

# 个性化护理对多发性肋骨骨折患者生活质量的作用分析

李华敏

(北京北亚骨科医院 北京 102445)

**摘要:**目的 研究多发性肋骨骨折中行个性化护理的作用。方法:时段 2021 年 2 月-2022 年 2 月,对象为本院收治的 80 例多发性肋骨骨折患者,“双盲法”分采纳组(40 例,常规护理)、科学组(40 例,个性化护理),比较两组疗效。结果:护理前比较生活质量、临床指标无意义,  $P>0.05$ ;相较采纳组,科学组 SF-36 评分更高;SAS、SDS、VAS 评分更低;科学组自理率(97.50%)高于采纳组(85.00%),科学组并发症率(7.50%)低于采纳组(25.00%),  $\chi^2=3.914, 4.501$ ;  $p=0.048, 0.034, P<0.05$ 。结论:个性化护理能提高多发性肋骨骨折患者的生活质量、缓解疼痛并稳定情绪,提高自理能力、减少并发症,值得推崇。

**关键词:** 个性化护理;多发性肋骨骨折;生活质量;心理状况;并发症

临床常见的一种急性创伤性疾病为多发性肋骨骨折,站在病理角度分析,多根单处、或多根多处肋骨骨折,有胸部局部软化区产生,引起机体呼吸、循环系统功能紊乱,患病后常有呼吸浅促、咯血及胸痛等表现。据统计<sup>[1]</sup>,此病在胸部损伤中的患病率为 40%,分析病因无明确定论,常见因素有车祸、高空坠落及跌倒等,也在老年人群中发生,与自身骨质疏松、行动不便有关,若未及时救治则引起气胸、气胸等,影响日常生活<sup>[2]</sup>。目前治疗此病以非手术为主,减缓不适程度、促进骨折端愈合,但治疗时受患者生理、心理诱因,降低自理能力、影响救治效果,建议以改善生活质量、促进骨折愈合为目标,给予对症护理很重要。周豫静<sup>[3]</sup>证实,传统护理在床旁护理、病情评估等方面体现,护理单一、影响疗效,鉴于此,本文以本院 2021 年 2 月-2022 年 2 月收治的 80 例多发性肋骨骨折患者为主体,分析个性化护理用于多发性肋骨骨折中的价值,汇总:

## 1 资料和方法

### 1.1 基线资料

前瞻性研究,选择本院 2021 年 2 月-2022 年 2 月收治的 80 例多发性肋骨骨折患者,科学组(40 例):男女例数 21:19,年龄 33-84 岁,均值(58.14±2.39)岁;其中单侧 25 例,双侧 15 例;BMI 值 19-26kg/m<sup>2</sup>,均值(23.22±0.23)kg/m<sup>2</sup>;病因:车祸 10 例,高空坠落 18 例,其他 12 例;采纳组(40 例):男女例数 22:18,年龄 34-85 岁,均值(58.28±2.41)岁;其中单侧 26 例,双侧 14 例;BMI 值 18-25kg/m<sup>2</sup>,均值(23.12±0.19)kg/m<sup>2</sup>;病因:车祸 9 例,高空坠落 19 例,其他 12 例。 $P>0.05$ 、可比较。知情、经伦理委员会审批。

**【纳入标准】**①x 线或 MRI 检查确诊;②沟通良好;③有疼痛、活动障碍等症状;④年龄 30-85 岁;⑤完整资料;

**【排除标准】**①恶性病变;②凝血异常、免疫疾病;③肝肾衰竭;④精神障碍;⑤中途转院。

### 1.2 方法

采纳组(常规护理):给予床旁指导、病情评估、体征监测及常规指导等。

科学组(个性化护理):①心理护理:针对疾病治疗知识、印发相关健康手册,并多样化健康教育模式,如定期开展护患交流会、开设知识专栏等,根据教育背景,详细阐述并发症预防对策、注意事项等,耐心解释患者提出的难题、尽量满足合理需求,并用心理学技巧评估其心理状况,指导患者对正确的咳嗽方法掌握,深呼吸、将肺活量增加,改善肺功能,情绪不稳定时给予安慰,积极引导患者的低落情绪、消极思想等,且鼓励宣泄内心想法、疾病看法等,在治疗中深入关怀、安慰及鼓励,协助树立乐观心态、提高依从性;

