

综合护理干预对骨折患者术后疼痛的改善效果

俞珍

济南市莱芜区羊里街道社区卫生服务中心 山东 济南 271100

【摘要】目的: 探究改善骨折患者术后疼痛时, 选择应用综合护理干预的效果。方法: 计算机随机选择本医院(2021年7月-2022年10月)60例接受手术治疗的骨折患者, 被平均分为观察组(n=30)和对照组(n=30)。观察组患者应用综合护理, 对照组患者应用常规护理。将两组患者的相关指标进行比较。结果: 术后1d、3d时, 观察组的VAS评分显著低于对照组($P < 0.05$); 术后5d时, 观察组的各项HPOI评分显著优于对照组($P < 0.05$); 护理后观察组的SAS、SDS评分显著低于对照组($P < 0.05$)。结论: 改善骨折患者术后疼痛时, 选择应用综合护理干预具有明显效果。

【关键词】综合护理干预; 骨折; 术后疼痛

The Improvement Effect of Comprehensive Nursing Intervention on Postoperative Pain of Fracture Patients

Zhen Yu

Community Health Service Center, Yangli Street, Laiwu District, Shandong Jinan 271100

Abstract: Objective: To explore the effectiveness of comprehensive nursing interventions in improving postoperative pain in fracture patients. Method: Sixty fracture patients who underwent surgical treatment in our hospital (July 2021 to October 2022) were randomly selected by computer, and were evenly divided into an observation group (n=30) and a control group (n=30). The observation group patients received comprehensive care, while the control group patients received routine care. Compare the relevant indicators of the two groups of patients. Result: On the 1st and 3rd day after surgery, the VAS score of the observation group was significantly lower than that of the control group ($P < 0.05$); At 5 days after surgery, the HPOI scores of the observation group were significantly better than those of the control group ($P < 0.05$); The SAS and SDS scores of the observation group after nursing were significantly lower than those of the control group ($P < 0.05$). Conclusion: Choosing to apply comprehensive nursing intervention has a significant effect on improving postoperative pain in fracture patients.

Keywords: Comprehensive nursing intervention; Fracture; Postoperative pain

临床中手术治疗对骨折患者的临床治疗效果明确, 但术后患者经常出现疼痛和功能障碍等症状, 因此, 骨折患者的有效围手术期护理干预非常重要。研究表明, 疾病观察、口头说教和常规指导是帮助患者理解疾病、消除错误疾病认知和提高应对能力的传统护理内容^[1]。然而, 传统护理内容较为单一, 远未达到预期结果, 应用有限。有研究指出, 综合护理干预是临床实践中最为广泛使用的护理措施, 从患者的实际情况开始, 它通过心理干预、疼痛、功能性锻炼、饮食、预防并发症等措施减少疼痛和缓解负面情绪, 来帮助患者更快康复^[2]。因此, 本研究现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

计算机随机选择本医院60例接受手术治疗的骨折患者, 本次研究实施时间自2021年7月开始, 截至2022年10月, 所纳入的患者均被平均分为观察组(n=30)和对照组(n=30)。对照组患者中, 男性16例, 女性14例, 患者年龄最低为25岁, 最高不超过66岁, 平均年龄为(40.36±5.58)岁; 骨折类型: 上肢骨折10例、胸腰椎骨折12例、下肢骨折8例。观察组患者中, 男性17例, 女性13例, 患者年龄最低为26岁, 最高不超过65岁, 平均年龄为(40.86±5.43)岁; 骨折类型: 上肢骨折10例、胸

腰椎骨折12例、下肢骨折8例。对两组患者的一般资料进行统计分析, 结果相似($P > 0.05$)。

纳入标准: ①纳入对象均满足相应手术方式适应证; ②无神经损伤者; ③经X线、CT等影像学检查确诊骨折; ④经保守治疗未成功; ⑤患者骨折入院后表现为疼痛、活动受限及肿胀等症状; ⑥患者及其家属知情同意本研究。

