

disease management programme for chronic kidney disease; a randomized controlled trial [J]. Int J Nurs Stud, 2010, 47(3):268-278.

[10] 万晚珍. 早期护理干预对脑卒中吞咽障碍患者的影响 [J]. 中国当代医药, 2012, 19(29):118-119.

[11] 姚济荣, 贺茂林, 张京, 等. 急性脑卒中吞咽障碍康复护理干预不同介入时间与远期功能改善效果的关系 [J]. 中国

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.20.049

慢性病预防与控制, 2012, 20(2):158-160.

[12] 杨巧红, 翟翠球, 李东娜, 等. 出院后延续护理对重型颅脑损伤病人综合功能的影响 [J]. 护理研究, 2010, 24(6):1635-1637.

(收稿日期:2015-01-18 修回日期:2015-03-26)

家庭护理干预对骨质疏松症患者的影响

唐泽琴, 奚爽[△]

(重庆市第十三人民医院骨科 400053)

[中图分类号] R681

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)20-2868-02

骨质疏松症是以骨组织显微结构受损, 骨矿物质成分和骨基质等比例的不断减少, 骨脆性增加和骨折危险度升高的一种全身代谢障碍性疾病^[1]。其发病因素多与遗传、营养、饮食、运动、生活习惯密切相关, 该病是一种慢性进行性疾病, 治疗时间长, 见效慢, 预后差, 骨折发生率高。许多患者出院后对饮食结构、生活习惯、运动锻炼治疗用药等不够重视, 导致骨质疏松进展迅速, 并发症明显增高, 使患者生理、心理、社会适应能力受到严重影响, 为此, 笔者对本科 2012 年 6 月至 2013 年 10 月, 出院的 45 例老年骨质疏松症患者进行家庭护理干预, 获得满意效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究选择病例 85 例, 为 2012 年 6 月至 2013 年 10 月骨科出院的骨质疏松症患者, 分为干预组和对照组; 干预组 45 例, 男 16 例, 女 29 例, 年龄 50~92 岁, 平均 69.6 岁, 对照组 40 例, 男 14 例, 女 26 例, 年龄 49~93 岁, 平均 68.7 岁。所选病例均符合中国老年学学会骨质疏松症诊断标准学科组建议的标准, 均无骨折, 但有不同程度的腰、背、四肢疼痛。两组患者性别、年龄、文化、生活习惯、社会背景、疼痛程度、骨密度高低及病程比较, 差异无统计学意义 (P 均 >0.05), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 护理干预方法 两组患者出院前 1 d 均由责任护士向其发放骨质疏松症的健康资料, 并进行出院指导。干预组在此基础上, 由具有骨质疏松症专业知识的责任护士于出院前建立健康信息档案, 通过电话询问 (每周 2 次)、家庭随访 (每月 1 次)、病友联谊 (每月 1 次)、集体知识讲座 (每月 1 次) 等方式对患者进行心理疏导、骨质疏松症相关知识培训、用药指导、饮食指导、运动指导、安全指导等家庭护理干预。具体干预内容包括, (1) 心理疏导: 骨质疏松症是一种慢性进行性疾病, 需要治疗的时间长、见效慢、预后差, 患者存在不同程度的焦虑情绪^[2-3]。应对患者进行全面的护理评估, 多沟通, 掌握患者对疾病和治疗的认知程度, 了解患者的心理特征, 进行针对性的开导, 纠正不良心态, 鼓励患者树立信心, 积极配合治疗, 充分调动家庭及社会系统的支持作用, 鼓励患者参加力所能及的娱乐

