

整体护理在脊柱骨折患者围手术期中的应用观察

刘世海

(华中科技大学同济医学院附属同济医院骨科 湖北武汉 430030)

摘要:目的:研究整体护理在脊柱骨折患者围手术期中的应用观察。方法:选取本院2022年1月~2022年12月期间收治的80例患者为研究对象。将2022年1月~2022年6月间收治的患者40例为对照组;2022年7月~2022年12月间收治的患者40例为研究组,对照组用常规护理,研究组用整体护理干预,比较两组患者的并发症发生情况,包括尿潴留、便秘、心理状态和脊柱功能恢复情况。结果:在研究组与对照组两组的对比中发现,并发症发生率存在明显差异,表现为对照组均高于研究组,在统计学中此次获得的显著差异具有对比意义($P < 0.05$);但相对于被干预前研究组与对照组的SAS评分与SDS评分差异在统计学中并无实际意义($P > 0.05$),被干预后的研究组与对照组在SAS评分、SDS评分中产生的并发症发生率对比于治疗前在现有数据中具有明显的下降,而且研究组明显低于对照组,此差异有统计学意义($P < 0.05$);手术前的两组JOA评分产生的差异无统计学意义($P > 0.05$);手术后的一周与手术前对比,研究组的JOA评分显著高于对照组的JOA评分,此差异有统计学意义(均 $P < 0.05$)。结论:整体护理模式在基础护理模式的改进下,更加能够照顾到患者在心理上的感受,从而提高患者的幸福感,减轻患病带来的负面情绪和焦虑。不仅如此整体护理模式在减少并发症的发生效果上相比与基础护理模式也存在明显的提升,并能够在减轻疼痛和提高脊柱康复水平上均有积极效果。

关键词:整体护理;脊柱骨折;围手术期护理

0 引言

脊柱骨折是骨科中常见的骨折类型之一,是指损伤到胸腰椎椎体的骨折,在老年人中具有较高的发病率^[1]。脊柱骨折造成患者的椎体高度降低,对机体损伤较大,伤情严重,如果延误或者未能及时准确的得到治疗,可严重威胁患者的生命健康。由于保守治疗无法彻底治愈脊柱骨折,外科手术在近年来的飞速进步下,在采用手术内固定进行治疗的方式从各方面给患者带来的良好体验,已经得到医学界的充分认可,并成为了患者们的首选治疗方式。手术治疗不仅可以快速有效地减轻患者的疼痛,还可以提高脊柱的稳定性,现已在临床中得到了广泛的应用。但术后容易出现腹胀、便秘、疼痛、压疮、坠积性肺炎等并发症,不利于患者康复^[2]。由于患者卧床时间长,此类并发症具有一定的隐蔽性且短期内无致命威胁,治疗过程中容易被忽视。故在手术治疗脊柱骨折的同时应给予患者充分的护理保障。为分析整体护理模式干预效果,本次研究选取了80例脊柱骨折手术治疗患者作为研究对象。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选用与本院2022年1月~2022年12月期间所收治的患者80例为研究对象。将2022年1月~2022年6月间收治的40例患者为对照组;2022年7月~2022年12月间收治的40例患者为研究组,对照组用常规护理,研究组用整体护理干预。纳入标准:①患者明确诊断《骨科疾病诊断标准》^[3]中胸腰椎压缩性骨折的诊断标准中,将神经症状无异常的腰椎骨折患者入选为研究对象,采用后路开放椎弓根螺钉内固定治疗的患者;②年龄满18岁的患者;③无糖尿病、心脏病、高血压等基础疾病的患者;④取得患者于其监护人的同意并授权。排除标准:①有神经疾病病史,或者截瘫患者;②有严重精神病,长期处于不清醒状态下的患者;③存在多种合并病症不适用手术治疗的患者。

1.2 方法

对研究组的患者和对照组的患者进行后路开放椎弓根螺钉内固定手术进行治疗,对研究组的患者进行随访患者表示非常满意,而对对照组的患者进行随访患者表示比较满意,由此可见,患者们对后路开放椎弓根螺钉内固定手术的一致认可。对照组在患者入院时,通过向患者讲解医院的环境等常规护理干预,帮助患者快速适应医院环境。手术后,针对患者的伤口护理、引流管护理、体位护理以及出院指导等常规护理措施,为患者提供社会支持和关爱。而

