

细节护理在四肢骨折患者围手术期护理中的应用及对患者 QOL 评分的影响

荀琳 李娜 刘敏 蒋孝芳 柴可心 王杨

中国人民解放军联勤保障部队第 962 医院, 黑龙江 哈尔滨 150000

摘要:目的:探讨细节护理在四肢骨折患者围手术期护理中的应用及对患者 QOL 评分的影响。方法:选 2016 年 1 月-2020 年 1 月收治的四肢骨折患者 92 例,所有患者均行闭合复位和切开复位骨折的外固定支架固定术,按照随机数字表法将所有患者分为两组,对照组患者围手术期给予常规护理,研究组患者围手术期给予细节护理,比较两组功能独立性评定(functional independent measure, FIM)评分、日常生活活动能力量表(Barthel index)指数评分、下肢深静脉血栓(lower extremity venous thrombosis, LEDVT)的发生率、护理质量和生活质量(quality of life, QOL)评分。结果:对照组 FIM 评分及 Barthel 指数评分低于研究组($P < 0.05$),对照组 LEDVT 发生率高于研究组($P < 0.05$),对照组护理质量低于研究组($P < 0.05$),对照组的生存质量低于研究组($P < 0.05$)。结论:四肢骨折患者在经闭合复位和切开复位骨折的外固定支架固定术治疗中采取细节护理效果显著,能提高患者 FIM 评分和 Barthel 指数评分,提高临床护理质量和患者生存质量,还能减少 LEDVT 发生率,应推广应用。

关键词:细节护理;四肢骨折;围手术期;QOL 评分

目前,四肢骨折的发病率正在增加,这对四肢骨折患者的身体和心理方面都有很大影响,危及个体的健康生活。手术已成为治疗的首选,并广泛应用于临床^[1]。目前临床多采用经闭合复位和切开复位骨折的外固定支架固定术来进行治疗,此治疗方式不但不会给患者造成大的手术创伤,手术出血量也少于传统手术,患者恢复速度比较快,有助于早期活动、促进机体和神经恢复,但是因治疗过程中必须添加适当的护理方式,否则会影响治疗的效果,而传统护理方式已经无法满足微创手术治疗的护理需求^[2]。因此,本研究分析四肢骨折患者经闭合复位和切开复位骨折的外固定支架固定术治疗中细节护理的应用对患者 QOL 评分的影响,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选 2016 年 1 月-2020 年 1 月收治的四肢骨折患者 92 例,随机分为两组,对照组患者 46 例,男 27 例,女 19 例,年龄 19-83 岁,平均年龄(50.98±3.42)岁;受教育程度:24 例高中及以下,22 例患者大学及以上;致伤原因:11 例高处坠落,11 例重物压伤,24 例交通事故。研究组患者 46 例,男 26 例,女 20 例,年龄 20-82 岁,平均年龄(51.01±3.43)岁;受教育程度:25 例高中及以下,21 例患者大学及以上;致伤原因:12 例高处坠落,11 例重物压伤,23 例交通事故。两组一般资料具有可比性($P > 0.05$)。

纳入标准:符合手术治疗指征且骨折前无急慢性感染;患者和家属均对本次研究知情并签署同意书。排除标准:合并凝血功能异常、免疫系统疾病以及严重肝肾功能衰竭的患者。两组患者在一般资料方面的比较差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 方法

所有患者给予微创经皮锁定加压钢板内固定术治疗。先进行骨折预复位,在麻醉后,根据骨折检验片,应用 C 型臂透视骨折部位,进行牵引再复位,经皮用克氏针对骨折部位进行临时固定;之后在骨折部位做一小切口,然后沿骨骼方向切开组织和肌肉,再植入加压钢板在骨折部位,应用螺钉固定钢板在骨折两端,止血冲洗骨折周围组织,最后缝合切口。

对照组采取常规手术室护理,主要包括术前健康宣教、术中护理配合、术后并发症预防等措施。观察组采取手术室无缝隙护理,具体措施为:①术前皮肤护理:术前访视了解患者的身体状况,并使用 2%氯己定乙醇进行局部消毒,并进行备皮,对于毛发较多的部位可以使用脱毛膏进行处理,不能使用刀片挂掉毛发,避免毛囊损伤引起切口感染。术前再次观察手术部位的备皮情况,及时发现问题并快速处理。②术前心理护理:患者由于疼痛以及对手术的不了解,因此术前存在焦虑抑郁情绪,这可能导致患者血压升高、心率加速,