活动, 以分散患者的注意力和不良情绪。(2) 骨质疏松症相关知识培训: 由 1 名主治医师、3 名具有骨质疏松症专业知识的骨科专科护士组成培训小组, 对患者进行系统培训, 每月 1 次, 包括骨质疏松症的概念、分类、发病因素、临床表现、骨密度检查的方法意义、诊断标准、治疗、护理、合理用药、合理饮食、规律运动以及良好生活习惯的重要意义, 病情进展及预防、并发症的预防及处理等。(3) 饮食指导: 保持营养均衡, 膳食结构搭配合理, 重视维生素 D、钙、磷、蛋白质及钙的补充。(4) 运动指导: 运动可使全身和骨骼的血液循环加快, 肌肉的收缩和舒张对骨骼有直接刺激作用, 能阻止和减慢骨质疏松的进展^[4]。应根据患者的身体状况选择适当的体能锻炼, 活动量循序渐进、以无不适为度, 早晚各 30 min。(5) 服药指导: 治疗骨质疏松症的药物起效慢、疗程长, 在用药过程中可能会出现一定的不良反应, 应指导患者按医嘱及时、正规用药, 观察药物疗效、不良反应, 告知注意事项; 每天检查患者服药情况, 杜绝误服、多服、漏服和不按时服药的现象。(6) 安全指导: 骨质疏松症患者最严重的并发症是骨折^[5], 应对患者加强安全防护, 防止跌倒, 一旦发生骨折, 需卧床休息, 并用夹板或支架妥善固定。并及时送往医院治疗。(7) 建立良好的生活习惯: 戒烟、戒酒、不饮浓茶、咖啡等。

1.2.2 评价方法 干预 6 个月后, 比较两组患者的健康知识、健康行为、治疗效果、骨折发生率。(1) 健康知识评价: 采用自制的骨质疏松症相关知识问卷调查表对两组患者进行问卷调查。内容包括骨质疏松症的概念、发病因素、临床表现、诊断、骨密度正常值及检查目的、方法、意义, 合理饮食、规律运动、正确用药, 预防骨折等 10 个问题, 每个问题包括完全了解、部分了解、不了解 3 个答案, 分别为 3 分、2 分、1 分, 得分 25~30 分为优, 20~24 分为良、15~19 分为中、 <15 分为差。(2) 健康行为评价: 包括合理饮食、规律运动、正确服药等内容分为完全做到为优、基本做到为良、偶尔做到为中、未能做到为差。(3) 治疗效果评价, 包括疼痛缓解程度及骨密度改善情况, 疼痛缓解程度评价, 显效: 疼痛完全缓解, 有效: 疼痛部分缓解。无效: 疼痛无缓解。骨密度改善情况评价, 显效: 骨密度上升, 大于 2 倍标准差; 有效: 骨密度上升 1~2 倍标准差; 无效: 骨密度无上升

或上升 1 倍标准差以下。

1.3 统计学处理 采用 SPSS16.0 统计软件进行分析, 计数资料以率表示, 采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

干预组患者健康知识、健康行为、治疗效果明显高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1~3。骨折发生率

明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 1 两组患者健康知识比较[n(%)]

组别	n	优	良	中	差
干预组	45	30(0.67)	8(0.18)	5(0.11)	2(0.44)
对照组	40	5(0.125)	9(0.225)	10(0.25)	16(0.40)

表 2 两组患者健康行为比较[n(%)]

内容	干预组(n=45)				对照组(n=40)			
	优	良	中	差	优	良	中	差
合理饮食	16(0.36)	18(0.40)	9(0.20)	2(0.04)	6(0.15)	8(0.20)	12(0.30)	14(0.35)
规律运动	19(0.42)	15(0.33)	10(0.22)	1(0.02)	5(0.13)	10(0.25)	13(0.32)	12(0.30)
正确用药	17(0.38)	16(0.36)	10(0.22)	2(0.44)	8(0.20)	9(0.23)	13(0.32)	10(0.25)

表 3 两组患者治疗效果比较[n(%)]

内容	干预组(n=45)			对照组(n=40)		
	显效	有效	无效	显效	有效	无效
疼痛缓解	17(0.38)	26(0.58)	2(0.04)	4(0.10)	24(0.60)	12(0.30)
骨密度改善	8(0.36)	25(0.49)	12(0.16)	4(0.10)	10(0.25)	26(0.65)

表 4 两组患者骨折发生率比较[n(%)]

组别	n	椎体骨折	髌部骨折	其他部位骨折	总发生率
干预组	45	2(0.04)	1(0.02)	0(0.00)	3(0.06)
对照组	40	6(0.15)	4(0.10)	1(0.02)	11(0.27)

