

探讨胸腔镜下多发肋骨骨折内固定术的术后 护理效果分析

郭 丹

(辽宁省大连市中心医院 , 辽宁 大连 116033)

摘 要 **目的:**探究胸腔镜下多发肋骨骨折内固定术的术后护理效果。**方法:**将我院 2018 年 3 月 - 2019 年 3 月接收的 62 例行胸腔镜下多发肋骨骨折内固定术的患者纳入研究范围,应用随机数字表的方式对其平均分组,分别应用综合护理方式(观察组)进行术后护理干预及常规护理干预方式(对照组)进行术后干预,对比护理效果。**结果:**经研究,观察组的术后生活质量、护理满意度评分、显著优于对照组,差异显著, $P < 0.05$ 。**结论:**应用综合护理干预方式对患者进行术后护理干预,有利于提升患者术后生活质量,提升预后质量。

关键词 胸腔镜;多发肋骨骨折;内固定术;护理效果

中图分类号:R 473 文献标识码:B 文章编号:1673—6567(2022)019—0078—04 DOI 编号:10.13214/j.cnki.cjotadm.2022.019.020

多发肋骨骨折指的是患者有 2 根或者 2 根以上的肋骨出现骨折情况,人体肋骨共由 12 对组成,肋骨平均分布在患者胸部两侧位置,肋骨前部与胸骨相连,后部与胸椎相连,以此构成人体的胸部。但是一旦受到胸部损伤,大都会出现多发肋骨骨折病症,该病症的患病原因大都是由于受到外力影响而导致^[1]。老年患者也可能由于骨质疏松、骨质软化等因素导致,肋骨肿瘤也会导致肋骨出现病理性骨折情况。患者患病后,大都会出现局部疼痛,吸气过程中软化的胸壁会向内部凹陷,呼气时胸壁凸出^[2],由于该病症严重影响患者正常生活,所以必须及时采取手术方式进行干预,且在手术治疗后,必须采用必要的护理措施以缓解患者病痛,提升患者康复效率,所以本研究就胸腔镜下多发肋骨骨折内固定术的术后护理效果进行分析。现报告如下。

临床资料

1 一般资料:将我院 2018 年 3 月 - 2019 年 3 月接收的 62 例行胸腔镜下多发肋骨骨折内固定术的患者纳入研究范围,并应用随机数字表的方式对其平均分组,观察组患者 31 例,包含男 17 例,女 14 例;年龄 18 - 75 岁,平均年龄为(47.63 ± 8.33)岁;车祸致伤 14 例,跌倒致伤 6 例,高空坠落致伤 2 例,重物砸伤 9 例。对照组患者 31 例,包含男 18 例,女 13 例;年龄 21 - 78 岁,平均年龄为(47.87 ± 8.51)岁;车祸致伤 15 例,跌倒致伤 7 例,高空坠落致伤 4 例,重物砸伤 5 例。(1)纳入标准:2 组患者均经临床诊断确诊为多发肋骨骨折患者,年龄均在 18 岁以上。(2)排除标准:排除妊娠期或者哺乳期的患者;排除凝血功能障碍的患者;排除存在手术禁忌证的患者。对 2 组患者的一般资料各项数值进行对比,数值间不存在较大差异性, $P > 0.05$,可用以研究。

2 方法:对照组采用常规护理干预方式进行护理。在手术后,为患者提供舒适的治疗环境,及时进

行心理疏导,及时叮嘱患者应用药物。观察组采用综合护理措施进行术后干预,具体护理措施如下:(1)体位护理。在患者处于麻醉状态时,应保持患者的平卧位,并将患者头部偏向一侧位置,以减少呕吐物误吸情况的出现,待麻醉药效消失,血压稳定后,应取患者的半卧位,并适当抬高床头,抬高角度以 40°左右为宜,将水垫帮助患者垫在臀部,每间隔 2 小时帮助患者换 1 次水垫,并为患者变换 1 次体位,并及时对患者的尾骶部分进行按摩。(2)呼吸道护理。术后给与患者鼻导管、面罩吸氧,结合患者血氧饱和度的变化情况对氧流量进行适当的调整,及时对胸腹带包扎的松紧程度进行检查,在进行机械通气的过程中,需要对氧气进行湿化,维持每天 3 次的雾化吸入,在这个过程中要结合患者的实际情况帮助其叩背,鼓励患者自主咳嗽咳痰,并对痰液的基本情况(色、质、量)仔细观察。教授患者正确咳嗽及呼吸的方式,若是患者咳痰困难,应及时进行吸痰干预(压迫器官刺激患者咳嗽或使用鼻导管刺激法促使患者主动咳痰),减少患者呼吸道内的分泌物,以此降低呼吸道阻塞的可能性。(3)观察患者病情变化情况。手术顺利结束后,将患者护送回病房,实施心电监护,结合患者的实际病情,确定监测脉搏、呼吸、血压的频率,一般情况下控制在 15 - 30 分钟监测 1 次,对患者口唇、面色、血氧饱和度等变化情况进行仔细的观察,对哈运转双肺呼吸音情况仔细听诊,注意观察患者是否出现呼吸窘迫症状。(4)引流管干预。护理人员要确保胸腔引流装置始终处于密闭状态,水封瓶长玻璃管要插入水中 3cm 左右,要特别注意不能插入过深,否则会导致患者出现胸内积血、积气难以排出的问题,如果插入过浅,患者可能出现将瓶内空气倒吸入胸腔的现象。如果要对引流瓶进行更换,或是转运患者,首先要将引流管上段双层夹闭,避免胸膜腔中进入空气。要将引流管妥善的合

