

江晓兵等研究证明^[3],PVP 可有效缓解胸腰段 OVCF 患者的疼痛,改善功能障碍;而骨水泥在骨折线内弥散不佳会影响近期疗效。

本研究纳入 OVCF 的患者,均通过 Denis 分型分组,1 组(I 型骨折类型组)、2 组(II 型骨折类型组)、3 组(III 型骨折类型组)、4 组(IV 型骨折类型组),术前测得 VAS 评分和 Cobb 角,术后进行不同类型骨水泥面积占椎体面积对比;Cobb 角术前、术后对比;VAS 评分进行随访。研究发现,不同类型的 OVCF 通过 PVP 治疗后,疼痛的缓解程度和 Cobb 角的改变均有不同。IV 型骨折无明显的终板骨折,椎体压缩后其前缘骨皮质断裂,椎体高度也有部分的丢失,椎体内的骨小梁部分断裂,骨水泥的弥散较其他三型均好,而且其早期对疼痛的缓解程度也优于其他三型,I 型骨为上下终板均骨折,椎体塌陷严重,脊柱后凸畸形明显,PVP 对 Cobb 角的恢复明显优于其他 3 型,但早期对疼痛的缓解和 Cobb 角的恢复无相关性。研究表明,早期对疼痛的缓解程度和骨折的类型有关,而骨折的类型和骨水泥在椎体内的弥散程度有着密切的联系,IV 型骨折骨水泥弥散程度好,其早期止痛效果也优于其他各组。临床上 PVP 治疗 OVCF 的效果略有不同,其早期疗效和骨折类型密切相关。

参考文献

[1]Belkoff SM,Mathis JM,Jasper LE,et al.The biomechanics of vertebroplasty. The effect of cement volume on mechanical behavior [J].Spine(Phila Pa 1976),2001,26(14):1537-1541

[2]Kaufmann TJ,Trout AT,Kallmes DF.The effects of cement volume on clinical outcomes of percutaneous vertebroplasty [J].AJNR Am J Neuroradiol,2006,27(9):1933-1937

[3]贾连顺.现代脊柱外科学[M].北京:人民军医出版社,2007.606

[4]将协远,王大伟.骨科临床疗效评价标准[M].北京:人民卫生出版社,2005.123-124

[5]赵晋平,张浩,李瑞,等.PVP 在治疗骨质疏松性椎体压缩骨折中的应用[J].中国骨质疏松杂志,2007,13(1):51-54

[6]王洪,易小波,陈晓东,等.经皮椎体后凸成形术治疗胸腰椎骨质疏松性压缩骨折 375 例[J].中国骨与关节损伤杂志,2012,27(7):589-591

[7]赵国权,杨圣,芦健民,等.PVP 结合抗骨质疏松综合治疗老年骨质疏松性椎体压缩骨折[J].中国骨与关节损伤杂志,2013,28(11):1057-1058

[8]Barr JD,Barr MS,Lemley TJ,et al.Percutaneous vertebroplasty for pain relief and spinal stabilization[J].Spine(Phila Pa 1976),2000,25(8):923-928

[9]Francis RM,Aspray TJ,Hide G,et al.Back pain in osteoporotic vertebral fractures [J].Osteoporos Int,2008,19(7):895-903

[10]Itshayek E,Miller P,Barzilay Y,et al.Vertebra augmentation in the treatment of vertebral compression fractures: review and new insights from recent studies[J].J Clin Neurosci,2012,19(6):786-791

[11]Furtado N,Oakland RJ,Wilcox RK,et al.A biomechanical investigation of vertebroplasty in osteoporotic compression fractures and in prophylactic vertebral reinforcement[J].Spine(Phila Pa 1976),2007,32(17):E480-487

[12]Tanigawa N,Komemushi A,Kariya S,et al.Relationship between cement distribution pattern and new compression fracture after percutaneous vertebroplasty [J].AJR Am J Roentgenol,2007,189(6):W348-352

[13]江晓兵,莫凌,梁德,等.骨水泥在椎体骨折线内弥散情况对椎体成形术治疗效果的影响[J].中国脊柱脊髓杂志,2014,24(2):144-149

(收稿日期: 2015-06-03)

早拔尿管对剖宫产妇产后恢复的效果评价

吴慧萍 张员华 樊友华
(江西省妇幼保健院产科 南昌 330006)

关键词:剖宫产;产后恢复;早期拔除;导尿管

中图分类号:R719.8

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.11.003

我国目前剖宫产率高达 46.2%,居世界第一位^[1]。随着剖宫产率的逐年上升,其临床护理工作也逐渐引起广泛关注。留置导尿管是剖宫产手术患者的术前常规操作,为了探讨剖宫产术后留置导尿管的最佳拔除时间及对术后产妇的恢复影响,我们对 160 例择期手术的产妇采取不同时间拔尿管的方法,并对其自然排尿率、术后首次肛门排气时间、住院天数进行观察比较。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2012 年 1~12 月择期剖宫产,且手术过程顺利的 160 例产妇,随机分成实验组和

对照组各 80 例。两组产妇平均年龄和孕周比较均无显著差异($P>0.05$),均无其他妊娠合并症,但不易经阴道分娩而择期剖宫产的产妇,均采用连续硬膜外麻醉、下腹部横切口子宫下段剖宫产术。

1.2 方法 留置尿管方法:两组均由我院手术室护士按常规无菌导尿法置入 16 号一次性双腔气囊导尿管,气囊内注入 5 ml 无菌生理盐水,接一次性无菌引流储尿袋。拔除尿管方法:实验组术后 10 h 将尿管关闭,术后 12 h 当产妇膀胱充盈即拔除尿管,然后辅助其自行排尿。对照组按常规术后 24 h 拔除尿管。记录所有产妇拔除尿管后的第(下转第 40 页)

