

[11] 吴征元,杜佳溪,孙悦,等. 糖尿病对带状疱疹病人的预后影响及其危险因素研究[J]. 中国疼痛医学杂志,2021,27(4):262-268.

[12] 张中义,司马蕾,刘波涛,等. 脊髓电刺激与脉冲射频治疗老年带状疱疹神经痛的临床研究[J]. 中华神经医学杂志,2019,18(10):1025-1030.

[13] 袁改能,徐锐,施丽燕,等. 脉冲射频温度和时长对带状疱疹后神经痛疗效影响的临床研究[J]. 中国疼痛医学杂志,2020,26(10):753-757.

[14] 刘奎玲,李晓强,孙雪华. 利多卡因凝胶贴膏联合加巴喷丁治疗带状疱疹后神经痛[J]. 中国疼痛医学杂志,2021,27(5):386-389.

[15] 李艳,文业成,王佳丽,等. 梅花针放血治疗带状疱疹后遗神经痛疗效观察[J]. 实用中医药杂志,2020,36(5):657-658.

[16] 刘劲洲,蒋宗滨. 电压门控离子通道与带状疱疹

后神经痛[J]. 中国疼痛医学杂志,2021,27(3):208-211.

[17] WANG L, QIU L, ZHENG X, et al. Effectiveness of electroacupuncture at Jiaji acupoints (EX-B 2), plus moxibustion and intermediate on postherpetic neuralgia: A randomized controlled trial[J]. J Tradit Chin Med, 2020, 40(1):121-127.

[18] WANG M, ZHANG J, ZHENG L, et al. Ultrasound-guided continuous thoracic paravertebral infusion of methylene blue in the treatment of postherpetic neuralgia: A prospective, randomized, controlled study[J]. Pain Ther, 2021, 10(1):675-689.

(收稿日期:2022-12-16 修回日期:2023-02-19)

• 护理研究 •

循证护理模式在不稳定骨盆骨折患者围手术期护理中的应用研究

赵柠楠

(郑州市骨科医院微创骨科,河南 郑州 450000)

【摘要】 目的 探讨循证护理模式在行微创内固定术治疗的不稳定骨盆骨折患者围手术期中的应用效果。**方法** 选取 2021 年 2 月至 2022 年 2 月该院收治的不稳定骨盆骨折患者 56 例,按随机数字表法将其分为对照组和观察组,每组 28 例。对照组采用传统护理干预模式,观察组采用循证护理模式。比较 2 组干预前后视觉模拟量表(VAS)、Majeed 功能评分量表、护理质量评分及术后感染率。**结果** 干预前,2 组 VAS、Majeed 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,2 组 VAS、Majeed 评分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。干预前,2 组 HAMA、HAMD 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,2 组 HAMA、HAMD 评分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组护理质量评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组术后感染率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 针对行微创内固定术治疗的不稳定骨盆骨折患者实施循证护理干预,可促进患者骨盆功能恢复,减轻患者疼痛感,提升护理质量,降低术后感染率。

【关键词】 循证护理模式; 不稳定骨盆骨折; 微创内固定; 骨盆功能

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2023.13.029

中图分类号:R47

文章编号:1009-5519(2023)13-2306-04

文献标识码:B

不稳定骨盆骨折常因交通事故伤引发,具有较高发病率。如不稳定骨盆骨折错失了最佳治疗时机,会造成死亡和致残,严重威胁患者健康和生命安全^[1]。骨盆骨折微创治疗以最小创伤进行盆腔骨折复位固定,可减少患者痛苦。微创内固定术在不稳定骨盆骨折治疗中具有明显效果,如在围手术期给予合理护理指导,可避免感染发生,促进患者恢复^[2]。循证护理的应用可及时指出护理中存在的问题,为患者提供专业的护理服务^[3]。本研究探讨了循证护理模式在行

微创内固定术治疗的不稳定骨盆骨折患者围手术期中的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2021 年 2 月至 2022 年 2 月本院不稳定骨盆骨折患者 56 例,按随机数字表法将其分为对照组和观察组,每组 28 例。纳入标准:(1)经影像学检查确诊为骨盆骨折;(2)临床资料完整,可供随时查阅;(3)了解研究内容,自愿签署同意书。排除标准:(1)精神异常;(2)恶性肿瘤;(3)血液疾病;(4)

心肺肾功能异常。对照组中男 16 例,女 12 例;年龄 22~77 岁,平均(49.35±3.12)岁。观察组中男 17 例,女 11 例;年龄 22~75 岁,平均(49.32±3.21)岁。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 护理方法

