

根治术多见。标准根治术的切除范围包括患侧全部乳腺及表面皮肤,胸大肌、胸小肌,腋窝和锁骨下的脂肪淋巴组织。改良根治术在此基础上保留胸大肌或胸大肌、胸小肌均保留。由于手术创伤大,手术时与肩关节、肩胛骨运动有关的肌肉及血管、神经被暴露、切断或切除,使手臂功能受到影响,造成一定程度的上肢功能运动障碍,甚至出现淋巴结水肿、瘢痕挛缩及上肢活动受限等术后并发症。患侧肢体功能锻炼是预防并发症的主要措施,但术后开始肩关节活动的时机目前尚存在争议^[3-4]。一般认为,肩关节活动应在手术的第 4~7 天进行,但肩关节制动时间越长,完全治愈因其制动所形成僵硬的时间也越长^[5]。而肩关节功能在整个上肢功能中占重要地位,其功能丧失将导致上肢功能丧失 60%。日常生活活动能力(activities of daily living, ADL)是指人们在每日生活中,为了照料自己的衣食住行,保持个人卫生整洁和独立的社区活动所必需的一系列基本活动。由于乳腺癌术后患者会存在一定的梳头、穿衣、搓背等日常生活活动的障碍,因此日常生活活动能力也被作为乳腺癌术后患肢功能的一个评定指标。因此,若能通过早期、系统、有效的功能锻炼,促进患者肩关节功能的早期恢复,对于提高患者日常生活活动能力,恢复乳腺癌患者社会功能,帮助其早期回归社会,改善生存生活质量上具有重要意义。

本研究结果显示,术后 7、14 d 早期锻炼组的日常生活活动能力高于中期及常规锻炼组($P < 0.05$),术后 1 个月、3 个月、6 个月及 1 年 3 组 ADL 无统计学意义($P > 0.05$),肩关节活动时间与术后 ADL 正常评分时间呈正相关。即术后 24 h 开始进行肩关节活动可缩短患者术后日常生活活动能力的恢复时间。该结果的出现可能与以下几点相关:(1)乳腺癌术后胸壁及腋窝的伤口在愈合过程中要经历瘢痕的形成、挛缩,在外力作用下瘢痕组织改建塑形及瘢痕组织软化几个过程,最后瘢痕处于较稳定状态。在伤口瘢痕未稳定前,利用反复多次或持续一定时间的牵张,逐步牵拉腋部纤维组织的瘢痕粘连,使其产生更多的塑性延长,减少肩关节活动受限范围,从而减少

• 临床护理 •

因肩关节制动而引起僵硬的时间。(2)通过肩关节的早期运动,充分利用斜方肌、背阔肌、三角肌等,逐步代替腋下组织的作用,改善肩关节的功能^[6]。(3)乳腺癌手术 24 h 后创面渗血量逐渐减少,进行适当的功能锻炼不仅可加快创面血流速度,还可避免皮下积液及积血,防止关节僵硬、肌肉萎缩和肌肉粘连^[7],为恢复术后日常生活活动能力打下良好的基础。由此,本研究提示乳腺癌患者术后肩关节活动时间可以提前到术后 24 h,患者可因此缩短术后日常生活活动能力的恢复时间以利提高生活质量。

参考文献:

- [1] 武正炎. 普通外科手术并发症预防与处理[M]. 北京:人民军医出版社,2002:112-113.
- [2] 侯晓晖,王坤. 运动处方在乳腺癌根治术后早期康复中的应用[J]. 中国临床康复,2002,6(23):3562.
- [3] Delva R, Karen B, Vanessa S, et al. Delayed versus immediate exercises following surgery for breast cancer: a systematic review[J]. Breast Cancer Res Treat, 2005, 90(3): 263-271.
- [4] Bendz I, Fagevik M. Evaluation of immediate versus delayed shoulder exercises after breast cancer surgery including lymph node dissection-A randomized controlled trial [J]. Breast, 2002, 11(3): 241-248.
- [5] 周士枋,范振华. 实用康复医学[M]. 南京:东南大学出版社,2004:241-248.
- [6] 李宏江,赵扬冰,陈国经,等. 乳腺癌术后影响患肢功能康复的原因[J]. 中国康复,2001,16(3):138-139.
- [7] 黎鳌,程天民,盛志勇. 现代创伤学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:1191.

