

骨折患者手术后疼痛护理

郑玲娣

(浙江省浙江医院, 浙江 杭州 310013)

摘要 目的:探讨骨折患者手术后疼痛的护理措施。方法:2010年9月至2011年9月,采用基础护理、心理护理、改善病房环境及疼痛护理等措施,对30例手术后出现疼痛症状的骨折患者进行系统护理。采用视觉模拟评分法对本组患者进行疼痛程度评估。结果:术后麻醉解除后视觉模拟评分1~3分13例,4~6分12例,7~10分5例。术后3d视觉模拟评分1~3分25例,4~6分3例,7~10分2例。结论:针对骨折患者手术后疼痛症状采取相应的护理措施,能缓解患者疼痛,提高其生活质量,促进其早期康复。

关键词 骨折 疼痛,手术后 手术后医护

疼痛是骨折患者手术后常见的症状之一,疼痛引起的心理和生理应激严重影响整体疗效,不利于患者早期康复^[1-2]。骨折手术后采取有针对性的护理措施来减缓患者疼痛是现代医学的重要研究课题^[3]。2010年9月至2011年9月,我们对30例手术后出现疼痛症状的骨折患者进行系统化护理,效果满意,现报告如下。

1 临床资料

本组30例,男21例,女9例;年龄16~61岁,中位数24岁;均为骨折患者。骨折类型:锁骨骨折9例,尺骨骨折3例,桡骨骨折4例,指骨骨折3例,肱骨骨折9例,胫骨骨折1例,腓骨骨折1例。

2 护理方法

2.1 基础护理 术后常规监测患者的各项生命体征。使患者保持良好体位,避免因体位不当造成骨折端移位。

2.2 心理护理 和患者真诚交流,与其建立良好的护患关系。向患者介绍骨折手术后疼痛的相关知识,使其保持正确认识,从而能积极配合治疗。解释说明止痛药物的成瘾性,降低患者的依赖度。

2.3 改善病房环境 根据患者的兴趣爱好,为其提供相关书籍或杂志,或在病房内播放其喜爱的电视节目、节奏舒缓的音乐,使其身心愉悦。采用多种方式活跃病房气氛,为患者营造良好康复环境。

2.4 疼痛护理 使患者保持舒适体位,协助其进行翻身或坐起等活动。指导患者减慢呼吸频率,降低疼痛感觉。运用触觉分散法按摩切口周围皮肤,分散患者的注意力。疼痛剧烈者采用热疗、红外线照射等物理疗法,疼痛无法忍受者适量运用镇痛药物。

3 结果

采用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)^[4]对本组患者进行疼痛程度评估。术后麻醉解除后VAS评分:1~3分13例,4~6分12例,7~10分5例。术后3d的VAS评分:1~3分25例,4~6分3例,7~10分2例。

4 讨论

疼痛虽然是机体的一种自我保护反应,但常引起焦虑、恐惧等不良情绪,不利于患者早期康复^[5-6]。骨折手术后的疼痛护理是保证整体疗效的关键因素之一^[7]。骨折手术后,通过生命体征监测、体位指导等基础护理措施,确保患者平安渡过术后危险期;通过与患者建立良好护患关系、宣传疼痛防护知识、说明止痛药物成瘾性等心理护理措施,使患者正确对待术后疼痛,能积极配合治疗;通过为患者提供图书、播放电视及音乐等方法,改善病房环境,转移患者对疼痛的注意力;通过协助患者翻身、指导降低呼吸频率、按摩切口周围皮肤、物理治疗、运用镇痛药物等疼痛护理措施,有针对性地降低患者的疼痛感觉。

总之,针对骨折患者手术后疼痛症状采取相应的护理措施,能缓解患者疼痛,提高其生活质量,促进其早期康复。

5 参考文献

- [1] 郑修霞. 护理学基础[M]. 北京:北京医科大学出版社, 2000:125.
- [2] 胡佩诚. 医学心理学[M]. 北京:北京大学医学出版社, 2000:131.
- [3] 王继红, 吴新. 护理干预对骨科病人术后疼痛的影响[J]. 护理研究, 2008, 22(21):1914-1915.

