

应用。

[参 考 文 献]

- [1] 邱红琴. 加膜支架置入术中配合与并发症的护理[J]. 临床和实验医学杂志, 2010, 5(4): 31.
- [2] 贾宇新, 王志棣, 崔丽萍. 食管金属支架置入术后并发症的处理[J]. 中华消化内镜杂志, 2011, 4(4): 43.

- [3] 朱艳芳, 胡桂芳. 护理干预对慢性鼻窦炎鼻息肉内镜术后康复的影响[J]. 中国现代医生, 2012, 9(6): 29.
- [4] 季金华, 韩留娣. 鼻内镜治疗鼻窦炎鼻息肉术前及术后护理[J]. 当代护士, 2013(11): 67.

(本文编辑 姚仁斌)

[文章编号] 1000-2200(2016)12-1713-02

· 护理学 ·

优质护理对骨科老年患者大手术后电解质紊乱的效果观察

年夫春, 雷婷婷, 谢 兴

[摘要] **目的:** 探讨优质护理对骨科老年患者大手术后电解质紊乱的效果。 **方法:** 选取行骨科大手术的老年患者 421 例, 年龄 60~93 岁。其中, 2008-2010 年 198 例为对照组, 采用传统的常规护理方法; 2011-2013 年 223 例为观察组, 采用优质护理责任制模式。比较 2 组患者术后电解质紊乱的发生率和住院时间。 **结果:** 观察组患者术后电解质紊乱的发生率为 6.7%, 低于对照组的 14.1% ($P < 0.05$); 观察组住院时间为 (12.2 ± 0.5) d, 明显短于对照组的 (16.3 ± 1.9) d ($P < 0.01$)。 **结论:** 优质护理服务能有效降低老年骨科患者大手术后电解质紊乱的发生率, 并缩短患者的住院时间, 可在临床护理中推广应用。

[关键词] 骨骼/外科手术; 优质护理; 老年患者; 电解质紊乱

[中图分类号] R 687.3; R 47

[文献标志码] A

DOI: 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2016.12.058

我国即将步入老龄社会, 老年患者逐渐增多。老年患者身体抵抗力差、免疫力低, 各器官功能减退, 尤其是大手术以后, 感染、引流液过多、消化不良、营养支持差, 都可导致水电解质的紊乱。紊乱一旦发生, 较难纠正, 严重者影响患者的康复效果, 延长住院时间, 甚至可能危及生命。2010 年, 卫生部在我国推广“优质护理服务示范工程”的活动, 优质护理服务是建立在以人为本的基础上, 强调以患者为中心, 是护理工作的最高境界^[1]。我科于 2011 年 1 月正式开展优质护理模式, 对于老年患者大手术后电解质紊乱的护理, 效果显著, 现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2008-2013 年我科行大手术的老年患者共 421 例, 年龄 60~93 岁。其中, 2008-2010 年 198 例为对照组, 男 105 例, 女 93 例; 2011-2013 年 223 例为观察组, 男 115 例, 女 108 例。股骨颈骨折 105 例(对照组 48 例, 观察组 57 例), 胸腰椎骨折 55 例(对照组 23 例, 观察组 32 例), 胸腰椎肿瘤 32 例(对照组 13 例, 观察组 19 例), 颈椎病 20 例(对照组 8 例, 观察组 12 例), 胫腓骨骨折 20 例(对照组 9 例, 观察组 11 例), 踝关节骨折 21 例(对照组

7 例, 观察组 14 例), 膝关节骨性关节炎 124 例(对照组 58 例, 观察组 66 例), 腰椎管狭窄 44 例(对照组 20 例, 观察组 24 例)。伴高血压 198 例(对照组 95 例, 观察组 103 例), 冠心病 96 例(对照组 48 例, 观察组 48 例), 慢性支气管炎 76 例(对照组 36 例, 观察组 40 例), 糖尿病 115 例(对照组 53 例, 观察组 62 例)。术前 3 个月, 无血栓性疾病史, 凝血功能正常。术前均无明显电解质紊乱。2 组患者年龄、性别、骨折类型和病种均具有可比性。

1.2 方法 对照组采用传统的常规护理方法, 即术前常规血液生化检查, 了解水电解质情况。术后电解质发生异常改变时, 根据医嘱纠正电解质紊乱。

观察组在此基础上采用优质护理责任制模式。(1)从预防做起。及时发现患者的不适情况, 如纳差、呕吐、进食不佳等, 及时对症处理。对于出量较多的, 如大量出汗、引流液体(血液、胃液、渗液、脑脊液等)较多, 应及时查明原因, 尽快处理, 保持出入量平衡。大手术后的患者, 尤其是进食不好的患者, 要注意准确监测 24 h 出入量, 一旦发生出入量不平衡的情况, 应想到是否会出现电解质紊乱, 同时注意多次的尿电解质的检测。早期通过尿内电解质的测定, 一定程度上可反映出全身电解质的情况, 做到“心中有数”, 必要时及时检查水电解质。(2)密切观察意识、精神的变化。认真仔细观察患者术后神志精神改变, 如发现急性发作的思维混乱, 焦虑、幻觉、胡乱喊叫等精神错乱状态, 即是老年患者术后

