

四肢创伤骨折患者急性疼痛的个性化护理管理

李玉兰 李雪轶

(重庆医科大学附属第二医院骨科 重庆 400010)

摘要:目的:探讨急性疼痛的个性化护理管理在四肢创伤骨折患者中的应用价值。方法:选取2017年3月-2018年3月我院90例四肢创伤骨折患者为研究对象,采取随机分组的方式分为对照组和观察组,对照组按照专科护理要求实施常规管理,观察组实施急性疼痛的个性化护理管理,对比两种方案实施后患者的疼痛评分、焦虑评分及对护理的满意度评分进行评价。结果:观察组所得疼痛评分数值及焦虑评分数值低于对照组,护理满意度评分数值高于对照组。结论:对四肢创伤骨折患者采取急性疼痛的个性化护理管理可明显减轻患者的疼痛感受,缓解患者焦虑情绪,提升患者对护理的满意度。

关键词:四肢创伤骨折;急性疼痛;个性化护理管理

疼痛是一种与组织损伤或潜在损伤相关的不愉快的主观感觉和情绪体验,是最常见的临床症状之一^[1]。四肢创伤骨折后,经常伴随着急性疼痛,急性疼痛在治疗不及时的情况下逐步转变为慢性疼痛,慢性疼痛的持续时间可长达三个月,对患者造成生理和心理上的双重伤害^[2]。因此,对四肢创伤骨折的患者及时进行疼痛评估、心理疏导和超前镇痛,减轻患者对疼痛的主观感受及稳定患者情绪,争取患者的主动配合和提升患者对护理的满意度都有着积极的意义。

1. 资料与方法

1.1 资料

选取2017年3月-2018年3月我科收治的90例四肢创伤骨折患者为研究对象,采取随机分组的方法分为对照组和观察组,每组患者例数控制在45例,其中,对照组中,男27例,女18例,患者年龄范围为26-73岁,平均年龄(43.85±1.25)岁;观察组中,男28例,女17例,患者年龄范围为24-71岁,平均年龄(44.26±1.35)岁。两组均排除有意识障碍和沟通障碍的患者,排除有精神疾病或严重心脑血管疾病患者。

1.2 方法

对照组按照四肢骨折护理常规实施护理管理及疼痛护理,入院时由责任护士对患者进行入院风险评估、疼痛评估,对主诉疼痛的患者遵医嘱使用止痛药,同时做好患者的病情观察、体位管理、并发症预防等常规护理,发现异常及时通知医生处理。

观察组实施急性疼痛的个性化护理管理,采用超前镇痛模式,制定个性化管理方案。具体措施为:①成立疼痛管理小组,由主管医生和高年资疼痛专科护士任组长。加强对疼痛的评估,并定期对组员进行疼痛评估及相关疼痛管理知识的培训与考核,确保疼痛评估的准确性和一致性。②统一评估工具和评估频率。采用视觉模拟评分法,对新入院患者、手术、病情变化的患者常规进行疼痛评估,对疼痛小于4分的轻度疼痛患者,每天至少常规评估一次,疼痛大于4分小于7分的中度疼痛患者,除每天每班常规评估外,服用止痛药半小时后常规进行药物作用评估。疼痛大于7分的重度疼痛患者,每4小时至少评估一次,使用止痛药半小时后常规评估,对使用止痛泵患者,每2小时常规评估。③认真倾听患者对疼痛的主观感受,观察疼痛的部位、性质、程度、间隔或持续时间、患侧肢体是否肿胀、血供是否良好,以及患者的体位管理是否符合要求,并及时将相关症状体征告知医生,医生再根据患者的病情及既往史,针对性采取个性化的镇痛模式,提前干预。④加强疼痛相关知识宣教。及时向患者和家属介绍相关疼痛管理的知识,指导患者正确掌握自我评分的方法,了解止痛药物的作用、副反应,更新镇痛理念,理解超前镇痛、按时给药的现实意义,以争取患者的主动配合并鼓励患者正确表达自己对疼痛的主观感受。⑤专人负责,做好患者个性化疼痛管理方案及用药途径、频次、剂量、效果等相关记录,组长定期组织小组成员对个性化管理病案进行管理质量分析,总结经验,改进不足,加强随访,不断提升服务质量和患者的满意度。