加放血频次。术后 1~2 d,较易发生静脉危象,常规应用肝素原液直接滴在小切口上 1~2 滴,或用蘸有肝素的棉球敷在小切口上,使小切口持续渗血,并注意及时更换棉球,避免形成血痂。术后 3 d,采用间断放血,3~5 滴·min⁻¹,每次 5~10 min^[2]。

2.6 饮食护理 嘱患者多食清淡、易消化、营养丰富的食物,禁食油炸、坚硬的食物。增加蔬菜、水果及粗纤维食物的摄入量,多饮水,促进机体新陈代谢。嘱患者家属定时给患者顺时针方向按摩腹部,每日早晚各 1 次。便秘情况严重者,口服缓泻剂或给予润肠通便煎剂。

2.7 用药护理 术后常规应用罂粟碱和低分子肝素等抗凝药,抑制血栓形成。抗凝药使机体处于低凝状态容易引起出血,因此嘱患者食用软烂食物、使用软毛牙刷刷牙,禁止用力挖鼻孔,避免诱发出血。

2.8 夜间护理 给予患者小剂量镇痛催眠药,避免其因切口疼痛而严重影响睡眠。增加夜间巡视次数,防止患者因睡眠体位不当长时间压迫患指,引起血液循环障碍。认真观察患指变化,避免血管危象发生,必要时切开放血。

3 结果

本组 28 例 29 指,术后成活 27 指,失活 2 指,成活率为 93%。本组患者均获随访,随访时间 3~6 个月。均无切口感染及动脉危象等并发症发生。1 例因夜间值班人员护理不当发生静脉危象,延长放血时间为 6 d 后症状消失。2 例因患指挫伤程度较严重,组织再生修复能力差,均于术后 3 d 出现放血不畅或缓慢渗血,且切口处皮肤出现水疱和血疱,增加低分子肝素等抗凝药用量、及时更换敷料并抽吸血疱和水疱后,小切口放血间断活跃,分别于术后 4~5 d 再植指坏死。成活的 27 指按中华医学会手外科学会上肢部分功能评定标准^[4]评定疗效:优 24 指,良 3 指。

4 讨论

断指再植术后常采用小切口放血来维持血液循环,传统的放血时间为 7 d^[6]。本组采用客观指征进

行小切口放血,放血时间为 4.5~6 d,中位数 4.8 d,较传统放血时间有所缩短。采用传统放血方法的断指再植成活率为 80%^[6],而本组为 93%,后者疗效明显高于前者。

单纯吻合指动脉末节断指再植术后小切口放血的护理,是保证再植指成活的关键,因此护理人员应谨慎对待。做好患者的心理工作,消除其紧张情绪,使其积极配合治疗;加强基础护理,营造良好的病房环境,使患者安全康复;注意疼痛护理,避免患者因疼痛难忍引发血管危象;密切观察再植指的血液循环情况,注意其皮肤温度、皮肤颜色、毛细血管反应及皮肤肿胀程度等变化,以便发现问题及时处理;重视小切口放血的护理,严格按照放血标准操作,合理应用抗凝药物,保证放血过程顺利进行;认真做好饮食护理、用药护理及夜间护理,避免患者因不良生活习惯引发出血等并发症。

总之,良好的护理措施不仅能提高再植指成活率,也有助于促进患者早期康复,而作为关键环节的小切口放血护理更应引起重视。

5 参考文献

- [1] 殷婷,陈水敏. 断指再植术后病人夜间发生血管危象原因分析及对策[J]. 护理学杂志,2004,19(10):35-36.
- [2] 赛小珍. 骨伤科护理技术[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:338.
- [3] 吴利平. 末节断指仅吻合指动脉再植的术后护理[J]. 护理与康复,2008,7(11):826-827.
- [4] 潘达德,顾玉东,侍德,等. 中华医学会手外科学会上肢部分功能评定试用标准[J]. 中华手外科杂志,2000,16(3):130-135.
- [5] 丛玲滋,尚志英,梁晓丽,等. 断指再植术加小切口放血治疗手指离断的护理体会[J]. 中医正骨,2009,21(8):79-80.
- [6] 叶洁,杨惠芬. 拔甲或小切口放血治疗静脉回流障碍的护理[J]. 现代中西医结合杂志,2008,17(2):304.

(2011-11-02 收稿 2012-03-22 修回)

(上接第 78 页)

- [4] 唐珂. 患者疼痛的测量和评估方法[J]. 当代护士:学术版,2008,12(9):7-9.
- [5] 刘海秀,万志勇. 骨科患者术后疼痛原因分析及护理对策[J]. 现代中西医结合杂志,2006,15(19):2708.
- [6] Han CH, Connolly PM, Canham D. Measuring patient satisfac-

tion as an outcome of nursing care at a teaching hospital of southern Taiwan[J]. J Nurs Care Qual,2003,18(2):143-150.

- [7] 石荣光,李冬梅,王琳,等. 创伤骨折住院患者心理健康状态调查与心理干预[J]. 护士进修杂志,2006,21(1):21-23.

(2012-02-29 收稿 2012-05-23 修回)