3 讨论

随着人口平均寿命的提高和社会老龄化的进程, 骨质疏松症的发病率逐渐升高, 被公认为无声无息的流行病。目前, 全世界大约有 2 亿人患骨质疏松症, 仅在欧洲、美国、日本骨质疏松症患者有 7 500 万, 我国是世界上老年最多的国家, 骨质疏松症患者占总人口的 6.97%, 为 8 800 万^[6]。有文献报道, 骨质疏松症患者中有 40%~70% 对骨质疏松症相关知识不了解, 约 10% 骨质疏松症患者因长期疼痛, 脊柱退行性改变, 常引起脊柱、四肢功能障碍、生活不能自理、最终出现各种并发症, 严重影响患者的生活质量^[7-8], 可见骨质疏松症已成为一个重大疾病严重威胁人类健康, 目前骨质疏松症在医学上还没有安全有效的根治方法, 正确认识疾病、早期预防, 是减少骨质疏松症发病率, 控制症状进展, 预防骨质疏松性骨折, 提高生活质量的重要环节^[9]。

家庭护理干预, 促进了护患沟通, 密切了护患关系, 充分调动患者及家属的共同参与, 提高家属的照顾水平及配合程度。同时医护人员可对患者的治疗、护理、休息、饮食、运动、服药进行全程监督, 能及时了解患者的心理状态、学习需求、身体状况、生活方式、可通过电话询问、家庭随访、病友联谊, 知识讲座等方式及时地进行个性化的健康指导。

家庭护理干预是提高患者健康知识、健康行为、缓解疼痛、改善骨密度、预防骨折的重要手段。通过心理疏导减轻了患者紧张焦虑情绪, 使患者身心极度放松, 以最佳心态接受治疗, 最大限度地减少了由于心理因素导致的治疗负效应; 通过知识培

训, 提高了患者的对骨质疏松症相关知识的认识水平, 了解了骨质疏松症的发病因素、症状、体征、骨密度检查的方法, 懂得合理用药、合理饮食、规律运动, 以及良好生活习惯的重要意义, 使患者能自觉采取有益于健康的行为, 建立健康生活方式; 通过健康行为指导, 使患者做到合理饮食、正确用药、规律锻炼, 戒烟戒酒、坚持日光浴, 从而保证了钙剂、维生素 D、蛋白质的补充, 提高了骨骼对钙的摄取、吸收、利用, 使骨的丢失减慢, 骨密度含量增加, 有效缓解疼痛, 控制疾病的发生、发展、预防骨折的发生, 提高了患者生活质量, 从本研究可见干预组患者的健康知识、健康行为、治疗效果均明显高于对照组 ($P < 0.05$)。骨折发生率明显低于对照组 ($P < 0.05$)。

综上所述, 对骨质疏松症患者实施家庭护理干预, 可明显提高患者的健康知识、健康行为, 治疗效果, 缓解疼痛、改善骨密度, 延缓疾病的发展、预防骨折的发生, 提高患者生活质量。

参考文献

- [1] 李素珍, 刘辉萍. 护理干预对骨质疏松患者骨痛影响的研究[J]. 中国老年保健医学杂志, 2009, 7(3): 80-81.
- [2] 彭小苑, 欧阳艳菲. 心理干预对骨质疏松症患者焦虑情绪的影响[J]. 当代护士旬刊, 2011(5): 148-149.
- [3] 王彩虹. 心理护理对创伤性骨折患者抑郁焦虑水平及生活质量的影响[J]. 成都医学院学报, 2012, 7(2): 327-328.
- [4] 苟三怀, 席淑华, 葛亮. 老年骨折治疗与康复[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2009: 66.
- [5] 余苑. 临床护理路径对老年髌部骨折患者功能康复的影响研究[J]. 实用预防医学, 2010, 17(6): 1229-1230.
- [6] 张智. 老年骨质疏松症的健康教育[J]. 中华现代护理学杂志, 2008, 5(14): 39.
- [7] 徐丽莉, 尤黎明, 颜君. 骨质疏松症患者生活质量及影响因素分析[J]. 护理学报, 2010, 17(7B): 13-16.
- [8] 杨晓华, 马艳杰, 杨玉平. 老年骨质疏松患者的健康教育[J]. 中国实用医药, 2010, 5(32): 215-216.
- [9] 宋华琴. 社区护理干预对老年骨质疏松症患者生活质量的影响分析[J]. 黑龙江医学, 2014(2): 223-224.