(收稿日期:2012-11-08 修回日期:2013-01-17)

循证护理在老年痴呆患者中的应用

张洪芬¹,张琪韵^{2△},鲁亚丽¹

(重庆市涪陵中心医院:1. 老年科;2. 医保办 408000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.11.049

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)11-1317-02

循证护理是遵循证据进行的护理,是在循证医学基础上产生的护理观念^[1]。老年性痴呆,是由于脑功能障碍而产生的获得性、全面性、持续性的智能障碍综合征。是老年人继心脏病、肿瘤和脑血管疾病之后的第 4 位死因^[2]。中国老年人呈逐年上升趋势,患老年性痴呆患者越来越多。目前,对于本病尚无有效的治疗措施,而临床护理是预防衰退、延缓病情和提高其生活质量的主要手段,因而护理干预的实施显得尤为重要^[3]。本科自 2009 年 1 月至 2011 年 12 月收治住院治疗的老年性痴呆患者 88 例,现将本研究的循证及护理介绍如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 自 2009 年 1 月至 2011 年 12 月在本院老年

科住院患者中,明确诊断为老年性痴呆患者共 88 例。按住院顺序将 2010 年 6 月以前的为对照组,2010 年 6 月以后的为观察组。对照组 43 例,男 29 例,女 14 例;年龄 63~92 岁,平均(79.1±6.5)岁;病程 1.5~8.0 年;痴呆分类:单纯老年性痴呆 21 例,血管性痴呆 18 例,混合性痴呆 4 例;文化程度:小学 8 例,初中 17 例,高中及以上 15 例,文盲 3 例。痴呆程度经长谷川智能量表^[4]筛选评定为:轻度 11 例,中度 21 例,重度 11 例;住院天数:29~110 d,平均(51±4.5)d。观察组 45 例,男 30 例,女 15 例;年龄 61~89 岁,平均(79.3±4.7)岁;病程 1.0~9.0 年;痴呆分类:单纯老年性痴呆 22 例,血管性痴呆 18 例,混合性痴呆 5 例;文化程度:小学 7 例,初中 19 例,高中及以上

表 1 两组患者入院时及治疗 4 周后 3 项综合指标评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	认知功能评分		激越行为评分		日常生活自理能力评分	
		入院时	治疗后	入院时	治疗后	入院时	治疗后
观察组	45	20.66±3.03	26.69±3.12	121.82±2.18	111.35±1.31	50.65±2.56	57.25±1.86
对照组	43	20.45±3.14	21.34±3.26	122.15±2.13	120.23±1.51	50.16±2.19	53.98±1.31
t		1.64	2.37	-0.21	-3.29	0.20	2.82
P		>0.05	<0.01	>0.05	<0.001	>0.05	<0.005

16 例,文盲 3 例。痴呆程度经长谷川智能量表^[4]筛选评定为:轻度 11 例,中度 22 例,重度 12 例;住院天数:30~118 d,平均(52.0±3.5)d。两组患者一般情况比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 两组患者的治疗均按疾病给予改善脑血液循环、抗血小板聚集、活血化淤、降糖、降压、降脂、对症及营养支持等治疗。对照组给予常规护理;观察组应用循证护理。

1.2.1 提出循证问题 寻找循证支持老年痴呆患者主要循证问题为:(1)认知功能障碍;(2)精神行为症状;(3)日常生活活动能力改变。先组织全科护理人员学习老年痴呆的相关理论,查阅相关文献,将获得的证据与护理专业技能、临床经验及患者的个性需求相结合,对每个患者进行实时评价,制订并实施有效的护理计划。

