

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;对有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综合性骨折患者 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综合性骨折患者 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

手术的期望值较高。针对患者这种矛盾心理,耐心向患者讲述各种术前术后注意事项以及成功病例经验,介绍该手术的优点,稳定患者的情绪,帮助患者树立战胜疾病的信心。

2.1.2 术前功能锻炼 指导患者床上踝泵功能训练,主动活动四肢关节及肌肉,以及腰背肌功能锻炼,如直腿抬高训练和“蹬自行车”锻炼。

2.1.3 术前生活指导 (1)手术采用俯卧位,术前 3 d 指导患者俯卧位训练,从保持 0.5 h 开始,直至保持俯卧位 2 h。俯卧位时,双手置于头部上方,肘关节轻度屈曲,受压部位及膝关节处垫上适当垫料。(2)训练床上大小便。

2.1.4 术前常规准备 术前常规检查、备皮、药物过敏试验,术前禁食 12 h。

2.2 术后护理

2.2.1 体位 患者术后平卧位 6 h,以压迫止血。搬运和翻身时应保持患者脊柱的水平位,防止局部弯曲和扭转。

2.2.2 观察重点 (1)生命体征的观察:注意血压、脉搏、呼吸及血氧饱和度的监测。(2)伤口的观察:观察伤口有无渗血以及渗血的量、颜色及性质,渗湿后及时更换伤口敷料,以防止感染。(3)脊髓神经功能的观察:因骨水泥可经过不完整椎体后壁、骨折线等进入椎管内或神经根管内渗漏,导致神经、脊髓损伤,从而出现患者双下肢麻木、疼痛、活动障碍等症状及体征^[4]。术后 6 h 内密切观察双下肢感觉运动情况,并与术前比较。

2.2.3 术后功能锻炼 PKP 术后新发骨折容易发生在术后 6 个月,尤其是前 3 个月,因此,术后 3 个月是重要时间窗,在这段时间内要重视预防新骨折的发生^[5]。术后加强腰背肌锻炼,特别是背伸的腰背部康复运动能明显降低新骨折的发生^[6]。术后 6 h 协助患者轴线翻身,术后 12 h 指导患者下肢肌肉锻炼,术后 24 h 在护士协助下戴腰围离床活动。术后 1~3 d 指导患者行直腿抬高锻炼由 30 度开始,逐渐加大幅度,每天 3 次,每次 20~30 min。术后 4~7 d“蹬自行车”锻炼,以锻炼双下肢肌肉力量。术后 1 周行腰肌锻炼。开始用五点式,熟练掌握后再改为三点式,1~2 周后改为飞燕式。锻炼要循序渐进,以不疲劳为度。

2.3 健康教育

2.3.1 戒除不良生活习惯 研究表明,有陈旧或新近期骨折患者中吸烟者骨折发生率是 24%,而不吸烟者为 14%。乙醇可影响钙质的吸收,应劝患者戒烟限酒,限制咖啡因用量,因咖啡因可令人体在未利用钙质前将钙质排出^[7]。

2.3.2 合理饮食 骨的生长发育及健康状态的维持需要多种营养成分,尤其是钙和维生素 D。影响钙吸收的主要因素为蛋白质、钠、咖啡因、纤维素、草酸盐以及饮食中的酸碱平衡。蔬菜、水果所致的碱性体液环境可逆转尿中钙的流失。因此,摄入足量钙(每天 1 000~1 500 mg)的同时,进食富含蛋白质的饮食(钙与蛋白质的比率为 20 mg:1 g)和足够量的维生素 D(每天 400~800 U)是预防骨质疏松的关键。指导患者食用乳制品、豆类、蛋黄、鱼虾、动物肝脏、海带等,并注意在烹调过程中尽量减少钙的丢失,以获取丰富的维生素 D。注重营养均衡,适当控制体质量。

2.3.3 日光照射 维生素 D 可通过皮肤的日光照射(紫外线的作用)获得,指导患者在早上 8:00~9:00 到室外散步,每周 3 次、每次 15 min 的手臂及面部的阳光照射即可满足人体对维生素 D 的需求。但应注意防晒霜、玻璃、大气污染可能会阻碍皮肤对日光中紫外线的吸收。

2.3.4 适度运动 运动对骨量的增长和维持也起着非常重要

的作用^[8]。运动疗法早已被认为是防治骨质疏松的有效措施之一^[9-12]。适当的运动可以使人体在青年时获得较高的峰骨量,并能有效地避免或减缓老年时期的骨量丢失,而长期制动会加速骨量丢失。运动对保持骨一生的生理强度都具有重要意义,是预防骨质疏松,降低骨折风险的基本方法之一^[13]。应鼓励患者选择自己喜欢的运动方式,如漫步公园、打拳、做老年体操、原地踏脚、游泳等,遵循循序渐进的原则,逐渐增加运动的时间和强度,控制运动量,根据自我感觉脉搏和呼吸频率来衡量运动量,以运动后自我感觉良好、心情舒畅、稍有疲劳为度,早晚各 1 次,每次 30 min。加强平衡能力训练,保持四肢活动的协调性,但应避免剧烈的有危险的运动,减少骨折的再发生。