所有患者均行微创内固定手术治疗。对照组采用传统护理干预模式:对患者生命体征进行密切观察,严格依照护理流程开展护理服务,如患者疼痛感明显则上报医生,根据患者实际病情给予合理剂量镇痛药物干预,减轻疼痛感。观察组采用循证护理模式,具体如下。(1)成立循证护理小组:组员包含护士长 1 名、责任护士 4 名;组织小组成员参与专业化培训,培训内容为循证护理相关知识及护理技能;小组成员之间可进行讨论,明确不稳定骨盆骨折围手术期存在的潜在问题,并制订解决方案。(2)提出循证护理问题:严重创伤患者极易发生创伤性休克,患者创伤后极易发生呼吸窘迫综合征、多发性骨折、大血管损伤等。因此,采取何种方式对患者生命体征、意识状态、骨折局部状况、疼痛感等进行准确观察成为护理服务中关键性步骤。通过查找文献、阅读资料,与自身护理知识、工作经验及患者实际病情等相结合,拟定合理护理计划。(3)实施循证护理措施:①急救干预。不稳定骨盆骨折患者多伴其他脏器损伤。因短时间大量出血,血液循环量会明显减少,从而易导致患者出现休克症状。依照创伤性休克患者病情发展情况及严重程度,及时、准确地判定患者病情,给予抗休克治疗,帮助患者维持稳定的正常呼吸、循环状态。在接收患者后给予呼吸干预,保证患者呼吸顺畅和循环功能处于稳定状态;依照患者病情,采用多功能心电监护仪对患者生命体征进行监测(每 15~30 分钟 1 次);对不稳定骨盆骨折患者实施失血性休克抢救,如休克危及患者生命安全,需及时建立静脉通道,方便对患者进行补液干预;同时准确指出出血部位,及时采取止血干预、清创缝合、填塞加压措施;针对未明确出血部位的患者,及时查找出血点,做好输血工作准备。②合并泌尿系统伤护理:如不稳定型骨盆骨折患者合并尿道、膀胱组织损伤时,导尿管长期留置成为必不可少的操作。当尿管插入尿道断端时,可经 B 超观察实际情况,通过注水试验对膀胱破裂情况进行诊断。对于导尿大于 72 h 的患者,尿管中会有细菌繁殖,引发泌尿系统感染,从而增加留置导尿管感染率;选择粗细、软硬适宜的导尿管,可降低在插入导尿管时对尿道的刺激和损伤;做好固定,避免发生脱落,同时应定期清洁尿道口和外阴部位;让

患者多饮水,促进排尿,小便后使用碘伏棉球擦拭尿道口,合理冲洗。③增强康复意识:将功能锻炼方法告知患者,并宣教早期康复的重要性。依照患者病情变化,鼓励患者积极配合训练、循序渐进,使患者对疾病恢复充满信心。

1.2.2 判定指标

(1)疼痛评估:干预前后采用视觉模拟量表(VAS)^[4]对骨折疼痛情况进行评估,分值为 0~10 分,分值越低表明疼痛感越轻。(2)骨盆功能评估:干预前后采用 Majeed 功能评分量表对骨盆功能进行评估,分值为 0~100 分,分值越高表明骨盆功能越好。(3)抑郁、焦虑情绪评估:采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)对抑郁程度进行评估。量表共 24 项,使用 likert 5 级评分法,其中小于 8 分为无抑郁,≥8 分为有抑郁症状。同时采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)^[5]对焦虑程度进行评估。量表共 14 项,使用 likert 5 级评分法,其中小于 7 分为无焦虑,≥7 分为有焦虑症状。(4)护理质量评估:采用本院自制的量表对护理质量进行评估。该量表总分为 100 分,包含基本护理(40 分)、病房管理(30 分)、护患关系(30 分),分值越高表明护理质量越好。(5)术后感染率比较:比较 2 组术后感染率。

1.3 统计学处理 采用 SPSS25.0 软件进行统计学处理。计数资料以率或百分比表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组 VAS、Majeed 评分比较 干预前,2 组 VAS、Majeed 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。干预后,2 组 VAS、Majeed 评分比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组 VAS、Majeed 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	VAS 评分		Majeed 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	28	6.32±1.02	2.12±0.36	51.23±2.18	95.78±4.32
对照组	28	6.35±1.05	4.18±0.41	51.26±2.21	83.12±4.16
t	—	0.108	19.978	0.051	11.170
P	—	0.914	<0.001	0.959	<0.001

注:—表示无此项。

2.2 2 组 HAMA、HAMD 评分比较 干预前,2 组 HAMA、HAMD 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。干预后,2 组 HAMA、HAMD 评分比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

