

针对性护理在老年髌部骨折中的应用效果及对术后谵妄的影响

王龙芹 朱萍

江苏省泰州市姜堰中医院 江苏 泰州 225500

【摘要】目的：分析针对性护理在老年髌部骨折中的应用效果及对术后谵妄的影响。方法：纳入2022年10月-2024年10月江苏省泰州市姜堰中医院70例老年髌部骨折患者，均分两组，各35例。对照组开展常规护理，研究组行针对性护理。对比护理效果。结果：研究组不良情绪评分低于对照组（ $P<0.05$ ）；研究组术后谵妄发生率低于对照组，持续时间短于对照组（ $P<0.05$ ）；研究组术后疼痛评分低于对照组（ $P<0.05$ ）；研究组护理满意度高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：在老年髌部骨折患者手术期间采取针对性护理，能够减轻患者的心理负担，降低术后谵妄的发生风险，并可减轻患者的痛苦，提升了护理满意度。

【关键词】老年髌部骨折；针对性护理；术后谵妄；负面情绪；疼痛

DOI:10.12417/2811-051X.26.08.071

髌部股骨颈骨折，股骨粗隆下骨折，是指位于股骨下小到转子下5 cm以内的骨骼发生损伤，通常年龄越大，髌部骨折的发生风险越高^[1]。这种骨折多因意外而导致，会导致髌部疼痛、下肢畸形、站立和行走困难等一系列不良表现，给患者的生活和工作带来了严重的不良影响。老年髌部骨折的重要干预手段是外科手术治疗，其目标是减少骨折部位出血、缓解疼痛，重建骨折部位的稳固支持，让患者尽早恢复正常生活^[2]。另外，受到疼痛、年龄、情绪以及手术刺激等多种因素的影响，老年髌部骨折患者术后谵妄的发生风险较高，这是一种急性、波动性的意识障碍，以注意力不集中、认知功能紊乱、自觉异常、睡眠-觉醒周期紊乱和情绪不稳定为典型表现，会严重影响治疗效果。因此，为了预防谵妄等并发症的出现，促进患者康复，通常还需要开展有效的护理措施。不过传统护理存在流程化的弊端，并不适用于所有患者，因此护理效果并不明显。针对性护理是一种更加有效且科学的护理模式，护理前会深入分析患者的个人情况，结合个体差异性制定护理方案，因人而异，充分体现了个性化的护理理念^[3]。为此，此次将该护理模式应用到了髌部骨折患者的护理中，探究临床应用价值，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入2022年10月-2024年10月江苏省泰州市姜堰中医院70例老年髌部骨折患者，均分两组，各35例。研究组，男19例，女16例，年龄60-83岁，平均（70.22±4.57）岁；手术方式：关节置换术26例，内固定术9例；住院时间9-13 d，均值（11.34±2.36）d。对照组，男20例，女15例，年龄61-85岁，平均（71.59±4.33）岁；手术方式：关节置换术28例，内固定术7例；住院时间9-14 d，均值（11.78±2.91）d。一般资料未见差异（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：（1）年龄≥60岁者；（2）经影像学手段及临床体征确定髌部骨折者；（3）手术前意识清楚；（4）自愿参与研究。排除标准：（1）既往存在相关手术史者；（2）沟通障碍者；（3）合并严重脑血管疾病者。

1.2 方法

对照组开展常规护理，手术之前，进行基本情况评估，开展疾病知识宣教，安抚患者的情绪。手术完成后，遵医嘱指导患者开展康复训练，合理饮食、健康生活，以促进康复。

研究组采取针对性护理：（1）术前：①情绪安抚：心理应激反应严重是造成患者术后出现谵妄的重要因素，故需要在术前和术后有针对性的疏导。手术前，加深与患者的沟通，深入了解患者负面情绪的诱发因素，利用共情心理疏导措施进行干预。交流过程中对患者的担忧、疑虑表示理解和尊重，建立和谐的关系，培养患者对医务人员的信任感。②开展健康教育：利用视频、健康手册等进行宣教，普及手术的优点，讲述可能出现的并发症并详细介绍预防和治疗手段，减轻患者的担忧。通过案例分享的方式，增强患者的自信心，使其可以积极配合。③疼痛控制：患者入院后，则开展疼痛评估，了解患者疼痛程度以及耐受情况，每天1次，以此为指导开展疼痛疏导计划。尽量选取物理缓解手段，如转移疗法、体位更换、中医穴位敷贴、耳穴压豆等措施，非必要情况不使用药物镇痛。开展音乐疗法，遵循患者的喜好，白日里播放一些舒缓的音乐，帮助患者放松身心，减轻痛苦。（2）术后：①环境护理：患者睡眠质量欠佳，也可导致术后谵妄的出现，故需要对病区环境进行干预。控制探视人员，并缩短探视时间，控制室内的温湿度和光线，为患者创造一个舒适、温暖的休息环境。护理和治疗工作尽量集中在一个时间段内，夜晚走路、关门时保持动作轻柔，避免打扰患者休息。②舒适护理：手术前后，为患者选择舒适

