

疼痛护理干预运用于创伤性骨折患者的效果评价

卞延丽

中国人民解放军联勤保障部队第九六〇医院骨科创伤一区, 山东 济南 250031

【摘要】 目的 分析针对创伤性骨折患者, 应用疼痛护理干预的护理效果。方法 抽取 2021 年 3 月—2022 年 3 月于本院就诊的创伤性骨折患者共计 88 例, 计算机 1:1 随机数列进行分组, 分为参比组(常规护理干预, $n=44$)与分析组(疼痛护理干预, $n=44$)。比较两组情绪指标、疼痛指标及生存质量指标情况。结果 护理 3 周后, 分析组 VAS 评分显著低于参比组同期及本组护理前, 数据比较有意义($P<0.05$); 护理前, 两组 SAS 及 SDS 评分差异不大($P>0.05$), 护理后, 分析组 SAS 及 SDS 评分较参比组更低, 数据比较有意义($P<0.05$); 护理 3 周后, 分析组多维度生存质量评分显著高于参比组, 数据比较有意义($P<0.05$)。结论 针对创伤性骨折患者, 疼痛护理干预的运用, 能够弱化患者的负性情绪, 降低机体疼痛感受, 提升生存质量。

【关键词】 疼痛护理; 创伤性骨折; 负性情绪; 生存质量

创伤性骨折的诱发原因诸多, 具有不可预测性及突发性的特点。一般来看, 致伤原因一般是高空坠落、生产事故、交通事故等。由于突发事件发生无预兆, 故在发病后短时期内, 患者难以适应自身角色变化, 心理弹性水平较低。针对该病的治疗, 以早期干预、控制机体的疼痛症状为主, 以心理干预及其他支持为辅助^[1]。手术方式能够纠正患者恢复正常的解剖学结构, 但却无法减轻术后的疼痛水平。因疼痛的存在, 导致患者常表现出烦躁忧虑、恐惧不安等负性情绪。负性情绪的存在又将导致自身压力性激素的分泌增多, 进而造成患者机体的疼痛感受随之增加, 影响后续治疗。疼痛被美国学者曾列入第五大生命指征的范畴中, 可见疼痛管理在患者疾病恢复中所起到的作用^[2]。随着当前临床有关疼痛管理的学说不断发展, 临床上可应用的疼痛管理类型愈发多元。但目前国内尚缺乏对创伤性骨折患者规范化疼痛管理的研究报道。基于此, 本文设计了类似的前瞻性研究实验, 旨在为护理人员采取措施降低创伤性骨折患者术后疼痛程度提供循证护理支持, 现详述如下:

1 对象与方法

1.1 对象资料 抽取 2021 年 3 月—2022 年 3 月于本院就诊的创伤性骨折患者共计 88 例, 计算机 1:1 随机数列行组别分设。参比组中共有男性 24 例, 女性 20 例; 年龄 25 ~ 62 岁, 均值(47.71 ± 8.12) 岁。分析组中共有男性 25 例, 女

性 19 例; 年龄 26 ~ 63 岁, 均值(47.69 ± 8.32) 岁。两组一般资料比较无意义($P>0.05$)。纳入标准: 受试者均可提供 X 线等影像学诊断数据, 并确诊为机体发生创伤性骨折; 入院寻求治疗时间至发病时间 $\leq 12\text{h}$; 年龄 ≥ 18 岁。排除标准: 伴发非病理性骨折者; 伴发严重心肝肾功能障碍、严重并发症者; 伴发严重沟通障碍及精神疾患; 处于妊娠及哺乳期者; 对本研究不配合者; 未能全程参与本研究。

1.2 方法 为保证两组实验开展的同质性水平, 两组患者均由同一组护理人员开展干预, 但本次研究所应用的护理措施有所区别。参比组患者应用常规护理干预措施, 即为病房温度调控、持续监测患者机体一般状况、观察患肢是否出现剧痛、麻木及肿胀等情况。及时将患者的一般情况汇报给医师, 并采取对症干预措施。分析组患者应用疼痛护理干预措施。开展流程如下: ①成立疼痛控制小组: 选取护士长、麻醉师、临床医师及护理人员作为疼痛控制小组成员。术前对每位患者的疼痛感受程度进行评价, 并制定个体化的疼痛护理干预措施。同时在开展研究之前, 护士长需要认真做好全体护理成员的疼痛干预知识讲解工作, 确保护士在工作开展时, 能够应用到所讲授知识; 护士长不定期对护理人员的护理措施开展情况进行检查, 并给予针对性支持; ②心理维度: 考虑到创伤性骨折患者短时间内难以接受自身角色变化, 因此, 护理人员应当主动承担起与患者交流的任务, 寻求导致患者情绪不佳的原因, 并告知其解决方案; 同时在健康宣教的