研究组对患者采用了整体护理模式进行干预。(1)成立了整体护理小组,小组成员包括两名主治医师、一名麻醉科医师、一名康复治疗师、一名护士长和两名责任护士。主治医师和麻醉医师制定了多种模式的镇痛方案,康复治疗师和床位护士制定了早期功能锻炼计划。护士长和床位护士负责指导患者进行康复锻炼,并进行多方面的健康宣传教育。(2)术前护理:在术前护理方面,患者入院时,医护人员积极与患者沟通,建立良好的护患关系,并介绍医院的环境和医护人员信息,帮助患者快速适应治疗环境,营造舒适安静的休息环境。医护人员还关心患者的需求,及时帮助其疏导不良情绪,帮助患者重建积极心态。总的来说,通过对研究组和对照组患者进行不同的护理模式干预,可以看出整体护理模式对于患者的满意度更高,更能够帮助患者恢复功能,并提供综合性的医疗与护理服务。为其介绍疾病知识、治疗方案及术后康复计划、必要时可组织病友们互动交流,使其以正确态度面对自身疾病并积极配合相应治疗护理工作。为预防术后呕吐,在术前可酌情给予氟哌利多、地塞米松、托烷司琼三联止吐药物;为预防口干,于术前给予药物时应避免使用干燥剂,可用阿托品或湿棉签替代东莨菪碱行嘴唇擦拭。(3)术中干预:积极主动与患者沟通,及时了解患者的各项身体特征和心理状况,及时缓解患者的紧张情绪,再次嘱咐患者手术治疗的相关注意事项,配合主治医师做好协调和手术工作,并严格遵照无菌原则操作。严密监测患者的心率、血压等各项生命体征,加强各方面的保暖工作防止术后因失温带来的不良反应。(4)术后干预:术后抗感染和镇痛处理^[6]:医护人员会根据患者的具体情况,根据医嘱及时给予抗感染药物和镇痛药物。同时,密切观察患者的感染指标和疼痛评估情况,并及时调整药物剂量,确保患者的疼痛得到有效控制,预防术后感染的发生。术后干预的另一个重要方面是康复宣教和心理疏导^[8]:医护人员会向患者和家属详细解释手术后的恢复过程和注意事项,指导患者如何进行自我护理和康复锻炼,以加速康复进程。同时,对于术后可能出现的心理压力和恐惧,医护人员会进行积极的心理疏导,为患者提供支持和安慰。

②皮肤护理:尽量使用平卧硬板床,保证脊柱处于功能位,有利于局部疼痛减轻,且在疼痛未发生时,于疼痛处给予按摩、冰敷及热敷等措施。因此,责任护士需定时采用Braden压力性损伤量表进行风险评估。对于日常清洁主张以温水擦浴为主;在压力性损伤高危患者背部涂抹凡士林或植物油(防褥疮),并及时进行翻身护理,1次/2h;并按时间询问患者卧床舒适度;同时每班评估患者切口

敷料情况,有渗液及其他异常及时通知医生进行处理。③饮食指导:叮嘱患者及其监护人,在术后给患者提供高热量、易消化并富含膳食纤维和蛋白质食物,每日顺时针环形按摩腹部,约10min/次,促进食物消化及大便的排出。定期进行营养风险筛查,根据评分情况予以肠内或肠外营养支持^[5]。④疼痛干预:因疾病本身、术中操作(椎旁肌肉剥离、牵拉等)等因素影响,术后24h内常伴随切口疼痛,不利于患者术后康复,需要采取有效镇痛方案^[6]。所以需要病人进行严密的医学观察和VAS评估,对于VAS评分低于四分之一的病人,需要床位医师协同麻醉师制定不同的针对性镇痛方案,将无痛治疗、无痛检查真正落实到位,减轻病人的痛苦使病人轻松度过治疗过程。

1.3 观察指标和评价标准

(1)统计两组患者的并发症发生情况,包括尿潴留、便秘等。

(2)心理状态,采用焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)和抑郁自评量表(Self-Rating Depression Scale, SDS)^[7]评估焦虑、抑郁状态,两个量表均包含20个项目,采用4级评分法,总分数与心理状态呈反比。

(3)采用脊柱日本骨科协会评估治疗(Japanese Orthopedic Association Scores, JOA)^[8]系统评估脊柱功能恢复情况,总分6~29分,得分越高说明脊柱功能恢复越好。

1.4 统计学方法

采用SPSS22.0处理数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用t检验;计数资料以[n(%)]表示,组间比较采用 χ^2 检验,以P<0.05差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组并发症发生情况的比较

研究组的并发症总发生率低于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)(表1)。

表1 两组并发症发生情况的比较[n(%)]

组别	腹胀	便秘	尿潴留	下肢深静脉血栓	总发生
对照组 (n=40)	5 (12.5)	6 (15.0)	7 (17.5)	4 (10.0)	18 (45.00)
研究组 (n=40)	1 (2.5)	0 (0.0)	1 (2.5)	0 (0.0)	2 (5.0)
χ^2 值					5.455
P值					0.020