[收稿日期] 2015-01-05

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 骨科, 安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 年夫春(1973-), 女, 主管护师。

谵妄^[2],要考虑到可能是电解质紊乱,尤其是低钠血症的发生。及时监测血电解质,必要时进行血气分析。通过细致耐心地进行全面主动地观察,才能避免和尽早发现电解质紊乱的情况。(3)症状、体征的观察。不同的电解质紊乱会出现相对应的症状、体征。最常见的电解质紊乱是低钾、低钠。低钾血症表现为肌无力,可从四肢延及躯干和呼吸肌伴厌食、腹胀等肠麻痹表现。低钠血症表现为恶心、手足麻木、脉搏细速、血压不稳定或下降,严重者意识不清、肌痉挛性抽搐等。少数患者会出现高钾、高钠血症。高钾血症严重可致心搏骤停,高钠血症表现为口渴、尿少、唇舌干燥、眼窝下陷等。临床护理中必须熟知各种电解质紊乱的表现并及时发现,才能及时认知及判断。(4)及时监测和纠正。一旦发现电解质紊乱后,应第一时间通知医生,立刻处理,方法包括饮食、口服及静脉给药等予以纠正,并不断复查,直至完全纠正电解质紊乱。

1.3 统计学方法 采用 χ^2 检验和 t' 检验。

2 结果

观察组患者术后发生电解质紊乱 15 例,发生率 6.7%,对照组 28 例,发生率 14.1%,观察组患者术后电解质紊乱发生率低于对照组($\chi^2 = 6.29, P < 0.05$)。观察组患者术后住院时间为(12.2 ± 0.5) d,明显短于对照组的(16.3 ± 1.9) d($t' = 29.47, P < 0.01$)。

3 讨论

老年患者基础疾病多,脏器功能减退,免疫力低,易感染,同时肾脏的尿液浓缩功能下降,在机体遭受大手术,尤其是我科患者又需长期卧床,故当患者出现饮食不佳、出汗、引流液体(血液、胃液、渗液、脑脊液等)较多及使用脱水剂、利尿剂等更易发生电解质紊乱,尤以低钾、低钠居多,高钾、高钠较少,一旦发生严重电解质紊乱,很难纠正,甚至有生命危险。护理中必须充分重视。所以在预防、监测、纠正的任何一个环节上,都需要认真对待。

优质护理服务坚持以人为本,充分体现了护理人员的人文关怀,把时间还给护士,把护士还给患者,全方位地为患者服务。护理人员从患者入院至出院期间的所有方面均有所涉及,并以饱满的热情、温暖的爱心、负责的态度、专业的知识,从饮食、生

活、预防、治疗等各个方面,让患者享受到服务就诊,安全就诊,优质就诊^[3]。

大手术的老年患者、术前术后的饮食干预^[4]是比较重要的。应给予患者口味感觉好、胃肠道刺激小的食物,能进食的患者补钾方式由被动转为主动,可有效防止出现低钾血症,护理时确保干预有效,每天检查患者进食水果及维生素的情况。

研究^[5]表明,人体在血电解质正常时每天仍有大量的电解质从尿液中排出,这是由于初期机体处于代偿阶段,随着病程的延长,机体出现失代偿,血电解质水平不断下降,致出现电解质紊乱。故术后 1~3 d 内,可以有计划地适量补充钾、钠。并准确记录 24 h 出入量,保持出入量平衡。术后早期每天监测尿电解质水平,2~3 d 监测 1 次血电解质。及时发现问题,早期纠正,可通过饮食、口服及静脉给药等途径综合予以纠正,维护内环境的稳定,减少并发症的发生。

另外,术后患者的神志精神方面的观察必须细心入微。因为快速发生的低钠血症致脑细胞水肿从而出现精神神经系统症状^[6],易出现兴奋、躁动、猜疑、幻觉等,不能误以为均是麻醉后遗作用或是并发症急性卒中引起的,而忽略了急性低钠血症的可能,应及时监测血电解质。

本文结果显示,观察组患者术后电解质紊乱发生率低于对照组($P < 0.05$),术后住院时间明显短于对照组($P < 0.01$),提示采用优质护理服务能有效减少老年骨科患者大手术后电解质紊乱的发生,缩短患者的住院时间,提高医护质量,也优化了医疗资源的使用。

[参 考 文 献]

- [1] 赵丽群,赖娟. 优质护理服务示范工程对提高护理质量的调查分析[J]. 医学临床研究,2011,9(4):790.
- [2] 徐云. 老年股骨颈骨折术后谵妄的护理对策[J]. 中国卫生标准管理,2014,5(23):63.
- [3] 董春玲,张雅丽. 优质护理工作模式及效果的研究进展[J]. 解放军护理杂志,2014,31(18):36.
- [4] 马彩娟. 下肢训练器及饮食干预对三踝骨折内固定术后病人的影响[J]. 护理研究,2013,27(3):836.
- [5] 蒋艳,曹华,周玉萍. 循证护理预防鞍区肿瘤术后水电解质紊乱的效果评价[J]. 西部医学,2012,3(24):605.
- [6] 戴自英. 实用内科学[M]. 9版. 北京:人民卫生出版社,1995:577.

(本文编辑 周洋)