1.3 观察指标

观察两组患者疼痛评分、焦虑评分及对护理满意度的评价。根据视觉模拟量表评估疼痛感,量表分数范围在0-10,评估得分越高,疼痛感表现越严重,评估得分越低,疼痛感表现越轻。采用由W.K.Zung于1971年编制的焦虑自评量表(SAS)评估患者焦虑情绪,SAS标准分的分界值为50分,其中50-59分为轻度焦虑,60-69分为中度焦虑,69分以上为重度焦虑^[3]。根据我院设置的优质护理满意度调查表评估满意度,量表分数范围在0-100,评估得分越高,满意度表现越高,评估得分越低,满意度表

现越低。

1.4 统计学处理

将各项数据输入SPSS18.0中,平均值用($\bar{x} \pm s$)表示,检验用t值,计数用百分比%表示,所得P值<0.01,所得数据拥有统计学比较意义。

2. 结果

2.1. 两组疼痛评分、焦虑评分、满意度评分数值情况

观察组所得疼痛评分、焦虑评分数值低于对照组所得数值,满意度评分数值高于对照组所得数值,统计学有意义(P<0.01);见表1。

表1. 两组疼痛评分、焦虑评分、满意度评分数值情况

组别	疼痛评分	焦虑评分	满意度评分
观察组(n=45)	4.09 ± 0.26	50.15 ± 3.73	89.83 ± 1.92
对照组(n=45)	6.30 ± 0.39	62.95 ± 2.31	76.22 ± 2.07
t值	31.5	19.58	32.32
P值	<0.01	<0.01	<0.01

3. 讨论

四肢创伤骨折是临床危害较大的骨科疾病,且随着交通事故的增多、建筑业的发展,该疾病的发生率正呈逐年上升的趋势,如不及时进行有效的临床治疗,将给患者的身心健康和生活质量造成严重影响^[4]。部分骨折患者,除了疼痛,还有行动不便,患肢功能障碍,有的甚至需要卧床休息,如果不在早期进行有效的疼痛控制,持续、剧烈的疼痛容易使患者出现焦虑、抑郁、甚至恐惧等负面情绪,增加患者围手术期并发症的发生风险,对患者的临床治疗效果产生严重影响^[5]。《中国髋、膝关节置换术加速康复-围手术期疼痛与睡眠管理专家共识》提出重视健康教育、选择合理的疼痛评估方法、预防性镇痛、多模式镇痛和个性化镇痛是术后疼痛管理的五大原则^[6]。

本研究通过对四肢创伤骨折及骨折术后急性疼痛患者进行规范化的评估、记录,采用个性化的健康指导,标准化镇痛方案及个性化的超前镇痛模式,提前干预,不但减轻了患者的疼痛感,同时也减轻了疼痛带给患者的负面情绪的影响,减少了疼痛并发症的发生,增强了患者战胜疾病的信心,增强患者对医护团队的信任度,缩短了患者的平均住院时间,减轻患者的经济负担,从而改善了患者的就医体验,提升患者的满意度和忠诚度。

综上所述,急性疼痛的个性化护理管理,为患者提供优质的个性化的人文护理服务,有利于减轻患者的疼痛,稳定患者的情绪,减少焦虑等负面情绪的产生,加快患者身体康复速度。

参考文献

- [1]铁斌,尹安春.康复护理[M],人民卫生出版社,2017,075-077.
- [2]唐超,张颖.四肢创伤骨折患者急性疼痛的护理管理[J].临床医药文献杂志,2018,5(57):114-115.
- [3]郭念锋,虞积生.国家职业资格培训教程.心理咨询师[M],民族出版社,2012.242-244.
- [4]温莹莹,宋美乐,秦丹.四肢创伤骨折患者急性疼痛的临床护理管理方法及要点分析[J].中国医学工程,2016,24(6):120-121.
- [5]李力.骨折疼痛与负性情感体验的相关性研究[J].当代护士,2017,5(3):121-122.
- [6]苏曼曼,周阳.术后疼痛管理研究进展[J].护理研究,2018,32(17):2669-2671.