

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写出连续的五个数字让患者顺背或倒背, 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

2 道题(≥ 8 分)表示注意水平尚可;答错 3—4 道题(≥ 6 分)表示该项测试轻度障碍;答错 5—7 道题(≥ 3 分)表示中度障碍;答错 8—10 道题(0—2 分)表示重度障碍,再将该患者的四张答卷综合得出平均值,作为该患者的注意水平测试结果。在患者清醒 24h 内和治疗 30d 后,分别由负责护士采用 MMSE 评分和测试题对每组患者进行评估。

1.4 统计学分析

计量资料数据采用均数 $\pm$ 标准差表示,所得结果采用方差分析,各组两两比较采用 q 检验, $\alpha < 0.05$ 为有显著性意义。

2 结果与讨论

各组治疗前后以及甲组(7 天内介入综合治疗组)与乙组(15 天内介入综合治疗组)及丙组(未行综合治疗组)比较注意力水平的改变有显著性差异性($P < 0.001$),见表 1。

表 1 三组治疗前后的各指标评分比较

($\bar{x} \pm s, n=40$)

	甲组		乙组		丙组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
MMSE 总分	19.7 $\pm$ 3.2	28.9 $\pm$ 1.9 ^①	19.3 $\pm$ 3.1	24.9 $\pm$ 1.9 ^{①②}	19.5 $\pm$ 3.3	20.1 $\pm$ 3.1 ^{①③}
划线测定	3.4 $\pm$ 1.2	7.7 $\pm$ 1.06 ^①	3.6 $\pm$ 1.3	4.7 $\pm$ 1.06 ^{①②}	3.4 $\pm$ 1.1	4.3 $\pm$ 1.3 ^{①③}
纸牌分类	3.0 $\pm$ 1.1	8.9 $\pm$ 0.00 ^①	3.1 $\pm$ 1.0	6.1 $\pm$ 0.00 ^{①②}	2.9 $\pm$ 0.8	4.6 $\pm$ 1.3 ^{①③}
数字警觉	2.7 $\pm$ 0.5	8.1 $\pm$ 0.00 ^①	2.6 $\pm$ 0.3	5.1 $\pm$ 0.00 ^{①②}	2.5 $\pm$ 0.4	3.5 $\pm$ 0.7 ^{①③}
连续行为	2.6 $\pm$ 1.3	6.4 $\pm$ 1.0 ^①	2.5 $\pm$ 1.1	4.4 $\pm$ 1.0 ^{①②}	2.7 $\pm$ 1.1	3.4 $\pm$ 1.5 ^{①③}

同组治疗前后比较^① $P < 0.05$;^②与甲组治疗后比较 $P < 0.05$;^③与甲、乙组治疗后比 $P < 0.05$

颅脑受到外力的重创,解剖结构受到破坏,随之出现组织渗出、水肿,导致颅内压升高。研究表明,高压氧治疗不仅可以改善脑组织的缺血缺氧状态,减轻脑水肿和降低颅内压,而且还可以改善脑循环和脑血液流变学,增强超氧化物歧化酶-1 的活性,清除自由基^[4-5]。高压氧治疗也可使脑细胞线粒体和细胞质中的酶活性增强^[6],加之在高压氧作用下椎动脉系统血管扩张,血流量增加,进而提高网状结构上行性激活系统的兴奋性^[7-8]。在 2.2ATA 状态下吸入纯氧,使在一般常压下氧气无法达到的组织细胞也能获得足够的氧气供应,为对氧极其敏感的脑组织伤后修复提供了必要条件。

认知功能属于大脑皮质高级活动范畴,注意的改善是认知功能障碍改善的基础^[9],颅脑受到重创后,其注意能力不同程度的下降,需要集中精力的活动变得困难,觉醒水平表现为降低或增强。正规早期的功能训练,不但可以导致大脑皮质运动的“动作定型”的完成,在训练过程中协调性也得到改善^[9]。综合治疗强调在常规药物治疗和高压氧治疗的基础上,7 天内介入认知康复训练组效果明显好于其他组,8—15 天内介入功能康复组优于未介入组,但比 7 天内介入组的疗效差。未进行高压氧和认知训练组其注意障碍的恢复与认知功能的改善明显低于综合康复治疗组,三组疗效比较差异有显

著性意义($P < 0.05$)。

参考文献

- [1] 叶晓芬,张意仲,喻森明,等. 影响脑外伤患者康复效果的相关因素分析[J]. 中华理疗杂志,2001,24(2): 76—78.
- [2] 杨炯炯,尹岭,张亚旭. 脑外伤病人记忆功能的康复特点[J]. 中国临床心理学杂志,2002,10(1):68—70.
- [3] 窦祖林,文伟光,欧海宁. 注意障碍的康复[J]. 中国康复医学杂志,2004, 19(4):307—310.
- [4] 高春锦,杨捷云. 实用高压氧学 [M]. 北京:学苑出版社,1997.46—51.
- [5] 薛磊,张晓梅,王美兰,等. 高压氧治疗重型闭合性颅脑损伤对血清脂质过氧化物和超氧化物歧化酶的影响 [J]. 中华理疗杂志,1999,22(4):198—200.
- [6] 苏海涛,徐敏,赵立智,等. 高压氧治疗外伤性颅脑水肿临床疗效观察[J]. 中国危重病急救医学,1996,8(11):682.
- [7] 刘树虎,张利泰,韩乐乐,等. 早期高压氧治疗对昏迷中重度脑外伤患者的影响[J]. 中国康复医学杂志,2006,21(6): 555.
- [8] Fischer B. Handbook of hyperbaric oxygenation therapy [M]. Berlin: Hedeber. Spring Verlag,1998.176.

·短篇论著·

腿部间歇梯度充气加压在脑卒中患者预防深静脉血栓中的应用观察

万里红¹ 金 妹¹ 谈正叶¹

下肢麻痹或瘫痪的卒中患者,深静脉血栓(deep-vein thrombosis, DVT)累积发生率为 53%,明显高于无瘫痪者 7%^[1]。在 DVT 起病 2—3 周的急性期内,可能并发肺栓塞,重者可以致命。大多数 DVT 患者虽经治疗,但血栓未能完全消融,而转为血栓形成后遗症,导致下肢静脉系统淤血和高血压症,严重影响其生存质量和工作能力。近年来对于卒中患者,有人主张预防性应用抗凝剂,但有时其所带来的出血危险,

超过血栓预防的效益^[2],我院神经内科自 2005 年 11 月应用间歇梯度充气加压装置(intermittent pneumatic compression, IPC)加以预防,取得满意效果。现报告如下:

1 浙江省嘉兴市第二医院,314000

作者简介:万里红,女,主管护师

收稿日期:2006-08-09