排除标准: ①伴有恶性肿瘤者; ②急性或者慢性感染; ③既往有同骨折部位手术史; ④凝血功能障碍; ⑤手术禁忌证; ⑥合并心肝肾等其他严重系统性疾病; ⑦合并精神功能障碍。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组患者接受常规护理, 在骨折患者入院当天, 将对骨折进行快速评估, 护理人员将为患者提供相关健康知识教育; 护士必须在手术前6小时内通知患者做好相关护理措施的准备, 促进室内空气循环和适当温度、湿度的维护; 术中严格监测患者各项生命指征, 遵医嘱用药; 术后护士定期口头告知患者预防措施, 如饮食和药物, 以帮助患者养成良好的生活方式习惯, 并在医生的指导下, 护士根据患者的疼痛水平使用止痛药缓解疼痛。此外, 护士鼓励患者尽早下床活动, 但避免剧烈运动; 出院后, 通知复诊时间, 并叮嘱患者及时复查, 以确保治疗效果。

1.2.2 观察组

观察组患者接受综合护理干预, (1) 术前认知干预: 在护理过程中, 护士耐心地向患者解释手术情况、术后预防措施和术后疼痛知识, 包括疼痛的性质、程度和缓解方法。同时, 护士指导患者评估疼痛水平的方法, 并为患者提供充分的心理准备, 以防止认知不足或对其精神状态的影响。

(2) 体位护理: 手术后, 患者可能行动困难, 需要卧床休息。护士积极协助患者采取舒适的体位。每2小时协助翻身一次, 按摩肢体受压处等, 需要正确按摩患者病灶部位, 保持局部皮肤清洁干燥与按摩动作的轻柔, 减少肌肉张力, 缓解不适。

(3) 心理干预: 根据大多数患者术后可能经历疼痛, 护士应加强术后随访, 积极耐心地询问并倾听患者的疼痛主诉情况。护士应指导患者通过深呼吸、肌肉放松和其他有助于控制疼痛的方法缓解疼痛。同时, 向患者列出治疗的成功案例, 指导患者与朋友更多交流, 提高其对治疗的信心; 此外, 护士鼓励患者家庭耐心倾听患者的疼痛感受, 引导患者家属与护士合作, 纠正患者的误解, 提供适当的心理支持, 增强患者对治疗的信心, 并以最佳方式接受治疗。

(4) 疼痛管理: 在静息状态, 护士使用视觉模拟量表(VAS)方法评估疼痛水平。当疼痛评分为1或2分时, 指导患者提供疼痛教育, 帮助他们调整体位, 缓解疼痛状况; 在3或4分内, 指导患者遵医嘱服用止痛药物。同时, 护士指导患者通过听音乐、看电影、读书和读报来引导患者分心, 以降低疼痛程度; 尽量避免因焦虑、紧张等原因降低疼痛阈值, 提高患者的疼痛耐受能力, 并根据情况进行物理干预, 即用冰袋按压切口24小时, 以分散患者的注意力。

(5) 饮食指导: 根据实际情况, 制定富含蛋白质、低脂、维生素、清淡易消化的饮食。增加膳食纤维的摄入, 如瘦肉、鸡蛋和骨头汤。引导患者养成良好的饮食习惯, 少食多餐, 戒烟戒酒, 少食辛辣、刺激性、生食, 避免不必要的刺激。

(6) 并发症预防及护理。治疗期间, 护士监测患者的生命体征, 包括预防体温过低、血小板减少、代谢性酸中毒等。并且监测患者是否发生感染症状, 每4小时测量一次体温。应严格加强切口的术后护理, 按照无菌原则进行清洁和更换, 同时保持敷料干燥; 并密切观察患者手术侧患肢的肿胀和动脉搏动。一旦发现持续的肿胀和疼痛, 可被视为筋膜综合征。此时, 有必要通知医生实施减压治疗, 以促进骨折恢复。对于使用导尿管的患者, 导尿管保留时间不应过长。导尿期间, 应每天更换引流袋, 并清洁会阴和尿道口, 避免尿路感染。

