

组 7 例血压升高的患者,其中,5 例有原发性高血压。当收缩压大于 150 mm Hg 时,给予卡托普利片 25 mg 口服,每 30 分钟监测血压 1 次。并嘱患者安静休息,让患者保持心绪平和、轻松、稳定。7 例患者经对症处理 2 h 后,血压均趋于稳定。

4 讨 论

对于 5 cm 以上的巨大肝血管瘤,过去认为手术治疗是最为安全有效的方式,但手术创伤大。因此,寻求一种微创、安全、有效的治疗方式成为目前巨大肝血管瘤治疗的热点。随着射频消融技术的改进、手术方式的创新,RFA 治疗巨大血管瘤的有效性、微创性、安全性、可行性越来越突出^[8-10]。本研究应用的是最先进的 RITA StarBurst™ XLi-enhanced electrode 射频消融电极和 RF 1500X generator 射频发生器,同时改进射频治疗的方式,首先损毁血管瘤富血供区域,以减轻热沉降效应。与常规将射频电极进到肿瘤中心进行消融相比较,可发现肿瘤在血供切断后有缩小的趋势,射频效率提高,消融时间缩短。而且,本研究采用的是点穿刺、多点烧灼的手术方式,皮肤上仅有一个穿刺点,避免多次反复穿刺、减少了穿刺点出血的概率以及对肝实质的损害。随着医疗新技术、新业务的开展,对护理也提出了新的要求。针对本组 30 例患者,本研究在术前进行完善的准备,全面的心理护理,使患者以积极、良好的心态迎接手术,为术中的配合建立了基础。术后除给予常规护理外,针对患者肝血管瘤巨大,射频消融后发热、疼痛普遍的特点,结合每位患者的具体情况,实施有针对性的护理,及时缓解了患者的疼痛、高热,减轻了患者的术后不适感,增强了患者战胜疾病的信心。对个别患者出现的特殊并发症,护理给予了高度的重视,紧密配合医疗,为患者的康复提供了基础。对本组 30 例患者实施精心、有针对性的护理,是保证患者手术成功、提高其住院舒适度的重要措施。

参考文献:

- [1] Ishak KG, Rabin L. Benign tumors of the liver[J]. Med
• 临床护理 •

Clin North Am,1975,59(4):995-1013.

- [2] Lerner SM, Hiatt JR, Salamandra J, et al. Giant cavernous liver hemangiomas: effect of operative approach on outcome[J]. Arch Surg,2004,139(8):818-821.
- [3] Demircan O, Demiryurek H, Yagmur O. Surgical approach to symptomatic giant cavernous hemangioma of the liver [J]. Hepatogastroenterol, 2005,52(2):183-186.
- [4] Huang XQ, Huang ZQ, Duan WD, et al. Severe biliary complications after hepatic artery embolization [J]. World J Gastroenterol,2002,8(1):119-123.
- [5] 侯毅斌,陈敏华,严昆,等.经皮阻断肝癌血供对提高射频消融疗效的可行性[J].中国医学科学院学报,2008,30(4):448-454.
- [6] 马宽生.对射频消融治疗肝肿瘤的一些思考[J].重庆医学,2008,37(15):1644-1648.
- [7] 尹玉华.CT 引导下肝癌射频消融术后观察与护理[J].护理与康复,2005,4(1):52-53.
- [8] 马宽生,陈敏,丁钧,等.射频消融治疗肝脏良性肿瘤的疗效[J].第三军医大学学报,2005,27(20):2077-2079.
- [9] 马宽生,陈敏,丁钧,等.射频消融治疗肝肿瘤 315 例报告[J].中华消化外科杂志,2005,4(5):307-310.
- [10] 范瑞芳,柴福录,贺冠宪,等.缝扎术联合射频消融术治疗巨大肝脏海绵状血管瘤的临床观察[J].中华医学杂志,2006,86(30):2134-2137.