化室搬迁于新大楼二楼,诊疗空间宽敞明亮,区域划分明确,且有中央排风系统保持环境干燥,能够预防梅雨季节的返潮现象,遏止细菌的滋生。(2)水处理设备因素:反渗透是由普通的自来水通过多个部件组成的,互相联系、互相保护的严格水处理系统,经过前处理、反渗透和后处理完成^[3]。血液净化室搬迁前由安装公司设计的水处理系统前反渗透是经过暂存于储存桶后再使用,储存过程中容易被污染。搬迁后进一步改进了水处理设备,减少管路的拐角尤其是死角、减少管路不必要的升降以减少管腔的空气,有助于预防细菌在管路内滋生^[4]。且反渗透不需储存直接使用,减少了中间环节污染。(3)透析液配制因素:2011~2012 年透析浓缩液是由科室自行配制,由于室内长期处于潮湿状态,细菌容易生长;容器及使用工具的消毒工作落实不到位。配制人员未经严格培训,配制条件和环境物资简单,无规定的操作程序和卫生条件,均是造成浓缩透析液污染的主要原因^[5]。(4)手卫生因素:搬迁前血液净化室由于空间限制只有治疗室设置了一个肘触式洗手设施及瓶装洗手液,仅在各个治疗车上配备了免洗手消毒液,医务人员手卫生依从性较低。

3.2 持续改进措施 (1)加强空气消毒:2013 年我院血液透析室搬迁进新住院部大楼二楼,使用集中通风系统进行通风,杜绝梅雨季节返潮导致的细菌滋生,同时科室取消了紫外线灯管静态空气消毒,改

用空气消毒机进行动态空气消毒;(2)改进水处理设备设计:新的水处理设计取消了储水桶,避免了储水的细菌污染,使处理水随开随用,同时定期维护反渗透水装置,规定在固定时间清理装置中的存水;(3)使用透析浓缩液成品:我院从 2013 年开始透析浓缩液直接购进符合国家标准的产品,不再自行配置,多次微生物监测未发现超标现象;(4)改善手卫生设施、提高手卫生依从性:2013 年搬入新大楼后增加了洗手池,每个诊疗区域都配备了单独的脚踏式洗手设施、感应式洗手液、擦手纸巾。不仅在各治疗车上配备了免洗手消毒液,而且在各个患者床尾悬挂免洗手消毒液。方便易得的手卫生设施使得我院血液透析室人员手卫生依从性大大提高。(5)加强科室的培训教育:院感科专职人员到血液透析室进行小讲课,讨论监测超标原因,并提出整改措施,2013 年后监测透析浓缩液,透析用水无超标现象。

参考文献

[1]国家食品药品监督管理局.血液透析相关治疗用水[S].北京:中国标准出版社,2005.28
[2]国家食品药品监督管理局.血液透析及相关治疗用浓缩物[S].北京:中国标准出版社,2006.86
[3]陈惠珍,潘新南.血液透析室透析液细菌学监测分析[J].海峡预防医学杂志,2006,12(6):53
[4]左力.透析用水和患者安全[J].中国血液净化,2009,8(1):1-4
[5]李晓红,杨俐,尹俊辉.血液透析液细菌超标调查与分析[J].中华医院感染学杂志,2011,21(14):2952-2953

(收稿日期: 2015-06-24)

(上接第 6 页)一次排尿情况、首次肛门排气时间、住院天数。

1.3 统计学处理 数据处理采用 SPSS13.0 统计软件,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

1.4 结果 两组产妇的自然排尿率、首次肛门排气时间及住院天数均有显著差异,具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组产妇观察指标比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	n	自然排尿率(%)	首次肛门排气时间(h)	住院天数(d)
实验组	80	97.5	16.1± 2.7	5.3± 0.23
对照组	80	77.5	26.6± 3.9	7.9± 0.31
P 值		0.005 6	0.001 3	0.000 9

2 讨论

据报道,膀胱充盈时比膀胱空虚时拔除留置导尿管成功率更高^[2]。剖宫产术后留置导尿管的时间不宜过长,产妇于麻醉监护期 6 h 后即可床上活动,术后 8 h 可下床活动。因此,本研究采取术后 10 h 关闭导尿管,让产妇膀胱充盈后的术后 12 h 拔除留置导尿管的方法,提高剖宫产术后产妇的自然排尿

率。因术前禁食禁水,术后失血、失液、体力消耗、抵抗力下降,且产妇术后 24 h 内阴道恶露量多,是细菌生长、繁殖的良好培养基,留置尿管时间过长,容易造成上行感染,且尿液不能冲洗尿道起到自净作用,这都增加了泌尿系统感染的机会^[3]。术后留置尿管以及镇痛药的使用对产妇是一个不良刺激,加重了心理负担,给哺乳、进食活动带来不便,尽早拔除导尿管可减轻上述不适,减少术后并发症,同时,早拔除留置尿管产妇可提早下床活动,促进肠蠕动,使肛门尽早排气,产妇可提早进食,添加营养,便于剖宫产术后产妇的身体康复,缩短了住院时间,降低了产妇的精神及经济负担,值得临床推广。

参考文献

[1]张为远.中国剖宫产现状与思考[J].实用妇产科杂志,2011,27(3):161-163
[2]林丽玲.剖宫产术后拔除尿管时机的探讨[J].中国实用医药,2012,7(9):106-107
[3]李建华,张雪梅.剖宫产术后留置尿管拔管时间的观察与探讨[J].医学信息,2009,9(22):1941

(收稿日期: 2015-06-08)