

浅谈疼痛管理在小儿骨折术前术后护理中的应用研究

邹 茜

华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北武汉 430000

【摘要】目的：探究疼痛管理在小儿骨折术前术后护理中的应用效果。方法：将我院儿外科在2022年1月至2022年12月接收的88例行手术治疗的小儿骨折患者当作观察对象，按照随机法分组各44例。对照组接受常规围术期护理干预，研究组加强疼痛管理。比较两组的舒适度评分、NRS评分、护理总有效率等观察指标。结果：研究组的焦虑与合作行为等级优于对照组， $P < 0.05$ 。研究组的舒适度评分高于对照组， $P < 0.05$ 。干预前两组NRS疼痛程度评分差异不明显， $P > 0.05$ 。干预后的NRS评分低于干预前， $P < 0.05$ 。干预后研究组的NRS评分低于对照组， $P < 0.05$ 。研究组的护理总有效率（97.73%）比对照组（86.36%）高， $P < 0.05$ 。结论：疼痛管理可减少疼痛应激，加速预后改善，值得临床应用推广。

【关键词】疼痛管理；小儿骨折；手术治疗

骨折后的骨折断端活动会刺激神经引起剧烈的疼痛，同时手术应激也会加剧疼痛。疼痛是影响患儿对术后康复训练配合度的关键因素，还需加强对骨折患儿的疼痛管理，施行多模式镇痛，缓解疼痛应激，减少不良反应^[1]。要求儿外科护士明确把握患儿的病情特点和疼痛护理需求，发挥各疼痛护理措施的优势协同效应，将其从疼痛应激等致病因素的恶性循环状态中脱离出来，稳定身心状态，积极改善生存质量。鼓励患儿与家属参与护理管理中，掌握自主调整情绪等护理方法，勇于面对疾病，保证护理工作的顺利实施，以达到预期的疼痛管理效果^[2]。鉴于此，本文主要研究在2022年1月至2022年12月接收88例行手术治疗的小儿骨折患者的护理效果，发现疼痛护理管理的干预价值突出，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将我院在2022年1月至2022年12月接收的88例行手术治疗的小儿骨折患者当作观察对象。随机分组各44例，对照组平均年龄 7.3 ± 2.8 岁；男性20例，女性24例。研究组平均年龄 7.5 ± 2.1 岁；男性22例，女性22例。纳入标准：患儿均符合手术指征；患儿及家属对本研究知情同意并签署知情同意书；经X线诊断确诊。排除标准：精神意识障碍；脏器功能障碍；临床资料不全；手术禁忌症；配合度差者。两组患者基本资料比较无统计学差异， $P > 0.05$ ，可比。

1.2 方法

对照组施以常规护理，根据护理管理制度和操作规程等，施行病情观察、康复指导等常规的科室护理操作。研究组在其基础上加强疼痛管理，方法如下：

1.2.1 术前护理

术前详细观察，检查患肢肿胀与皮肤温度、肢端血液循环、肢体远端活动等情况，制定针对性的护理管理方案，确保手术得以顺利进行。对损伤引起的正常反应性疼痛，采取热疗、冷疗、药物治疗等对症治疗方式。对术前可引起疼痛的治疗，要求护理操作轻柔，避免对患儿引起再度伤害。用鼓励性、安慰性、引导性的语言取得患儿配合。

1.2.2 术后护理

涉及以下几方面：①体位管理：术后提高患肢，达到减轻肢体肿胀、促进血液循环、减轻疼痛等作用。术后施行无痛搬运，防止患儿受到再度刺激。术后评估患儿的患肢血液循环、感觉运动情况、敷料包扎情况等，避免敷料过紧包扎引起的局部血液循环障碍，从而引发肿胀、疼痛等不适。术后继续抬高患肢并佩戴支具保护，注意休息，避免因过早主动活动影响手术效果并加重疼痛。②冷疗镇痛：冷疗可降低局部末梢神

经敏感度，有效缓解肿胀情况。冷疗通过降低神经痛觉信号传递，抑制神经末梢兴奋性，提高痛觉阈值。冷疗有缩血管的作用，可抑制术后炎症反应，并减少局部组织出血，从而缓解疼痛。③药物镇痛：严格遵循三阶段镇痛方法，由按需给药的理念转变为按时给药，应用最小剂量达到最佳镇痛效果。用药后再次评估疼痛程度与不良反应。患儿属于特殊人群，应合理把控镇痛药物的种类与剂量。④多模式镇痛：施行转移注意力、放松疗法、口服止痛药物、外用止痛贴剂等多模式镇痛。轻度疼痛者给予非药物性护理干预，如通过播放动画、聆听音乐等方式转移患儿的注意力；中度疼痛患儿采取患肢热敷或按摩、镇痛泵按压治疗等措施；重度疼痛者行镇痛泵按压并给予帕瑞昔布钠40mg肌肉注射等措施。⑤中医镇痛：针灸可刺激中枢神经和外周神经，释放阿片肽物质、多种递质，形成机体“抗疼痛”系统进而缓解疼痛。耳穴按压疗法通过经络作用达到运行气血，调理阴阳脏腑，起到改善局部血液循环，加速机体新陈代谢，加快修复受损组织等作用。

