

全方位护理对改善多发肋骨骨折合并肺挫裂伤患者术后疼痛及睡眠质量的作用

郭宝钰

天津市武清区中医医院 天津 301700

摘要：目的：分析全方位护理在多发肋骨骨折合并肺挫裂伤患者中的应用效果。方法：选取2023年11月-2024年11月本院68例多发肋骨骨折合并肺挫裂伤患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组34例，行常规护理，观察组34例，行全方位护理，比较两组护理效果。结果：观察组的疼痛（VAS）、睡眠质量（PSQ）评分和并发症发生率均明显低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：治疗多发肋骨骨折合并肺挫裂伤患者时，实施全方位护理，能减轻疼痛，提高睡眠质量，减少并发症，值得推广。

关键词：全方位护理；多发肋骨骨折；肺挫裂伤；疼痛；睡眠质量

近些年，人们生活方式改变，环境越发复杂，各种意外事故频发，如高空坠落伤、车祸伤等，骨折概率明显增加。在所有骨折中，多发肋骨骨折常见，且大多并发肺挫裂伤，不仅影响脏器，还侵犯神经、血管等，致死率高^[1]。术后患者卧床时间长，有明显疼痛，一般难以有效咳痰，易产生并发症，例如肺部感染等。接受手术前后，患者均有明显疼痛，尤其麻醉消失后，受疼痛影响，患者难以忍耐，加大治疗难度。实施常规护理时，按医嘱干预，采取基础措施，难以减轻疼痛，患者夜间睡眠差，并发症多，恢复速度慢^[2]。采取全方位护理，了解疼痛原因，掌握患者需求，护理时兼顾每个细节，以改善预后。本研究以多发肋骨骨折合并肺挫裂伤患者为对象，分析全方位护理效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2023年11月-2024年11月本院68例多发肋骨骨折合并肺挫裂伤患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组34例，男17例，女17例，年龄为41-73岁，平均年龄（ 56.28 ± 5.16 ）岁；4例坠落伤，11例摔伤，19例交通事故伤。观察组34例，男18例，女16例，年龄为42-74岁，平均年龄（ 56.44 ± 5.12 ）岁；4例坠落伤，12例摔伤，18例交通事故伤。两组一般资料（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：进行影像学检查，证实多发肋骨骨折，即 ≥ 2 根肋骨骨折，患者有外伤史，触之有压痛、疼痛^[3]，同时存在肺挫裂伤；存在手术指征；有完整病例；沟通能力正常；自我认知清晰；知情同意本研究。

排除标准：精神系统疾病；凝血功能障碍；恶性肿

瘤；免疫系统障碍；肝肾功能障碍。

1.2 方法

对照组行常规护理，介绍疾病常识，疏导负面情绪，观察生命体征，监测恢复情况，术后待生命体征稳定后，开展康复锻炼，提醒注意事项。观察组基于对照组，行综合护理，主要内容有：

1.2.1 术前干预

加强环境护理，做好灭菌消毒工作，将手术药品、器械等备好，调控室内温湿度。掌握患者骨折情况、肺挫裂伤情况，面向患者、家属进行宣教，讲解手术流程、常见并发症等，提醒注意事项。和患者积极沟通，评估其心理状态，给予个性化疏导。提供术前指导，传授床上咳嗽、翻身及排便等技巧。

1.2.2 术中干预

患者抵达手术室后，要予以安抚，秉持无菌理念，监测生命体征，做好保暖工作，输注液体前先加热，采取保温毯盖住非术区，防止由于低体温导致应激。和医生密切配合，尽可能减少手术用时，术中要维护患者隐私。

1.2.3 术后干预

①强化基础干预：及时清洁皮肤，保证无残留血液、消毒液等，将被子盖好，维护患者隐私，同时为其保暖。加强安全管理，可添加防护栏，防范患者坠床，地面不能过于湿滑，预防跌倒等。②体位干预：术后先选择平卧位，引导患者侧偏头部，防范呕吐物、分泌物误吸，患者全麻清醒后，检验血压，如果相对稳定，可根据肺挫伤位置，适当调整体位，建议选择半卧位，从而增加舒适度。③观察生命体征：进行心电图检查，观察患者心电变化，关注患者脉搏、呼吸等，定时记录，

