

[7] 焦红玲. 人性化护理在儿科护理中的体会[J]. 中国社区医师: 医学专业, 2012, 14(11): 355-356.
 [8] 吴春艳. 儿科肺炎合并心力衰竭患者临床护理体会[J]. 中国现代药物应用, 2011, 5(18): 89-90.
 [9] 李婉丽. 小儿重症肺炎合并呼吸衰 心衰的急救和护理(附

10 例报告)[J]. 黑龙江医药, 2012, 25(5): 775-777.
 [10] 白云静. 优质护理在儿科肺炎护理中的应用[J]. 内蒙古中医药, 2013, 20(2): 125.

(收稿日期: 2013-10-08 修回日期: 2013-12-12)

老年创伤后感染性骨折愈合不良的康复训练及护理配合*

谭 艳(重庆市第十三人民医院护理部 400053)

【摘要】 目的 探讨老年创伤后感染性骨折愈合不良的康复训练及护理配合, 以期提高临床治疗水平。
方法 选取重庆市第十三人民医院治疗的 75 例老年创伤后感染性骨折愈合不良患者为研究对象, 分成两组, 对对照组予以常规护理, 观察组予以康复训练及护理配合, 观察两组在相关指标上的差异性。**结果** 观察组护理后在 C 反应蛋白、白细胞计数、白细胞介素-6、切口疼痛时间、住院时间、生活质量评分、下地行走时间以及满意度和依从性上明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 老年创伤后感染性骨折愈合不良进行康复训练及护理配合可提高临床效果。

【关键词】 老年; 感染性骨折愈合不良; 康复训练; 护理配合

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 08. 052 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)08-1115-03

感染性骨折愈合不良是骨科中难治性疾病之一, 目前在治疗方法上主要是扩创、固定、软组织覆盖创面和植骨等, 但还有住院时间长、手术次数多、护理难度大和功能障碍等缺陷。而对于老年人来说, 以上的问题更加突出, 存在基础疾病多, 抵抗力下降等原因, 预后往往较年轻人差, 且由于活动量低等因素患者往往不会主动进行功能锻炼。作者对老年创伤后感染性骨折愈合不良患者进行康复训练和护理配合, 取得了满意的效果, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院治疗的 75 例老年创伤后感染性骨折愈合不良患者为研究对象, 分成两组。对照组 36 例, 其中男 27 例, 女 9 例, 年龄 60~93 岁, 平均(66.3±3.8)岁; 骨折类型: 胫骨感染性骨折 7 例, 肱骨感染性骨折 8 例, 股骨感染性骨折 9 例, 尺骨感染性骨折 8 例, 其他感染性骨折 4 例。观察组 39 例, 其中男 29 例, 女 10 例, 年龄 62~92 岁, 平均(66.7±4.0)岁; 骨折类型: 胫骨感染性骨折 9 例, 肱骨感染性骨折 7 例, 股骨感染性骨折 8 例, 尺骨感染性骨折 10 例, 其他感染性骨折 5 例。两组患者在性别、年龄、骨折类型等方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。所有患者均有明确外伤史, 经过 X 线片等明确诊断, 所有骨折愈合不良的诊断标准均参考第 4 版《实用骨科学》诊断标准进行^[1]。

1.2 方法

1.2.1 对照组 予以常规护理。如术前进行常规的备皮, 手术区域进行消毒, 术前做好带药皮试、穿好手术衣等, 术后予以药物应用、创口护理、心理护理等, 做好健康宣教工作。

1.2.2 观察组 在对照组护理的基础上, 术后予以康复训练。术前护理: (1) 术前完善相关检查, 检查化验单是否齐全, 了解骨折部位、软组织损伤情况。(2) 考虑到感染性骨折愈合不良患者皮肤愈合差, 而皮肤护理又不能强行刷洗, 故可先用石蜡油或植物油涂抹在皮肤表面, 使皮痂自行脱落。术前将汗毛脱净, 骨折端予以清洗和换药等处理, 用无菌敷料覆盖创面周围皮肤。术后护理: (1) 体位护理, 骨折位于下肢则抬高患肢, 以