②合理膳食:了解患者饮食爱好的前提下,合理制作各种菜谱,高营养、清淡饮食,嘱咐多吃新鲜蔬果,戒烟戒酒、禁忌食用辛辣或刺激食物,避免引起不良刺激,注意按时按量进餐,养成良好的饮食习惯;③疼痛护理:针对轻度疼痛者,固定胸廓、减少肋骨断端活动,咳嗽时将患者伤处用双手按压,避免胸壁震动加重疼痛,也可辅助音乐、报刊等,转移疼痛注意,主诉剧痛者,遵医嘱提供镇痛药缓解,将两侧护栏拉起、避免坠床,营造舒适环境,确保睡眠充足;

④肌肉放松训练:指导患者对双手放松、紧张的感觉感受,吸气时将拳头缓慢的握紧 5s,吐气时将拳头缓慢的放松 15s,根据相似方式,依次对头颈腹、腰大小腿及足部等部位肌肉进行放松,训练中嘱咐积极配合呼吸;⑤呼吸道护理:指导患者正确咳嗽,痰液黏稠者,利用生理盐水雾化稀释痰液,促进痰液顺利排出,并遵医嘱给予抗生素、预防肺部感染发生,且定期观察引流管情况,保证引流管处在封闭状态,避免有堵管行为,使引流顺畅,保证呼吸道畅通;

⑥康复训练:待患者病情稳定,适当开展康复训练,从被动训练逐渐过渡于主动训练,将运动强度、振幅控制合理,护士或家属在旁协助,锻炼期间注意观察是否有并发症,有异常及时汇报。

### 1.3 观察指标

生活质量:参考“健康问卷简表(SF-36)”,有生理职能、社会职能、情感职能及总体健康,总分 100,分值愈高愈好。

临床指标:评价心理状况(参照“焦虑(SAS)、抑郁量表(SDS)”,满分 100、50 分为界)、疼痛阈值(参照“视觉模拟评分法(VAS)”,总分 10),分值愈低愈好。

自理情况:制定“自理情况问卷”,百分制,完全自理≥90 分,部分自理 60-89 分,无法自理<60 分<sup>[6]</sup>,自理率 =  $\frac{\text{完全自理} + \text{部分自理}}{40} \times 100\%$

并发症:统计肺炎、胸腔积液及肺不张的例数。

### 1.4 统计学方法

excel 表整理,SPSS22.0 软件分析,计量资料均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ ), $t$ 检验。计数资料构成比[n(%)], $\chi^2$ 检验。检验水准  $P=0.05$ 。

## 2 结果

### 2.1 生活质量

护理前比较生活质量无意义,  $P>0.05$ ;相较采纳组,科学组 SF-36 评分更高( $P<0.05$ ),见表 1。

表 1 生活质量比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别        | 生理职能         |                           |        |       | 社会职能         |                           |        |       |
|-----------|--------------|---------------------------|--------|-------|--------------|---------------------------|--------|-------|
|           | 护理前          | 护理后                       | $t$    | $p$   | 护理前          | 护理后                       | $t$    | $p$   |
| 科学组(n=40) | 61.14 ± 5.38 | 85.69 ± 6.54 <sup>*</sup> | 18.335 | <0.05 | 64.59 ± 5.42 | 88.75 ± 6.47 <sup>*</sup> | 18.104 | <0.05 |
| 采纳组(n=40) | 61.12 ± 5.34 | 80.12 ± 6.38 <sup>*</sup> | 14.443 | <0.05 | 64.52 ± 5.38 | 82.13 ± 6.35 <sup>*</sup> | 13.382 | <0.05 |
| $t$       | 0.017        | 3.856                     | --     | --    | 0.058        | 4.618                     | --     | --    |