1.3 观察指标

1.3.1 配合度

参照Venham量表评定患儿的焦虑与合作行为，0级表示自如，1级表示不自然，2级表示紧张，3级表示勉强，4级表示恐惧。

1.3.2 疼痛程度

NRS采用0-10数字评定疼痛程度，0表示无疼痛，数字值越高表示疼痛越严重，10表示无法忍受的疼痛强度。

1.3.3 舒适度评分

利用GCQ量表评定患者的舒适度情况，涉及生理、心理、精神、社会文化和环境的4个维度，共28项，采取百分制，分数与舒适度呈正相关。

1.3.4 护理总有效率

评价标准分为显效（护理后经X线检查，骨折愈合良好，疼痛感消失，无相关并发症）、有效（护理后的骨折愈合，疼痛感减轻，有轻微并发症）、无效（未达到上述标准）三项，显效+有效=总有效。

1.4 统计学方法

用SPSS21.0软件处理数据，计量数据用均数±标准差表示，行秩和检验其数据是否符合正态分布；计数资料用[n/%]表示，行卡方检验差异性；组间统计学差异用 $P < 0.05$ 表示。

2 结果

2.1 配合度情况

护理干预后，研究组的焦虑与合作行为等级优于对照组，组间数据

比较存在统计学差异, $P < 0.05$, 如表 1 所示。

表 1 配合度对比 (n, %)

组别	n	0级	1级	2级	3级	4级
对照组	44	6 (13.64)	4 (9.09)	15 (34.09)	11 (25.00)	8 (18.18)
研究组	44	24 (54.55)	14 (31.82)	4 (9.09)	2 (4.55)	0
χ^2		16.386	6.984	8.122	7.311	8.800
P		0.000	0.008	0.004	0.007	0.003

2.2 舒适度情况

护理管理干预后, 研究组的舒适度评分高于对照组, 组间数据比较差异存在统计学意义, $P < 0.05$, 见表 2。

表 2 舒适度比 (分)

指标	n	生理	心理	环境	社会生活
对照组	44	65.52 ± 2.41	71.31 ± 2.15	80.46 ± 2.08	69.25 ± 2.15
研究组	44	96.16 ± 2.25	92.28 ± 2.69	95.65 ± 1.66	92.16 ± 1.65
t		28.164	23.332	14.152	24.354
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 疼痛评估情况

干预前两组 NRS 疼痛程度评分差异不明显, $P > 0.05$ 。干预后的 NRS 评分低于干预前, $P < 0.05$ 。干预后研究组的 NRS 评分低于对照组, $P < 0.05$, 如表 3 所示。

表 3 NRS 评分比较 (分)

组别	n	干预前	干预后	t	P
对照组	44	8.56 ± 0.24	5.23 ± 0.64	7.685	0.005
研究组	44	8.17 ± 0.27	3.05 ± 0.21	9.123	0.003
t		0.485	5.245		
P		0.532	0.020		

2.4 护理总有效率

研究组的护理总有效率 (97.73%) 比对照组 (86.36%) 高, 组间数据比较存在统计学差异, $P < 0.05$, 如表 4 所示。

表 4 疗效比较 (n, %)

组别	n	无效	有效	显效	总有效率
对照组	44	6 (13.64)	12 (27.27)	26 (59.09)	86.36
研究组	44	1 (2.27)	15 (34.09)	28 (63.64)	97.73
χ^2					3.880
P					0.049

3 讨论

骨折患儿对疼痛刺激的承受能力差, 易产生各种不良情绪。加上患儿的表达能力差, 疼痛主诉相对较少, 得到缓解疼痛的机会少, 促使其对临床操作的依从性差, 不利于手术的顺利进行和预后改善。儿外科护士需优化护理管理模式, 采取有效的疼痛管理方法, 稳定患儿的身心状态, 以达到预期的医疗服务目的^[3]。

疼痛管理在小儿骨折术前术后护理中的应用价值突出, 体现在以下几方面: 一是提高护理的总有效率: 患儿创伤后常伴有骨折端周围不同程度的疼痛与肿胀, 会引起睡眠障碍、焦虑等, 影响后续康复治疗^[4]。从患儿的骨折部位与疼痛程度、年龄等实际情况入手, 制定针对性的疼痛管理方案, 减少护理工作的主观随意性与被动性, 让护理措施更加贴合病情与护理服务需求。发挥体位管理、药物镇痛等多种镇痛方法的联动效应, 充分发挥围术期疼痛护理的干预价值, 从而提高整体疗效^[5-6]。二是降低疼痛度。儿外科护士接受系统性的培训, 切实提高其疼痛知识水平, 改善临床疼痛管理实践行为, 贯穿执行科室的护理管理制度和操作规程, 减少工作失误引起的二次伤害。护理人员利用疼痛数字评定法