2.3 2 组护理质量评分比较 观察组护理质量评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

2.4 2 组术后感染率比较 观察组术后感染率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 2 2 组 HAMA、HAMD 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	HAMA 评分		HAMD 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	28	11.32±2.12	5.32±1.35	13.35±2.08	6.15±1.21
对照组	28	11.35±2.08	8.12±1.21	13.32±2.06	8.05±1.18
t	—	0.080	12.251	0.081	8.938
P	—	0.936	<0.001	0.935	<0.001

注:—表示无此项。

表 3 2 组护理质量评分($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	基础护理	病房管理	护患关系	总分
观察组	28	30.12±1.32	27.35±1.52	27.15±1.18	84.32±2.31
对照组	28	21.78±1.65	23.31±1.25	24.36±1.05	69.35±2.15
t	—	20.885	10.862	9.346	25.101
P	—	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

注:—表示无此项。

表 4 2 组术后感染率比较

组别	n	感染(n)	发生率(%)
观察组	28	1	3.57
对照组	28	4	14.29

3 讨 论

不稳定骨盆骨折在骨折疾病中较常见,其对患者肢体功能和生活质量有较大影响。有研究显示,骨盆骨折占有所有骨折的 2%~8%,且在多发性损伤病例中的比例可高达 25%^[6]。骨盆环断裂分离损伤可造成严重出血和其他危及生命的风险。多数患者可通过迅速稳定地骨盆环而达到减少失血量及生理性止血的目的。随着对骨盆解剖结构的认识、治疗理念的改变和先进设备的应用,骨盆骨折微创治疗已逐渐普及。微创治疗因手术时间短、创伤小、出血少、恢复快等优势而被广泛应用于临床^[7]。但微创内固定术属于高技术手术,对围手术期护理配合度要求较高,因此,在行微创内固定术的不稳定骨盆骨折患者中开展合理护理具有重要意义^[8]。

循证护理是结合护理实践和护理研究的一种方法,可为临床实际护理服务提供相应指南,改变临床护理人员凭借自身感觉、经验的护理行为和习惯,降低护理工作的主观性和盲目性,保证护理服务有据可依、有证可循^[9-10]。不稳定骨盆骨折患者早期致死因素为失血性休克,因此,在收治患者后应及时监测患者血流动力学,为患者建立静脉通路,使患者血流动

力学维持稳定水平,并对患者自身原有的疾病给予相应干预^[11]。不稳定骨盆骨折采取微创内固定术治疗时有一定创伤性,而突发伤害会影响患者心理状态。依照可能发生的护理问题,医护人员查阅大量资料,结合资料内容和医护人员自身工作经验,可为患者制定合理的护理措施,保证护理服务质量^[12-13]。本研究结果显示,2 组干预后 VAS、Majeed、HAMA、HAMD 评分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。提示循证护理的全面实施可有效改善不稳定骨盆骨折患者骨盆功能,减轻患者疼痛感,缓解患者负性情绪^[14]。临床护理与患者实际病情结合十分重要,其可为患者提供合理、高效的护理指导。循证护理的核心思想是寻求证据、应用证据。以有价值的、科学可信的科学研究成果为证据,根据证据提出问题,寻找实证,应用实证,再以实证为依据,为患者确定最佳护理计划,实施护理措施,因而可针对性改善患者焦虑情绪与疼痛状况。本研究结果显示,观察组护理质量评分显著高于对照组。提示循证护理可促使护理人员积极主动地发现护理中存在的问题及解决问题,护理人员借助评判性思维方式,找寻可靠的资料,以供临床参考^[15]。循证护理在确定护理计划、实施护理措施过程中重视个体化差异。除了寻找科学研究实证外,还针对患者病情、价值观和愿望,寻求最佳护理行为,评判护理效果,并作出是否需要进一步开展研究,以确定更好的护理措施。护理人员充分重视不稳定骨盆骨折患者自身意愿,对患者实施科学护理干预,可缓解患者负性情绪,促进整体护理质量的提升。本研究结果显示,观察组术后感染率显著低于对照组。提示循证护理可降低术后感染率。在护理中高度重视感染征兆,一旦发生及时采取预防措施,可最大限度地避免感染的发生^[16]。

综上所述,针对行微创内固定术治疗的不稳定骨盆骨折患者实施循证护理模式,可促进患者骨盆功能恢复,减轻患者疼痛感,提升护理质量,降低术后感染率。

参考文献

[1] 刘美丽. 微创内固定治疗不稳定骨盆骨折围术期的整体护理对策探讨[J]. 中国伤残医学, 2020, 28(16):78-79.

[2] 孙美洁. 微创内固定治疗不稳定骨盆骨折围术期的整体护理对策探讨[J]. 中国医药指南, 2019, 17(19):239-240.