(收稿日期:2013-03-10 修回日期:2013-05-22)

不同护理干预模式与重型肝炎患者治疗效果的相关性研究*

罗 玲,袁春兰,蒋祖利,林年芬,汪景香,赖 宁

(重庆医科大学附属第二医院感染病科 400010)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.26.051

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)26-3201-03

重型肝炎是乙型病毒性肝炎中最严重的临床类型,病死率高达 50%~70%^[1],易出现多种并发症,并发症的出现是重型肝炎病情加重的主要标志,也是导致死亡的主要原因,且并发症越多,病死率越高^[2-3]。因此,预防和早期发现并发症并积极治疗,对提高患者的生存率有非常重要的作用^[4]。护士如何能预防和早期发现患者的并发症呢?只有通过责任包干制的护理工作模式,让护士对自己管理的患者全面负责。本科室对 2010 年 3 月至 2011 年 8 月收治的重型肝炎患者采用了此种护理工作模式,取得了明显的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以本院感染内科 2009 年 1 月至 2010 年 2 月收治的重型肝炎患者 98 例为对照组,男 84 例(85.71%),女 14 例(14.29%);年龄 10~89 岁,平均年龄(40.11±12.45)岁;治疗有效 41 例(41.84%),治疗失败(包括死亡和自动出院时病情较入院时恶化的患者)57 例(58.16%)。2010 年 3 月至 2011 年 8 月收治的重型肝炎患者 112 例为观察组,男 93 例(83.04%),女 19 例(16.96%);年龄 11~90 岁,平均年龄(42.11±11.02)岁;治疗有效 77 例(68.75%),治疗失败 35 例(31.

* 基金项目:重庆医科大学校办课题(Xbyb2008030)。 作者简介:罗玲(1973~),副主任护师,硕士,主要从事重型肝炎相关护理的研究。

25%)。两组患者一般资料差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 预后评分方法 210 例患者入院后均给予保肝、退黄、血浆、清蛋白等对症支持治疗,在治疗初期,采用赖宁等^[5]的重型肝炎患者预后评分系统对患者的预后进行评分,以保证两组患者治疗初期病情的一致性。预后评分 = $10 \times (1.082 \times \text{肝性脑病分值} + 0.944 \times \text{尿素氮分值} + 0.915 \times \text{血钠分值} + 0.593 \times \text{PTA 分值})$,预后评分数据转化见表 1。

1.2.2 护理方法 对 2009 年 1 月至 2010 年 2 月收治的患者采用传统的功能制护理模式,即根据医生医嘱对患者进行相应的治疗与护理。对 2010 年 3 月至 2011 年 8 月收治的患者采取新的护理工作模式-责任包干制,即 1 名护士负责 6~8 位患者的所有治疗护理工作;落实基础护理、根据患者的具体情况制订并实施个体化的健康教育策略,根据患者文化程度与理解能力给予药物相关知识指导、根据患者病情及身体状况制订个体化的饮食食谱并监督执行、采取各种护理措施预防影响重型肝炎患者预后的并发症的发生,密切观察患者病情变化并早期发现并发症。

1.2.3 判断治疗效果的指标 患者严重并发症的发生情况及本次住院的最终治疗效果。

1.3 统计学处理 采用 SPSS13.0 软件进行数据分析,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

表 1 重型肝炎预后评分系统数据转化

分值	肝性脑病	PTA	血钠	尿素氮
0	无肝性脑病	>40%	≥135	<7.5
1	1 度	30%~40%	126~135	7.5~10
2	2 度	—	<126	10~19.9
3	3 度	20%~30%	—	20~29.9
4	4 度	—	—	>30
5	—	<20%	—	—

—:表示此项无数据。1~40 分段,治疗有效率达 77%;40~80 分段,治疗有效率仅 12.5%;80 分以上,治疗有效率为 0。

2 结 果

2.1 两组患者严重并发症发生情况 见表 2。

表 2 严重并发症发生情况(n)

项目	对照组	观察组	χ^2	P	
肝性脑病	0 度	60	88	7.56	<0.01
	1 度	11	13		
	2 度	9	7		
	3 度	10	2		
	4 度	8	2		
电解质紊乱	有	38	23	8.44	<0.01
	无	60	89		
感染	有	61	46	9.38	<0.01
	无	37	66		
消化道出血	有	26	14	6.67	<0.01
	无	72	98		

2.2 两组患者治疗效果 见表 3。

表 3 两组患者治疗效果

项目	对照组	观察组	χ^2	P
治疗有效(n)	41	77	15.38	<0.01
治疗失败(n)	57	35		
预后评分($\bar{x} \pm s$)	64.89 ± 23.79	22.58 ± 15.03	26.69	<0.01

