

- 测在 2 型糖尿病早期肾损伤中的价值[J]. 中国医药导报, 2013, 10(22): 94-96.
- [10] 高玉雷, 柴艳芬. 血清胱抑素 C、 β_2 -微球蛋白和尿微量清蛋白对慢性心力衰竭患者早期肾损伤的诊断价值[J]. 天津医科大学学报, 2013, 19(4): 309-312.
- [11] 李云春, 方忠俊, 阳帆, 等. 血清胱抑素 C 及 β_2 -微球蛋白联合检测在类风湿关节炎肾功能损伤中的临床意义[J]. 中国药物与临床, 2013, 13(10): 1270-1272.
- [12] 李朝辉, 万彦彬, 黄子初, 等. 血清胱抑素 C 和尿微量清蛋白的测定在高血压早期肾损害诊断中的临床意义[J]. 检验医学与临床, 2012, 9(3): 315-317.
- [13] 陈薇薇. 血清胱抑素 C 与 β_2 -微球蛋白在糖尿病肾病早期诊断中的意义[J]. 海南医学院学报, 2014, 20(6): 776-778.
- (收稿日期: 2015-07-25 修回日期: 2015-09-15)

• 临床探讨 •

健康教育对骨质疏松性骨折患者生活方式及生存质量的影响

王春昕, 杨利丽, 李秋菊(吉林大学第二医院, 长春 130000)

【摘要】 目的 探讨健康教育对骨质疏松性骨折患者生活方式及生存质量的影响。**方法** 选取该院 2010 年 4 月至 2013 年 4 月收治的 100 例骨质疏松性骨折患者, 按随机数字表法分为实验组和对照组, 各 50 例, 实验组患者采用常规护理联合健康教育护理, 对照组患者使用常规护理, 比较 2 组患者恢复情况、临床神经功能缺损程度评分(NIHSS)、智力状态检查量表(MMSE)及汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分、Fugl-Meyer 量表(FMA)和 Barthel 指数(BI)指数、生活质量及生活方式改善情况。**结果** 实验组患者优良率为 94%, 对照组为 76%, 2 组差异有统计学意义($P < 0.05$)。护理后实验组 NIHSS、MMSE 及 HAMD 评分、FMA 和 BI 指数均高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。实验组患者生理维度、社会维度、环境维度及心理维度评分均高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。护理后 2 组患者食物补钙率均有提高, 而饮酒和吸烟率均下降, 但实验组优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 健康教育护理对骨质疏松性骨折患者病情康复有积极促进作用, 可显著改善患者生活方式和生存质量。

【关键词】 骨质疏松; 骨折; 健康教育; 生活方式; 生存质量
DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.04.044 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2016)04-0537-03

随着我国进入老龄化社会, 骨质疏松正成为一个严峻的健康问题。骨质疏松患者极易发生骨折, 对生命健康及生活质量都有较大影响。以往临床治疗骨质疏松性骨折通常仅对症治疗, 较少关注相关健康知识普及, 而骨质疏松的发生与生活方式紧密相关^[1]。有研究指出, 合并不良生活习惯的人群骨质疏松发生率较普通者高 31.2%^[2]。因此, 健康教育对预防骨质疏松性骨折的再发生及促进病情的好转有着重要意义。现就健康教育对骨质疏松性骨折患者生活方式及生存质量的影响作用进行探讨, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取该院 2010 年 4 月至 2013 年 4 月收治的 100 例骨质疏松性骨折患者, 均符合中国老年学会制定的《中国人骨质疏松诊断标准》^[3]。排除合并严重器质性疾病及精神疾病患者。按随机数字表法分为实验组和对照组。实验组患者 50 例, 男 27 例, 女 23 例, 年龄 49~71 岁, 平均年龄(67.32±8.13)岁, 体质指数 23.24~30.89 kg/m², 平均(25.06±2.15)kg/m², 文化程度包括小学 3 例, 中学 29 例, 大学 18 例。对照组患者 50 例, 男 29 例, 女 21 例, 年龄 50~73 岁, 平均年龄(67.19±8.22)岁, 体质指数 23.05~31.24 kg/m², 平均(24.97±2.10)kg/m², 文化程度包括小学 5 例, 中学 26 例, 大学 19 例。2 组患者的年龄、体质指数、文化程度等一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 研究方法