1.2.2 找出最佳证据,指导护理实践

1.2.2.1 认知功能障碍 (1)循证:老年痴呆患者早期出现认知功能障碍,表现为记忆力、定向力、思维、情感、语言等障碍。(2)护理措施:采取个性化的护理,酌情给予:每日定时读书或看报、看电视、写字或签名、说出自己所在的位置和 10 个以上自己认识的人、数数、做 10 道 20 以内的算术题、唱歌、做操、做游戏、玩扑克、排列数字、讲故事、翻阅日历、认识图片、看照片等。

1.2.2.2 精神行为症状 (1)循证:老年痴呆患者的主要精神行为症状有幻觉、妄想、情感障碍和行为症状。表现为攻击行为、激越行为、漫游、易激惹等。(2)护理措施:安全护理,留陪伴,做到环境安全、病房设施安全,防止患者自杀、自伤及伤人。在治疗和护理上尽量不刺激患者,多给予患者关心、安慰和人性化的护理,必要时遵医嘱给镇静剂,患者配戴腕带(注明:姓名、性别、年龄、诊断、联系电话、住院科室、床号),并看守好病房出口和电梯口,严防患者走失。

1.2.2.3 日常生活活动能力改变 (1)循证:老年痴呆患者有不同程度的生活自理能力下降甚至丧失。(2)护理措施:酌情训练和给予患者穿脱衣裤和鞋袜、吃饭、入厕、洗漱、整理床铺、看着患者服药或喂药等。加强安全护理,对卧床患者加床挡或提高护栏,以防坠床。给予易消化、富含维生素、高热量、优质蛋白饮食,保持大便通畅。使用热水袋者注意温度适宜,防止烫伤。鼻饲者增加插入胃管长度 7~10 cm,减少食物返流^[5];采用防滑脱胃管^[6],并将胃管外露端缠绕在一侧固定带上固定于头上,以防患者自拔胃管。留置尿管者,每日定时夹管和放尿、消毒尿道口,并妥善固定尿管,以保持膀胱功能、防止感染和自拔尿管。对躯体或肢体移动障碍者,睡气垫床,定时翻身、关节功能活动和肢体按摩。口腔护理时,要特别注意防止压舌板折断及松动的牙齿或残根牙脱落误咽。输液者,加强看护或

酌情约束,防止自拔针管。

1.2.3 疗效评定方法 采用简易智能状态检查量表、激越行为量表、日常生活能力量表,分别统计两组患者入院、住院 4 周时的评分情况;两组患者住院期间安全护理:压疮、烫伤、跌伤、坠床、误吸、误咽、走失发生情况比较;两组患者出院时组织器官、肢体功能状态评价比较,标准以:肌肉有弹性(无肌肉萎缩);关节能屈能伸(无关节强直);膀胱储尿大于 100 mL(无膀胱萎缩)。

1.2.3.1 采用简易智能状态检查量表(mini mental status examination, MMSE)^[7]分别对观察组和对照组患者进行测评。 MMSE 内容包括定向力、记忆力、注意力、图形描述和解读理解等 10 大方面的 30 个项目,回答正确一项计 1 分,回答 1 项错误或不知道记 0 分,共 30 分,统计总分大于或等于 27 分为正常、总分小于 24 分为有认知功能障碍。

1.2.3.2 用 Cohen-Mansfield 激越行为量表(Cohen-Mansfield agitation inventory, CMAI)^[8]于干预前后进行评估。 CMAI 激越量表内容包括攻击行为(躯体与语言性)、躯体性非语言行为、和语言性刺激行为 3 方面 29 项。按行为紊乱发生的频率以 6 分制计分:0 分无激越行为;1 分为每周小于或等于 1 次;2 分为每周 2 次;3 分为每周大于 2 次;4 分为每天 1 次或 2 次;5 分为每天大于 3 次;6 分为每小时>3 次。得分范围为 0~174 分,得分越高,激越行为越重。

