

预见性护理联合体位护理在踝关节骨折患者围术期中的应用效果

王中英 王婷祥 杨景丽 袁园 王亚村 宋佳

(河南省南阳市骨科医院 南阳 473003)

摘要:目的 探讨预见性护理联合体位护理在踝关节骨折患者围术期中的应用效果。方法 选取 2021 年 1~12 月就诊的 68 例踝关节骨折患者作为研究对象,依据护理方案不同分成对照组和研究组,每组 34 例。对照组接受常规护理,研究组在常规护理的基础上予以预见性护理联合体位护理。统计对比两组手术指标、并发症发生状况、护理满意度,术前与术后 3、6 个月踝关节功能[美国骨科足踝协会踝-后足评分量表(AOFAS)评分]和心理状况[焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分]。结果 研究组术后住院时间、骨折愈合时间较对照组短,并发症发生率较对照组低($P<0.05$);术后 3、6 个月研究组 AOFAS 评分较对照组更高($P<0.05$);研究组术后 SDS、SAS 评分较对照组更低($P<0.05$);研究组护理满意度高于对照组($P<0.05$)。结论 预见性护理联合体位护理应用于踝关节骨折患者围术期,有助于缩短康复进程,改善踝关节功能,降低并发症发生风险,减轻负性心理,提高护理满意度。

关键词:踝关节骨折;预见性护理;体位护理;常规护理

中图分类号:R683.42

文献标志码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2024.08.033

踝关节于人体活动时进行背伸活动、跖屈活动,而在活动时其负重最大,因此踝关节骨折是最常见的关节内骨折^[1-2]。采用手术治疗踝关节骨折可有效改善临床症状,手术期间需旋转关节暴露骨折端,但传统术中体位摆放无法充分暴露手术位置,影响手术效果,而反复的体位调整会引起负性情绪,增大手术室护理难度^[3-4],故踝关节骨折患者围术期予以体位干预具有积极意义。预见性护理是一种前瞻性的护理模式,可依据病情发展规律与变化特征等预测可能发生的问题,针对性地制订有效的预防方案^[5]。本研究选取医院收治的 68 例踝关节骨折患者作为研究对象,旨在分析预见性护理联合体位护理在围

术期中的价值。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2021 年 1~12 月就诊的 68 例踝关节骨折患者作为研究对象,依据护理方案不同分成对照组和研究组,每组 34 例。两组一般资料均均衡可比($P>0.05$)。见表 1。纳入标准:通过磁共振成像(MRD)、X 线等影像学检查确诊;新鲜骨折;符合手术指征,且顺利完成手术治疗;临床资料完整。排除标准:有手术禁忌证;有凝血功能障碍;有认知障碍或者精神障碍;既往有踝关节手术史;有麻醉禁忌证;术前踝关节功能存在异常或畸形。本研究经医院医学伦理委员会审核批准(审批号:LL-202000008)。

表 1 两组一般资料对比($\bar{x}\pm s$)

组别	n	性别[例(%)]		病位[例(%)]		学历[例(%)]		体质量指数(kg/m ²)	年龄(岁)
		男	女	左踝	右踝	高中及以下	高中以上		
研究组	34	20(58.82)	14(41.18)	18(52.94)	16(47.06)	24(70.59)	10(29.41)	19.9~24.9(22.39±1.16)	39~60(49.68±4.85)
对照组	34	17(50.00)	17(50.00)	15(44.12)	19(55.88)	22(64.71)	12(35.29)	19.7~25.1(22.46±1.24)	38~60(49.03±5.11)
t/χ^2		0.534		0.530		0.269		0.240	0.538
P		0.465		0.467		0.604		0.811	0.592

组别	n	骨折类型[例(%)]					入院至手术时间(d)
		垂直压缩型	旋前外旋型	旋前外展型	旋后外旋型	旋后内翻型	
研究组	34	7(20.59)	9(26.47)	7(20.59)	4(11.76)	7(20.59)	4~7(5.23±0.56)
对照组	34	6(17.65)	8(23.53)	8(23.53)	5(14.71)	7(20.59)	4~7(5.18±0.51)
t/χ^2		0.314					0.385
P		0.989					0.702