过程中,告知患者医师及护士为其所制定的个性化诊疗计划及原理,并客观化告知患者预期治疗效果,以提升患者认知,减少其对疾病的担忧。也可借助榜样支持的手段,告知患者既往的成功案例,以提升患者的诊疗信心;③规范化疼痛管理流程:护士接诊患者后第一时间对患者进行评估,同时在住院期间每天至少评估 1 次,以便动态化了解患者的肢体疼痛感受。本次研究中所应用到的疼痛管理模式包括:a、体位方面:骨折初期,可给予患者患肢制动,使得患肢高于心脏水平位置,进而减轻肢体肿胀水平,促进血液回流,减轻机体疼痛感受;同时注意避免过度地搬运患者,避免活动力诱发患者骨折口移动范围过大;针对已经应用石膏固定及外固定架固定的患者,需要确保患者处于舒适体位下,防止患者受到刺激;b、冷疗方面:针对切口疼痛的患者,可给予冷疗镇痛方式。例如,在切口处予以冰袋冷敷的方式等,但需要注意切口处冷敷时间不应超过 30min,以免影响病变部位的血液循环;c、药物镇痛方式:按照三阶梯止痛方式给药,确保患者能够以最小的服药剂量,实现最佳的镇痛效果。需要注意的是,用药后需要对患者肢体的一般状况予以评估,并监测用药后是否发生不良反应;针对特殊人群,如伴发基础性疾病、老年人,在选择药物时,应尤为谨慎,可适当地对药物种类及药物剂量进行优化;d、镇痛泵镇痛:

采用多种作用机制不同的镇痛药物,使镇痛的作用产生协同或相加效果,从而获得更好的镇痛成效;④康复锻炼及饮食:嘱患者在口令指引下进行肌肉放松训练,首先从双手开始,对头颈部及胸腹部进行放松,期间注意调畅机体的气机水平,反复训练易提升自身对肌肉的主观调控力,避免肌肉萎缩;饮食方面,嘱患者多服用活血化痰、易消化及高热量、高蛋白类食物,以促进伤口愈合,切口愈合。

1.3 观察指标 ①VAS 评分:借助视觉模拟评估量表,按照 0(无痛)~10(剧烈疼痛)分别对护理前及护理 3 周后患者骨折部位疼痛感受进行评分,分值越低认为疼痛水平越低;②负性情绪:借助 SAS(焦虑)及 SDS(抑郁)评估量表予以评定,分值越低代表评估领域正向程度越佳;③生存质量:借助 QOL 量表进行评定,分值越高认作评估领域正向程度越佳。

1.4 统计学评析 借助 SPSS26.0 软件,计量资料组间比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 视为数据存在对比价值。

2 结果

2.1 比较两组 VAS 评分 由表 1 可得,护理 3 周后,分析组 VAS 评分显著低于参比组同期及本组护理前,数据比较有意义 ($P < 0.05$),见表 1。

表 1 探讨比对两组护理前后 VAS 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	护理前	护理 3 周后	t	P
分析组	44	6.12 ± 1.12	3.51 ± 0.89	16.877	0.000
参比组	44	6.13 ± 1.21	4.32 ± 0.91	7.930	0.000
t		0.040	4.221		
P		0.968	0.000		

表 2 两组负性情绪比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
分析组	44	55.34 ± 8.57	39.22 ± 6.02	55.71 ± 10.28	34.24 ± 9.02
参比组	44	55.48 ± 9.02	43.76 ± 5.24	55.02 ± 11.04	45.22 ± 8.75
t		0.074	3.773	0.303	5.795
P		0.940	0.000	0.762	0.000

表 3 探讨比对两组生存质量 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	生理功能	社会关系	心理功能	物质生活
分析组	44	91.26 ± 1.35	92.01 ± 1.27	91.19 ± 1.36	92.26 ± 1.81
参比组	44	85.82 ± 1.31	86.46 ± 1.63	86.64 ± 1.35	86.94 ± 1.31
t		19.182	17.816	15.750	15.794
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 比较两组负性情绪 由表 2 可得,护理前,两组 SAS 及 SDS 评分差异不大 ($P > 0.05$),

护理后,分析组 SAS 及 SDS 评分较参比组更低,数据比较有意义($P<0.05$)。

2.3 比较两组生存质量 由表 3 可得,护理 3 周后,分析组多维度生存质量评分显著高于参比组,数据比较有意义($P<0.05$)。

3 讨 论

创伤性骨折为骨科常见疾病类型之一,主要致病原因与车祸及坠落等高能冲击有关。损伤后,患者机体骨结构完整性受到严重破坏,严重者甚至可发生神经损伤表现,影响肢体功能^[3]。随着近年来工业化进程的不断推进,创伤性骨折的发病率也在逐年攀升。该病最常见也最难以避免的并发症即为术后疼痛,剧烈的疼痛会导致患者机体功能受损,而疼痛所导致的舒适度降低也将影响患者的训练依从性,不利于生存质量的提升^[4]。有学者研究显示,针对创伤性骨折患者采取疼痛护理干预,利于患者情绪的调控,而多模式镇痛的应用,也有助于促进患者术后康复^[5]。本研究特针对创伤性骨折患者采取疼痛护理干预,取得了较为显著的成效:

从疼痛控制角度看,护理 3 周后,分析组 VAS 评分显著低于参比组同期及本组护理前($P<0.05$)。究其根本原因如下:心理支持维度方面旨在建立患者的疗护信心,借助榜样的力量,提升自身的疗护依从度;借助疾病健康知识宣教,提升患者的认知水平,也可使患者能够主动接受护理服务,强化对自身病情的关注;体位管理方面,采取合适的体位安置,以增强患者机体的舒适感受,同时促进患侧的血液循环,也可利于为患者伤处的愈合提供充足营养供应;冷敷镇痛方式则能够减轻患者的疼痛感受,降低机体的末梢神经敏感度,通过强化冷敷的时间,使得皮肤冷觉感受器发生变化,进而缓解肢体的肿胀情况^[6];此外,冷疗也能够降低痛觉相关神经元神经递质的分泌量,抑制神经末梢兴奋性,从而有效弱化患者的疼痛感受^[7]。此外,冷疗也将产生缩血管的作用,利于控制患者术后的炎性反应程度,进而可起到推进局部组织愈合,缓解疼痛的作用;药物镇痛方面,则应用了 WHO 广为推荐的三阶梯止痛方式,该类给药方式原则有按需给药转变为了按时给药,能够使患者以最小的用药剂量,获得最佳的镇痛效果^[8];镇痛泵给药方式能够实现患者的自控给药,患者根据自身疼痛水平的不同,随时随地自主给药,也可提升患者的机体舒适感觉,从而提升了患者的生存质量,机体舒适度也得到提升,也使得患者更乐于参

与到各项护理措施中,利于疾病快速转归^[9]。这与本研究结果相互验证。护理 3 周后,分析组多维度生存质量评分显著高于参比组($P<0.05$);从情绪变化的角度看,护理后,分析组 SAS 及 SDS 评分较参比组更低($P<0.05$)。也说明了疼痛护理干预措施能够有效缓解患者的疼痛感受,有更多的精力投入到恢复期的健康训练中,随着病情的逐步转归,患者情绪也随之发生了正向改变^[10]。

综上,针对创伤性骨折患者,骨折后疼痛对患者心理及生存质量均造成了一定影响,为临床亟待解决的问题之一。疼痛护理干预的运用,则能够提升镇痛的科学化水平,针对不同的患者给予适配的镇痛措施。本研究显示,疼痛护理干预的应用能够弱化患者的负性情绪,降低机体疼痛感受,提升生存质量,值得于临床广泛推荐。

参考文献

- [1] 陈黎霖,叶琛,温爱华. 中医疼痛控制护理干预对创伤性骨折术后患者的影响[J]. 光明中医,2022,37(14):2638-2640.
- [2] 黄媛,吴明琬,郭俊雅,等. 疼痛控制护理对创伤性骨折患者术后康复的效果分析[J]. 婚育与健康,2022,28(9):160-161.
- [3] 乔璐璐,高瑛. 创伤疼痛护理对胫骨远端骨折患者骨折愈合及护理满意度的影响[J]. 临床医学研究与实践,2022,7(4):158-160.
- [4] 赵慧霞. 手术室护理结合疼痛干预对创伤骨折患者术后恢复及睡眠的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2021,30(7):771-774.
- [5] 彭玲玲. 创伤性骨折术后采用疼痛护理干预对患者康复的影响研究[J]. 基层医学论坛,2021,25(21):2980-2981.
- [6] 王宇婷. 疼痛控制护理对创伤性骨折患者术后康复的效果分析[J]. 中国实用医药,2021,16(3):187-189.
- [7] 郭松燕. 中医疼痛控制护理模式对创伤性骨折术后疼痛及康复效果的影响[J]. 反射疗法与康复医学,2021,2(14):47-50.
- [8] 申冬冬. 护理干预在四肢创伤骨折术后疼痛护理中的效果观察[J]. 黑龙江中医药,2021,50(4):356-357.
- [9] 许梦影. 分析探讨中医疼痛控制护理模式对创伤性骨折术后康复的影响[J]. 母婴世界,2021,5(7):241.
- [10] 王淑梅,蔡楠. 术后疼痛控制护理在创伤性骨折病人中的应用价值[J]. 医学美学美容,2021,30(2):180.