1.2.3.3 日常生活能力量表(activity of daily living scale, ADL)评定日常生活能力,用 Barthel 指数分级法评定 ADL 水平,包括 10 项内容,将 ADL 分为三级:>60 分为良,日常生活基本能自理;60~41 分为中,有功能障碍,稍能耐;<41 分为差,能耐较明显或完全能耐。

1.3 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件进行分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,进行 t 检验,计数资料进行 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者入院时及治疗 4 周后 3 项综合指标评分比较 见表 1。

2.2 两组患者住院期间安全护理比较 见表 2。

表 2 两组患者住院期间安全护理比较(n)

组别	n	压疮	烫伤	跌伤	坠床	误吸	误咽	走失
观察组	45	4	1	1	0	2	0	0
对照组	43	13	6	7	4	9	5	4
χ^2		6.42	4.13	5.26	4.38	5.46	5.55	4.38
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组患者出院时组织器官及肢体功能(下转第 1320 页)

mm Hg, 心律失常纠正, 心功能正常或基本正常后再手术; (2) 合并糖尿病患者给予胰岛素控制至空腹血糖小于 9 mmol/L 后再手术; (3) 对慢性、肺气肿患者均给予有效的抗菌药物及祛痰、止咳、改善肺通气治疗及氧疗, 使肺功能尽量恢复良好, 动脉氧分压大于 70 mm Hg 后再行手术。 (4) 对于因 BPH 导致双肾积水致肾功能不全者, 均应留置导尿管引流尿液, 待肾功能恢复正常或接近正常后再手术^[8]。 (5) 为减少术中出血对于长期服用阿司匹林者均停药 1 周再行手术。

3.2 加强术中检测、尽量缩短手术时间 (1) 本组均采用硬膜外麻醉, 避免全麻因气管插管致脱机困难及肺部感染。术中严密检测生命体征、心电图及血氧饱和度, 必要时请内科医师协助术中监测和处理。 (2) 术中尽量减少手术时间, 切除腺体组织多少要根据患者术中情况而定, 有报道切除 10 g 腺体与 15~25 g 腺体的两组患者, 术后 IPSS 改变与术前无统计学意义^[9]。也有报道 TUVVP 的手术目的是解除梗阻, 缓解患者的排尿症状, 所以不必过分追求切至包膜, 只需切除突出膀胱的中叶及两侧压迫尿道的前列腺组织, 使后尿道通畅即可。

3.3 围手术期个体化的处理原则 (1) 对于术前合并慢支、肺气肿的患者, 术后肺部并发症较正常人高 20 倍^[10], 对于这类患者务必勤翻身、早期拍背咳嗽, 术后加强氧疗及呼吸功能锻炼, 以避免肺部并发症的发生。 (2) 对于术前有心血管疾病, 高血脂症, 血粘度高的老年患者, 应强调早期活动, 尤其是活动四肢, 术后下床活动前应仔细检查双下肢皮温、皮肤颜色等情况, 必要时行下肢深静脉彩超检查。

总之, 只要加强围手术期个体化的治疗原则, 尽量减少手术时间, 及时处理及预防各种可能出现的并发症, TUVVP 仍是治疗高危 BPH 的一种安全有效方法。

参考文献:

[1] Muschter R, Reich O. Surgical and instrumental manage-

(上接第 1318 页)

状态评价比较, 见表 3。

表 3 两组患者出院时组织器官及肢体功能状态评价比较(n)

组别	n	肌肉萎缩	关节强直	膀胱萎缩
观察组	45	2	2	0
对照组	43	9	8	5
χ^2		5.46	4.38	5.55
P		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

