位护理:对昏迷患者采取平卧或侧卧位,头偏向一侧,口角位置最低,以利于分泌物引流;病情许可者可鼓励其尽量离床活动,减少卧床时间。(3)饮食护理:对患

者加强营养支持,以满足机体代谢需要。对神志不清或吞咽障碍患者尽早插胃管,给予高热量、高营养的流质、半流质饮食,并注意鼻饲时速度不宜过快,避免引起胃痉挛或呛咳。(4)严格执行无菌操作流程,防止医源性感染。室内每日紫外线消毒,并减少人员出入,对患者所用呼吸机、雾化器等定期消毒,避免医源性感染的发生。(5)心理护理:对患者进行心理疏导,定时与之交流,关心其病情和心理状态变化,减轻其焦虑、抑郁情绪,消除心理压力,提高机体免疫功能,从而减少肺部感染。

参考文献

[1] 葛桂珍. 脑卒中患者并发肺部感染危险因素分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2011, 14(4): 56-57.

[2] 赵霞, 张建岭. 急性脑卒中并发肺部感染 192 例临床分析[J]. 河北医药, 2009, 31(21): 2919-2920.

[3] Katzan IL, Cebul RD, Husak SH, et al. The effect of pneumonia on mortality among patients hospitalized for acute stroke[J]. Neurology, 2003, 60(4): 620-625.

[4] 张振宇. 脑血管意外并发肺部感染 65 例诊治分析[J]. 实用心脑血管病杂志, 2009, 2(10): 899-900.

[5] 欧结艳. 脑血管意外患者并发肺部感染的危险因素分析及护理对策[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(22): 2703-2704.

[6] 徒强. 急性脑卒中并发肺部感染的临床分析[J]. 中国实用医药, 2010, 5(11): 86-87.

[7] Chamorro A, Urra X, Planas AM. Infection after acute ischemic stroke: a manifestation of brain-induced immunodepression[J]. Stroke, 2007, 38(3): 1097-1103.

[8] 袁鹏, 张晓婷, 毕齐. 老年急性脑卒中院内死亡相关危险因素分析[J]. 中国全科医学, 2012, 15(20): 2271-2273.

[9] 潘洪飞. 急性脑卒中并发肺部感染危险因素分析及对策[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2011, 14(4): 54-56.

[10] 吴爱喜, 徐兰桂, 王震华. 脑卒中并发肺部感染的相关因素分析及护理对策[J]. 中国医药导刊, 2011, 13(6): 1053-1054.

(收稿日期:2013-08-30 修回日期:2014-01-28)

系统化健康教育在降低骨科患者石膏固定术后折断率的应用

包小燕(江苏省无锡市第九人民医院急诊科 214000)

【摘要】 目的 探究骨科急诊患者行石膏固定术后实施健康教育对石膏折断率的影响,并为急诊护理积累经验。方法 选取无锡市第九人民医院 2008 年 5 月至 2010 年 2 月收治的 92 例行石膏固定术治疗的骨折患者,设为对照组,实施常规健康宣教模式;选取 2011 年 5 月至 2013 年 2 月收治的 96 例行石膏固定术治疗的骨折患者,设为研究组,实施系统化健康教育。记录两组患者石膏折断率、健康知识掌握程度及护理满意度。结果 研究组石膏折断率低于对照组($P<0.05$),石膏保健知识掌握率高于对照组($P<0.05$),护理满意度高于对照组($P<0.05$)。结论 骨科急诊患者行石膏固定术实施健康教育,可以降低患者术后石膏折断率,提高护理满意度,临床效果较佳,值得临床推广。

【关键词】 骨科; 石膏固定术; 健康教育; 折断率; 知识掌握情况
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.07.065 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)07-0991-03

