

基于优质护理在脊柱骨折病人围手术期护理中的应用及效果分析

阿耶提古丽·阿不都热衣木

新疆医科大学第六附属医院 新疆 830000

【摘要】：目的：分析脊柱骨折病人围手术期护理中应用不同护理措施效果。方法：2023.1~2024.1 我院接受手术治疗的 70 例脊柱骨折病人，传统组 35 例给予常规围手术期护理；优质组 35 例给予优质围手术期护理；分析不同方案效果差异。结果：术前，两组病人 NRS 评分比较，无差异 ($P>0.05$)；术后 1 周、2 周，优质组 NRS 评分低于传统组 ($P<0.05$)。术前，两组病人焦虑、抑郁评分比较，无差异 ($P>0.05$)；术后 1 周，优质组焦虑、抑郁评分低于传统组 ($P<0.05$)。优质组并发症发生率低于传统组 ($P<0.05$)。结论：对脊柱骨折病人围手术期实施优质护理可有效缓解疼痛，改善心理状态，减少并发症，具有较高的临床应用价值。

【关键词】：脊柱骨折；优质护理；围手术期；并发症

DOI:10.12417/2705-098X.25.22.013

脊柱骨折作为骨科常见创伤，约占全身骨折的 5%-6%，多由高处坠落、交通事故、重物撞击等直接或间接暴力引发^[1]。胸腰段是脊柱骨折的高发部位，其次为颈椎和腰椎，胸椎相对较少，脊柱骨折不仅会导致局部疼痛、活动受限，严重时还可能并发脊髓或马尾神经损伤，引发瘫痪、感觉障碍、大小便功能障碍等，对病人的生活质量和身心健康造成极大影响，及时有效的治疗对于改善脊柱骨折病人预后至关重要，而围手术期护理在整个治疗过程中起着不可或缺的作用^[2]。传统围手术期护理主要侧重于疾病相关的基础护理，如病情观察、术前准备、术后伤口护理等，虽然这些护理措施能在一定程度上保障手术顺利进行和病人术后基本康复，但随着医疗模式的转变以及病人对护理服务质量要求的提高，其局限性逐渐显现。优质护理是一种以病人为中心，强调全面、系统、个性化服务的护理理念与模式。在脊柱骨折病人围手术期，优质护理涵盖从术前心理疏导、身体准备，到术中密切配合、安全保障，再到术后疼痛管理、康复训练指导及并发症预防等各个环节。通过为病人提供全方位、精细化的护理服务，优质护理旨在满足病人生理、心理、社会等多方面的需求，促进病人更好的康复^[3]。基于此，本研究旨在探讨优质护理在脊柱骨折病人围手术期护理中的应用及效果，以期临床护理提供参考。

1 基础资料与方法

1.1 基础资料

采集：2023.1~2024.1 我院接受治疗的 70 例脊柱骨折病人。纳入标准：1.经 X 线、CT 或核磁共振等影像学检查确诊为脊柱骨折；2.均为新鲜骨折，且符合手术指征；3.病人及家属对本研究知情同意，并签署同意书。排除标准：1.病理性骨折，如因肿瘤、结核等原因导致的骨折；2.存在精神疾病或认知障碍，无法配合护理及相关调查；3.妊娠期或哺乳期女性。

依据护理模式不同将病人分为传统组与优质组，各 35 例。传统组：男性 20 例，女性 15 例，年龄 20-63 岁，平均 (42.26 ± 1.14) 岁；骨折部位：颈椎 5 例，胸椎 10 例，胸腰段 12 例，

腰椎 8 例。优质组：男性 22 例，女性 13 例，年龄 21-65 岁，平均 (42.31 ± 1.18) 岁；骨折部位：颈椎 6 例，胸椎 9 例，胸腰段 13 例，腰椎 7 例。各组基础资料多方位较比，数据无统计学意义 $P>0.05$ 。

1.2 方法

传统组实施常规围手术期护理：术前进行常规检查，向病人及家属简单介绍手术相关注意事项；术中配合医生完成手术操作；术后密切观察生命体征、伤口情况，给予饮食指导等基础护理。

