

老年髌骨骨折手术护理中整体护理方案中的实施价值分析

李倩

河北保定徐水区妇幼保健院

摘要:目的: 临床案例对比了解整体护理对于髌骨骨折老年患者的应用效果与价值。方法: 选取92例髌骨骨折老年患者根据护理方案的不同分别纳入对照组与观察组, 对照组患者接受常规髌骨骨折围术期护理, 观察组患者接受髌骨骨折围术期整体护理。结果: 接受常规髌骨骨折围术期护理的对照组患者手术时间、术后下床时间、住院时间分别为(89.24±7.93) min、(15.41±2.08) h、(16.04±1.26) d, 接受髌骨骨折围术期整体护理的观察组患者对应数据分别为(88.62±8.05) min、(11.20±1.75) h、(13.31±1.45) d; 两组患者护理干预前SAS/SDS评分差异无统计学意义(P>0.05), 接受常规髌骨骨折围术期护理的对照组患者干预后SAS/SDS评分分别为(51.93±3.07)分、(48.56±3.74)分, 接受髌骨骨折围术期整体护理的观察组患者干预后SAS/SDS评分分别为(45.31±2.27)分、(42.05±2.85)分; 接受常规髌骨骨折围术期护理的对照组患者护理评价中不满意、基本满意、非常满意以及满意率数据分别为7(15.22%)、19(41.30%)、20(43.48%)、39(84.78%), 接受髌骨骨折围术期整体护理的观察组患者对应数据分别为1(2.17%)、15(32.61%)、30(65.22%)、45(97.83%)(P<0.05)。结论: 围术期整体护理的实施能够整体提升髌骨骨折患者术后恢复效率、维持患者积极心理状态。

关键词: 老年髌骨骨折手术护理; 整体护理方案; 实施价值分析

【DOI】10.12252/j.issn.2096-6288.2022.05.088

前言

基于老年群体生理状态持续退化趋势以及各类疾病综合影响下, 骨折是该群体中罹患率较高的疾病, 往往由于外力作用以及自身病理变化基础综合作用下造成, 其中髌骨骨折是严重程度、治疗难度整体较高的骨折类型之一, 外科治疗是髌骨骨折的主要治疗方式之一, 此次调研由此展开探讨, 希望通过临床案例的比对分析了解整体护理在髌骨骨折患者中的应用效果, 具体研究过程见下。

一、资料与方法

(一) 临床资料

选取92例髌骨骨折老年患者作为研究对象进行护理干预与比对观察, 所有选取案例均为2021年1月至2021年12月期间收治患者, 将所有患者根据护理方案的不同分别纳入对照组与观察组, 对照组46例患者中男性24例, 占比52.17%, 女性22例, 占比47.83%, 组内患者年龄范围65岁至74岁, 年龄均值(59.61±1.04)岁, 骨折类型中股骨颈骨折17例, 股骨转子间骨折19例, 股骨转子下骨折10例, 骨折部位中左侧髌骨骨折患者21例, 右侧髌骨骨折患者25例, 基础合并症中骨质疏松症

患者19例, 消化性溃疡患者13例, 慢性阻塞性肺疾病患者5例, 糖尿病患者2例, 高血压患者5例, 高脂血症患者7例, 骨折原因中交通意外12例, 跌倒坠落15例, 碾压损伤8例, 碾压损伤3例, 其他原因致伤8例; 观察组46例患者中男性23例, 占比50.00%, 女性23例, 占比50.00%, 组内患者年龄范围65岁至75岁, 年龄均值(59.57±1.12)岁, 骨折类型中股骨颈骨折16例, 股骨转子间骨折18例, 股骨转子下骨折12例, 骨折部位中左侧髌骨骨折患者22例, 右侧髌骨骨折患者24例, 基础合并症中骨质疏松症患者20例, 消化性溃疡患者12例, 慢性阻塞性肺疾病患者5例, 糖尿病患者3例, 高血压患者6例, 高脂血症患者6例, 骨折原因中交通意外13例, 跌倒坠落14例, 碾压损伤8例, 碾压损伤4例, 其他原因致伤7例; 已使用数据分析软件对两组患者基线资料比对分析, 确定组建差异无统计学意义(P>0.05), 患者及其家属均知情同意治疗与护理内容, 议题经本院医学伦理委员会审批通过。