随着现代交通运输行业的发展,交通意外事故伤的发生率 呈现逐年攀升趋势,其中以骨伤占据最大比例^[1]。对于骨伤患

者而言,急诊治疗期间首选骨折复位,而为了进一步强化骨折固定效果,石膏外固定发挥着无可替代的效果^[2]。石膏是骨科急诊常见的辅助治疗工具,但由于石膏具有易折性,患者因欠缺系统知识体系,存在固定后石膏损裂的可能性^[3]。因此,针对行石膏固定术患者,护士开展多种形式并重的健康教育显得尤为关键。然而,由于护士在临床上更多地是关注自身的业务水平,健康宣教的重要性往往被忽视。作者旨在探究系统化健康教育护理与常规健康教育在骨科急诊患者中的效果差异,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2008 年 5 月至 2010 年 2 月收治的 92 例行石膏固定术治疗的骨折患者为对照组;其中男 76 例,女 16 例,年龄 23~49 岁,平均(36.3±1.9)岁;坠落伤为 36 例,撞击伤为 40 例,跌倒伤为 16 例;足踝部骨折 16 例,小腿骨折 44 例,膝关节损伤 32 例。选取 2011 年 5 月至 2013 年 2 月收治的 96 例行石膏固定术治疗的骨折患者为研究组;其中男 78 例,女 18 例,年龄 25~48 岁,平均(38.1±2.1)岁;坠落伤为 34 例,撞击伤为 46 例,跌倒伤为 16 例;足踝部骨折 20 例,小腿骨折 48 例,膝关节损伤 28 例。所有患者入院当天均经 X 片检查,再联合临床症状体征,确诊为骨折,诊断符合第 7 版《外科学》教材中关于该病的临床诊断标准。纳入标准:骨折移位不明显,可通过手法复位整复者;不存在任何精神疾患、原发性或继发性痴呆;文化层次为初中及以上;对本次研究知悉并签署知情同意书。两组在性别、年龄、骨折类型、致伤因素、文化层次方面差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 两组患者均采用手法复位,再行石膏固定,其中医用石膏模型材料由宁夏赛马昊晶特种石膏有限公司生产。对照组开展常规健康教育,而研究组则开展系统化健康教育。

1.2.1 制作视频 为了提高患者对石膏固定术及注意事项的感性认识,护士可将临床病例及石膏折裂发生的危险因素制作成视频。该视频在患者诊疗期间进行全程循环播放,引起患者关注。

1.2.2 电话随访 据文献报道,石膏固定术后 3~9 d 是石膏折断易发阶段。因此,在这个时间段内,护士通过电话追踪随访,及时告知患者注意事项并给予必要提示,进而引起患者及家属的高度重视。

1.2.3 引导患者自主学习 护士根据自身多年的临床经验,将石膏固定后注意事项逐一罗列,在急诊大厅醒目位置设立宣教橱窗。待固定术后,护士引领患者及家属学习橱窗上内容,并鼓励患者提出疑问,护士则采取通俗易懂的语言向患者讲解困惑。

1.2.4 一对一细化讲解 宣教内容根据光盘视频中的内容进行细化及具体化讲解,并在资料醒目位置刊登本院咨询电话。借助这一交流方式,方便患者在家休养期间,及时向本院医务人员咨询以获得有用信息。

1.2.5 口授与实践操作相结合 为了方便患者出院后实施自我护理,护士在现场指导患者如何安置体位,规避不良姿势及采取正确行为活动。在这个过程中,对于理解存在困难者,护士可给予现身示范,并向其讲解实施某项行为的依据,纠正患者的错误认知。

1.3 观察项目 (1)记录两组患者石膏折断率。(2)记录两组患者石膏保健知识掌握率。即患者对宣教内容掌握程度达到 70%,说明掌握良好。(3)记录两组患者护理满意度。出院时

向两组患者发放自制护理满意度问卷,选项为封闭式答案,分别为非常满意、满意及不满意。满意度的计算公式为:满意度(%)=(非常满意+满意)/总例数×100%。

1.4 统计学处理 SPSS19.0 软件进行统计分析,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者石膏折断率比较 研究组石膏折断率低于对照组,且差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者石膏折断率比较(折断数/例数)

