

四肢创伤骨折患者应用标准化急性疼痛护理管理的方法研究

季美芸

远安县人民医院 湖北 宜昌 444200

摘要：目的：分析四肢创伤骨折患者应用标准化急性疼痛护理管理的效果。方法：选取2023年5月-2024年5月本院76例四肢创伤骨折患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组38例，行常规护理，观察组38例，行标准化急性疼痛护理管理，比较两组护理效果。结果：观察组的GQOLI评分明显高于对照组，PSQI、SAS、VAS和SDS评分均明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：给予四肢创伤骨折患者标准化急性疼痛护理管理能有效减轻疼痛，改善身心状态，提高睡眠质量，具有推广价值。

关键词：四肢创伤骨折；标准化急性疼痛护理；生活质量；睡眠质量

人体四肢有较大活动范围，同时骨干较长，对比体内脏器官，面对创伤时更易受损。经济持续进步，基础建设发展，同时生产速度变快，交通事故频发，四肢创伤骨折越发常见^[1]。患者病情不同，治疗方式也不一致，对于创伤明显者，应采取手术固定，但就手术而言，其本身存在创伤，进行操作时，常伴有疼痛。四肢活动范围大，若术后未重视护理，或操作不当，疼痛可能加剧，影响预后效果，睡眠质量下降。采取适宜、全方位护理，维护身心健康，提升睡眠质量，减轻疼痛，有重要作用。实施常规护理，疼痛管理不规范，患者缺乏认知，或存在不正确观念，例如忍痛等，效果有限^[2]。针对急性疼痛，实施标准化护理，能端正态度，减轻疼痛。本研究以四肢创伤骨折患者为对象，分析标准化急性疼痛护理管理应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2023年5月-2024年5月本院76例四肢创伤骨折患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组38例，男20例，女18例，年龄为20-67岁，平均年龄（45.44±3.61）岁；观察组38例，男21例，女17例，年龄为21-68岁，平均年龄（45.68±3.50）岁。两组一般资料（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：符合四肢创伤骨折诊断标准；存在手术指征；资料完整；知情同意本次研究。

排除标准：精神疾病；认知障碍；多器官衰竭；凝血功能异常；心脑血管疾病。

1.2 方法

对照组行常规护理，营造温馨、干净环境，适当调节温湿度，及时通风，做好消毒工作，遵循医嘱用药，确保定量、定时，检查患肢情况，评估其康复进程，询

问有无血栓、感染，如出现马上干预，进行抗感染。观察伤口情况，待其康复后，开展康复锻炼，针对运动、饮食，提醒禁忌。观察组以对照组为基础，行标准化急性疼痛护理管理：

1.2.1 创建干预小组

成员包含四种身份，一为科室主任，二为主管医生，三为护士长，四为护理人员，组长为护士长，和成员一起，拟定护理方案，执行各项措施，监督各措施实施情况，持续改进护理方案。加大培训力度，介绍骨折知识，评估疼痛方法，常用药物疗法，主要非药物疗法等。

1.2.2 创建健康档案

对于入院患者，全面总结其信息，创建健康档案，面对患者，亲切、积极讲解医院环境，讲解各项制度，例如后勤服务、管理制度等，尊重、关爱患者，拉近护患距离。

1.2.3 健康教育

介绍疾病知识，包括发生机制、症状、后续并发症等，提醒注意事项，讲解疼痛发生机制，介绍干预方案，纠正患者认知，提高配合度。

1.2.4 心理护理

因身体疼痛，患者害怕后续恢复不佳，易产生不良心理，例如绝望、焦虑等，树立正确认知，引导其诉说心声，表达真实想法，形成良好心态，自觉参与护理工作，缩短康复进程，加强信心。了解患者喜好，选择适宜音乐，以舒缓、优美为主，转移注意力，给予患者引导，可经由正念冥想等，转移注意力，减轻不良情绪。指导患者于床上平躺，放松身心，从头部开始，到上肢，到躯干，一直到下肢，依次放松肌肉群。引导其深呼吸，先吸气，维持10s，然后放松，持续30s，进行3