的体位，在双腿中间放置软枕隔开，辅助患者翻身，预防局部长时间受压出现压疮。为其按摩下肢，促进血液循环，避免出现下肢血栓。③氧疗：大部分患者术后短期内会存在低氧的情况，这同样会增加谵妄的发生风险。所以，手术后给予氧气吸入，结合实际调整氧流量，通常控制在 1-2L/min，将血氧饱和度维持在 95%以上。④术后疼痛管理：术后疼痛严重者，遵医嘱给予药物干预，并通过体位调整，抬高患肢的方式，促进肿胀消退，减轻疼痛。此外，术后 24-48 h 内为患者进行冷敷，每次 15-20 min，每天 2 次，有助于疼痛缓解。⑤康复护理：当麻醉清醒后，应先观察患者的身体反应，确定无异常情况，指导其开展早期功能康复训练。首先，鼓励患者自主收缩下肢肱四头肌，进行足背背伸练习，促进血液回流。术后 1 天，指导患者进行适当的屈膝、屈髋活动，应注意髋部活动度在 90° 以下。术后 2 天，可以提高训练强度，进行直腿高抬练习，为患者拍摄手术部位 X 线片，确定是否能够开展负重练习。接受内固定治疗的患者不开展此项活动，结合手术方式，合理确定术后康复锻炼的方法。

1.3 观察指标

(1) 负面情绪：于患者入院时以及术后 3d 采取问卷调查的方式进行评估，应用汉密尔顿焦虑量表 (HAMA)、抑郁量表 (HAMD) 评分，临界分值为 7 分和 8 分，分值越高，代表情绪越差。

(2) 谵妄发生率及持续时间：于术后 1d、3d、5d 和 7d 时分别评价，评估工具为谵妄严重程度评估量表 (DRS-R-98)，包含 13 项症状严重程度以及 3 项病因相关性指标，0-39 分，其中 15-20 分代表轻度，21-28 分代表中度，≥29 分代表重度；记录从症状开始到完全消失的天数。

(3) 术后疼痛：于术前和术后 6h、12h、24h 和 72h 时分别评分，工具为视觉模拟量表 (VAS)，0-10 分，分值越高，代表疼痛越严重。

(4) 护理满意度：本院自行制定问卷评估，指标为非常满意、满意、一般满意、不满意。满意度 = (非常满意 + 满意) / 总例数 * 100.00%。

1.4 统计学分析

数据以 SPSS 26.0 分析，计数 n (%)，计量 ($\bar{x} \pm s$)，检验值为 χ^2 、t 检验；P < 0.05 表示有差异。

2 结果

2.1 负面情绪评分比较

研究组负面情绪评分低于对照组 (P < 0.05)。见表 1。

表 1 负面情绪评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	研究组	对照组	t	P
----	-----	-----	---	---

例数	35	35		
HAMA 评分	护理前	20.25 ± 4.78	20.14 ± 4.62	0.098 0.922
	护理后	11.33 ± 1.26	14.78 ± 1.89	8.985 0.000
HAMD 评分	护理前	19.54 ± 3.59	19.21 ± 3.41	0.394 0.695
	护理后	10.22 ± 1.74	13.52 ± 2.26	6.845 0.000

2.2 谵妄发生率及持续时间比较

与对照组相比，出现谵妄人数研究组更少，持续时间更短 (P < 0.05)。见表 2。

表 2 谵妄及持续时间比较

组别	研究组	对照组	t/ χ^2	P
例数	35	35		
轻度谵妄	1	4	-	-
中度谵妄	1	3	-	-
重度谵妄	0	1	-	-
合计	2(5.71)	8(22.86)	4.200	0.040
谵妄持续时间(d)	3.13 ± 0.33	5.24 ± 1.11	10.780	0.000

2.3 术后 VAS 评分比较

研究组术后不同时间段 VAS 评分均低于对照组 (P < 0.05)。见表 3。

表 3 术后 VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	研究组	对照组	t	P
例数	35	35		
术前	5.69 ± 1.78	5.61 ± 1.62	0.197	0.845
术后 6h	3.24 ± 0.78	4.12 ± 0.96	4.209	0.000
术后 12h	2.65 ± 0.63	3.34 ± 0.79	4.040	0.000
术后 24h	2.01 ± 0.43	2.85 ± 0.57	6.960	0.000
术后 72h	1.36 ± 0.23	2.02 ± 0.48	7.336	0.000

2.4 护理满意度比较

研究组护理满意度高于对照组 (P < 0.05)。见表 4。

表 4 护理满意度比较 [n(%)]