1.2 护理方法 两组入院后完善相关检查,均符合手术指征后择期实施手术复位与内固定术,均由同一手术团队实施。对照组接受常规护理干预。术前告知注意事项、手术方式及术后可能出现的并发症,术中配合医护人员予以相关操作,术后密切观察创面恢复状况、术后疼痛状况、患肢感觉等临床指标变化,发现异常后即刻予以有效处理,指导患者进行功能锻炼,给予出院健康指导。研究组在常规护理基础上予以预见性护理、体位护理。术前:除常规检查外,全面评估心理与病情状况,将存在的隐患因素予以及时处理,组织术前讨论,参考患者病历调整治疗措施及护理配合内容,依据病情状况、脏器功能及实验室指标等评估手术麻醉方式、体位选择、创伤等可能带来风险。与患者积极沟通,了解患者对手术过程中存在的顾虑,针对性予以心理疏导,协助树立战胜疾病的信心;静滴甘露醇注射液(国药准字 H20184101),按 1~2 g/kg 剂量给药,抬高患肢,入院后行早期冷敷,冷敷 3~4 次/d,约 15 min/次。如出现水疱不可自行戳破,应经消毒后通过空针将水疱刺破,抽出液体,维持患处干燥,湿毛巾包裹冰块冷敷,不可将冰块直接敷于患处;术前摆成漂浮体位,手术床两侧放侧卧位支架,调节成健侧卧位,健侧大腿开展适当后伸,朝后方屈曲膝关节、小腿,患肢放健腿上方并朝前屈曲;软枕放腋下、两腿间,长垫垫背部,方便身体前倾角、后仰角均能有 45°。术中:麻醉前补平衡液-复方乳酸钠山梨醇注射液(国药准字 H20063705)静滴,500~1 000 mL/次,扩张血管容量以免出现低血压;巡回护士在手术期间需全面了解患者状况,如生命体征以及意识状况等,判断是否产生脂肪栓塞;待复位、固定后,移除软枕、支架,调成仰卧位。术后:预防深静脉血栓:早期开展双下肢的主动功能锻炼、被动功能锻炼,于术前做好疾病的有关知识以及功能锻炼指导,确认患者及家属了解深静脉血栓的负面影响,调动患者主观能动性;术后患肢下垫枕使直腿抬高 5°~10°,促进血液回流;严密观察患肢皮温、水肿状况、颜色等;护理人员定期测患肢周径,若患肢出现低热、疼痛、肿胀等状况时,立即告知医生进行处理。预防感染、压疮:为预防感染,术前 30 min 使用抗菌药物;保障术区敷料的干燥、清洁;鼓励患者多饮水、多食用新鲜蔬菜水

果;定时按摩受压位置,定时翻身,以免发生压疮。术后采用平卧位,制专用软垫,卧床期间使用专用软垫,注意软垫需要符合患肢的生理曲线特点,患肢接触面铺泡沫敷料,利用专用软垫调整患肢高度,确保其高度比身体平面高出约 20 cm,患肢角度、水平面夹角约 30°。关节运动:以踝关节为中心,通过肌肉群收缩和舒张促进关节功能的恢复,通过平卧位开展运动,抬高患肢到水平面 15°左右。护理人员真正关心、爱护、体贴、安慰和护理患者,主动引导患者讲述负性情绪,利用多媒体录像、文字材料、视频、专题知识讲座、病友交流会等多个方式普及术后康复期间注意事项。疼痛干预:严格制动患肢,密切关注切口状况;针对轻度疼痛者,指导掌握腹式呼吸方式来缓解疼痛,同时指导用听音乐、聊天、看电影等方式转移注意力或者放松肌肉、深呼吸等减轻疼痛;温水热敷疼痛位置;疼痛较重者,可告知医生,遵医嘱用镇痛药物予以缓解。饮食干预:结合饮食爱好制定食谱,遵循高蛋白、高钙、高维生素、易消化、清淡原则,多食用蛋、水产品及禽畜肉等。由于患者需卧床休息,鼓励多饮水和食用新鲜蔬果。出院当日告知出院注意事项,做好宣教,并告知患者于术后复诊,复诊内容包括关节功能康复状况、功能锻炼计划执行状况等。两组持续干预至出院,观察效果。