理的固定,水封瓶液面要和引流管胸腔出口平面之间相差 60cm 左右,且水封瓶液面更低,要对引流管是否出现堵塞、折叠、扭曲等问题密切监测,要对其经常挤压,确保能够顺畅的引流,对水封瓶中水柱出现的波动情况仔细观察,需要及时检查患者伤口是否存在感染情况,及时更换药物,对引流液的颜色及量进行观察,以及观察是否溢出气体,术后若是引流管出现弯折、阻塞或者脱出,应及时更换,一般情况下术后 2-3 天引流量会大幅度降低,颜色向浅色转变,不会溢出气体,1 天后引流液不超过 50ml,待患者病症好转(X 线胸片结果显示肺良好膨胀、没有出现漏气问题、患者能自主呼吸)后拔除引流管。拔除引流管后要密切关注患者是否出现以下不良症状,如胸闷、难以正常呼吸、切口漏气、出血、渗液、皮下气肿等。(5)疼痛干预。由于肋骨骨折后,患者疼痛会比较严重,大部分患者在呼吸或者咳嗽的过程中疼痛感会加剧,导致患者不敢进行深呼吸、咳嗽,尤其是患者体质不佳、有慢性肺部疾病患者严重时甚至会出现支气管阻塞或者肺不张及神经性低血压病症等严重并发症,这就需要护理人员能够及时使用胸带固定并应用药物缓解患者病痛,要注意的是要慎重使用吗啡、杜冷丁、可待因等强效止痛药物,这些药物均具有抑制呼吸的效果,会降低患者咳嗽反射。若是患者疼痛严重,还可以应用持续硬膜外麻醉方式进行干预^[3]。护理人员在患者咳嗽排痰的过程中可以按压其胸部,降低胸部正压,对缓解疼痛十分有效。(6)康复护理。在手术后 6 小时,教授患者进行肺功能锻炼(深呼吸、腹式呼吸、吹气球)的方式,叮嘱患者每次最好坚持 10 分钟,每天进行 3 次锻炼。手术当天鼓励患者锻炼握拳,术后 1 天指导患者屈伸肘部,术后 2 天指导患者梳头,术后 3 天指导患者运动上臂;术后 4 天指导患者运动肩部,鼓励患者每次坚持 5-10 分钟,每天锻炼 3 次。鼓励患者病情稳定后尽早下床运动,这样有利于肺复张,符合拔管条件要尽早将胸腔闭式引流管拔除。(7)从饮食方面给予患者指导。叮嘱患者多食用鱼、蛋等高维生素、高蛋白、高营养的食物,这些食物有利于伤口快速愈合;告知患者不能使用辣椒、咖啡等具有刺激性的食物,避免刺激机体分泌大量的胃酸而导致肠胃不舒适;叮嘱患者戒烟酒。(8)心理护理。术后患者疼痛感剧烈,再加上过于担心手术的效果,导致其出现较为严重的焦虑、恐惧等不良情绪,护理人员在护理操作中要态度和蔼,要让患者感受到真诚,要结合图片使用通俗易懂的语言告知患者手术十分成功以及良好的术后效果,告知患者疼痛感是正常现象,告知患者术后早期康复训练对恢复的重要作