增加了术中风险。因此护士需要积极与患者沟通,讲解手术大概流程,并做好患者的安抚工作,帮助患者消除焦虑抑郁情绪,同时要叮嘱家属多鼓励患者,给予患者心理支持。此外还需要告知患者术后可能需要置留导管及其目的,从而更好的接受手术操作,避免术后由于插管引起的躁动,减少自行拔管、引流不畅、躁动等问题的发生。③预防性抗生素给药护理:为了进一步降低术后切口感染的发生风险,需要根据《抗菌药物临床应用指导原则》的相关要求在术前给予抗生素治疗,从而确保患者术中能够达到有效的血药浓度。因此需要正确把握给药时间以及给药剂量,本次研究中观察组患者术前 30min~2h 输注抗生素,手术时间若超过药物半衰期或术中出血量>1500mL 则追加合适剂量的抗生素。④手术室空气质量护理:手术室地面采取湿式消毒清洁法,术前 30min 完成手术室各种设备的清洁和擦拭,术前 1h 开启净化空调系统,净化时间为 30min~1h。为了避免空气质量下降,需要严格控制医护人员出入,减少不必要的操作;参观人员需要保持一定的距离,从而减少术后切口感染风险。手术室内温度控制在 22~25℃,相对湿度为 40~60%。⑤手术器械消毒:手术器械需要严格按照无菌技术操作标准进行清洗、消毒、灭菌,若发现器械外包装潮湿需要立即更换,避免器械污染的情况发生。严格检查外来器械的合格情况,检查合格之后才可使用。⑥手卫生与皮肤消毒护理:医护人员需要严格遵循无菌原则,严格做好手卫生消毒,刷牙时一定要在肘上 10cm,并用手术室的消毒毛巾擦拭手臂,坚持一手一巾的原则;穿手术衣之前再次用一次性手消毒液进行手臂消毒。患者切口周围使用碘伏消毒并用一次性切口保护膜覆盖切口周围皮肤,保护手术切口周围敷料干净整洁,预防术后感染的发生。⑦预防术中低体温护理:术前 15min 进行手术台预热,术中使用时使用加热毯,并用毛巾遮盖非手术部位,尽可能保持患者的核心体温在正常范围内;术中输血输液需要加温处理,避免体温下降。⑧术后切口护理:术后使用一次性无菌敷料覆盖切口,并使用一次性负压引流盒进行引流。保持敷料完整清洁,换药时严格坚持无菌操作,尤其是手卫生管理,接触患者前后都要严格进行手消毒,避免较差感染。换药时需要消毒切口周围 10cm 皮肤,及时清理血液和渗液,保持切口周围皮肤的干净整洁。对于出现切口感染的患者需要及时采集渗液进行细菌培养,并采取相应的治疗措施。⑨病房卫生管理:术后需要加强病房卫生管理,保持病房干净整洁并控制人员出入,定时开窗通风,减少微生物引起的切口感染。

1.3 观察指标

(1)应用 FIM 量表(Functional independence Measure, 功能独立性检测)和 Barthel 指数比较两组干预前后综合能力和日常生活活动能力,FIM 量表满分 126 分;Barthel 指数评分表总分 100,60 分以上代表患者的日常生活活动无功能

性障碍,能基本自理;41分至60分代表患者有轻度的功能性障碍,需要依赖别人帮助;小于或等于40分代表患者有中度或重度的功能障碍,完全依赖别人帮助完成日常活动^[3]。

(2)比较两组下肢深静脉血栓形成(Lower extremity deep venous thrombosis of lower extremity, LEDVT)发生率^[4]。

(3)应用医院自拟的护理质量表比较两组护理安全、健康宣教、病房管理、业务水平等4项护理质量评分,每项满分100,分越高越好^[5]。

(4)应用医院自制SF-36生存质量量表,通过问卷的方式调查比较两组精神状态、情感状态、社会功能及生理机能等4项生存质量指标,满分100,分数越高越好^[6]。

1.4 统计学处理

数据应用SPSS18.0进行分析,其中计数进行 χ^2 (%)检验,计量进行t检测($\bar{x} \pm s$)检验, $P < 0.05$ 提示有显著差异。

2 结果

2.1 FIM评分及Barthel指数评分对比

对照组FIM评分及Barthel指数评分低于研究组($P < 0.05$),见表1。

表1 干预前后FIM评分及Barthel指数评分对比($\bar{x} \pm s$)

项目	FIM评分				Barthel指数评分			
	治疗前	治疗后	T	P	治疗前	治疗后	T	P
对照组	71.52±3.58	82.51±3.67	14.224	<0.05	40.56±2.06	51.06±2.62	14.625	<0.05
研究组	71.53±3.59	95.65±3.92	14.665	<0.05	40.57±2.07	60.58±2.82	14.521	<0.05
T	1.025	15.511	/	/	0.954	15.624	/	/
P	>0.05	<0.05	/	/	>0.05	<0.05	/	/