次, 平静心情, 放松身体。进行腹式呼吸, 经由鼻子, 进行深吸气, 感受到腹部凸起后, 转换为嘴巴呼气, 持续约15s, 借助放松疗法, 促使身心放松。

1.2.5 药物镇痛

合理使用镇痛药物, 采取三阶段镇痛法, 对于第一阶段, 表示轻度疼痛, 一般选择非甾体类药物; 对于第二阶段, 表示中度疼痛, 结合上述方法, 加入弱阿片类药物; 对于第三阶段, 表示重度疼痛, 通常选择强阿片类药物。

1.2.6 患肢干预

结合患者差异, 拟定适宜锻炼计划, 早期开展被动训练, 进行床上运动, 对四肢进行活动, 进行肢体运动时, 严格控制幅度, 先做踝关节训练, 然后活动髋骨, 每天约8h, 保证患者未出现疲惫感。术后14d内, 逐渐加强活动强度, 扩大活动范围, 灵活采取关节松动法, 例如推拿法、按摩法等, 改善关节肌肉活动。待患者可以行走, 或可自行站立后, 提供弹力绷带, 对肢体进行保护, 由家属、护理人员监督, 逐渐进行自主活动, 2个月后, 适当开展负重训练。

1.2.7 睡眠干预

治疗期间, 患者常伴有睡眠型态紊乱, 影响睡眠质量, 此时提醒其日间不睡, 或减少睡眠时间, 晚上入睡尽量少活动, 控制饮食量, 结合其睡眠习惯, 编制时间表。入睡前, 可播放轻松、优美的音乐, 降低精神压力, 可以泡脚, 饮用热牛奶, 加快入睡时间, 如有必要, 按照医嘱, 提供助眠药物。

1.3 观察指标

评价疼痛、情绪: 疼痛用VAS量表^[3], 0-10分; 情绪用SAS和SDS量表^[4], 表示焦虑、抑郁, 界限为57、55分。评价生活质量: 选择GQOLI量表^[5], 纳入4个项目, 均为百分制。评价睡眠质量: 借助PSQI量表^[6], 共有7个维度, 各维度分值0-3分。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据, ($\bar{x}\pm s$)表示计量, 行t检验, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疼痛、情绪比较

干预后两组SAS、VAS和SDS评分均明显低于干预前, 观察组变化更明显 ($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组疼痛、情绪比较[n($\bar{x}\pm s$)]

组别	例数	SAS (分)		VAS (分)		SDS (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	38	57.44±6.55	33.28±4.47 ^a	5.58±1.14	2.58±0.33 ^a	55.18±5.60	31.28±5.27 ^a
对照组	38	57.61±6.42	41.71±4.23 ^a	5.61±1.12	3.28±0.35 ^a	55.31±5.48	39.25±4.91 ^a
t	/	0.114	8.444	0.116	8.970	0.102	6.821
P	/	0.909	0.000	0.908	0.000	0.919	0.000

注: 与本组干预前比较, ^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组生活质量比较

干预后两组4个项目GQOLI评分均明显高于干预前,

观察组变化更明显 ($P < 0.05$)。详见表2。

表2 两组生活质量比较[n($\bar{x}\pm s$)]

组别	例数	社会功能 (分)		物质生活 (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	38	61.15±4.33	86.54±3.28 ^a	60.53±3.28	85.49±3.45 ^a
对照组	38	61.24±4.28	71.25±3.14 ^a	60.71±3.19	75.74±3.91 ^a
t	/	0.091	20.758	0.243	11.526
P	/	0.928	0.000	0.809	0.000

续表2 两组生活质量比较[n($\bar{x}\pm s$)]

组别	例数	心理功能 (分)		躯体功能 (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	38	63.24±3.85	86.54±3.38 ^a	62.35±4.15	84.63±3.62 ^a
对照组	38	63.41±3.72	76.26±3.18 ^a	62.43±4.11	70.25±4.28 ^a
t	/	0.196	13.655	0.084	15.814
P	/	0.845	0.000	0.933	0.000

注: 与本组干预前比较, ^a $P < 0.05$ 。

2.3 两组睡眠质量比较

干预后两组7个维度PSQI评分均明显低于干预前, 观

察组变化更明显 ($P < 0.05$)。详见表3。

表3 两组睡眠质量比较 [$n(\bar{x} \pm s)$]