(NRS) 等多种方法评估患儿的疼痛程度, 并加强正确选择疼痛评估工具及正确评估疼痛强度的掌握, 科学合理的采取镇痛措施, 使骨折患儿围术期的疼痛最小化^[7]。施行疼痛评估-干预-再评估的护理管理模式, 加强对患儿疼痛管理的重视, 了解患者疼痛强度的动态变化过程, 采取有效的护理措施, 高效解决患儿的疼痛^[8]。三是提高患儿的舒适度。心理护理与健康教育贯穿整个围术期, 纠正患者与家属对疼痛及镇痛方式存在的错误认知, 包括认为镇痛药物有不良反应、疼痛是自然过程应当能忍就忍等不良思想, 端正其治疗态度^[9]。营造良好的住院环境, 减少噪音与强光等不良刺激, 帮助其摆脱心理应激, 稳定身心状态。通过体位指导、针灸等护理措施干预, 改善患儿的局部血液循环等生理功能, 帮助其摆脱生理应激, 提高整体的舒适度和健康状况, 从而加速恢复进度。施行中医特色疗法干预, 中医镇痛疗法有简单易行、经济、不良反应小、调节机体内环境等作用, 更利于提高镇痛管理水平, 实现医疗资源的整合优化与高效利用^[10]。四是改善患儿的焦虑与合作行为。根据患儿的情感支持、认知等护理服务需求, 用儿童的语言进行沟通与健康教育, 做好操作解释与信息咨询等服务工作, 使其认识到镇痛管理等临床操作的重要性, 使其积极配合治疗^[11]。用角色扮演游戏、卡通图案或动画等方式进行心理减痛, 调动患儿的勇敢行为, 主动拉近与患儿之间的距离, 实现医疗服务质量和效益的持续改进。要求家属掌握患儿的情绪疏导方法, 提高镇痛用药等方面的依从性, 积极参与到护理管理工作中来, 充分发挥疼痛管理的作用价值^[12]。

综上所述, 疼痛管理可减少疼痛刺激, 提高患儿的舒适度和配合度, 值得深入研究。

参考文献:

- [1] 陈瑜, 徐青青. 个案专项疼痛管理理念在肺癌根治术后护理中的应用[J]. 中国药物与临床, 2019, 19(4): 4.
- [2] 王青, 冯建丽. PRECEDE 模式干预联合虚拟现实疼痛管理在胆囊结石腹腔镜术后患者中的应用研究[J]. 山西医药杂志, 2022, 51(12): 3.
- [3] 胡婷业, 陆玉和, 王凯, 等. 规范化疼痛管理在骨质疏松性椎体压缩骨折患者中的术前应用效果[J]. 中华全科医学, 2019, 17(9): 4.
- [4] 魏雪, 史琴艳. 四等级功能活动评分法在乳腺癌根治术后患者早期疼痛管理中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2022, 38(8): 587-592.
- [5] 李玉莲, 莫伟, 蔡益民, et al. 患者参与管理模式在肝癌动脉化疗栓塞术护理中的应用研究[J]. 介入放射学杂志, 2021, 30(4): 408-411.
- [6] 赵晓丹. 神经外科术后疼痛管理中应用综合性疼痛护理的效果及对生活质量的影响[J]. 河北医药, 2022, 44(19): 4.
- [7] 张科平, 马婧, 王玲琴. 多学科协作模式延续护理在痔疮患者术后疼痛管理中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2020, 26(35): 4.
- [8] 丁志三, 朱平, 韦红. 个性化音乐在小儿术后疼痛管理中的应用效果观察[J]. 河北医药, 2022, 44(10): 4.
- [9] 张真田洁. 多元化疼痛护理管理对跟骨骨折患者术后疼痛控制及康复锻炼依从性的影响[J]. 山西医药杂志, 2022, 51(5): 593-595.
- [10] 张素梅, 阚玉英, 梁培荣, 等. 四肢骨折患儿术后疼痛管理父母认知与态度调查研究[J]. 中国实用护理杂志, 2021, 37(4): 6.
- [11] 丁留敏, 高菁, 徐培兰. 基于规范化疼痛管理的加速康复外科理念在老年髌骨骨折患者早期离床干预中的应用效果[J]. 中国医药导报, 2022, 19(29): 6.
- [12] 李亚琴, 闫丽媛, 高文芳, 等. 基于快速康复理论的多模式镇痛管理在老年多发肋骨骨折术后患者中的应用价值[J]. 中国药物与临床, 2020, 20(18): 2.