[3] 吕晨, 邹建玲, 沈淑华, 等. 视觉模拟量表和语言评价量表用于术后疼痛评估的比较[J]. 全科医

- 学临床与教育, 2004, 2(4): 3.
- [4] 付亚辉, 张堃, 李忠, 等. 前环复位固定结合钉棒系统固定后环治疗不稳定型骨盆骨折[J]. 中华创伤骨科杂志, 2018, 20(3): 204-209.
- [5] 唐雨, 李倩. 微创内固定治疗不稳定骨盆骨折围手术期的整体护理效果分析[J/CD]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(46): 81.
- [6] 周敏娜. 针对性护理干预对微创内固定治疗不稳定骨盆骨折患者的护理效果[J]. 临床医学研究与实践, 2019, 4(9): 170-171.
- [7] 王丹. 循证护理应用于骨盆骨折患者康复护理中价值评价[J]. 中国伤残医学, 2020, 28(1): 55-57.
- [8] 曹敏. 探讨骨盆骨折患者护理中开展循证护理干预的价值[J/CD]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(26): 34.
- [10] 王华. 循证护理在骨盆骨折患者中的应用效果分析[J]. 中西医结合护理(中英文), 2017, 3(5): 47-50.
- [11] 温礼春, 王惠. 综合性护理干预对提高骨盆骨折患者临床效果的 meta 分析[J]. 当代护士(中旬刊), 2020, 27(4): 36-39.
- [12] 郭雯, 阮斌铃, 谢雅娜. Autar 量表联合 Caprini 量表对骨盆骨折病人下肢深静脉血栓形成风险评估的诊断和预测价值[J]. 循证护理, 2022, 8(11): 1550-1553.
- [13] 胡艳玲, 唐明亚, 窦丽华, 等. 流程管理对骨盆骨折患者压力性损伤预防效果研究[J]. 现代医药卫生, 2018, 34(13): 2065-2067.
- [14] 郑梦思, 周亚琴, 辛霞, 等. 综合护理干预对骨盆骨折患者凝血指标及围术期疼痛的影响[J]. 血栓与止血学, 2022, 28(3): 866-867.
- [15] 张小芳. 以协同护理模式为导向的个性化护理对骨盆骨折病人术后自我效能及心理状态的影响[J]. 全科护理, 2022, 20(14): 1953-1957.
- [16] 孙焕. 赋能教育理念联合人本位护理对骨盆骨折患者自我感受负担及自我管理能力的影 响[J]. 当代护士(中旬刊), 2022, 29(5): 38-41.

(收稿日期: 2022-12-26 修回日期: 2023-03-19)

• 护理研究 •

团体康复模式改善老年住院患者生活质量的研究

胡 强, 王宋莉, 李 玮, 蔡廷燕, 彭亚玲

(西南医科大学附属自贡医院中医科, 四川 自贡 643202)

[摘要] 目的 探讨团体康复模式对老年住院患者生活质量的影响。方法 选取 2021 年 5 月至 2022 年 5 月本院住院患者 80 例, 按随机数字表法分对照组和研究组, 每组 40 例。对照组采取常规的内科护理方式, 研究组在对照组的基础上采取团体康复模式, 比较 2 组抑郁自评量表(SDS)、一般自我效能感量表(GSES)及健康状况调查简表(SF-36)评分。结果 治疗前, 2 组 SDS、GSES 评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 研究组 SDS、GSES 评分高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前, 2 组 SF-36 评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 研究组 SF-36 评分高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 团体康复模式可有效改善老年住院患者生活质量, 提高其自我效能感。

[关键词] 团体活动; 老年患者; 生活质量

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2023.13.030

文章编号: 1009-5519(2023)13-2309-04

中图法分类号: R493

文献标识码: B

人口老龄化是当今社会较为严峻的问题之一。越来越多国家的经济因为人口老龄化的来临受到影响。经济长时间停滞不前, 很大程度上是受到了人口老龄化的影响。近年来, 我国人口老龄化不断加剧, 开始面临各种问题, 如医疗负担越来越严重^[1]。2022 年, 我国 60 岁以上人口超 2.67 亿。2021 年的相关数据显示, 从年龄构成看, 60 岁及以上人口达 26 736 万

人, 占总人口的 18.9%, 其中 65 岁及以上人口达 20 056 万人, 占总人口的 14.2%^[2]。根据相关机构预测, 2050 年中国 60 岁及以上的老年人口将接近 5 亿, 占总人口的三分之一以上^[3]。开展团体性康复活动可锻炼老年人的身体协作能力, 而且通过治疗师设计的专业活动, 可以实现老年人的健康老龄化, 从而提高老年人生活质量^[4]。在治疗师的引导下, 团体成员