促进下肢血液循环, 而骨折位于上肢则用三角巾提拉, 固定患肢。当患肢恢复感觉后就做康复锻炼, 用力握拳, 做足部的背伸等强度较小的活动, 促进患肢血液循环。(2) 加强对外固定架护理, 一般术后 48 h 内针道容易出血, 此时要定期换药, 观察针道出血情况; 而术后 4 d 一般出血基本控制, 此时要加强针对针孔护理, 告知患者及家属掌握观察及护理要领, 禁止对创口乱用药物^[2]。(3) 加强对石膏等外固定护理, 一般术后肢体明显肿胀, 石膏固定后肢体血液循环受到影响患者往往会疼痛加重, 此时就要注意观察石膏松紧度, 以免压迫神经和血管。(4) 加强对创面的观察, 感染性骨折愈合不良患者往往需要植骨治疗, 出血量大, 所以要观察引流液量、性质和引流是否通畅等。康复训练, 主要注意以下几点: (1) 床上锻炼, 术后 3 d 进行适度的肢体和关节运动, 注意不使患肢感觉障碍, 由他人进行足部按摩, 手指用力分开后维持 5~10 s, 拇指内收用力握拳, 维持 5~10 s, 休息 5 s 后重复进行。20 次为 1 组。(2) 术后 4 d 在健侧保护下进行上肢的前举、外展, 每次 5~10 组^[3]。(3) 远侧关节功能运动, 做股四头肌的伸缩运动, 先维持 5~10 s, 放松休息 10 s, 重复练习, 20 次为 1 组。(4) 离床运动, 在医护人员指导下 2 周后开始练习站立, 患肢负重小于 30 kg, 做踏步运动, 扶助行走, 运动以无痛为原则。

1.3 疗效评定 参考文献^[4-5]的标准, 从患者术后 C 反应蛋白、白细胞计数、红细胞沉降率等感染性指标观察护理前和护理 1 周的变化情况。另外从切口疼痛时间、住院情况、生活质量评分和下地负重行走情况等进行分析, 比较两组患者在对护理满意度和对治疗依从性方面差异性。

1.4 统计学处理 采用 SPSS16.0 软件进行分析, 计量资料采用 *t* 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者护理前后在相关指标上的情况比较 两组患者护理前 C 反应蛋白、白细胞计数、白细胞介素(IL)-6 比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 护理前、后比较差异有统计学意义

* 基金项目: 重庆市卫生局医学科研基金资助项目(2011-2-392)。

($P < 0.05$), 但观察组护理后较对照组护理后改善更加明显, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者护理前后感染性指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	C 反应蛋白 (g/L)	白细胞计数 ($\times 10^9/L$)	红细胞沉降率 (mm/h)	IL-6 (pg/mL)
对照组 护理前	14.2±7.4	13.5±7.6	34.8±10.8	95.4±12.6
护理后	11.4±2.1	10.4±1.4	23.1±4.7	14.3±2.6
观察组 护理前	15.2±7.6	13.6±7.2	35.2±10.5	95.7±12.9
护理后	8.2±1.5	7.9±1.1	14.6±2.4	7.8±1.3

2.2 两组患者住院时间等情况比较 两组患者在切口疼痛时间、住院时间、生活质量评分、下地行走时间上比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者住院时间等情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	切口疼痛 时间(d)	住院时间 (d)	生活质量 评分(分)	下地行走 时间(周)
对照组	36	9.9±4.1	19.6±4.6	72.3±4.6	10.4±2.5
观察组	39	3.3±2.4	12.5±3.7	95.7±3.1	8.3±2.1
t		5.352	5.053	5.437	5.362
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组患者在满意度和依从性情况比较 两组患者在满意度和依从性上比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者在满意度和依从性情况比较分析 (n)