1.2.1 基础措施 2 组患者均常规进行手术治疗骨折, 给予

常规护理措施, 并补充维生素 D、钙剂、降钙素等。实验组患者在此基础上接受健康教育。2 组患者均采用为期 1 年的随访, 1 年后比较疗效、生活质量、生活方式变化情况。

1.2.2 健康教育 (1)健康知识普及: 入院后积极开展健康知识普及, 通过展板、小手册、病房宣讲等形式对患者及其家属进行骨质疏松性骨折的相关知识讲解, 内容包括该病的成因、诱因、相关影响因素、防治措施, 以及其可能导致的后果和生活方式及习惯改变对病情康复的重要性等。(2)饮食教育: 结合病因, 嘱咐患者减少增高血糖、血脂、血压食物的摄入, 饮食保持清淡、易消化的原则, 定量补充富含维生素、蛋白质及钙的食物, 如虾皮、肝、牛奶、蛋类、豆浆、水果、芹菜等食物。骨折导致长期卧床患者应加强富含纤维食物, 促进消化。(3)行为教育: 叮嘱患者早期进行健康肢体锻炼, 一定时间后开始患肢锻炼, 加强相关肌肉的舒张和收缩训练, 避免长期卧床后关节变形、肌肉萎缩的发生。同时, 针对每 1 例患者实际情况, 给予针对性的康复训练指导。(4)心理健康教育: 骨折患者通常卧床时间长, 情绪波动较大, 极易发生急躁、抑郁等情绪。因此护理人员应加强医患交流, 积极与其进行沟通和谈心, 掌握情绪并积极进行疏导。同时在病房通过轻音乐、深呼吸等措施促进患者情绪稳定, 保持平和心态, 提高患者治疗依从性。(5)随访教育: 出院后每 3 个月进行 1 次随访, 并再次给予相关知识的宣教, 就患者的不良生活习惯及饮食方式进行纠正, 并就患者相关疑问进行解答, 促进其健康知识水平的提升。

1.3 疗效评价^[4] (1)护理前及 1 年后随访时, 采用临床神经

功能缺损程度评分(NIHSS)、Fugl-Meyer 量表(FMA)、智力状态检查量表(MMSE)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、Barthel 指数(BI)分别对患者神经功能、运动功能、智力状态、抑郁状态、认知功能改善情况进行评价。(2)1 年随访时使用生存质量测定简式量表(WHOQOLBREF)检测患者生存质量。(3)护理前及 1 年后随访时对患者生活方式进行调查,内容包括是否吸烟、饮酒及是否食物补钙。(4)恢复情况评价参照骨科临床疗效评价标准执行。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件对数据进行分析,计数资料使用率表示,并应用 χ^2 检验,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,并使用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者恢复结果比较 实验组患者优良率为 94%,对照组为 76%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者恢复结果比较[n(%)]						
组别	<i>n</i>	优	良	中	差	优良率
实验组	50	31(62.00)	9(18.00)	7(14.00)	3(6.00)	47(94.00)
对照组	50	26(52.00)	7(14.00)	5(10.00)	12(24.00)	38(76.00)

注: $\chi^2=6.352;P<0.05$ 。

2.2 2 组患者抑郁症状、神经功能和智力状态结果比较 护理后实验组患者 NIHSS、MMSE、HAMD 评分均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 2 组患者日常生活活动和运动功能结果比较 护理后实验组患者 FMA 和 BI 指数均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 2 组患者抑郁症状、神经功能和智力状态结果比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	NIHSS		MMSE		HAMD	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
实验组	50	19.17±3.41	15.87±2.05	24.76±0.85	29.89±1.02*	32.26±3.87	24.32±3.11*
对照组	50	19.22±3.20	6.11±1.23*	24.91±0.72	25.78±1.13	31.94±3.53	12.50±1.81*
<i>t</i>		0.347	4.902	0.981	4.731	0.874	5.036
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与护理前比较,* $P < 0.05$ 。