2.2 LEDVT发生率对比

对照组LEDVT发生率高于研究组($P < 0.05$),见表2。

表2 LEDVT发生率对比(例,%)

组别	例数	发生血栓	未发生血栓	血栓发生率
对照组	46	11	35	23.91%
研究组	46	1	45	2.17%
χ^2	/	/	/	6.854
P	/	/	/	<0.05

2.3 围术期护理质量对比

对照组护理质量低于研究组($P < 0.05$),见表3。

表3 护理质量对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	护理安全	病房管理	健康宣教	业务水平
对照组	46	69.85±4.43	71.76±4.57	70.37±4.62	71.75±4.66
研究组	46	92.86±5.13	95.75±5.27	96.05±5.27	96.75±5.31
T值	/	14.256	13.651	13.952	14.620
P值	/	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 生存质量对比

对照组的生存质量低于研究组($P < 0.05$),见表4。

表4 生存质量对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	精神状态	情感状态	社会功能	生理机能
对照组	46	67.74±4.42	69.02±4.57	69.17±4.49	62.85±4.35
研究组	46	92.87±5.12	93.39±5.26	92.76±5.19	93.05±5.28
T	/	15.552	15.226	15.662	15.945
P	/	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

临床研究发现,四肢骨折多是因患者遭受倒塌压伤、汽车碰撞等直接外力或高处跌落等间接外力导致的骨科疾

病,患者术后的恢复情况与患者的病情严重程度、救治方法和康复环境等方面因素具有密切关系,所以,围术期的护理质量必须要提高,才能帮助患者尽量恢复正常的功能^[7]。传统护理的临床局限性比较大,无法保证患者接受连续不间断的针对性护理,无法满足患者复杂的临床护理需求^[8]。四肢骨折常会引起功能受损,由于此病给患者造成创伤性较大,还会导致患者出现生活功能和整体能力出现障碍,患者多表现为活动功能受限和无法生活自理^[9]。本研究表1结果显示:对照组FIM评分及Barthel指数评分低于研究组($P < 0.05$),提示研究组四肢骨折患者在经闭合复位和切开复位骨折的外固定支架固定术中采取细节护理能提高患者功能独立性和日常生活能力,究其原因:临床采用细节护理,能为患者提供全方位的护理支持,可以满足患者的身心需求,通过指导其进行康复训练等方面护理,有助于促进患者感觉神经功能的恢复,诱导机体和脊髓神经重建,使患者的生活自理能力得到提高。

综上所述,四肢骨折患者在经闭合复位和切开复位骨折的外固定支架固定术中采取细节护理效果显著,能提高患者FIM评分和Barthel指数评分,提高临床护理质量和患者QOL评分,还能减少LEDVT发生率,应推广应用。

参考文献

[1] 睦万琼,肖玉英,彭蓉.改良临床护理路径在藏族四肢骨折患者围术期护理中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2018,24(008):939-944.

[2] PAN Jun, Department of Orthopaedics. Effect of perioperative special nursing on patients of thoracolumbar burst fracture with nerve damage and its influence on postoperative life quality[J]. Anhui Medical & Pharmaceutical Journal, 2018.

[3] 靳丽萍. 中医护理临床路径在四肢骨折患者围术期中的应用价值研究[J]. 世界中医药, 2017, 16(010): 525-526.

[4] 王倩, 汤然钧, 胡晨笛, 等. 围术期心理护理干预对四肢骨折患者术后镇痛效果及焦虑状况的影响[J]. 国际精神病学杂志, 2019, 046(002): 351-353.

[5] 崔琴娥. 老年患者股骨粗隆间骨折行半髋置换术围术期的护理研究[J]. 中国药物与临床, 2018, 18(09): 1641-1642.

[6] 郭庆山, 周思儒. 更新围术期康复理念加速四肢骨折内固定术后功能恢复[J]. 创伤外科杂志, 2019, 021(005): 321-325.

[7] CAO Muhua. Application Effect of Systematic Nursing Management in Perioperative Nursing of Patients with Breast Cancer and Its Influence on T Lymphocyte[J]. Medical Innovation of China, 2018.

[8] 佚名. 高黏度骨水泥治疗骨质疏松性椎体压缩骨折患者围术期护理[J]. 介入放射学杂志, 2017, 18(3): 252-253.

[9] 许风云, 李燕莉, 刘莉. 切开复位椎弓根内固定治疗36例胸腰椎骨折患者的手术护理配合[J]. 山西医药杂志, 2017(1): 111-113.