(7) 功能训练: 在术后早期阶段, 重点是锻炼相关患肢功能。一旦患者骨折部位恢复并满足活动条件, 应首先

在骨折部位进行被动活动, 然后逐渐转移到主动床上活动、下床活动。例如, 应在手术后3天进行肢体屈伸运动, 应在术后7天进行床下运动。运动强度必须以机体能耐受为宜, 以促进肢体功能的恢复。要求患者如果感到不适, 应立即停止锻炼。

1.3 观察指标

①将两组患者的疼痛程度进行比较, 在手术后第一天和第三天, 使用视觉模拟评分(VAS)比较和评估两组患者的疼痛程度, 0分代表无痛, ≤ 3 分代表轻度疼痛; 4—6分代表为中度疼痛, 影响睡眠, 仍能耐受; ≥ 7 分代表为严重的疼痛, 无法忍受。

②将两组患者的心理状态进行比较, 使用焦虑自我评估量表(SAS)阈值为50分, 分数与患者的焦虑症状呈正相关; 抑郁症自我评估量表(SDS)阈值为53分, 与患者的抑郁症状呈正相关。

③将两组患者的疼痛控制满意度进行比较, 使用休斯敦疼痛情况调查表(HPOI)评估和比较两组术后第五天的疼痛控制满意度, 该量表包括疼痛对生活的影响等五个维度。前四个维度的低分数表示高满意度, 疼痛控制教育感知维度的评分高, 则代表满意度高。

1.4 统计学方法

使用SPSS 23.0软件进行处理。 $(\bar{x} \pm s)$ 是对计量资料的展现, 测量数据以t为单位进行测试, 计数数据以 χ^2 为单位进行检验, 并以百分比表示。评估测试P的结果, $P < 0.05$, 表明存在统计学差异。

2 结果

2.1 将两组患者的疼痛程度进行比较

在该结果中, 术后1d时, 与对照组(4.25±0.98)分相比, 观察组的VAS评分指标即(3.42±0.76)分明显较低($t=3.666$, $P < 0.05$); 术后3d时, 与对照组(1.20±0.45)分相比, 观察组的VAS评分指标即(2.43±0.87)分明显较低($t=6.878$, $P < 0.05$)。

2.2 将两组患者的心理状态进行比较

在该结果中, 护理前, 与对照组(55.20±5.12)分、(55.78±5.49)分相比, 观察组的SAS、SDS评分指标即(55.76±5.96)分、(55.14±5.76)分无明显差异($t=0.390, 0.441$, $P > 0.05$); 护理后, 与对照组(45.03±5.75)分、(45.95±5.76)分相比, 观察组的SAS、SDS评分指标即(40.36±4.85)分、(40.95±4.16)分明显较低($t=3.400, 3.854$, $P < 0.05$)。

2.3 将两组患者的疼痛控制满意度进行比较

与对照组相比, 观察组分析了患者术后5d时的各项HPOI评分指标的数据, 观察组指标显著改善($P < 0.05$), 见表1。

表1 将两组患者的疼痛控制满意度进行比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	疼痛经历	疼痛期望	疼痛影响生活	疼痛影响情绪	疼痛控制教育感知
观察组	30	1.54±0.76	1.32±0.43	3.42±0.66	3.12±0.45	7.36±1.25
对照组	30	2.43±0.98	2.52±0.36	4.36±0.48	3.48±0.69	5.45±1.87
t		3.931	11.720	6.309	2.394	4.651
P		0.000	0.000	0.000	0.020	0.000

