

· 康复护理 ·

老年髋部骨折患者的康复护理计划实施效果分析

陈碧英¹ 钟秋影¹ 杨叶香¹

摘要 目的:探讨高龄患者髋部手术后的康复效果。方法:2004—2005 年对 82 例老年髋部骨折术后患者,护理上根据老年患者的生理及心理特点,全面评估患者的健康状况,制订并实施有针对性的护理计划。结果:患者均持双拐或手杖出院。平均随访 18 个月,68 例康复结果判断为优,8 例为良,可 4 例,差 2 例,优良率达 92.3%。结论:髋部手术的高龄患者并发症多,免疫力弱,手术并发症多,加强围手术期康复护理是提高手术成功率、减少并发症和降低病死率的重要保证。

关键词 老年;髋部;骨折;康复;护理

中图分类号: R473 **文献标识码**: B **文章编号**: 1001-1242(2007)-09-0842-02

为适应生物-心理-社会医学模式的转变^[1],深入开展“整体护理”,我科于 2004—2005 年对 82 例老年髋部骨折术后患者,根据老年患者的生理及心理特点,全面评估患者的健康状况,制订并实施有针对性的护理计划,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

82 例老年髋部骨折患者,男 38 例,女 44 例;年龄 65—87 岁;平均住院天数 23 天。其中股骨粗隆间骨折 39 例,行 Gamma 钉或 DHS 内固定;股骨颈骨折 43 例,行空心螺钉内固定、股骨头置换或全髋置换术。

1.2 护理方法

1.2.1 心理护理:老年患者在住院期间易出现多种心理异常。第一种情况是由于创伤、住院、手术等重大应激导致恐惧等心理,表现为过度兴奋、多疑等症状。对于这种患者应给予更多的关心和爱护,尊重患者,护理操作尽量集中进行。第二种情况是反应能力下降,对治疗和护理缺乏正确的理解和配合。如术后不敢活动,担心切口裂开、出血、关节脱位、疼痛,护理人员应及时给予耐心细致的解释和安慰,注意观察患者的心理反应,用鼓励性语言指导患者,使其树立信心,自觉地进行练习。第三种情况是老年患者思想负担较重,担心拖累家庭,易出现焦虑、抑郁等情绪。护理人员应注意观察患者的情绪反应,尊重并理解患者的感受,开导鼓励患者,并做好家属的思想工作,取得配合,使患者以最佳状态配合治疗。

1.2.2 功能训练:术后第 1 天指导患者做患肢远端功能训练及双上肢活动,定时按摩下肢肌肉,以促进血液循环,预防肌肉萎缩和深静脉血栓形成。术后第 2 天即可指导患者进行功能训练:①屈伸踝关节:慢慢地做踝背伸动作;每隔 5—10min 就可以练习数次。②股四头肌等长收缩训练。③协助患者双手抓住固定的环形拉手,健肢蹬床,用力把臀部抬起,这样可以防止臀部皮肤因长期受压形成压疮。术后第 3 天开始用 CPM 机行功能训练,每天训练 2—3 次,每次 30min,每日共行 CPM 训练 1—1.5h,用于髋、膝、踝关节的被动活动。术后 1 周可在床上进行直腿抬高训练:伸直膝关节、背屈踝关节,足跟离床 20cm,空中停顿 5—10s 后,放松,如此循环。鼓励患者扶拐行走,先用双拐,再用单拐,使用单拐时要握在健侧手

