

跟骨骨折患者术后疼痛的护理

王巧,李海婷,杨慧玲,常青

(河南省洛阳正骨医院河南省骨科医院,河南 洛阳 471002)

摘要 目的:探讨跟骨骨折患者术后疼痛的护理方法。方法:对 210 例跟骨骨折患者在行切开复位内固定术后均行一般护理、心理护理、疼痛教育及准确的进行疼痛评估和镇痛泵的护理,并配合耳穴埋豆、冷敷等护理。结果:通过对 210 例跟骨骨折患者术后疼痛的护理干预,疼痛症状均有不同程度减轻或消失,对镇痛的效果均表示满意。结论:科学规范的术后疼痛护理措施可提高患者的住院满意度,增强患者的治疗信心,缩短了平均住院日,同时也体现了高质量的护理才是消除患者术后疼痛,机体机能迅速康复的保证。

关键词 跟骨骨折 术后 疼痛护理

疼痛是骨科手术后患者共有的症状,是机体对疾病和手术造成组织损伤的一种复杂的生理和心理反应。随着医学模式的转变,采取有效的护理手段控制疼痛,提高患者的生活质量已成为骨科护理人员的重要职责。2013 年 1 月至 2014 年 6 月,我们收治跟骨骨折 210 例均在行切开复位内固定术后,针对性的进行疼痛护理,取得了一定经验,现总结报告如下。

1 临床资料

本组 210 例,男 165 例,女 45 例;年龄 18~60 岁,中位数 42.5 岁;其中双跟骨骨折 43 例。均行切开复位内固定术,住院时间 10~24 d,中位数 18.5 d。

2 方法

2.1 一般护理 ①术后严密观察病情,注意观察刀口有无渗血、术肢末梢血运及感觉活动,刀口包扎松紧度及支具摆放是否舒适合体,妥善保护骨折部位,用垫枕抬高患肢,正常情况下术肢摆放应高于心脏水平,保持中立位,术后 3 d 内尽量少坐起,以利于患肢肿胀消退,减轻疼痛。②创造良好的病房环境,合适的温湿度,良好的采光和通风、舒适的床单位、避免噪音,转移患者的注意力,从而使肌肉放松,缓解疼痛。③指导患者学习一些减轻疼痛的技巧如:和同病房病人聊天、听一些放松的音乐、看小说等,以分散注意力,从而缓解疼痛。

2.2 心理护理 术后医护人员要深入病房,向患者介绍疼痛的原因,应如何面对疼痛以及减轻疼痛的措施及方法,关心爱抚患者,与患者进行良好的情感交流,建立信赖的护患关系,尊重患者的反应,鼓励患者表达对疼痛的真实感受,耐心倾听患者对疼痛的主诉,帮助患者接受疼痛的行为反应,用爱心、耐心、细心安慰关心患者,消除患者的焦虑和恐惧心理,从而减轻患者的心理压力,避免紧张、恐惧等不良心理反

应加重疼痛的程度^[1]。

2.3 疼痛教育及疼痛评估 疼痛教育是改善疼痛护理质量的一个重要措施。转变患者对疼痛的认识,使其对术后疼痛有控制感,告知其安全适量的药物镇痛有助于手术后的恢复。部分患者害怕麻醉药成瘾也是控制疼痛的一大障碍,要克服这种障碍就要向病人讲解区分麻醉止痛药成瘾性、依赖性、耐药性之间的差别^[2],使病人彻底打消顾虑,从心理上完全接受并接受镇痛治疗。另一方面也要提高护士准确评估疼痛的技能,把术后疼痛评估作为一项术后的护理常规工作来做。目前我院临床常用疼痛数字评分法(numerical rating scale, NRS)作为疼痛的评估工具,护理人员进行评估时,用 0~10 代表疼痛程度的数字,通过询问,让病人自己说出最能代表自身疼痛的数字,数字越大疼痛越重。也可采用面部表情量表法作为疼痛评估的工具,分为轻度疼痛、中度疼痛、重度疼痛和剧烈疼痛,通过向病人讲解,让病人理解并参与,各班护士用同样的评估工具,对术后病人进行常规评估并记录,通过准确的记录,才能及时给予患者合适的镇痛治疗。