组别	n	满意度			依从性	
		非常满意	满意	不满意	高	低
对照组	36	21	8	7	23	13
观察组	39	32	7	0	34	5

3 讨 论

感染性骨折愈合不良是临床上难治性疾病之一, 因骨外露、骨缺损等因素导致创面经久不愈、骨折延迟愈合或不愈合等形成慢性骨髓炎^[6]。传统的清创方法很难达到治愈的效果, 随着医疗技术的发展, 手术治疗以自体性植骨等治疗方法较为常见, 虽然这些方法能促使感染得到控制, 骨折也会愈合, 但其病程长, 往往需数月甚至整年才能愈合, 早期需制动确保骨折愈合, 但长时间的制动造成一系列并发症, 如肌肉萎缩, 功能障碍等, 所以, 加强对术后的康复训练也是至关重要的。

本研究结果显示, 运用康复训练和护理配合治疗后, 患者在感染性指标和切口疼痛时间、住院时间、生活质量评分、下地行走时间上比较明显优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 说明护理能有效改善预后, 这与 Onuoha 等^[7]报道的结果类似。有研究报道也认为, 加强对感染性骨折愈合不良患者的护理, 其护理前、后生活质量评分提高 36.3 分, 且促进了骨折的预后水平^[8]。

有研究报道, 术前心理护理至关重要^[9]。因为该疾病治疗时间长, 手术次数多, 痛苦大, 长期的肢体活动受限容易造成患者焦虑、紧张等不良心理情绪; 且该疾病费用较高, 术后预期效果往往很难和患者预期效果相当, 这就需要及时心理安慰。而就术后护理情况看, 外固定护理是至关重要的, 这其中包括外

固定架护理和石膏等外固定护理。有研究报道, 外固定架针道感染是最常见也是最严重的并发症, 往往会引起骨髓炎而早期拆除^[10]。所以, 临床上要加强对针道的护理, 定期进行消毒, 且要嘱咐患者禁止在针道内进行操作, 用敷料覆盖以免污染。另外, 对有石膏等外固定制动的, 则需要观察肢端血运情况, 以免发生肢端坏死等情况。还有研究报道, 换药护理在感染性骨折愈合不良中也是对预后起决定性作用的, 因为换药能清除炎性分泌物, 保持创面引流通畅, 维持创面湿润, 对于创面大的则需要每日换药一次, 且换药时要严格规范无菌操作^[11]。换药时要注意观察局部血运和皮肤色泽, 以及局部有无炎性反应; 换药时动作要轻柔, 最好先用生理盐水浸湿后再操作, 否则增加患者痛苦。

康复训练是所有骨折治疗后期的关键, 恰当的早期功能训练对预后有很好的帮助作用, 康复的目的在于保持骨折复位、固定的前提下, 消除肢体肿胀。早期以背伸踝关节等为主, 以促进血液循环, 消除肿胀, 防止血栓形成。且在康复中要督促患者积极锻炼, 主要以被动锻炼为主。若早期患者因为疼痛而不敢进行康复锻炼, 此时要向患者说明锻炼的重要性和必要性, 同时加强健康宣教。中期以直腿抬高和床上活动膝关节屈伸等为主, 此时患者由于创口疼痛不甚明显, 可适当加强锻炼幅度, 但需以患者能耐受为准。后期还可结合康复器械进行功能锻炼。此时患者基本能耐受主动活动, 但由于对医学知识的缺乏, 不能持续锻炼, 此时可每日调整康复器械上的数值, 以逐渐达到正常的生理活动度。