3 讨 论

重型肝炎病情发展迅速,病死率高,并发症较多,而并发症严重影响重型肝炎患者的预后^[6-7]。这给护理工作带来了很好的指导与警示作用,需改革护理工作的模式,责任包干制应运而生,这种护理工作模式强化了管床护士的职责,使患者的基础护理及专科护理工作进一步落实与强化,健康教育更加个体化,护理的内涵得到拓展,患者的并发症被有效预防与及早发现,为患者的治疗赢得机会与时间。

3.1 预防和早期发现肝性脑病 避免各种诱因诱发肝性脑病,如要求进食低蛋白饮食的患者,每天进食蛋白质质量一定不能高于 40 g,以植物蛋白为好^[8],为解决如何测量的问题,作者特地准备了 40、50、60 g 装的勺子,并列出了相应食物中蛋白质含量对照表。让护士及家属有可操作性,能较精确的掌握,以预防肝性脑病的发生。在本次研究中,对照组有 4 例患者因进食蛋白质过多而诱发肝性脑病,观察组则无 1 例患者发生。

在积极预防肝性脑病发生的同时,还需密切观察患者有无肝性脑病的早期表现。因在本次研究中发现,治疗有效的患者其肝性脑病的严重程度均未达到 III 度,而 III 度及以上的患者几乎都治疗无效,说明早期发现患者的病情变化并积极治疗,对患者至关重要。在观察组的 112 例患者中,有 9 例患者出现了肝性脑病的早期表现:2 例患者随地便溺、2 例患者在走廊来回不停走动、3 例患者睡眠倒错、1 例患者出现自言自语并不时发出笑声、1 例患者走错房间睡错床位,护士及时发现并告知医生,积极查找原因并予以对症治疗,肝性脑病很快被纠正。

3.2 密切观察患者电解质情况 尤其是血钠:低钠血症在很大程度上促进了病情的发展和恶化,血钠越低并发症的发生率越高、病死率越高^[9],亦有文献报道难以纠正的低钠血症提示预后较差^[10]。提醒医护人员应密切监测患者血钠情况,密切观察患者有无低钠血症的临床表现。同时责任护士应监管此类患者每天的钠盐摄入量,为医生的治疗提供依据。血钠偏低腹水少者可适当增加饮食中氯化钠的含量,需利尿治疗而血钠过低时可口服托伐普坦,因托伐普坦在不影响钠排泄的情况下增加游离水清除,从而提高血清钠水平。当然在留取电解质标本时,一定不能在输液处或输液侧肢体采血,以保证检查结果的准确性。

3.3 预防感染

3.3.1 预防呼吸道感染 指导患者适时增减衣被,避免受凉,不宜外出,但房间需开窗通风,每天至少 2 次,每次 30~60 min,房间温度设置在 26℃ 左右;必要时使用移动式消毒机对房间进行空气消毒;减少或限制人员探视;对持续吸氧患者,每天 2 次温水清洁鼻腔;对长期卧床的患者给予翻身拍背,每天 2 次,防止坠积性肺炎的发生。

3.3.2 预防泌尿生殖道感染 加强会阴清洁,对不能自理的患者,护士用 1:5 000 的高锰酸钾溶液为患者行会阴冲洗,每天 2 次。能自理的患者,护士指导并督促完成。

3.3.3 预防肠道及腹腔感染 不进食生冷、隔夜食物。凡在

外购买的食物必须经过高温消毒方能食用;尽量吃带皮水果,如需削皮的水果,应洗净双手及水果刀;餐具在使用前煮沸或用微波炉消毒;及时询问患者大便情况,有无肛门坠胀感,以及早治疗并采取措施预防肠道细菌定植腹腔引起自发性腹膜炎。

3.4 预防和及早发现消化道出血

3.4.1 饮食指导 指导患者禁止饮酒及含乙醇的饮料;对食道胃底静脉曲张的患者,避免食入过热、过硬、带刺及油炸食物,粗纤维蔬菜需切碎煮烂食用,以预防食道胃底曲张静脉破裂所致的消化道大出血。对照组采取口头宣讲方式讲解饮食注意事项,有 4 人因饮食不当导致食道曲张的静脉破裂出血。观察组采取口头和发放宣传手册的方式进行饮食指导,无 1 例因饮食不当而引起消化道出血;如果没有食道胃底静脉曲张,在饮食上就不需严格地限制,让患者能愉快地生活。

3.4.2 观察大便情况 告知患者正常大便的颜色、性状、量及需密切观察的重要性,如有异常请及时通知护士查看;以早期发现其出血情况并通知医生处理。

4 结 论

对两组患者进行不同的护理干预后,观察组患者在影响预后方面的并发症发生率明显低于对照组;同时观察组患者的预后评分明显低于治疗之前,且治疗效果明显优于对照组,两组治疗效果差异有统计学意义($P < 0.01$)。说明责任包干制的护理工作模式能切实加强基础护理及专科护理的落实,有效降低重型肝炎患者严重并发症的发生率,提高治疗效果。

参考文献:

[1] 杨绍基. 传染病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008:35.