组别	研究组	对照组	χ^2	P
非常满意	25	21	-	-

满意	9	8	-	-
一般满意	1	4	-	-
不满意	0	2	-	-
满意度	34 (97.14)	29 (82.86)	3.968	0.046

注：续表 4。

3 讨论

髋部骨折作为老年群体高发的骨科疾病，给患者的健康带来了较为严重的负面影响，需要尽早开展手术治疗，如髋关节置换、髋关节内固定手术等，维持髋部骨骼的稳定性，促进身体康复。但是，因为患者普遍年龄较大，手术治疗可能诱发多种并发症的出现，如感染、血栓和术后谵妄等，这些问题的出现均会降低手术效果，严重可造成患者死亡。其中，谵妄属于老年患者术后高发的并发症之一，表现为意识、感觉障碍，注意力不能集中，具有较高的死亡率，临床对此极其重视；术后谵妄还会增加患者坠床、跌倒的风险，导致再次骨折，增加患者治疗痛苦的同时，延长了术后康复时间^[4]。所以，积极开展护理服务，降低术后谵妄的发生风险，对老年髋部骨折患者术后康复有着重要现实意义。

针对性护理属于当前临床护理领域中的新型护理理念，以传统的护理服务为基础，评估患者的具体情况，深入分析患者的护理需求后，为其制定科学、合理且个性化的护理服务，显著提升了护理质量以及护理效果^[5]。此次研究结果显示，针对

性护理针对性老年髋部骨折围手术期的心理特点制定情绪疏导方案，可有效减轻患者的心理应激反应以及精神压力，降低了术后谵妄的发生风险。此次研究组 HAMA、HAMD 评分较对照组更低， $P < 0.05$ ，证实了这一点。具体来说，针对性护理通过个性化的评估，了解了患者的心理状态，基于评估结果开展健康教育，利用通俗易懂的语言，增强患者的认知控制，减少了因为信息误差或者缺失引起的不安全感^[6-7]。强化家庭支持，为患者构建了一个温暖、支持性的康复环境，使其负面情绪得到缓解。此次研究组术后不同时间点疼痛评分低于对照组， $P < 0.05$ ；提示针对性护理能够减轻患者的痛苦，消除生理因素引起的谵妄发生。这是因为针对性护理通过个体化的疼痛评估，可以了解患者疼痛严重程度以及耐受阈值，运用多种物理疗法，如转移疗法、音乐疗法以及中医疗法等，有效的减轻了患者的痛苦^[8]。同时，这些干预措施的应用，还可以减少镇痛药物的使用，避免药物使用不合理升高术后谵妄的发生风险。研究组患者谵妄发生率、持续时间和护理满意度等指标与对照组相比明显更优， $P < 0.05$ ；说明针对性护理通过对患者术后谵妄相关高危因素进行控制，可以预防术后谵妄，并缩短持续时间，加速了患者康复进程，提升了护理满意度。这可能是因为术后谵妄的发生主要包括疼痛、年龄、心理应激等因素，而针对性护理会根据这些因素制定个性化的护理方案，将上述因素的影响降至最低，从而有效预防了术后谵妄的发生^[9-10]。

总而言之，在老年髋部患者手术治疗期间采取针对性护理，可有效缓解各种因素造成的心理应激反应，减轻术后疼痛，降低术后谵妄的发生风险，并提高了护理满意度。

参考文献：

- [1] 岳增华,贾学勤,张林果,张东芝,孙海滨.全程精细化护理在老年髋部骨折患者围术期中的应用[J].临床医学工程,2024,31(10):1275-1276.
- [2] 杨艳,罗朝霞,黄华平,赵文君.4R 危机理论的护理风险管理在老年髋部骨折患者中的应用效果[J].检验医学与临床,2024,21(17):2594-2597+2601.
- [3] 李慧,贾伟丹,尹姿文.体位管理联合针对性护理在老年人工髋关节置换术后患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(8):106-109.
- [4] 蓝婉婕,覃慧利,黄娟娟,韦艳新,韩苗,蒙莲菊.基于 HELP 模式的集束化干预策略在老年髋部骨折术后谵妄护理中的应用[J].右江民族医学院学报,2024,46(4):646-651.
- [5] 高静,郑梦思.集束化护理联合疼痛护理干预在预防老年髋部骨折术后谵妄中的效果观察[J].贵州医药,2024,48(6):977-979.
- [6] 肖万莲,李娜,陈晓玲,桂自珍,黄天雯.集束化护理在高龄髋部骨折患者围术期的应用[J].中华护理杂志,2023,58(22):2734-2740.
- [7] 吴昕霞,金娟,储小艳,昂扬,梁莹莹,张丽霞.多元化康复护理干预在老年髋部骨折患者围术期中应用[J].安徽医专学报,2023,22(5):65-67.
- [8] 王志清.基于 MDT 的医护一体信息化护理模式应用于老年髋部骨折的效果[J].医学理论与实践,2023,36(10):1746-1748.
- [9] 罗银珍,李青,郭伟伟.中西医结合集束化护理干预在老年髋部骨折术后谵妄患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(16):34-36.
- [10] 孙子蕙.Autar 量表导向的针对性护理干预对老年髋部骨折患者术后下肢 DVT 风险的影响[J].临床研究,2021,29(6):158-159.