即15-30min/次。监测患者面部表情，如有异常马上反馈。④疼痛干预：采取疼痛（VAS）量表，对疼痛程度进行评估，面对疼痛患者可能有错误认知，可能过于恐惧，介绍疼痛机制、缓解疼痛方法等，纠正其认知。讲解常用镇痛药，提醒注意事项，给予患者安抚，减轻负面情绪。监测患肢血液循环，如有局部肿胀，马上告诉医生，注意防范并发症。对于疼痛较轻者，可采取聊天法，帮助其转移注意力，对于疼痛严重者，按照医嘱选择止痛药。定时更换体温，一般为2h/次，对患肢进行按摩，改善血液循环，减少压疮等。⑤睡眠干预：保证病房环境干净、安静，尽量消除噪声，减少夜间护理操作，尽量集中在白天，可于入睡前饮用温牛奶，或者用温水泡脚，令其放松身心，提高睡眠质量。⑥切口干预：检验切口情况，观察伤口是否有发热、红肿等表现，敷料是否渗液、渗血等，一旦有异常要马上处理，令敷料始终干燥，防范细菌感染。每次更换敷料时，要放轻放柔动作，防止痛苦感加重。⑦饮食干预：术后选择清淡食物，多补充维生素、优质蛋白，加强机体免疫力，注意不能食用刺激性食物、生冷辛辣食物。⑧引流管干预：关注引流液情况，包括性状、量等，保证引流管通畅，密闭性好，定期挤压引流管，防范其堵塞。监测引流管水柱，评估其波动情况，如有异常马上向医生反馈。⑨呼吸道干预：对于呼吸不顺畅者，可提供吸

氧，以调节肺通气，及时清洁口鼻分泌物。传授有效咳嗽法，提供针对性指导，如有必要可辅助吸痰、排痰，防范肺部感染等。⑩康复训练：结合患者病情，制定康复计划，保证循序渐进开展锻炼。观察生命体征，待其稳定后，早期先于床上活动，帮助其活动四肢，尽量减小活动范围，包括肩关节、踝关节等，进行肺功能训练，包括腹式呼吸、缩唇呼吸等，尽快改善呼吸功能。术后1d，开展床边训练，保证患者能耐受，依据恢复情况，酌情延长活动时间、增加强度。

1.3 观察指标

评价疼痛程度：采用VAS量表，有0-10分，从无痛-剧痛^[4]。评价睡眠质量：采用睡眠质量（PSQ）量表，包括使用睡眠药物、睡眠效率、睡眠潜伏期、主观睡眠质量、白天功能障碍、睡眠障碍和睡眠时间，均为0-3分，总分21分，分值越高，睡眠质量越差^[5]。评价并发症：包括压疮、肺不张和肺炎等^[6]。

1.4 统计学方法

SPSS28.0处理数据，（ $\bar{x} \pm s$ ）与（%）表示计量与计数资料，分别行 t 与 χ^2 检验， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疼痛程度比较

观察组干预后1、3和5d的VAS评分均明显低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。详见表1。

表1 两组疼痛程度比较[$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	干预前VAS评分（分）	干预后1d VAS评分（分）	干预3d VAS评分（分）	干预后5d VAS评分（分）
观察组	34	6.25±1.24	5.25±1.03	4.25±1.06	3.25±0.24
对照组	34	6.31±1.22	5.82±1.11	5.25±1.05	4.15±0.23
t	/	0.201	2.195	3.908	15.787
P	/	0.841	0.032	0.000	0.000

2.2 两组睡眠质量比较

干预后观察组得睡眠药物、睡眠效率、睡眠潜伏期、主观睡眠质量、白天功能障碍、睡眠障碍和睡眠

时间评分均明显低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。详见表2。

表2 两组睡眠质量比较[$n(\bar{x} \pm s)$]

指标	时间	观察组（ $n = 34$ ）	对照组（ $n = 34$ ）	t	P
睡眠药物	干预前	1.81±0.12	1.83±0.11	0.716	0.476
	干预后	0.22±0.01 ^a	1.02±0.10 ^a	46.416	0.000
睡眠效率	干预前	2.33±0.21	2.35±0.18	0.422	0.675
	干预后	0.61±0.12 ^a	1.48±0.20 ^a	21.750	0.000
睡眠潜伏期	干预前	2.36±0.24	2.39±0.20	0.560	0.577
	干预后	0.53±0.11 ^a	1.33±0.12 ^a	28.655	0.000
主观睡眠质量	干预前	2.31±0.25	2.33±0.22	0.350	0.727
	干预后	1.51±0.15 ^a	1.83±0.18 ^a	7.963	0.000
白天功能障碍	干预前	1.56±0.18	1.58±0.14	0.511	0.611