优质组实施优质围手术期护理：

(1) 术前护理：①心理护理：主动与病人沟通交流，耐心倾听其内心想法和担忧。运用通俗易懂的语言详细介绍脊柱骨折的治疗方法、手术过程、预期效果及可能出现的并发症等知识，同时展示以往成功治疗的案例，增强病人对手术的信心。②术前准备：指导病人进行呼吸功能训练，如练习深呼吸、有效咳嗽咳痰，以预防术后肺部并发症。对于需长期卧床的病人，提前训练其床上大小便，根据手术部位做好皮肤准备，确保手术区域皮肤清洁。

(2) 术中护理：调节手术室温度在 $22-25^{\circ}\text{C}$ ，湿度在 40%-60%，为病人营造舒适的手术环境。密切监测病人生命体征，包括心率、血压、呼吸、血氧饱和度等，同时关注病人的面色、表情等，及时发现异常情况并报告医生处理。协助病人摆放合适的手术体位，确保体位舒适且不影响手术操作，同时注意保护病人隐私部位。

(3) 术后护理：①疼痛管理：对于轻度疼痛的病人，通过播放音乐、与病人聊天等方式分散其注意力；对于中度疼痛的病人，在分散注意力的基础上，遵医嘱给予口服止痛药物；对于重度疼痛的病人，及时报告医生，必要时给予静脉止痛药物。同时，观察止痛药物的疗效及不良反应。②体位护理：根据手术方式指导病人采取正确体位，如脊柱骨折内固定术后病

人需保持脊柱直线位，定时协助病人轴线翻身，每 2h 1 次，预防压疮形成。在翻身过程中注意观察病人伤口有无渗血、渗液，引流管是否通畅等情况。③饮食护理：术后根据病人胃肠功能恢复情况合理安排饮食。术后 6h 内禁食，6h 后如病人无恶心、呕吐等不适，可给予少量温开水饮用。术后第 1 天，给予清淡、易消化的流质饮食，如米汤、鱼汤等，逐渐过渡到半流质饮食、普食。④并发症预防：鼓励病人深呼吸、有效咳嗽咳痰，定期为病人翻身、拍背，促进痰液排出，预防肺部感染。保持床单清洁、干燥、平整，使用减压床垫，定时按摩病人骨突处皮肤，预防压疮发生。指导病人进行下肢肌肉收缩和关节活动，如踝泵运动，必要时遵医嘱使用抗凝药物，预防下肢深静脉血栓形成。密切观察病人排尿情况，鼓励病人多饮水，保持会阴部清洁，预防泌尿系统感染。⑤康复训练指导：根据病人病情和手术方式，制定个性化的康复训练计划。术后早期指导病人进行双下肢的屈伸运动、直腿抬高运动等，以预防肌肉萎缩和神经根粘连。随着病人病情恢复，逐渐增加康复训练强度，如指导病人佩戴腰围或支具下床活动，进行脊柱的伸展、旋转等功能锻炼，但要遵循循序渐进的原则。

1.3 观察指标

疼痛管理：在术前、术后 1 周、2 周采用数字评分法（NRS）定时评估病人疼痛程度。轻度疼痛（1-3 分），中度疼痛（4-6 分）重度疼痛（7-10 分），分数越高表示疼痛越剧烈。

心理状态：分别于术前、术后 1 周采用医院焦虑抑郁量表（HADS）评估病人心理状态，该量表包含焦虑和抑郁两个亚量表，各 7 个项目，每个项目 0-3 分，得分越高表示焦虑或抑郁程度越严重，其中，0-7 分为正常，8-10 分为可能存在焦虑或抑郁，11-21 分为肯定存在焦虑或抑郁。

并发症发生率：统计两组病人术后肺部感染、压疮、下肢深静脉血栓、泌尿系统感染等并发症发生情况。

1.4 统计学方法

SPSS 27.0 开展数据处理工作。计量资料以“平均值±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）”呈现，t 检验；计数资料以“例数（百分比）[n（%）]”表示， χ^2 检验。当 $P < 0.05$ 的时候，意味差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 两组病人 NRS 评分比较

术前，两组病人 NRS 评分比较，无差异（ $P > 0.05$ ）；术后 1 周、2 周，优质组低于传统组（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

表 1 两组病人 NRS 评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	传统组	优质组	t	P
例数	35	35		

术前	7.56±1.23	7.62±1.18	0.208	0.836
术后 1 周	4.32±0.98	3.15±0.85	5.336	0.000
术后 2 周	3.29±0.74	2.15±0.29	8.486	0.000