用,使其认识到遵医嘱行为对病情恢复的重大影响,提高患者治疗和护理依从性,帮助其树立成功治疗的自信心。(9)出院指导。详细告知患者出院后的注意事项,叮嘱患者每个月复查 1 次,坚持 3 个月,后面的复查时间结合自身实际病情遵医嘱进行调整。叮嘱患者要多休息,不能进行重体力活动,要保持均衡的营养,采取有效的措施预防呼吸道感染。

3 观察指标:应用生活质量自评表。对 2 组患者的躯体功能、社会功能、情绪功能、活力、生理功能、心理功能、精神状态各项生活指标进行评估,分数与生活质量呈正比^[4]。使用本院自制护理满意度评分量表。对 2 组患者的主动服务、健康宣教、心理疏导、护理责任心、病房环境各项护理满意度指标进行评估,分数和护理满意度呈正比。观察并发症出现情况。主要观察肺不张、急性心力衰竭等,并发症发生率 = 发生例数/总例数 × 100%^[5]。使用汉密顿抑郁量表。对患者的抑郁、精神焦虑、睡眠障碍、激越、迟缓、躯体焦虑各项心理状态指标进行评估,分数和心理状态呈反比^[6]。

4 统计学方法:将 2 组效果录入 SPSS22.0 软件。计量资料检验行 t ,表示用 $(\bar{x} \pm s)$,计数资料表示用百分比(%),检验行 χ^2 , $P < 0.05$ 是统计学意义成立的依据。

5 结果

5.1 2 组患者生活质量评分对比:2 组护理前无统计学意义($P > 0.05$);护理后观察组的生活质量显著高于对照组,差异显著, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 2 组患者生活质量评分对比($\bar{x} \pm s$,分, $n = 31$)

指标	时间	观察组	对照组	t 值	P 值
躯体功能	护理前	65.26 ± 4.37	65.11 ± 4.32	0.135	0.892
	护理后	84.79 ± 5.23	75.37 ± 3.22	8.539	0.000
社会功能	护理前	62.38 ± 4.51	62.56 ± 4.67	0.154	0.877
	护理后	83.94 ± 5.62	71.92 ± 3.34	10.236	0.000
情绪功能	护理前	64.82 ± 4.42	64.35 ± 4.36	0.421	0.674
	护理后	82.67 ± 4.95	71.82 ± 4.31	9.204	0.000
活力	护理前	65.26 ± 4.31	65.82 ± 4.45	0.503	0.616
	护理后	83.54 ± 4.29	72.25 ± 4.33	10.312	0.000
生理功能	护理前	64.84 ± 4.68	64.35 ± 4.25	0.431	0.667
	护理后	83.95 ± 5.22	72.28 ± 4.29	9.616	0.000
心理功能	护理前	65.81 ± 4.59	65.28 ± 4.31	0.468	0.641
	护理后	84.26 ± 5.37	73.22 ± 4.94	8.424	0.000
精神状态	护理前	64.58 ± 4.62	64.31 ± 4.23	0.239	0.811
	护理后	83.25 ± 5.14	71.66 ± 4.32	9.610	0.000

5.2 2 组患者护理满意度评分对比:2 组护理前无统计学意义($P > 0.05$);护理后观察组的护理满意度评分高于对照组,差异显著, $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 2 组患者护理满意度评分对比($\bar{x} \pm s$,分, $n = 31$)

指标	时间	观察组	对照组	t 值	P 值
主动服务	护理前	73.26 ± 3.14	73.51 ± 3.19	0.310	0.756
	护理后	93.78 ± 4.26	85.12 ± 4.03	8.222	0.000
健康宣教	护理前	72.84 ± 3.52	72.73 ± 3.51	0.123	0.902
	护理后	92.98 ± 4.11	83.36 ± 3.67	9.720	0.000
交流能力	护理前	74.16 ± 3.84	74.67 ± 3.82	0.524	0.602
	护理后	93.16 ± 4.38	84.28 ± 3.65	8.671	0.000
操作水平	护理前	72.73 ± 3.49	72.64 ± 3.31	0.104	0.917
	护理后	92.94 ± 4.53	84.61 ± 3.76	7.878	0.000
住院环境	护理前	73.45 ± 4.12	73.11 ± 4.06	0.327	0.744
	护理后	93.63 ± 4.91	84.24 ± 3.63	8.562	0.000

5.3 2 组患者并发症发生率对比:观察组并发症发生率低于对照组,差异显著, $P < 0.05$ 。见表 3。

表 3 2 组患者并发症发生率对比($n, \%$, $n = 31$)