续表:

指标	时间	观察组 (n = 34)	对照组 (n = 34)	t	P
白天功能障碍	干预后	0.56±0.13 ^a	0.92±0.12 ^a	11.865	0.000
	干预前	2.52±0.17	2.55±0.13	0.817	0.417
睡眠障碍	干预后	0.77±0.11 ^a	1.82±0.14 ^a	34.387	0.000
	干预前	2.06±0.17	2.04±0.19	0.457	0.649
睡眠时间	干预后	1.27±0.12 ^a	1.93±0.18 ^a	17.789	0.000

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$ 。

2.3 两组并发症比较

观察组的并发症发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表3。

表3 两组并发症比较[n(%)]

组别	例数	压疮	肺不张	肺炎	发生率
观察组	34	1	0	1	5.88
对照组	34	4	2	4	29.41
χ^2	/	/	/	/	6.476
P	/	/	/	/	0.011

3 讨论

肋骨骨折为常见病,针对多发肋骨骨折,常并发肺挫裂伤,有较高风险。患者多用手术治疗,实施骨折复位,面对疾病、手术,患者多缺乏认知,伴有紧张、不安等情绪,不利于术后恢复^[7]。长期观察发现,同时联合精细化、优质护理,是提升预后的关键。

实施全方位护理,掌握患者病情,了解其各项需求,实施差异化、前瞻性护理。术前开展各项检查,确保准备充分,开展心理疏导,巩固、纠正患者认知,提升其配合度,防范因情绪过激引发应激反应。遵循无菌理念开展各项操作,进行体位、体温干预,关注生命体征,全程配合患者,尽量减轻创伤。术后选择舒适体位,从饮食、切口等多方面进行干预,特别是要镇痛,提高睡眠质量。研究结果显示和对照组比,观察组的干预后1、3和5d的VAS评分均更低($P < 0.05$),代表该模式能减轻疼痛,减少手术应激。观察组的睡眠药物、睡眠效率、睡眠潜伏期、主观睡眠质量、白天功能障碍、睡眠障碍和睡眠时间评分均更低($P < 0.05$),表示该模式可提高睡眠质量,改善健康状态。观察组的并发症发生率更低($P < 0.05$),表明该模式能减少并发症,如压

疮、肺不张等。说明应用全方位护理可提升患者预后,促进疾病好转,加快恢复进程。

综上所述,治疗多发肋骨骨折合并肺挫裂伤患者时,实施全方位护理,能减轻疼痛,提高睡眠质量,减少并发症,值得推广。

参考文献

[1]张晓岚,陈丽媛,黄婧倩,范玉茹.前瞻性护理在多发肋骨骨折伴肺挫裂伤患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2024,30(18):72-75.

[2]徐婉铃.疼痛评估与针对性护理对改善多发肋骨骨折患者生活质量的应用效果[J].黑龙江医药,2024,37(4):990-992.

[3]吴晨星,余家树.影像学成像与判定肋骨骨折关系探讨[A].法医临床学专业理论与实践——中国法医学会·全国第十八届法医临床学学术研讨会论文集[C].中国法医学学会法医临床专业委员会,中国法医学会,2015:2.

[4]林静静,李骏,刘明玲,庄阿红,卢燕玲,洪美娜.前瞻性护理对多发肋骨骨折合并血气胸行胸腔闭式引流的干预分析[J].实用中西医结合临床,2023,23(14):113-116.

[5]尤丽妮,田淼,武静.快速康复外科理念下的护理干预在多发肋骨骨折患者围术期的应用效果[J].中外医疗,2024,43(20):161-164.

[6]余娜.多发肋骨骨折合并降主动脉破裂出血及创伤性湿肺患者的术后护理[J].中华急危重症护理杂志,2024,5(2):121-124.

[7]王闪.多发肋骨骨折合并血气胸胸腔闭式引流术系统性与常规护理效果比较研究[J].河南外科学杂志,2024,30(1):188-191.