2.2 两组患者心理状态比较

干预后两组SAS评分、SDS评分较治疗前均显著下降,差异有统计学意义(P<0.05)。见表2。

表2 两组患者心理状态比较($\bar{x} \pm s$)单位:分

组别	例数	SAS评分		SDS评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	40	58.77 ± 5.52	45.54 ± 4.01	59.74 ± 5.34	43.54 ± 5.22
研究组	40	58.67 ± 5.53	40.11 ± 5.12	59.76 ± 5.29	40.18 ± 5.10
t值		0.086	5.601	0.018	3.118
P值		0.932	<0.001	0.986	0.002

2.3 两组脊柱功能恢复评估

术前两组JOA评分差异无统计学意义(P>0.05);术后一周与术前比,研究组JOA评分显著高于对照组,差异有统计学意义(均P<0.05),见表3。

表3 两组患JOA评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	JOA评分	
		术前	术后1周
对照组	40	12.15 ± 2.14	20.32 ± 2.15 [*]
研究组	40	11.99 ± 2.10	21.98 ± 2.53 [*]
t值		0.396	3.708
P值		>0.05	<0.05

3 讨论

脊柱位于背部的正中,是人体的支柱,其上端与颅骨连,下端达尾骨尖^[9]。后路开放椎弓根螺钉内固定手术是有效的治疗方式之一,因脊柱骨折的特殊性,有多数患者经手术后未辅以有效的护理干预,则不仅影响康复效果,还会导致并发症。本研究将整体护理干预应用在脊柱骨折患者的围手术期康复中,在结果中发现,研究组的术后并发症要远低于对照组,对比(P均<0.05)。整体护理模式可以加快患者康复的速度,住院期间,责任护士结合患者的文化程度、自护能力、心理状态及需求,为其提供整体的护理措施,有助于提高患者的配合度,从而促进术后康复。本研究在术前和术后对患者JOA评分,干预后评分较对照组更高(P<0.05)。这是因为整体护理规避了脊柱骨折所有术后护理的风险,极大地提升了康复水平。张红杏等^[10]通过对胸腰椎压缩性骨折手术患者开展责任制护理,在此过程中发现患者的并发症明显有所降低,在生活质量方面得到显著的提升,与本研究结果基本一致。本次研究中,干预后两组的SAS、SDS评分数据均有明显下降,数据显示对照组高于研究组(P均<0.05)。分析原因为,整体护理通过术前、术后对患者心理问题的干预,降低了患者的负性情绪,提高了治疗的信心。

综上所述,整体护理模式可以提升患者的心理健康水平、减轻焦虑、抑郁等负面情绪,对减轻疼痛和提高脊柱康复水平都有积极效果,有利于患者的康复。

参考文献:

[1]徐冰.创伤性脊柱骨折手术患者凝血功能变化规律及危险因素分析[J].血栓与止血学,2021,27(3):539-540.
 [2]宋莹莹,张岚,刘秀梅,等.多学科协作干预对腰椎术后恐动症患者康复结局的影响[J].护理学杂志,2019,34(9):76-79.
 [3]李锋,冯建书,聂喜增.骨科疾病诊断标准[M].北京:科学技术文献出版社,2009:71-76.
 [4]韩利朵,杜苗.综合康复护理对预防脊柱骨折术后患者下肢疼痛和深静脉血栓形成的影响[J].血栓与止血学,2019,25(1):151-152.
 [5]胡向宁,张玲玲,张悦,等.不同护理措施对脊柱微创手术患者围手术期护理效果及疼痛感改善情况的影响[J].中国药物与临床,2020,20(12):2090-2092.
 [6]王素芳.平衡罐辅助治疗对高龄脊柱骨折微创治疗术后并发症及疼痛程度的影响[J].护理实践与研究,2021,18(14):2132-2134.
 [7]阎容穆,杨鑫,曹凡,等.关于脊柱生物力学研究中动物模型解剖的研究进展[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2021,21(18):133-135.
 [8]孙兵,车晓明.日本骨科协会评估治疗(JOA评分)[J].中华神经外科杂志,2013,29(9):969.
 [9]张毅锋.创伤性脊柱骨折多节段损伤66例临床分析[J].中外医疗,2008,27(9):22-23.
 [10]张红杏,张娟.责任制护理在胸腰椎骨折术后护理中的应用效果及对患者并发症发生情况的影响[J].临床医学研究与实践,2022,7(20):178-180.