组别	n	足踝部骨折		小腿骨折		膝关节损伤	
		短腿	折断率	带足长腿	折断率	长腿	折断率
		石膏托	(%)	石膏托	(%)	石膏托	(%)
研究组	96	1/20	5.0	1/48	2.1	1/28	3.6
对照组	92	2/16	12.5	5/44	11.4	3/32	9.4
χ^2		5.124		6.327		7.365	
P		<0.05		<0.05		<0.05	

2.2 两组患者石膏保健知识掌握率 研究组石膏保健知识掌握率为 93.8%,对照组为 44.6%,差异有统计学意义($\chi^2=9.654, P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者石膏保健知识掌握率

组别	n	掌握知识良好(n)	掌握率(%)
研究组	96	90	93.8
对照组	92	41	44.6

2.3 两组患者护理满意度比较 研究组护理满意度高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=12.024, P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者护理满意度比较(n)

组别	n	非常满意	满意	不满意	满意度(%)
研究组	96	72	22	2	97.9
对照组	92	37	39	16	82.6

3 讨论

骨折患者在早期行骨折复位,能够将断端恢复正常或近似的生理解剖结构,借助骨的支架重建,是急诊骨折治疗的首要步骤^[4]。但为了进一步使骨折保持在正常位置,使其在对位良好的前提下实现骨折牢固愈合,这是保证骨折愈合的关键环节^[5]。石膏是骨折制动固定常用的辅助工具,而作者总结自身多年的临床经验发现,有部分患者在石膏固定过程中,更换了 3 次及以上石膏。这不仅会增加患者的医疗费用,更可延缓骨折愈合。因此,关注石膏固定效果、预防石膏折断对保证骨折整复后的固定具有重要的临床指导意义^[6]。作者设计本次研究,旨在探究健康教育在改善患者术后折断率方面的效果。

本研究结果显示,研究组石膏折断率低于对照组($P<0.05$),石膏保健知识掌握率高于对照组($P<0.05$),护理满意度高于对照组($P<0.05$)。大多数临床护士,对急诊骨伤患者行石膏固定术时,更多地是注重自身业务水平,而忽略了患者石膏固定后的注意事项,这与护士的健康宣教意识淡薄密切相关。有研究报道,石膏固定后 3~9 d 是石膏折断最易好发阶段,而患者通常在家休养,由于医学知识的欠缺,增加了石膏折

断危险^[7]。研究组通过宣教橱窗的设立,引发患者学习及了解防护措施的兴趣,并通过文字的介绍,初步形成认知体系。患者再通过光盘中视频的学习,掌握临床实例,更加生动形象地掌握石膏固定后注意事项;另外,光盘具有循环性及随意性特点,患者可根据自己的学习需求,在家进行视频内容观看,帮助其内化知识体系。通过与视频配套资料的发放,可使患者将视频内容与资料内容相结合;通过资料的详细解读,进一步引起患者重视,并巩固相关知识点^[8]。由于患者与医务人员医学知识不对等性,对于健康教育中实践性较强的护理操作,护士应实施现场示范,使患者学习内容得以拓宽,不仅注重知识掌握,更是了解操作要点。为了帮助患者解决困惑,护士通过电话追踪随访的方式,及时将各阶段注意事项告知患者和家属,以引起重视,避免发生石膏折断。

综上所述,对于骨科急诊患者而言,实施健康教育手段可提高患者石膏保健知识掌握率及护理满意度,降低石膏折断率,取得较为满意的临床效果。

参考文献

[1] 黄家良,杨叶锋,梁树威,等.骨科急诊石膏固定折断率的方法研究[J].吉林医学,2013,34(6):1048-1049.