1.3 观察指标 手术指标:术后住院、手术、骨折愈合的时间。并发症发生状况:深静脉血栓、肺部感染、低血压等。踝关节功能:术前及术后 3、6 个月采用美国骨科足踝协会踝-后足评分量表(AOFAS)评价,总分 100 分,分值越高,踝关节功能越好。90~100 分为优,75~89 分为良好,50~74 分为一般,<50 分为差^[6]。AOFAS 信度 Cronbach's α 为 0.819,效度为 0.714,说明信效度良好。满意度:采用纽卡斯尔护理服务满意度量表(NSNS)评估,共分为 19 个项目,每个项目计 1~5 分,总分为 19~95 分,分值越高,护理满意度越好^[7]。信度 Cronbach's α 为 0.837,效度为 0.764,说明信效度良好。其中非常满意、满意、一般满意、不满意、非常不满意的分值依次为 95 分、76~94 分、57~75 分、38~56 分、19~37 分。总满意度 = 满意 + 非常满意。心理状况:护理前后通过焦虑自评量表(SAS)评估焦虑程度,共分为 20 个项目,每个项目为 0~5 分,总分为 0~100 分,焦虑与分值呈负相关,

50 分为其标准分界值,可分为轻度焦虑(50~60 分)、中度焦虑(>60~70 分)、重度焦虑(>70 分)^[8]。SAS 信度 Cronbach's α 为 0.866,效度为 0.825,说明信效度良好。采用抑郁自评量表(SDS)评估抑郁程度,共分为 20 个项目,每个项目为 0~5 分,总分为 0~100 分,抑郁与分值呈负相关,53 分为其标准分界值,分为轻度抑郁(53~62 分)、中度抑郁(>62~72 分)、重度抑郁(>72 分)^[9]。SDS 信度 Cronbach's α 为 0.871,效度为 0.843,说明信效度良好。

1.4 统计学方法 采用 SPSS22.0 软件处理数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验;计数资料以%表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

表 3 两组心理状况对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	SAS				SDS			
		护理前	护理后	t	P	护理前	护理后	t	P
研究组	34	58.76 \pm 3.39	33.65 \pm 3.16	31.593	0.000	59.64 \pm 3.40	32.86 \pm 2.95	34.690	0.000
对照组	34	59.12 \pm 3.67	40.29 \pm 3.08	22.917	0.000	60.22 \pm 3.89	37.58 \pm 3.10	26.540	0.000
t		0.420	8.774			0.655	6.431		
P		0.676	0.000			0.515	0.000		

2.3 两组踝关节功能对比 术后 3、6 个月研究组 AOFAS 评分高于对照组($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组踝关节功能对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	术前	术后 3 个月	术后 6 个月
研究组	34	36.85 \pm 3.38	68.59 \pm 4.75	90.55 \pm 4.52
对照组	34	37.12 \pm 3.50	59.72 \pm 4.62	75.64 \pm 4.63
χ^2		0.324	7.805	13.436
P		0.747	0.000	0.000

2.4 两组并发症发生状况对比 研究组并发症发

表 6 两组护理满意度对比[例(%)]

组别	n	非常满意	满意	一般满意	不满意	非常不满意	总满意
研究组	34	20(58.82)	10(29.41)	3(8.82)	1(2.94)	0(0.00)	30(88.24)
对照组	34	5(14.71)	16(47.06)	8(23.53)	4(11.76)	1(2.94)	21(61.76)
χ^2							6.353
P							0.012