组别	其他	肺不张	急性心力衰竭	发生率
观察组	1(3.22)	0(0.00)	0(0.00)	1(3.22)
对照组	3(9.67)	1(3.22)	2(6.45)	6(19.35)
χ^2	-	-	-	4.026
P	-	-	-	0.044

5.4 2 组患者心理状态评分对比:2 组护理前无统计学意义($P > 0.05$);护理后观察组的心理状态评分低于对照组,差异显著, $P < 0.05$ 。见表 4。

表 4 2 组患者心理状态评分对比($\bar{x} \pm s$,分, $n = 31$)

指标	时间	观察组	对照组	t 值	P 值
抑郁	护理前	5.23 ± 2.34	5.31 ± 2.36	0.134	0.893
	护理后	1.42 ± 0.37	2.24 ± 0.56	6.802	0.000
精神焦虑	护理前	4.18 ± 1.37	4.26 ± 1.43	0.224	0.822
	护理后	1.24 ± 0.95	2.17 ± 0.67	4.454	0.000
睡眠障碍	护理前	3.86 ± 1.62	3.72 ± 1.36	0.368	0.713
	护理后	1.61 ± 0.34	2.47 ± 0.56	7.308	0.000
激越	护理前	3.34 ± 1.48	3.61 ± 1.39	0.740	0.461
	护理后	1.29 ± 0.23	2.32 ± 1.24	4.547	0.000
迟缓	护理前	5.16 ± 2.64	5.23 ± 2.71	0.103	0.918
	护理后	1.31 ± 0.42	2.53 ± 0.58	9.485	0.000
躯体焦虑	护理前	3.31 ± 1.82	3.64 ± 1.29	0.823	0.413
	护理后	1.34 ± 0.49	2.67 ± 0.82	7.752	0.000

讨 论

多发肋骨骨折属于当前临床领域常见的胸部外伤,且该病症患者大都合并其他病症,可伴有气胸、血胸等症状,若不能及时采取有效措施对患者病症进行干预,将影响患者正常生活,严重时甚至会危及患者生命,所以临床领域大都采用手术方式对患者病症进行干预^[7]。以往临床中治疗多发肋骨骨折主要采用保守的治疗方式(加压包扎压迫治疗、控制性机械通气治疗、浮动胸壁牵引外固定治疗等),这些治疗方式虽然能够取得良好的疗效,但是存在显著的缺陷,如需要较长的住院治疗时间、患者需要较长的时间恢复、对机体造成严重的损伤、治疗过程中易出现并发症等。胸腔镜下多发肋骨骨折内固定术是医疗技术不断发展的一种新型治疗方法,能将胸腔感染、积血彻底清除,能避免进一步损伤正常组织,安全系数较高^[8]。但是不管是何种手术必然会对患者的机体造成损伤,若不能合理进行护理干预,将会出现多种并发症,对患者的心理和生活产生不良影响。因此,为了将内固定术的治疗效果最大程度的发挥出来,使患者在短时间内恢复,需要为其提供科学的、高效的护理干预措施如综合护理。

应用综合护理干预方式对患者病症进行护理干预,能够合理选择患者体位,减少麻醉期间误吸痰液或者分泌物的情况出现;在好转后,及时改变体位有利于降低压疮的发生风险;通过对患者的呼吸道进行护理干预,有利于维持呼吸正常,合理进行氧气辅助治疗,能够改善患者呼吸功能,维持患者呼吸正常;通过对引流管进行干预,能够降低引流管弯折、阻塞或者脱落情况的发生,确保引流质量;维持术后患者正常的身体机能,能够通过采用止痛药物进行疼痛干预,缓解患者疼痛,提升患者的舒适程度^[9];通过康复护理提升患者机体康复速度,护理效果优于常规护理方式。研究表明,观察组术后生活质量评分主要包括躯体功能为(84.79 ± 5.23)分、社会功能为(83.94 ± 5.62)分、情绪功能为(82.67 ± 4.95)分、活力为(83.54 ± 4.29)分、生理功能为(83.95 ± 5.22)分、心理功能为(84.26 ± 5.37)分、精神状态为(83.25 ± 5.14)分,显著优于对照组,差异显著, $P < 0.05$;观察组护理满意度评分、并发症发生率、心理状态评分,均优于对照组,差异显著, $P < 0.05$ 。可见,应用综合护理方式对胸腔镜下多发肋骨骨折行内固定术进行干预的患者进行术后干预,有利于提升患者的生活质量,改善不良心理状态,尽快恢复患者机体健康,提高患者的认可度^[10]。分析其原因是针对性胸腔镜下多发肋骨骨折内固定术的患者实施