3 讨论

骨折患者通常会在骨折部位出现肿胀、疼痛、畸形和

行动受限, 导致有日常生活与工作等能力显著下降。外科手术治疗是骨科临床治疗中常用的一种方法。但由于骨折

是一种紧急情况, 术后疼痛无法预防, 许多患者经常会出现紧张、焦虑和恐惧等负面心理状态, 不利于临床手术治疗和患者身体恢复。因此, 如何减轻患者术后疼痛是目前临床卫生人员面临的挑战。同时, 目前临床实践中还没有有效且一致的骨折术后疼痛护理干预措施, 因此临床研究重点是探索有效的护理干预手段来缓解骨折患者的术后疼痛。有研究强调, 综合护理侧重于制定护理计划, 实施高质量的护理措施, 将其应用于骨折患者, 通过术前和术后干预可以缩短患者的恢复周期, 有效促进骨折恢复, 优化医疗资源^[3]。

本研究结果显示, 与对照组相比, 观察组分析了患者术后 1d、3d 时的 VAS 评分指标的数据, 观察组指标显著较低 ($P < 0.05$), 究其原因, 护理人员通过做好健康宣教, 清楚地告知患者和其家属临床手术的目的, 有助于提高患者对自身疾病的感知水平, 积极接受相关治疗干预和临床实施的护理计划, 并促进患者早期康复。同时, 由于通过对患者进行循环规律的按摩, 可加强患者术后舒适程度, 这还可以促进患者肢体的静脉血流, 从而减少术后四肢的肿胀和疼痛; 此外, 护士加强对患者身体状况的评估, 了解手术后患者的身体状况, 从而可对问题进行具体分析, 为患者提供个性化护理, 根据患者在临床治疗期间的状况进行有针对性的疼痛护理, 可以有效缓解患者疼痛^[4]。

同时, 观察组分析了患者护理前 SAS、SDS 评分指标与对照组的数据, 两组的数据相对一致 ($P > 0.05$); 与对照组相比, 观察组分析了患者护理后该两项评分指标的数据, 观察组指标显著下降 ($P < 0.05$)。究其原因, 本研究加强心理护理干预, 可通过针对性心理疏导、指导患者家属为患者提供适当的情感支持, 来调动患者对疼痛的主观控制, 有效减少患者的不良情绪状态, 从而改善依从性和维持患者护理关系; 并且加强心理护理干预措施, 并

可能在一定程度上增加其疼痛阈值, 对缓解疼痛水平有积极影响^[5]。

另外, 与对照组相比, 观察组分析了患者术后 5d 时的各项 HPOI 评分指标的数据, 观察组指标显著改善 ($P < 0.05$), 究其原因, 本研究为患者提供综合护理, 包括心理护理、疼痛护理和并发症预防、饮食干预等等, 可改善患者不良心理、疼痛水平等, 提高患者恢复信心、避免术后并发症, 当患者的身心舒适度增加时, 患者对疼痛控制的满意度自然增加, 这对建立良好的护患关系也有重要影响。

综上所述, 改善骨折患者术后疼痛时, 选择应用综合护理干预具有明显效果, 有助于改善患者的术后疼痛程度与患者的心理状态。

参考文献:

- [1] 刘美群, 罗军. 综合护理干预对四肢骨折患者心理状态、疼痛程度的影响分析 [J]. 现代诊断与治疗, 2022,33(24):3771-3774.
- [2] 高静, 姬梦婷, 张思琦. 探讨行 PFNA 内固定术的股骨粗隆骨折患者应用综合护理的临床价值 [J]. 心理月刊, 2022,17(22):123-125.
- [3] 黄小荣, 付玉平. 损伤控制理论模式下的综合护理对骨折患者生活质量、疼痛感知及心理状态的影响 [J]. 黑龙江中医药, 2022,51(05):175-177.
- [4] 李亚楠, 韩素丽, 邵明琰. 综合护理联合心理干预对多发性肋骨骨折合并肺挫伤患者的疼痛程度及心理情绪的影响 [J]. 心理月刊, 2022,17(18):138-140.
- [5] 曲晓春. 综合康复护理对预防脊柱骨折术后患者下肢疼痛发生率和深静脉血栓形成率的影响 [J]. 中国医药指南, 2022,20(17):171-173.