3 讨论

踝关节为重要承重关节,于正常行走或者跑步时需承受 4~5 倍体质量的力量^[10]。踝关节骨折可引发关节僵硬、关节不稳定、疼痛等,对患者日常生活产生负面影响^[11]。有关研究指出,踝关节骨折于全身各处骨折中占比达 11%^[12]。踝关节功能恢复的基础为解剖复位与坚强内固定,为保障手术效果,围术期

2 结果

2.1 两组手术指标对比 两组手术时间相比,差异无统计学意义($P > 0.05$);研究组术后住院、骨折愈合时间短于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组手术指标对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术后住院时间(d)	手术时间(min)	骨折愈合时间(周)
研究组	34	8.75 \pm 2.35	75.97 \pm 3.45	6.73 \pm 1.35
对照组	34	12.37 \pm 2.84	76.22 \pm 3.56	8.15 \pm 2.01
t		5.726	0.294	3.420
P		0.000	0.770	0.001

2.2 两组心理状况对比 研究组护理后 SDS 评分、SAS 评分均明显低于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

生率低于对照组($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 两组并发症发生状况对比[例(%)]

组别	n	深静脉血栓	低血压	肺部感染	合计
研究组	34	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
对照组	34	3(8.82)	2(5.88)	1(2.94)	6(17.65)
χ^2					4.570
P					0.033

2.5 两组护理满意度对比 研究组护理满意度(88.24%)高于对照组(61.76%)($P < 0.05$)。见表 6。

需辅以相应护理,以提高手术效果。

外科手术成功的基础是手术体位,而手术团队的成员均需重视手术体位的变化,而随着科技的进步,临床对于外科手术的要求也在随之改变^[13]。预见性护理为护理领域提出的一种新型护理理念和方式,其由医护人员对患者的具体状况给予提前分析,探讨可能出现的问题,并制定针对性、详细地预判干

预措施,可有效提高护理效果^[4]。董玉香^[5]报道显示,老年股骨颈骨折患者接受预见性护理干预之后,心理状态得到缓解,术后疼痛明显减轻,术后并发症的发生率显著下降,且生活质量与护理满意度均得到提高。说明预见性护理在骨折预后中可起到积极作用。故本研究将其应用于踝关节骨折患者围术期,结果显示研究组术后 SDS、SAS 评分少于对照组 ($P<0.05$),说明预见性护理联合体位护理可改善患者心理状况。分析原因可能为,术前全面评估患者心理状况,针对性地制定干预措施,有助于减轻负性心理,并通过和患者沟通的方式,解答患者疑虑,可缓解患者因对疾病认知不清而产生的负性心理,进一步改善心理状态,术后用知识讲座、视频、病友交流会、文字材料、录像等方式普及术后康复期间注意事项,可增强患者康复信心,最终达到减轻不良心理状况的目的。

本研究结果显示,研究组术后住院时间、骨折愈合时间均短于对照组,AOFAS 评分高于对照组 ($P<0.05$)。由此可知,预见性护理联合体位护理应用于临床时,可缩短康复进程,促进踝关节功能恢复。体位护理中在术前采用漂浮体位,术中待完成复位与固定后,移除软枕与支架,体位变成仰卧位,可减小手术期间肢体活动度,降低因无菌单移动引起的术野污染风险,避免因肢体活动度导致的复位不佳等状况,有助于术后康复。此外,在术后康复锻炼中利用专用软垫将患肢抬高,便于体位固定,促进静脉回流,保障骨折端周围神经营养供给与血供,促进骨折愈合与踝关节功能的恢复。研究组并发症发生率低于对照组 ($P<0.05$),提示预见性护理联合体位护理可有效保障安全性。术前通过病情状况、脏器功能、实验室指标等评估手术风险,分别制定对深静脉血栓、感染、压疮等预防性措施,能明显降低并发症的发生率,提高预后效果。

此外,本研究结果还显示,研究组护理满意度更高 ($P<0.05$),说明踝关节骨折患者围术期予以预见性护理联合体位护理有助于提高患者的护理满意度。术前心理干预有助于创建良好的护患关系,可增加患者对于医护人员的认可度,而在术后并发症预防中,针对可能出现深静脉血栓、感染、压疮等并发症提前预防措施,可有效规避并发症的发生,增加患