指标	时间	观察组 ($n = 38$)	对照组 ($n = 38$)	t	P
日间功能障碍	干预前	1.81±0.24	1.83±0.20	0.395	0.694
	干预后	1.16±0.12 ^a	1.56±0.11 ^a	15.147	0.000
睡眠障碍	干预前	1.60±0.24	1.61±0.22	0.189	0.850
	干预后	1.00±0.12 ^a	1.56±0.14 ^a	18.721	0.000
睡眠时间	干预前	1.21±0.12	1.23±0.10	0.789	0.432
	干预后	0.66±0.11 ^a	1.28±0.14 ^a	21.466	0.000
睡眠质量	干预前	1.46±0.12	1.48±0.11	0.757	0.451
	干预后	1.12±0.13 ^a	1.46±0.15 ^a	10.559	0.000
催眠药物	干预前	1.25±0.11	1.26±0.10	0.415	0.680
	干预后	0.38±0.11 ^a	0.97±0.12 ^a	22.342	0.000
睡眠效率	干预前	0.96±0.14	0.98±0.10	0.717	0.476
	干预后	0.51±0.13 ^a	0.87±0.14 ^a	11.616	0.000
入睡时间	干预前	1.78±0.14	1.80±0.10	0.717	0.476
	干预后	1.24±0.10 ^a	1.53±0.16 ^a	9.475	0.000

注: 与本组干预前比较, ^a $P < 0.05$ 。

3 讨论

四肢创伤骨折属于多发骨折之一, 疾病会影响血液循环, 可能引发关节僵硬、静脉血栓等, 生活质量下降^[7]。患者多接受手术, 无论是骨折, 还是手术, 患者均缺乏认知, 同时受疼痛影响, 引发不良心理, 例如悲观、焦躁等, 干扰术后恢复^[8]。

采取标准化急性疼痛护理, 或采取同一标准, 或借助统一指南, 开展疼痛干预。创建护理团队, 进行健康教育, 纠正患者认知, 令其掌握疾病、手术、疼痛等基础知识, 知晓干预方案。进行心理疏导, 提供心理暗示, 转移注意力, 教会其放松方法。尽早康复锻炼, 从被动运动开始, 逐渐到主动训练, 调节血液循环, 改善关节活动。根据疼痛程度, 合理用药, 以缓解疼痛, 提高针对性, 形成良好环境, 提高睡眠质量。研究结果显示和对照组比, 观察组的SAS、VAS和SDS评分均更低 ($P < 0.05$), 表示该模式镇痛效果明显, 能减轻负面心理。观察组的4个项目GQOLI评分均更高 ($P < 0.05$), 代表应用该模式, 患者生活质量显著提升。观察组的7个维度PSQI评分均更低 ($P < 0.05$), 表明该模式可提高睡眠质量。说明应用标准化护理措施可以调节四肢创伤骨折身心状态, 加快恢复进程。

综上所述, 给予四肢创伤骨折患者标准化急性疼痛护理管理能有效减轻疼痛, 改善身心状态, 提高睡眠质

量, 具有推广价值。

参考文献

- [1]寇小青.疼痛护理在四肢骨折围术期中的应用及对患者舒适性的影响[J].婚育与健康,2024,30(11):154-156.
- [2]尚静,黄敬敬.早期康复护理在四肢骨折患者术后的应用效果及对并发症风险的影响[J].临床医学工程,2024,31(2):221-222.
- [3]王湖.持续性阶段护理方案对外伤性四肢骨折患者术后疼痛及康复的影响[J].中华养生保健,2024,42(10):140-143.
- [4]张惠敏.综合护理在减轻四肢创伤骨折术后疼痛中的应用效果[J].黑龙江中医药,2021,50(1):352-353.
- [5]王宁宁,李文静.护理干预在四肢创伤骨折术后疼痛护理中的效果观察[J].疾病监测与控制,2023,17(5):376-378.
- [6]叶晨荟,庄雅琳,赵玲.综合护理干预在减轻四肢创伤骨折术后疼痛中的应用[J].中国医药指南,2023,21(22):177-179.
- [7]崔倩,刘苗,徐文杰,王松.针对性心理护理结合系统性疼痛控制在四肢创伤性骨折患儿中的应用[J].中西医结合护理(中英文),2023,9(5):100-102.
- [8]赵爱丽,连萍红.护理干预对四肢创伤骨折术后肢体肿胀患者康复的影响[J].中国继续医学教育,2021,13(15):186-189.