纳入标准: 经症状表现、外伤病史、影像学检查综合分析确定符合髌骨骨折临床诊断标度良好的患者案例。

排除标准：合并严重颅脑损伤、多器官功能损伤/衰竭、严重系统功能障碍、精神障碍、恶性肿瘤、严重传染性疾病、严重感染、心肺功能不全、肝肾功能异常、ASA麻醉评估第三/四/五/六级患者。

（二）方法

对照组患者接受常规髌骨骨折围术期护理，包括术前健康教育、术前准备护理、治疗护理，术中常规开展辅助操作，完成术中配合、巡回等基础护理内容，术后根据时期与阶段开展麻醉复苏护理、术后基础护理、疼痛护理、生活护理以及康复护理，患者出院前根据其个体基础情况予以居家护理指导与康复训练指导，叮嘱复查时间以及居家休养注意事项^[2, 3]。

观察组患者接受髌骨骨折围术期整体护理，实施开展前对髌骨骨折患者护理流程进行整体梳理，并根据院内治疗流程将护理分为三部分：第一部分为患者入院后只术前阶段，此阶段护理核心为患者疾病，根据患者骨折情况、症状特点以及治疗需求予以治疗护理，积极为手术治疗提供术前护理准备；术前1d至术后整体情况稳定前为第二阶段，该阶段护理核心为患者心理护理与舒适护理，术前针对患者情绪表现与心理状态特点予以适当情绪引导，为恐惧、焦虑、紧张情绪特点的患者从语言沟通、健康教育两方面予以改善引导，尝试通过提高疾病与治疗认知调整患者负面状态，术后针对患者疼痛、体位、治疗等方面综合需求予以舒适护理，同时注意保护患者隐私需求，合理使用镇痛药物与物理干预方式缓解术后疼痛与不适感；待患者整体情况基本稳定后进入第三阶段，该阶段以患者康复护理作为护理核心内容，根据患者机体整体情况制定开展康复训练，前期以被动活动为主，后续根据个体能力逐步开展主动练习与负重练习，该阶段注意根据训练量以及患者其他合并症综合情况制定合适饮食计划^[4, 5]。

（三）观察指标

对比两组患者临床指标，纳入观察与对比的指标项目包括手术时间、术后（首次）下床时间、住院时间。

对比两组患者护理干预前后心理状态，使用SAS焦

虑评价量表以及SDS抑郁评价量表作为衡量体系，最高分80分，50-59分为轻度焦虑/抑郁，60-69分为中度焦虑/抑郁，70-80分为重度焦虑/抑郁。

（四）统计学分析

使用SPSS 29.02数据分析软件进行数据整合与分析处理， $(\bar{x} \pm s)$ 作为数据体现形式时t参与相关检验，n%作为数据体现形式时， χ^2 作为后续检验项， $P < 0.05$ 表示对比项目有统计学意义。

二、结果

（一）两组患者手术时间均值差异较小，无统计学意义（ $P > 0.05$ ），接受髌骨骨折围术期整体护理的观察组患者术后下床时间以及住院时间均值均短于接受常规髌骨骨折围术期护理的对照组患者，组建差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），具体见表1。

表1 两组患者临床指标对比「 $(\bar{x} \pm s)$ 」

指标项目	对照组 (n=46)	观察组 (n=46)
手术时间/min	89.24±7.93	88.62±8.05*
术后下床时间/h	15.41±2.08	11.20±1.75 [#]
住院时间/d	16.04±1.26	13.31±1.45 [#]

注：与对照组相比，[#] $P < 0.05$ ，* $P > 0.05$ 。

（二）两组患者护理干预前SAS/SDS评分差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），接受髌骨骨折围术期整体护理的观察组患者干预后SAS/SDS评分均低于接受常规髌骨骨折围术期护理的对照组患者，组建差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），具体见表2。

表2 两组患者护理干预前后SAS/SDS评分对比「 $(\bar{x} \pm s)$ 分」

时期	评估项目	对照组 (n=46)	观察组 (n=46)
干预前	SAS	59.24±3.19	58.95±3.22*
	SDS	54.62±4.05	54.59±4.10*
干预后	SAS	51.93±3.07 [▲]	45.31±2.27 [▲]
	SDS	48.56±3.74 [▲]	42.05±2.85 [▲]