2.4 出院指导 患者出院乘车时,最好取侧卧位,若条件限制只能坐位时,必须戴腰围保护;卧位时应平仰、低枕,尽量使背部伸直,坚持睡硬板床^[14];起床先戴上腰围,躺下后再脱腰围;恢复期禁止负重及弯腰,入厕用坐便器;定期门诊复查;戒除不良生活习惯,戒烟限酒;合理饮食,保证足量的钙质摄入;多做户外运动,多晒太阳;坚持功能锻炼和适度的运动,预防意外跌倒和损伤;继续口服抗骨质疏松药物,积极治疗导致继发性骨质疏松的相关疾病;适当控制体质量。

3 讨 论

经皮椎体成形术和经皮椎体后凸成形术,能有效恢复椎体高度,增加脊柱稳定性和强度,创伤小,患者耐受性好,是短期内治疗骨质疏松引起的椎体压缩骨折有效可行的方法。而 PKP 术后局部应力改变、患者活动量增加以及低体质量或老年患者伴有骨质疏松,都可能导致继发骨折的发生。充分的术前准备和术后的严密观察,尤其是全面的健康教育和出院指导是手术成功的保障,也是预防继发骨折的有效措施,能有效减轻患者痛苦,提高患者生活质量。

参考文献:

[1] Mudano AS, Bian J, Cope JU, et al. Vertebroplasty and kyphoplasty are associated with an increased risk of secondary vertebral compression fractures: a population-based cohort study[J]. Osteoporos Int, 2009, 20(5): 819-826.

[2] Thomas T, Barou O, Vico L, et al. Recurrence of vertebral fracture with cyclical etidronate therapy in osteoporosis: histomorphometry and X-Ray microanaly evaluation[J]. J Bone Miner Res, 1999, 14(2): 198-205.

[3] Trout AT, Kallmes DF. Does vertebroplasty cause incident vertebral fractures? A review of available data[J]. Am J Neurodiol, 2006, 27(7): 1397-1403.

[4] 张超, 朱勇. 经皮椎体成形及后突成形在脊柱外科的应用现状[J]. 实用骨科杂志, 2003, 9(6): 505-508.

[5] 林华, 包丽华, 朱秀芬, 等. 骨质疏松椎体骨折成形术后新骨折发生的分析研究[J]. 中华骨质疏松和骨矿盐疾病杂志, 2008, 1(1): 19-23.

[6] Humtoon EA, Schmidt CK, Sinaki M. Significantly fewer refractures after vertebroplasty in patients who engage in haekextensor-strengthening exercises [J]. Mayo Clin Proc, 2008, 83(1): 54-57.

[7] 贾云, 张瑶. 原发性骨质疏松症的影响因素及护理干预研究进展[J]. 解放军护理杂志, 2005, 22(6): 44-45.

[8] Watts NB. Bisphosphonate treatment of(下转第 3208 页)

表 1 不同充填方式效果对比[n(%)]

组别	n	恰填	超填	欠填	存在过量糊剂	牙胶尖稀疏	术后疼痛	暗影消退
治疗组	90	80(88.9)*	5(4.4)*	6(6.7)*	2(2.22)*	0(0.00)*	3(3.33)*	22(24.44)*
对照组	90	60(66.7)	19(21.1)	11(12.2)	8(8.89)	5(5.56)	6(6.67)	8(8.89)

*:P<0.05,与对照组比较。

表 2 两组患者疗效比较[n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
治疗组	90	78(86.7)	8(8.89)	4(4.4)	86(95.6)*
对照组	90	62(68.9)	14(15.6)	14(15.6)	76(84.4)

*:P<0.05,与对照组比较。

3 讨 论

有研究显示传统冷牙胶侧方加压技术对于 C 形根管的充填效果并不理想^[5-6]。传统冷牙胶侧方加压技术存在形变能力及侧方加压强度差等缺点,充填后主副牙胶尖之间、牙胶尖与根管壁存有间隙,增加充填后微渗漏发生率^[7]。热牙胶技术具有流动性好,易渗透入侧、副根管、根管壁的牙本质小管及根管系统,根尖封闭性能较好等优点。可先用适合的主牙胶尖置于根管,根尖封闭准确,并通过加热装置对主牙胶尖进行冠根持续加热、加压。本组资料中,治疗组治疗总有效率显著高于对照组,差异有统计学意义(P<0.05),表明热牙胶技术既具备冷侧压法控制主尖防止根尖超充的优点,又具备了热牙胶垂直加压根管充填严密的优点,可明显提高治疗效果。