综上所述, 对老年创伤后感染性骨折愈合不良的康复训练及护理配合有助于提高患者的依从性, 缩短住院时间, 提高临床治疗水平, 提高患者满意度。

参考文献

- [1] 赵惠琴. 人性化护理对预防妇科恶性肿瘤患者化疗并发症作用的分析[J]. 国际护理学杂志, 2012, 31(12): 2279-2280.
- [2] 陈燕, 梁冰. 早期心理护理配合康复训练改善脑卒中偏瘫患者日常生活能力[J]. 蚌埠医学院学报, 2009, 34(7): 645-646.
- [3] 钱志梅, 李谦, 张苏静. 心理护理配合康复训练对首发抑郁症患者康复的影响[J]. 中外医学研究, 2011, 9(33): 58-59.
- [4] 贾春莲, 李云霞. 手烧伤患者心理护理配合早期康复训练的体会[J]. 中国保健营养: 中旬刊, 2012(5): 391-392.
- [5] Ricci WM, Rudzki JR, Borrelli J. Treatment of complex proximal tibia fractures with the less invasive skeletal stabilization system[J]. J Orthop Trauma, 2004, 18(8): 521-527.
- [6] Ricci WM, Schwappach J, Tucker M, et al. Trochanteric versus piriformis entry portal for the treatment of femoral shaft fractures[J]. J Orthop Trauma, 2006, 20(10): 663-667.
- [7] Onuoha GN, Alpar EK. Elevation of plasma CGRP and SP levels in orthopedic patients with fracture neck of femur [J]. Neuropeptides, 2000, 34(2): 116-120.
- [8] Jensen KJ, Gómez Román VR, Jensen SS, et al. Clade a HIV-1 gag-specific T cell responses are frequent but do not correlate with viral loads in a cohort of treatment-na-

ive HIV-infected individuals living in Guinea-Bissau[J]. Clin Vaccine Immunol, 2012, 19(12):1999-2001.

[9] 韩莹. 脑卒中患者心理护理配合早期康复训练的体会[J]. 中国实用医药, 2011, 6(11):252-253.

[10] 王玉萍. 康复护理配合高压氧对急性脑卒中患者神经功能缺损的疗效研究[J]. 心理医生: 下半月版, 2012(4):

100-101.

[11] 杨芳, 张连娜, 冯瑾, 等. 三相骨显像对创伤后感染性骨折愈合不良的诊断价值[J]. 中国医学影像学杂志, 2013(2):110-113.

(收稿日期:2013-08-26 修回日期:2013-12-29)

品管圈活动在提高压疮高危患者上报率中的运用*

赵红, 唐佳, 蹇婷婷, 赵希, 郑惠渊, 熊成敏(重庆市江津区中心医院护理部 402260)

【摘要】目的 规范压疮上报流程, 提高压疮高危患者的上报率。**方法** 通过对住院压疮高危患者的评估、分析, 优化上报流程, 采取有效措施来防范压疮的发生。**结果** 改进压疮上报流程后提高了压疮高危患者的上报率和质量, 符合《三级综合医院评审标准实施细则(2011年版)》第三章、第五章、第七章要求。**结论** 压疮高危患者上报流程的规范和及时, 有利于对压疮高危患者的监控和管理, 防范和减少压疮的发生, 让患者安全得到保证, 护理质量得到提高。

【关键词】 品管圈; 压疮高危患者; 上报; 护理质量

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.08.053 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)08-1117-03