注：与对照组相比，[#] $P < 0.05$ ，* $P > 0.05$ ；与干预前相比，[▲] $P < 0.05$ ，[△] $P > 0.05$ 。

（三）接受髌骨骨折围术期整体护理的观察组患者护理满意度高于接受常规髌骨骨折围术期护理的对照组患者，组建差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），具体见表3。

表3 两组患者护理满意度对比「n%」

护理评价	对照组 (n=46)	观察组 (n=46)
不满意	7 (15.22%)	1 (2.17%) [#]
基本满意	19 (41.30%)	15 (32.61%) [#]
非常满意	20 (43.48%)	30 (65.22%) [#]
满意率	39 (84.78%)	45 (97.83%) [#]

注：与对照组相比，[#]P<0.05，*P>0.05。

三、讨论

(一) 术前护理

1. 心理护理

老年髌骨骨折的病人，大多是因为意外跌倒造成的，这种情况发生得很突然，再加上老年病人本身就有一些特殊的心理特征，害怕自己会成为家人的包袱，生活不能自理等，所以容易产生不同程度的负面心理，还有人会选择放弃治疗，选择轻生。术前应加强对病人和家属的宣传，做好病人和家属的心理疏导。护士应该在第一时间，对病人的身体状况进行全面的了解，并对病人的身体状况进行评价，然后积极地向病人介绍医院的周围环境，向他们介绍医院里的医疗水平以及先进的设备，让病人能够更快地融入自己的治疗环境中，并配合医生进行治疗。要尊重老人的生活习惯，尽量满足他们的需求，向他们解释适当运动的作用和对康复的重要意义，让他们有足够的自信，同时也让他们意识到不良的情绪会对他们的康复产生不利的影响，增加护理依从率，提高护理质量。

2. 生活护理

建议多吃一些含有丰富蛋白质、高热量、高维生素、对钙的吸收有促进作用的食物。例如：牛奶、豆浆、水果、蔬菜等等。

3. 做好术前准备

为确保手术的安全性，术前8-12小时内不能进食，4小时内不能喝水。术前要做好被褥和术区皮肤的准备工作，做好准备工作时要小心，避免刮伤，准备好后要做好准备工作。嘱咐病人戒烟、戒烟。

(二) 术后护理

1. 术后病情观察

密切监测患者的生命体征，并加强对患者的巡视，

密切监测患者的心电图。维持低流量吸入氧气，并使引流管处于负压。要严格执行无菌操作，对引流液的数量、颜色、性质进行观察并对其进行记录，要及时进行吸痰，还要对病人进行咳嗽、咳痰等方面的指导，还要定期帮助病人翻身，并用手轻轻地敲击背部，这样可以更好地帮助病人排出体内的分泌物，同时还要保证呼吸道的通畅。

2. 预防并发症

如果情况许可，可以帮助患者每2小时翻身一次，这样可以减轻皮肤的压力，同时可以对受压处和骨突处做皮肤按摩，同时要注意做好皮肤的清洁。要及时对患者的下肢进行观察，看是否有肿胀，疼痛及肢体发热等表现，建议患者在治疗过程中要尽早进行患肢的主动运动，以促进血液循环，防止血栓形成。

(三) 术后康复护理

在骨折手术中，康复训练是一种非常有效的方法，对于老年人来说，预防其并发症是非常必要的。在对病人进行功能训练的过程中，护士应该用耐心、理解的态度来对待病人，并帮助病人进行训练，还要时刻关注病人的康复情况，并随时调整训练的时间，还要注意观察病人的心理反应，对于病人取得的任何一点进展，都要给予积极的肯定和表扬，从而增强病人的自信心，让患者可以加快康复的速度。

综上所述，对髌骨骨折老年患者开展围术期整体护理能够提升护理质量与术后恢复效率、辅助维持患者积极心理状态。

参考文献

[1] 秦丽, 李会娟, 黄婷婷, 惠洁琼, 张晶. 全方位护患沟通模式联合心理干预对髌骨骨折患者遵医行为、负性情绪及并发症的影响[J]. 中国初级卫生保健, 2019, 33(11): 117-119.

[2] 龙芳, 张玲, 贾玉娥, 龙雪艳, 周新立. 多学科协作下的ERAS理念在老年髌骨骨折患者围手术期护理中的应用效果[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6(11): 169-171.