表 3 2 组患者日常生活活动和运动功能结果比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	FMA		BI	
		护理前	护理后	护理前	护理后
实验组	50	29.23±2.26	64.95±7.08*	38.14±1.89	78.99±4.47*
对照组	50	29.71±2.33	45.32±3.20*	38.27±2.68	51.57±3.07*
<i>t</i>		0.204	7.056	0.227	11.187
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与护理前比较,* $P < 0.05$ 。

2.4 2 组患者生活质量结果比较 实验组患者生理维度、社会维度、环境维度、心理维度评分均高于对照组,差异有统计学

意义($P < 0.05$)。见表 4。

2.5 2 组患者生活方式变化结果比较 护理后 2 组患者食物补钙率均有提高,而饮酒和吸烟率均下降,但实验组优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 5。

表 4 2 组患者生活质量结果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	生理维度	心理维度	社会维度	环境维度
实验组	50	17.86±1.18	17.05±1.24	19.21±1.28	18.78±2.50
对照组	50	10.98±1.05	13.08±1.30	13.45±2.32	13.36±3.28
<i>t</i>		5.284	3.196	4.078	4.219
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 5 2 组患者生活方式变化结果比较[n(%)]

组别	<i>n</i>	食物补钙		饮酒		吸烟	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
实验组	50	21(42.00)	36(72.00)*	17(34.00)	4(8.00)*	23(46.00)	6(12.00)*
对照组	50	20(40.00)	25(50.00)	18(36.00)	15(30.00)	25(50.00)	21(42.00)
χ^2		0.041	5.086	0.044	7.862	0.160	11.415
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与护理前比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨 论

中老年人身体机能退化、体力活动减少及膳食结构的变化均是导致其骨质密度下降的原因,而随着骨质疏松程度的加重,患者易发生骨质疏松性骨折,对患者的生命健康造成威胁。

骨折对患者身体损伤较大,同时长时间卧床对其情绪也有较大影响。因此骨质疏松性骨折患者不仅面临骨折带来的病痛,还易产生悲观、焦虑、抑郁等负面情绪,进而导致患者治疗依从性下降,治疗效果及生活质量受到影响^[5]。随着我国进入老龄化

社会,该问题正日益突出。

有研究报道,健康教育是预防疾病发生和促进疾病康复最有效的手段^[6]。健康教育是现代护理中的一项重要内容,其通过传递疾病相关知识和给予行为干预和指导,提高患者对疾病的掌握和治疗依从性,纠正生活习惯,促进病情的好转和生活质量的提高。骨质疏松症的相关研究较多,但有效的治疗方法仍未发现。国内有研究通过对 123 例骨质疏松性骨折患者进行健康教育,结果表明住院时间得到明显缩短,生活质量及心理状态均显著改善^[7]。本研究结果显示,实验组患者采用健康教育,对照组仅使用常规护理措施,实验组恢复优良率为 94%,对照组仅为 76%;同时实验组 NIHSS、MMSE 及 HAMD 评分、FMA 和 BI 指数均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),提示健康教育对抑郁症状、神经功能、智力状态、日常生活活动、运动功能有显著改善作用。

不良生活方式是骨质疏松性骨折发生的重要影响因素,如缺乏锻炼、吸烟、酗酒、钙摄入不足、维生素摄入不足等^[8]。有研究数据证实,合并不良生活方式的患者骨形成作用低下,骨量下降速度较健康者快。而骨折是骨质疏松发生后较为严重的后果,骨密度的下降导致骨质差,治疗后也易因牢固性差导致治疗效果不理想^[9]。同时,较少钙、维生素的摄入也使骨折愈合速度慢,严重者可因愈合效果差致残^[10]。此外,长期的卧床及生活无法自理也极大地影响患者生活质量,对患者本人及其家人都是沉重的负担。本组结果显示,不良生活方式的纠正是健康教育的重要内容,护理后 2 组患者食物补钙率均有提高,而饮酒和吸烟率均下降,但实验组优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);实验组患者生理维度、社会维度、环境维度、心理维度评分均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),说明健康教育后患者的不良生活方式可以得到有效纠正,促进骨折和骨质疏松康复,对提高生活质量有显著的促进作用。