[2] 黄碧萍,杨雪红,黄志玲.石膏固定术患者的护理[J].医学美学美容,2012,9(9):78.
[3] 李冬梅,王琳,常淑娟,等.护理干预在降低骨科急诊不同材质石膏折断率及患者就医费用的研究[J].护士进修杂志,2009,24(1):4-6.
[4] 李冬梅,刘玉珍,王琳,等.骨科急诊石膏固定患者护理需求及护理干预效果研究[J].护理研究,2009,23(1):41-42.
[5] 张小爽,巨宝兰,刘亭如.骨科急诊石膏固定患者护理需求及护理干预效果研究[J].中国医药导报,2012,9(3):140-141.
[6] 张小爽,刘亭如,巨宝兰.健康教育在降低骨科急诊患者石膏固定折断率中的研究[J].中国医药导报,2011,8(22):113-114.
[7] 钮晓云.浅谈骨外科石膏固定患者的护理[J].中国卫生产业,2011,8(1):47.
[8] 袁柳仙,刘才金,何晓凤.骨折患者石膏外固定的护理体会[J].中外医学研究,2011,9(20):86.

(收稿日期:2013-09-04 修回日期:2013-12-25)

肠道训练联合饮食指导对腰椎骨折并发脊髓损伤患者肠道康复的影响

郭华英,连文,陈春霞(四川省宜宾市第二人民医院骨科 644000)

【摘要】 目的 探讨肠道训练联合饮食指导对腰椎骨折并发脊髓损伤(SCI)患者肠道康复的影响。**方法** 选取宜宾市第二人民医院骨科收住院的腰椎骨折并发SCI患者118例作为研究对象。随机分为分为两组:A组患者采取一般护理措施,B组患者在A组患者的基础上再加上肠道训练和饮食疗法。观察并对比两组患者第1、2个月后每次排便时间。2个月后,检测两组的巴氏评分并对比。同时在护理前、护理2个月后检测两组盆底肌表面肌电图RMS值。**结果** B组治疗1个月后和2个月后的排便时间[(13.2±5.2)min、(8.4±3.5)min]均短于A组的(23.3±6.1)min和(18.3±5.8)min,两组比较差异具有统计学意义($P<0.05$);B组的改良巴氏评分[(82.3±10.6)分]高于A组[(65.2±10.4)分],两组比较差异具有统计学意义($P<0.05$);2个月后,A、B组患者肌电图静息状态和快速收缩的平均值较治疗前明显下降,差异具有统计学意义($P<0.05$),B组静息和快速状态的平均值下降幅度大于A组,两组比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 肠道训练联合饮食指导措施有助于腰椎骨折并发SCI患者的肠道康复,具有一定的临床应用价值。

【关键词】 脊髓损伤; 腰椎骨折; 肠道训练; 饮食指导

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.07.066 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)07-0993-03

腰椎骨折是常见的骨折类型,一般是由车祸、高处摔落、挤压、自然灾害等引起,多伴有脊髓损伤(SCI)^[1]。随着骨折治疗后,SCI患者会趋于稳定,然而,此时患者的肠道功能严重紊乱的问题开始逐渐升级^[2]。如未及时治疗,往往给患者家属和患者本人带来极大的生理、心理压力。目前临床上对SCI引起的肠道功能紊乱主要靠康复护理治疗。作者选取2010年12月至2012年12月本科收住院的腰椎骨折并发SCI的患者118例,结合肠道训练、KD饮食指导对患者进行干预护理,取得满意疗效,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2010年12月至2012年12月本科收住院的腰椎骨折并发SCI的患者118例作为研究对象,按照随机

分配隐匿方法(封口信封)分为两组。A组57例,按照一般护理方法,男40例,女17例,男女比例为2.35:1,年龄29~52岁,平均(39.34±9.12)岁;B组61例,行联合疗法,男42例,女19例,男女比例为2.21:1,年龄30~53岁,平均(38.89±9.21)岁。所有患者经过本院的全面检查,确诊为腰椎骨折并发SCI。两组患者腰椎骨折的诊断标准是结合患者的病史、主要临床表现(包括躯体以及骨折部位疼痛、受损节段棘突压痛、下肢感觉减退麻木等)、X片、CT确诊损伤部位以及SCI的诊断,再行MRI确诊及定位。两组患者腰椎骨折并发SCI的原因统计有40例患者是因为车祸造成的,39例患者是意外从高处摔落造成的,有39例是挤压造成的。两组患者均无严重的心脏类疾病、血液类疾病、肿瘤以及免疫类疾病等,在年龄、性