者的生理舒适度,提高满意度。此外,体位护理中针对不同阶段的需求予以相应的体位调整,有助于患者早期康复,进一步增加护理满意度。

综上所述,踝关节骨折患者围术期予以预见性护理联合体位护理,有利于缩短康复进程,减轻负性心理,促进踝关节功能恢复,并提高患者护理满意度。预见性护理属于前瞻性干预措施,其对于参与护理人员的要求较高,需具备丰富的踝关节骨折患者围术期护理经验,了解并发症发生的诱因,才能提前采取预防性措施,降低不良事件的发生风险,提高预后效果。本研究不足之处主要在于样本量较少,可能存在研究结果偏移的问题,故后续可进行多中心研究,扩大样本量,对本研究结果予以论证,以确认研究结果的准确性与科学性。

参考文献

- [1]黄强,徐向阳,杨崇林,等.踝关节镜在诊治 Danis-Weber B 型踝关节骨折伴下胫腓联合损伤中的意义[J].中华创伤骨科杂志,2018,20(6):482-486.
- [2]徐厚高,程宇,冯炜炜,等.踝关节骨折合并三角韧带断裂术中修复与不修复深层三角韧带的疗效比较[J].中国骨与关节损伤杂志,2020,35(12):1314-1316.
- [3]姜辉.术中同期韧带修复治疗踝关节骨折伴三角韧带断裂疗效及预后影响因素探讨[J].中国医学工程,2021,29(3):89-93.
- [4]田薇,吴明珑.体位适应性训练对髋关节置换术后体位性低血压的护理干预研究[J].骨科,2019,10(4):344-347.
- [5]曹子君,王亚兰.预见性护理理念配合凝胶体位垫预防胸腰椎多节段脊柱骨折后路内固定术后急性压力性损伤疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2019,28(31):3523-3526.
- [6]Kostuj T,Stief F,Hartmann KA,et al.Using the oxford foot model to determine the association between objective measures of foot function and results of the AOFAS ankle-hindfoot scale and the foot function Index: A prospective gait analysis study in Germany[J].BMJ Open,2018,8(4):e019872.
- [7]边雪梅,叶慧.优质化细节护理对颅内动脉瘤患者术后并发症和心理状态及护理满意度的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2019,26(9):1148-1151.
- [8]Yue T,Li Q,Wang R,et al.Comparison of hospital anxiety and depression scale (HADS) and zung self-rating anxiety/depression scale (SAS/SDS) in evaluating anxiety and depression in patients with psoriatic arthritis[J].Dermatology,2020,236(2):170-178.
- [9]周大平,艾乐群,谭文峰.浮针联合穴位贴敷对周围性面瘫病人疗效、面部残疾指数量表评分及抑郁自评量表评分的影响[J].安徽医药,2021,25(9):1862-1865.
- [10]张文.活血舒筋接骨方加减分期治疗对踝关节骨折术后功能恢复的影响[J].中国中医药科技,2022,29(3):460-461.
- [11]杜苗,韩利朵.快速康复理念下护理干预在踝关节骨折患者术后恢复中的应用[J].检验医学与临床,2019,16(20):3063-3066.
- [12]刘杰,宋才,梁西俊,等.踝关节骨折切开复位内固定术后患者踝关节功能影响因素分析[J].新乡医学院学报,2019,36(11):1044-1047.
- [13]刘大海,李海波,苟永胜,等.不同体位及牵引质量对股骨颈骨折后髋关节囊内压的影响[J].中国组织工程研究,2019,23(36):5846-5849.
- [14]王中英.风险识别框架下的预见性护理在跟腱断裂术后患者中的应用效果[J].中国民康医学,2023,35(18):187-189.
- [15]董玉香.预见性护理干预对老年股骨颈骨折患者术后疼痛程度及生活质量的影响分析[J].黑龙江医学,2022,46(3):339-341,345.

(收稿日期: 2023-11-23)