压疮是长期卧床患者常见的并发症, 预防和治疗压疮一直是国内外研究的热点和难点^[1]。提高压疮上报率和质量, 是防范和减少压疮发生的重要环节。品质管理圈(简称品管圈)在 20 世纪 90 年代被引入医院管理领域, 现已在多个国家和地区医院中开展, 并收到了良好的效果, 值得推广应用^[2-3]。2013 年初护理质量管理培训与品管圈交流展示会和护理质量管理(品管圈培训班)在北京举办, 本院护理部积极响应, 并不断实践应用于临床各部门, 同样收到了良好效果。本院通过 6 个多月来开展品管圈活动对压疮上报流程的改进, 提高了压疮高危患者的上报率, 取得了满意的效果, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 课题选择 本院是一所创建三级甲等综合医院, 编制床位 800 张, 实际每天住院患者达 1 000 余例, 床位年平均使用率在 95% 以上。近年来, 随着我国人口老龄化的上升和医保政策的完善, 本院老年患者住院率也不断提高, 尤其是卧床、瘫痪患者, 由于家庭护理不当, 伴随疾病的发展进程以及高危因素的出现, 容易导致压疮的发生。预防压疮的进一步发展, 寻找有效的措施给予及时的护理, 是本课题选择的主要目标; 及时上报, 提高上报率是预防压疮的重点, 为此怎样提高压疮上报率也是本课题选择的主要内容。其次, 随着医学模式的不断变化, 人们对健康要求水平越来越高, 而医院护理工作存在着多方面的问题和不足, 怎样更好地服务患者是护理人员面临的重要课题, 而怎样提高护理管理是管理人员面临的巨大挑战。选择有效的管理模式, 实施高效优质护理, 是本课题选择的出发点。品管圈应用于医院管理模式收到良好的效果, 为此本课题选择品管圈模式应用于压疮上报。

1.2 选题依据 2012 年 6~12 月本院收治住院患者 14 475 例, 护理部收到各科上报压疮高危患者 209 例, 其中 154 例为难免压疮, 5 例为院内压疮(属难免性)、50 例为院外带入压疮。而实际调查符合压疮高危患者上报人数应为 232 例, 有 3 例院内压疮和 20 例难免压疮未及时上报, 漏报率为 9.9%。压疮的发生不仅增加了患者的痛苦和经济负担, 造成医疗资源的浪

费, 而且影响患者的康复, 给医疗质量及安全带来不良影响。国内外已将压疮的发生率作为评价护理质量的指标之一^[4]。特别是原卫生部印发的《三级综合医院评审标准实施细则(2011年版)》中多章节提到压疮的防范和监管, 多次提到使用质量管理工具来达到护理安全和质量的持续改进。

1.3 方法

1.3.1 成立品管圈小组 通过自愿报名, 最终由 7 名护士组成, 其中副主任护师 1 名、主管护师 4 名、护师 2 名, 医院压疮防治组成员 5 名。辅导员由护理部主任担任, 并选举 1 名科护士长担任圈长。品管圈小组成员通过头脑风暴法和公平公正的投票评价, 确定“关爱圈”为圈名, 以护士的双手托起生命组成的圈徽, 寓意着护士用爱心、责任心和勤劳的双手减轻患者的痛苦, 防范压疮的发生。

1.3.2 主题选定 品管圈成员根据压疮上报流程管理和填报质量中存在的问题, 依据重要性、迫切性、圈能力、上级政策原则, 确定本次活动主题为“提高压疮高危患者的上报率”。

1.3.3 计划拟定 实施周期为 2013 年 1~6 月, 共 26 周。明确分工, 责任到人, 精确控制活动进度。1~3 月: 成立小组、选定主题、拟定计划、调查现状、设定目标、解析真因、拟定对策; 4~6 月: 实施对策并检讨、效果确认、对策标准化、资料整理。小组每 2 周活动一次。

1.3.4 现状把握 (1) 通过对文献资料回顾分析, 对住院压疮高危患者上报流程进行归纳总结, 找出漏报原因和制订对策。(2) 采用回顾性调查分析方法, 对全院各科实际符合住院压疮高危患者上报数据收集分析显示, 2012 年 6~12 月住院压疮高危患者上报率现况值为 90.09%。

1.3.5 目标设定 明确重点内容后, 拟定改善目标。目标值 = 现况值 - (现况值 × 改善重点比例 × 圈员能力), 根据柏拉图得出改善重点比例为 82.80%, 计算得出目标值为 98.00%。

1.3.6 主要原因分析 通过对影响压疮上报原因的分析, 主要从人、事、物、方法几方面全面剖析, 查找可能原因, 对每一项进行打分, 重要的为 3 分, 一般为 2 分, 不重要的为 1 分, 根据

* 基金项目: 重庆市卫生局医学科研基金资助项目(2012-2-379)。