| 组别        | 情感职能         |               |        |       | 总体健康         |                |        |       |
|-----------|--------------|---------------|--------|-------|--------------|----------------|--------|-------|
|           | 护理前          | 护理后           | t      | p     | 护理前          | 护理后            | t      | p     |
| 科学组(n=40) | 62.37 ± 5.21 | 90.62 ± 6.34* | 21.773 | <0.05 | 65.37 ± 5.32 | 86.53 ± 6.14** | 16.473 | <0.05 |
| 采纳组(n=40) | 62.34 ± 5.18 | 85.14 ± 6.19* | 17.865 | <0.05 | 65.41 ± 5.28 | 80.19 ± 6.27*  | 11.404 | <0.05 |
| t         | 0.026        | 3.912         | --     | --    | 0.034        | 4.569          | --     | --    |
| p         | 0.980        | <0.05         | --     | --    | 0.973        | <0.05          | --     | --    |

注：组内比较，\*P<0.05；组间比较，\*\*P<0.05。

### 2.2 临床指标

护理前比较临床指标无意义，P>0.05；护理后相较采纳组，科学组 SAS、SDS、VAS 评分更低(P<0.05)，见表 2。

表 2 临床指标比较(  $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别        | SAS          |                | SDS          |                | VAS         |               |
|-----------|--------------|----------------|--------------|----------------|-------------|---------------|
|           | 护理前          | 护理后            | 护理前          | 护理后            | 护理前         | 护理后           |
| 科学组(n=40) | 58.41 ± 5.32 | 30.21 ± 2.39** | 56.27 ± 5.21 | 32.13 ± 2.25** | 7.36 ± 1.14 | 1.36 ± 0.54** |
| 采纳组(n=40) | 58.56 ± 5.47 | 38.54 ± 2.46*  | 56.24 ± 5.19 | 40.69 ± 2.57*  | 7.32 ± 1.18 | 3.47 ± 0.69*  |
| t         | 0.124        | 15.360         | 0.026        | 15.850         | 0.154       | 15.231        |
| p         | 0.901        | P<0.05         | 0.980        | P<0.05         | 0.878       | P<0.05        |

注：组内比较，\*P<0.05；组间比较，\*\*P<0.05。

### 2.3 自理情况

相较采纳组，科学组自理率更高(P<0.05)，见表 3。

表 3 自理情况比较(n,%)

| 组别        | 完全自理      | 部分自理      | 无法自理     | 自理率        |
|-----------|-----------|-----------|----------|------------|
| 科学组(n=40) | 28(70.00) | 11(27.50) | 1(2.50)  | 39(97.50%) |
| 采纳组(n=40) | 24(60.00) | 10(25.00) | 6(15.00) | 34(85.00%) |
| $\chi^2$  | --        | --        | --       | 3.914      |
| p         | --        | --        | --       | 0.048      |

### 2.4 并发症

相较采纳组，科学组并发症率更低(P<0.05)，见表 4。

表 4 并发症比较(n,%)

| 组别        | 肺炎      | 肺不张     | 胸腔积液     | 并发症率       |
|-----------|---------|---------|----------|------------|
| 科学组(n=40) | 1(2.50) | 0(0.00) | 2(5.00)  | 3(7.50%)   |
| 采纳组(n=40) | 2(5.00) | 1(2.50) | 7(17.50) | 10(25.00%) |
| $\chi^2$  | --      | --      | --       | 4.501      |
| p         | --      | --      | --       | 0.034      |