• 临床护理 •

椎体后凸成形术后护理干预对邻近椎体继发骨折预防作用的探讨

丁永清, 陈小华

(重庆市中山医院骨科 400013)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.26.052

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)26-3203-02

经皮椎体成形术和经皮椎体后凸成形术(percutaneous kyphoplasty, PKP)被认为是治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折的有效方法。但是术后继发邻近椎体骨折也不少见。根据文献报道,术后继发骨折的发生率为 12%~52%^[1]。对于 PKP 手术本身是否是邻近椎体继发骨折的原因还不清楚。一般认为,低体质量指数或低体质量的患者脊柱和髋部骨折后易再次骨折^[2],但有人认为这是骨质疏松性椎体骨折的自然病史所致^[3],也有人认为 PKP 术后局部应力改变以及术后患者活动量增加都可能导致继发骨折^[1]。该类患者需要再次手术,给患者身心带来很大痛苦。因此,对 PKP 术后邻近椎体骨折患者的护理就显得尤为重要。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2003 年 5 月至 2009 年 2 月骨质疏松性椎体压缩性骨折患者 178 例(A 组),男 63 例,女 115 例,年龄 55~79 岁,平均 65.1 岁,未经正规护理干预,术后随访 15~22 个月(平均 15.9 个月)。其中,19 例患者 23 个相邻椎体发

- [2] 张南,王宇明,邓国宏,等. 慢性重型肝炎患者的预后因素分析及预后模型的建立[J]. 中华肝脏病杂志, 2005, 13(10):730-733.
- [3] 梁慧霞,张蓉,张俊英,等. 慢性重型肝炎并发症与预后关系分析[J]. 河北医药, 2009, 31(19):2606-2607.
- [4] 席雁,雷建华,周泐. 重型乙型肝炎病毒性肝炎并发症发生对住院费用的影响分析[J]. 中国现代医生杂志, 2010, 29(48):34-35.
- [5] 赖宁,郭树华,张大志,等. 重型肝炎预后单因素分析与评估系统研究[J]. 中华肝脏病杂志, 2005, 13(8):586-589.
- [6] 邱德凯. 慢性肝病临床并发症:现代诊治概念[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2001:88.
- [7] 姚津剑,于伟玲,常莹,等. 乙型肝炎重型肝炎并发症对重型肝炎预后影响的荟萃分析[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2010, 19(11):1050-1053.
- [8] 李小寒,尚少梅. 基础护理学[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社, 2007:201.
- [9] 陆传统,张雯. 慢性重型乙型肝炎低钠血症的临床意义[J]. 浙江中西医结合杂志, 2010, 6(20):352-353.
- [10] 刘惠敏,胡永珍. 慢性重型肝炎预后与低钠血症的关系[J]. 临床医学, 2002, 22(9):1-2.

(收稿日期:2013-04-12 修回日期:2013-06-02)

生再骨折,9 例 16 个间隔椎体发生再骨折,继发骨折发生率为 15.73%。2006 年 2 月至 2009 年 3 月骨质疏松性椎体压缩性骨折患者 346 例(B 组),男 155 例,女 191 例,年龄 51~82 岁,平均 68.6 岁,经过正规护理干预,术后随访 17~26 个月(平均 19.8 个月)。其中,29 例患者 32 个相邻椎体发生再骨折,16 例 16 个间隔椎体发生再骨折,继发骨折发生率为 13.01%。两组间继发骨折发生率比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

1.2 手术方法 患者取俯卧位,局部麻醉下借助 C 臂 X 光机的监视引导,经椎弓根入路将一定内径的导管针刺入椎体,将非离子碘造影剂通过穿刺针注入椎体造影,观察造影剂在椎体内的弥散情况及静脉回流情况,直接注入或经球囊扩张后注入混有造影剂的骨水泥,使其沿着骨小梁分布至整个椎体,达到增强椎体强度的目的。

2 护理干预

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 该类患者年龄大,顾虑多,心理负担重,对