2.2 两组病人心理状态比较

术前，两组病人焦虑、抑郁评分比较，无差异（ $P > 0.05$ ）；术后 1 周，优质组低于传统组（ $P < 0.05$ ）。见表 2。

表 2 两组病人心理状态比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别		传统组	优质组	t	P
例数		35	35		
焦虑评分	术前	13.25±2.16	13.31±2.09	0.118	0.906
	术后 1 周	9.87±1.89	7.23±1.56	6.373	0.000
抑郁评分	术前	12.87±2.05	12.92±1.98	0.104	0.918
	术后 1 周	9.56±1.78	7.01±1.43	6.607	0.000

2.3 两组病人并发症发生率比较

优质组并发症发生率低于传统组（ $P < 0.05$ ）。见表 3。

表 3 两组病人并发症发生率比较（n，%）

组别	传统组	优质组	χ^2	P
例数	35	35		
术后肺部感染	3（8.57）	1（2.85）		
压疮	2（5.70）	0（0.00）		
下肢深静脉血栓	2（5.70）	0（0.00）		
泌尿系统感染	1（2.85）	1（2.85）		
总发生率	8（22.82）	2（5.70）	4.200	0.040

3 讨论

脊柱是人体中轴骨骼，有支撑身体、保护脊髓神经根及参与运动的功能。脊柱骨折会破坏其稳定性，影响结构与功能。按部位分颈椎、胸椎、腰椎骨折等，按类型分压缩性、爆裂性、骨折脱位等，均可能引发局部疼痛、肿胀、活动受限，严重时致脊髓损伤，出现瘫痪等。治疗原则为复位、固定和康复，手术可恢复解剖结构等，但有风险，故围手术期护理对治疗效果和预后很重要^[4]。

常规护理在脊柱骨折围手术期能提供生命体征监测、伤口护理等基础服务，满足病人基本生理需求，协助完成术前准备，保障手术进行。优质护理以病人为中心，强调全面个性化服务，术前通过心理护理、成功案例分享等缓解病人紧张，配合呼吸功能训练等细致准备；术中注重环境管理与体征监测，术后采

用多模式镇痛、个性化体位与饮食护理，细致预防并发症，按病情调整康复计划，促进脊柱功能恢复^[5]。

本研究结果显示，术后1周，优质组NRS评分低于传统组，表明优质护理在缓解脊柱骨折病人术后疼痛方面效果显著。优质护理通过术前心理干预减轻病人对疼痛的恐惧，术后采用多模式镇痛及个性化疼痛管理措施，有效降低病人疼痛感受。在心理状态方面，术后1周优质组焦虑、抑郁评分低于传统组，说明优质护理能更好的改善病人心理状态。优质护理在术前、术后持续给予病人心理支持，帮助病人树立信心，积极面对疾病和康复过程，从而有效减轻焦虑、抑郁情绪。优质组

并发症发生率低于传统组，这得益于优质护理全面的并发症预防措施，如呼吸功能训练、体位护理、饮食护理及康复训练指导等，有效降低肺部感染、压疮、下肢深静脉血栓、泌尿系统感染等并发症的发生风险。

综上所述，对脊柱骨折病人围手术期实施优质护理能更有效的缓解病人术后疼痛，改善心理状态，降低并发症发生率，优质护理通过全面、系统、个性化的护理服务，满足病人生理、心理、社会等多方面需求，促进其更好的康复，值得推广应用。

参考文献：

- [1] 韩燕.优质护理对胸腰椎多节段脊柱骨折患者影响[J].中国保健营养,2023,33(3):111-113.
- [2] 刘霞,赵保,于凤宾,等.优质护理在胸腰椎多节段脊柱骨折内固定术后的效果分析[J].中国基层医药,2021,28(12):1909-1911.
- [3] 周曼,王云杉.全程优质护理结合叙事护理在行脊柱骨折合并脊髓损伤手术患者中的应用效果[J].中西医结合护理(中英文),2024,10(6):60-62.
- [4] 黄菲.优质护理应用于经皮椎弓根钉微创手术治疗脊柱骨折患者护理中的应用效果及其对睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2023,10(2):388-390.
- [5] 包景华.全程优质护理对脊柱骨折合并脊髓损伤手术患者康复效果和生活质量的影响[J].中华养生保健,2023,41(15):168-171.