中。上楼时先用健肢,下楼时先用患肢,要避免屈髋大于 90°。3 个月后弃拐自由行走。

1.2.3 预防并发症的发生:①预防肺部感染,本组患者均并存不同程度的慢性呼吸系统疾病,预防呼吸系统感染的护理是高龄手术患者能否进行手术及影响预后的关键。鼓励患者咳嗽、做深呼吸,上肢能活动的做扩胸运动,增加肺活量。在协助患者翻身时,拍击背部使积痰易于排出,若痰液黏稠可给予雾化吸入。如病情允许给予半卧位;指导患者深呼吸的方法;拉吊环每日 3 次,每次 5—10 下,吹气球每天 4 次,每次 10—15 下,以增加肺活量,减少肺部并发症。②预防深静脉栓塞形成:静脉血栓形成的三大因素是血流缓慢、静脉壁损伤和高凝状态^[2]。本组病例均为老年患者,半数患者存在高血压、冠心病,静脉血管壁存在不同程度的粥样硬化;同时术前骨折下肢活动明显减少,术后切口疼痛、麻醉反应等又使下肢活动明显受限,下肢血流处于相对滞缓状态,处理措施有:抬高患肢,术后下肢保持外展位,同时将患肢抬高 20°—25°,以促进静脉回流;术后留置引流管的患者要保持引流通畅,减少局部受压;早期积极活动,术后麻醉消失后即指导患者行主动踝关节背伸屈活动,并辅以下肢肌肉被动按摩;每 2h 协助翻身 1 次,避免患肢内收、外旋;术后 1—2 天主动行股四头肌及小腿肌肉等长收缩活动;根据病情协助床上坐起,同时行髋、膝关节屈伸活动,逐渐由被动活动过渡到主动活动;③预防泌尿系感染:要鼓励患者多喝水,每日应摄入 2000ml 以上,增加排尿量,清洁尿道,预防感染。④预防压疮:术后平卧 6h 后即给予更换体位,翻身 1 次/2h,拍背及皮肤护理,并保持床铺整洁、干燥,患者入院后给予气垫床、海绵垫或骶尾部加防褥疮垫,骨突处可垫海绵圈。不能自行翻身的隔 2h 协助翻身,并用 50%红花酒精按摩受压部位,促进血液循环。⑤预防便秘。

1.3 疗效评定标准

优:疼痛消失,功能佳,能从事原工作;良:疼痛基本消失,仅在走路多时轻痛,功能尚佳,能从事原工作;可:经常性轻痛,功能尚佳,不便远行,能每日完成正常的家务劳动;差:经常性痛,时轻时重,或无主诉痛,但肌力衰弱,仅能室内

1 中山大学附属第三医院骨科,广州市,510630

作者简介:陈碧英,女,护师

收稿日期:2006-11-10

扶拐行动和自理生活。

2 结果与讨论

82 例老年髋部骨折患者出院后均进行随访, 随访时间 11—20 个月, 平均 18 个月。其中优 68 例, 良 8 例, 可 4 例, 差 2 例。优良率达 92.3%。

随着生活水平的提高, 对生存质量的要求也相应提高, 髋部骨折常常是老年人的致命性损伤, 在高龄患者中保守治疗, 一年内的病死率可达 50% 以上^[3-4], 不但给患者自身造成了身心痛苦, 而且也给社会及家庭带来了沉重的护理负担^[5]。通过对本组 82 例老年患者的护理, 我们认为除按照骨科常规护理外, 根据老年患者的生理特点、心理需求、心理特点, 做好完善的心理护理和康复指导, 是老年骨折患者全面康复的有效保证。同时还应有针对性地预防和处理术后并发症, 根据老年患者易出现精神行为异常、反应能力下降、思想负

担重等心理特点, 加强心理护理, 这可有效降低手术风险, 减少并发症和病死率, 促进患者早日康复。

参考文献

- [1] 贺爱兰, 张明学. 实用专科护士丛书骨科分册[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2004, 5.
- [2] 吕厚山, 徐斌. 人工关节置换术后下肢静脉血栓形成[J]. 中华骨科杂志, 1999, 19(3): 1551—1552.
- [3] Mark C, Denis C. Mortality following surgery for proximal femoral fractures in centenarians [M]. Injury Int Car Injured, 2000, 537—539.
- [4] Kain HB. Care of the older adult following hip fracture[J]. Holistic Nursing Practic, 2000, 14(4): 24—36.
- [5] Donald A, Wiss MD. What is new in orthopaedic trauma[J]. J of Bone and Joint, 2002, 84A(11): 2111—2119.