### 3 讨论

有文献报道<sup>[7]</sup>，个性化护理用于多发性肋骨骨折中可行，分析：

①针对患者个体差异，给予健康指导、心理护理等，协助正确掌握病情、了解正确咳嗽的方法，提高认知程度，多样化健康教育利于提前了解疾病，避免疾病盲区影响治疗进展，且落实心理疏导能保证情绪状态良好，避免心理波动影响血流动力学稳定，重建信心、提高主观能动性；②合理饮食能酌情调整饮食结构，增加高蛋白、维生素食物摄入，可为骨折端愈合提供可靠保证，缩短疗程、尽早恢复日常生活，养成良好饮食习惯、按时进餐等，利于减缓病情，且加强疼痛指导可减轻刺激性、应激性，避免过度活动肋骨断端影响康复，双手按压胸部后咳嗽，利于减轻震动程度、减缓疼痛，并疼痛严重者给予镇痛药，环境良好更能保证睡眠充足<sup>[8]</sup>；

③加强肌肉放松训练、呼吸道护理及康复训练等，将运动强度、振幅控制好，维持肌肉处在放松状态，提高自理能力，并指导患者正确咳嗽、促进痰液排出，利于呼吸道通畅，且开展康复指导利于缩短疗程、减缓病情<sup>[9]</sup>。

本研究示：①科学组 SF-36 值高于采纳组(P<0.05)，分析：咯血、胸痛表现，影响患者日常生活，对症护理中饮食护理、疼痛护理对策，均能增强体质、为骨折愈合提供保证，减缓疼痛刺激，可提高生活质量；②科学组 SAS、SDS、VAS 值低于采纳组(P<0.05)，

分析：患者因起病急、疼痛重等刺激，导致其情绪波动，加重身心痛苦，对症护理中健康宣教、心理疏导等，协助患者了解病情，减轻疼痛刺激，利于稳定情绪；③科学组自理能力率高于采纳组(P<0.05)，分析：卧床静养、活动不便影响患者自理状况，对症护理中康复训练、肌肉放松可优化自理情况，可改善预后；④科学组并发症率低于采纳组(P<0.05)，本文与王凯歌<sup>[10]</sup>文献相似，对症护理中呼吸道护理、无菌操作能保证肺部状态良好，减少并发症。

综上所述：多发性肋骨骨折个性化护理能提高生活质量，提高疼痛阈值、减缓情绪，优化自理行为、降低并发症风险，优势显著。

#### 参考文献：

- [1]邵明琰,韩素丽,刘艳艳.前瞻性护理在多发肋骨骨折合并气胸行胸腔闭式引流患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(24):83-85.
- [2]刘金凤.针对性护理干预缓解多发肋骨骨折患者疼痛的临床效果分析[J].中国伤残医学,2021,29(18):62-63.
- [3]周豫静.叙事护理对多发肋骨骨折伴气胸/血胸患者心理弹性及自我效能的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(19):3590-3594.
- [4]勾振玲.多发性肋骨骨折合并气胸胸腔闭式引流术后整体护理的临床应用价值[J].河南外科学杂志,2021,27(2):176-177.
- [5]梁雅玲,周兰芳,赖碧莹等.预见性护理程序指导急诊多发肋骨骨折患者急救的护理研究[J].中国当代医药,2020,27(22):229-231.
- [6]张慧.集束化护理干预对多发肋骨骨折合并气胸患者术后压力性损伤发生率的影响[J].首都食品与医药,2020,27(12):143.
- [7]邵春燕.院前一院内一体化急救护理程序在多发肋骨骨折合并肺撕裂伤患者中的应用观察[J].医学理论与实践,2019,32(22):3720-3721.
- [8]罗中燕,王峰,李冉.急诊手术治疗及综合护理对多发肋骨骨折并发创伤性膈疝的临床效果[J].中华疝和腹壁外科杂志,2019,13(5):469-472.
- [9]郭丽娜.全面性护理干预在多发肋骨骨折合并气胸患者急救中的应用观察[J].黑龙江中医药,2019,48(1):73-74.
- [10]王凯歌.针对性综合护理干预在多发肋骨骨折合并肺挫裂伤患者术后肺部感染发生率的影响[J].现代医用影像学,2019,28(5):1152-1153.

作者简介：李华敏，女，1986年08月生，河北邢台人，最高学历：大专 职称：护师 职务：副护士长 研究方向：护理学