综上所述,健康教育护理对骨质疏松性骨折患者病情康复

有着积极的促进作用,显著改善患者的生活方式和生存质量,可在临床护理工作中积极开展。

参考文献

- [1] 王峥嵘,朱昀.老年慢性病患者骨质疏松的相关因素分析[J].中华老年医学杂志,2014,33(3):272-275.
- [2] 林添海,刘丰.老年骨质疏松与冠心病及其危险因素相关性的探讨[J].实用医学杂志,2014,15(5):783-785.
- [3] 张智海,刘忠厚,李娜,等.中国人骨质疏松症诊断标准专家共识(2014 版)[J].中国骨质疏松杂志,2014,17(9):1007-1010.
- [4] 周志康.骨科临床疗效评价标准[M].北京:人民卫生出版社,2005:72-73.
- [5] 唐炎铭,雪原,丁怀荣,等.抑郁症与绝经后骨质疏松患者胸椎压缩性骨折的相关性分析[J].山东医药,2014,54(6):90-91.
- [6] 张泽鸿,孙平,洪曼杰,等.老年骨质疏松的健康教育[J].中国骨质疏松杂志,2011,17(8):753-755.
- [7] 夏凌霄,范井月.临床护理路径在骨质疏松患者健康教育中的应用[J].齐鲁护理杂志,2011,17(5):19-20.
- [8] 林华,陈新,朱秀芬,等.健康教育与生活方式干预在骨质疏松阿仑膦酸钠治疗中的作用[J].中华健康管理学杂志,2011,5(1):2-5.
- [9] 金玲,陈向东,庄恒成,等.老年男性骨质疏松患病率与生活行为方式的关系[J].实用老年医学,2011,25(1):47-49.
- [10] 孙桂青,杜于茜,陈燕燕,等.骨质疏松患者健康教育效果评价[J].浙江预防医学,2014,12(6):633-634.

(收稿日期:2015-07-25 修回日期:2015-09-18)

• 临床探讨 •

个性化健康教育对提高维持性血液透析患者透析知识掌握度的研究

马康瑛,陈 林,曹晓翼(四川大学华西医院肾内科血透中心,成都 610041)

【摘要】 目的 探讨个性化健康教育对改善维持性血液透析患者透析知识知晓度的效果。**方法** 采用前后对照研究设计,由患者的主管责任护士对患者及家属进行个体化、系统的健康教育,再通过自制的健康教育评价表对其进行评价。**结果** 健康教育后患者对透析相关知识的掌握高于教育前,差异有统计学意义($P < 0.01$)。**结论** 个性化健康教育是患者获得透析相关知识的重要途径,从而预防和减少透析并发症,提高患者生活质量。

【关键词】 健康教育; 维持性血液透析; 透析知识; 前后对照研究

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.04.045 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)04-0539-02

血液透析是慢性肾衰竭患者赖以生存的重要肾脏替代治疗手段之一。近年来,随着高血压和糖尿病发病率和患病率的逐年增多,人口平均寿命的延长,肾衰竭患者将不断增多,同时血液透析患者也会不断增多。截止 2010 年底,全国血液透析患者 22 万余例,新增例数较 2009 年上升 36.1%,2011 年前 5 个月增加近 4 万例^[1]。有研究表明,大多数维持性血液透析(MHD)患者迫切需要医护人员对其实施健康教育^[2]。因此,

对透析患者及家属进行健康教育指导,使其掌握透析相关知识,学会自我管理的方法,变被动接受为主动参与和配合治疗,不仅能提高治疗效果,而且能减少各种并发症发生^[3]。现对 MHD 患者实施个性化健康教育,效果良好,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2014 年 1~12 月该中心 152 例 MHD 患者,男 80 例,女 72 例,年龄 24~76 岁,平均年龄 51 岁,透龄 2 周