良好的根管充填应追求尽可能多的牙胶充填,以及尽可能少的糊剂存在。本组资料中在热牙胶垂直加压技术中无 1 例发生充填稀疏的情形,显示出该技术在 C 型根管充填方面的优势明显。而侧方加压技术有 8 例出现大量的糊剂,5 例出现了牙胶尖稀疏的情形。上述充填的缺陷主要发生在根尖区域以及根管融合的峡区,这些区域也是侧方加压技术难以充填的不规则区域,对该结构的有效充填一直是 C 形根管的治疗难点。对于侧方加压技术而言,侧压器难于在该区域进行放置是对于充填效果影响最大的因素,也是导致峡区充填牙胶尖稀疏的主要原因^[3,8]。术后的疼痛可能由多重因素所导致,例如器械对于根尖的刺激、药物刺激、根尖病原物未能除尽等因素^[9-10]。在本实验当中,所有的患者均采用了超声根管冲洗,能够在根尖的药物以及病原物的刺激方面有效降低。在根尖暗影消退的方面,侧方加压组存在 1 例根尖暗影于第 3 个月复查时无明显消退迹象。但此例患者在术后并未发生其他的不适,其可能的原因是根尖暗影的消退过程通常需要 6 个月甚至

更长时间方能发生。

综上所述,热牙胶垂直加压充填技术是一种技术含量高,充填效果好的充填方法,特别是对于复杂或弯曲的根管系统,更能体现其优越性。

参考文献:

[1] 张健,葛久禹,孙卫斌. Mtwo 镍钛器械的研究进展[J]. 国际口腔医学杂志,2009,36(5):607-609.

[2] 浦艳. 连续波加高温牙胶热塑注射根管充填术与冷牙胶加压根管充填术的临床疗效对比[J]. 现代医药卫生,2010,26(24):3743-3744.

[3] 石巧云,镇荣军,杜霞,等. Gutta Flow 流动牙胶根管充填与侧方加压充填的临床比较[J]. 临床口腔医学杂志,2010,26(6):368-369.

[4] 王世明,张成飞,段成钢,等. 不同冲洗方法与机用镍钛锉结合应用对根管壁的清洁作用[J]. 现代口腔医学杂志,2009,5(17):419.

[5] 徐琼,樊明文,范兵. 葡萄糖定量分析根管微渗漏模型的建立[J]. 现代口腔医学杂志,2009,17(3):215.

[6] Tsai C, Hayes C, Taylor GW. Glycemic control of type 2 diabetes and severe periodontal disease in the US adult population[J]. Community Dent Oral Epidemiol,2010,38(3):182-186.

[7] 范兵,樊明文. 根管治疗疗效评价及其影响因素[J]. 口腔医学研究,2008,24(1):1-3.

[8] 张婷婷,苏勤. Obtura II 高温热塑牙胶注射充填的研究进展[J]. 国际口腔医学杂志,2008,4(35):172-174.

[9] 李洪洋,钟丽芳. 氧化锆全瓷冠对患牙牙周组织的影响[J]. 中国医科大学学报,2010,39(12):1028-1029.

[10] 李小杰,刘向辉. 前牙镍铬合金烤瓷冠与二氧化锆全瓷冠修复的临床应用比较[J]. 淮海医药,2011,29(5):379-380.

(收稿日期:2013-03-26 修回日期:2013-06-02)

(上接第 3204 页)

osteoporosis[J]. Clin Geriatr Med,2003,19(2):395-414.

[9] Marcus R. Role of exercise in preventing and treating osteoporosis[J]. Rheum Dis Clin Noeth Am,2001,27(1):131-141.

[10] Sinaki M. Nonpharmacologic interventions, exercise, fall prebention and role of physical medicine[J]. Clin Geriatr Med,2003,19(2):337-359.

[11] Todd JA, Robinson RJ. Osteoporosis and exercisa[J]. J Postgrad Med,2003,19(932):320-323.

[12] Venth RT. Role of physical activity for the prebention and rehabilitation of osteoporosis[J]. Z Gastroenterol,2002,40(Suppl 1):62-67.

[13] 赵广寓,陈林. 齐书春. 运动与骨质疏松[J]. 中国现代药物应用,2007,1(9):73.

[14] 王淑丽. 骨质疏松的运动疗法[J]. 糖尿病天地,2008,2(1):60.

(收稿日期:2013-03-10 修回日期:2013-05-22)