两组患者治疗前 MMSE、CMAI 和 ADL 综合评分比较差异无统计学意义。入院后两组患者均给予药物治疗, 对照组采用常规护理, 观察组采用循证护理, 出院时 MMSE、ADL、CMAI 3 项综合评分比较: 观察组效果优于对照组, 差异均有统计学意义, 认知功能评分 $P < 0.01$ 、激越行为评分 $P < 0.001$ 、日常生活自理能力评分 $P < 0.005$ 。两组患者住院期间安全护理、出院时组织器官及肢体功能状态评价比较: 观察组效果优于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。说明循证护理应用于老年痴呆患者, 通过对每个患者实时循证, 找出科学、真实、可靠的最佳证据, 及时制订出有效的护理措施, 能有效达到老年痴呆患者延缓病情的发展, 降低致残率, 提高患者的生活质量, 有效减轻患者家庭负担, 提高患者、家属及社会的满意度, 真正体现了“以患者为中心的优质护理服务”。

ment of benign prostatic hyperplasia[J]. Urologe Ausgabe A Der, 2008, 47(1): 155-165.

- [2] 蒲军, 吴小候, 唐伟. 前列腺电切术后远期并发症及处理[J]. 第三军医大学学报, 2007, 29(19): 1900-1901.
- [3] 董焱鑫, 钱云程, 杨军昌, 等. 经尿道双极等离子体前列腺汽化电切术对高危患者的安全性评价[J]. 西北国防医学杂志, 2006, 27(5): 357-388.
- [4] 侯先国. 经尿道前列腺汽化电切术治疗高龄高危前列腺增生症 68 例报告[J]. 现代泌尿外科杂志, 2010, 15(6): 456-458.
- [5] 陈庆忠, 冯勇, 刘增艳, 等. 经尿道汽化切割术治疗高危患者前列腺增生的体会[J]. 现代泌尿外科杂志, 2007, 12(2): 128-129.
- [6] 宋金亮, 张斌. 经尿道前列腺等离子电切术治疗高龄前列腺增生[J]. 华北国防医药, 2010, 22(2): 149-150.
- [7] 那彦群, 孙光. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 98-103.
- [8] 童滨, 陆卓君. 高龄高危前列腺增生经尿道电汽化联合电切的临床探讨[J]. 中国内镜杂志, 2008, 14(1): 88-90.
- [9] Ho H, Yip SK, Cheng CW. Bipolar transurethral resection of prostate in saline: preliminary report on clinical efficacy and safety at 1 year[J]. J Endourol, 2006, 20: 244-246.
- [10] Reich O, Gratzke C, Stief CG. Techniques and long-term resultsof surgical procedures for BPH [J]. Eur Urol, 2006, 49: 970-978.

(收稿日期: 2012-11-08 修回日期: 2013-01-22)

参考文献:

- [1] Bonell C. Evidence-based nursing: astereotyped view of quantitative and experimental research could work against professional autonomy and authority [J]. Adv Nurs, 1999, 3(1): 18-23.
- [2] 盛树力. 老年性痴呆及相关疾病[M]. 北京: 科学技术文化出版社, 2006: 124, 159-160.
- [3] 张福金, 黄晓欧, 韩杞. 老年性痴呆的康复[J]中国康复, 2005, 20(2): 117-119.
- [4] 王维治. 神经病学[M]. 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 266-269.
- [5] 莫海花. 为重患者置管鼻饲反流误吸的原因与预防 2 例[J]. 护理实践, 2003, 19(8): 66.
- [6] 张琪韵, 张洪芬, 鲁亚丽. 防滑脱胃管在临床中的应用效果[J]. 现代临床护理, 2011, 10(10): 32-34.
- [7] 沈渔邨. 精神病学[M]. 4 版. 北京: 人民出版社, 3002: 212-213.
- [8] Weiner MF, Trachtenberg DR, Teri L, et al. Quantifying behavioral disturbance in Alzheimer's disease patients[J]. J Psychiatric Res, 2000, 34(2): 163-167.

(收稿日期: 2012-12-02 修回日期: 2013-01-28)