·短篇论著·

综合治疗对脑外伤患者注意障碍的康复效果

毛喜莲¹ 鲁礼琮¹ 张春虎¹

脑外伤的发病率呈逐年上升趋势^[1], 头部受到重创会引起多种认知功能的障碍^[2], 如注意障碍^[3]。为进一步探讨脑外伤后配合综合康复治疗及其介入的最佳时间, 笔者从本科 2005 年 1 月—6 月的脑外伤病例中, 选择了闭合性颅脑外伤患者 120 例, 采用了不同的康复治疗手段和介入时间, 分析其对康复效果的不同影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

2005 年 1 月—6 月我科共收治脑外伤患者 120 例, 所有病例均经我院神经外科抢救治疗生命体征平稳后转入我科, 经头颅 CT 或 MRI 检查确诊均有脑外伤病史, GCS 评分 ≤ 12 分, 排除病前耳聋、精神失常及其他丧失工作能力病史的病例。分组: 甲组: 在伤后 7 天内进行了高压氧治疗, 神志清醒, 配合认知功能训练的 40 例患者; 乙组: 在伤后 8—15 天内进行了高压氧治疗, 神志清醒, 配合认知功能训练的 40 例患者; 丙组: 伤后未进行高压氧治疗, 神志清醒, 未配合认知功能训练的 40 例患者。三组患者在性别、年龄、文化程度、致伤原因、昏迷时间、GCS 评分等比较差异无显著性意义 ($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法

1.2.1 常规药物治疗: 鼠神经生长因子 (金路捷) $20\mu\text{g/d}$, 肌肉注射; 脑蛋白水解物 (脑活素) 静脉滴注, 每次 20ml; 均以 10 次为 1 疗程。

1.2.2 高压氧治疗: 选择多人空气加压舱, 治疗压力 2.2ATA,

治疗时间 105min (升压吸氧 20min, 不压吸氧 60min, 中间休息 5min, 减压停吸氧 20min), 每天 1 次, 连续 10d, 10 次为 1 疗程; 每个疗程结束后休息 3d, 总共 3 个疗程。

1.2.3 认知功能训练: 护士根据患者苏醒的不同程度, 遵照训练量由少到多, 时间由短到长, 内容由简单到复杂; 依据注意的持续性、选择性、分配性相结合的原则, 制订出个性化的训练方案, 逐日完成。

训练早期: 护士站在患者忽略的一侧, 注意重点向患者忽略的一侧提供刺激, 用兴趣法、示范法、奖赏法和电话交谈等方式, 每天用患者感兴趣或熟悉的刺激刺激患者的注意功能。训练后期: 根据患者注意障碍改善情况, 逐步进入以技术为基础的训练: ①删除作业: 在白纸上写上一排文字或字母, 让患者用笔划去指定的文字或字母, 反复多次无误后再增加字数和排数。②写出连续的五个数让患者顺背或倒背, 多次反复无误后再增加。③算数, 先用简单数加减, 熟悉后再逐步增加难度, 或乘除或加减或累加累减。

1.3 评定标准

认知障碍缺损的筛选工具^[4], 结合不同的受教育的程度, 简易精神状态量表 (mini-mental state examination, MMSE) 的评分标准如下: 文盲 ≤ 17 分, 小学 ≤ 20 分, 高中以上 ≤ 24 分, 总分 30 分。注意水平的测试以连线、纸牌分类、数字警觉、连续性行为为内容, 每个内容出 10 道题, 每张答卷若患者答错

1 中南大学湘雅医院中西医结合研究所, 长沙, 410008

作者简介: 毛喜莲, 女, 主管护师

收稿日期: 2006-12-04