2.4 耳穴埋豆护理 耳穴是指分布在耳廓上与脏腑经络、组织器官、四肢躯干相互沟通的特定区域,耳穴埋豆治疗是中医学的重要组成部分,它通过疏通经络,调理气血,以达到止血、镇痛、消炎、解痉。具体方法:用耳穴探针按压耳穴找出最敏感的痛点,一般为跟穴、肝穴、肾穴,局部消毒,将王不留行籽用胶布压贴在选用的耳穴上,指导患者感到疼痛剧烈时自行按压 3~5 次,每次 30~50 下,按压时应注意刺激耳穴的强度,通常以局部酸麻胀感或轻微疼痛为佳,留埋期间,嘱患者勿弄湿胶布。本病所选取的 3 个穴位,对跟部有镇痛、止痛的作用,通过对以上 3 个耳穴的压豆按摩,较好的缓解了跟骨骨折术后的疼痛程度。

2.5 冷敷护理 术后局部冷敷治疗是控制软组织损伤及炎症反应的有效方式,具有镇痛、止血、消肿等治疗效果。冷敷前应详细询问病史,在冷敷过程中要注意冷疗温度及时间,加强巡视,观察患足颜色,定时更换冰袋,如治疗过程中患者出现皮肤瘙痒、潮红、水肿、荨麻疹等情况应适时终止治疗,冬季使用冷敷要注意患者其他部位的保暖,还要注意环境的湿度,定时检查冰袋,避免湿渍。

2.6 镇痛泵应用 使用镇痛泵时要向患者及家属交待使用方法,在患者感到疼痛时正确按压镇痛泵开关,使用过程中保持留置针和导管妥善固定,尤其是在改变体位时防止镇痛泵留置针脱落、导管扭转,在使用过程中如有头晕、恶心、心跳加速、呼吸抑制、皮肤瘙痒、尿潴留等不适及时报告当班护士给予处理。使用时应注意三通开关,保证输注畅通,去针或导管拔除后局部按压时间稍长,并进行无菌处理。

3 结 果

通过针对性的进行术后疼痛的护理干预,患者疼痛症状均有不同程度减轻或消失,对镇痛的效果均表示满意。

4 讨 论

跟骨为肢体末端,跟骨骨折属于关节内骨折,疼痛程度较高,手术后 1~3 d 疼痛程度最高,达到 90% 以上,导致患者睡眠不足,造成情绪低落、影响组织康复。通过细心观察、分析疼痛的原因并使患者主动参与疼痛管理,及时采取耳穴埋豆镇痛、冷敷等有效的护理措施,及应用镇痛泵消除了患者术后的疼痛,促进患者早日康复。通过对本组 210 例跟骨骨折患者术后疼痛的护理,大多数患者疼痛得到明显缓解,从而提高了患者住院的满意度,增强了患者的治疗信心,缩短了平均住院日,同时也体现了高质量的护理才是消除患者术后疼痛,使机体机能得以迅速康复的保证^[3]。

5 参考文献

- [1] 杜春萍,包芸,刘素珍. 康复医学科护理手册[M]. 北京: 科学出版社,2011:95.
- [2] 林贵平. 骨科患者疼痛护理存在的问题及应对措施[J]. World Health Digest,2008,16(6):823.
- [3] 高虹,杨澜. 外科术后患者镇痛满意度调查及护理对策[J]. 护理研究,2007,27(2B):406-407.

(2014-07-30 收稿 2014-09-15 修回)

· 作者须知 ·

论文中对数据进行统计学处理时需要注意的问题

1 对基线资料进行统计学分析 搜集资料应严密遵守随机抽样设计,保证样本从同质的总体中随机抽取,除了对比因素外,其他可能影响结果的因素应尽可能齐同或基本接近,以保证组间的齐同可比性。因此,应对样本的基线资料进行统计学分析,以证明组间的齐同可比性。

2 选择正确的统计检验方法 研究目的不同、设计方法不同、资料类型不同,选用的统计检验方法则不同。例如:2 组计量资料的比较应采用 t 检验;而多组(≥ 3 组)计量资料的比较应采用方差分析(即 F 检验),如果组间差异有统计学意义,想了解差异存在于哪两组之间,再进一步做 q 检验或 $LSD-t$ 检验。许多作者对多组计量资料进行比较时采用两两组间 t 检验的方法是错误的。又如:等级资料的比较应采用 Ridit 分析或秩和检验或行平均得分差检验。许多作者对等级资料进行比较时采用卡方检验的方法是错误的。

3 假设检验的推断结论不能绝对化 假设检验的结论是一种概率性的推断,无论是拒绝 H_0 还是不拒绝 H_0 ,都有可能发生错误(I 型错误和 II 型错误)。因此,假设检验的推断结论不能绝对化。

4 P 值的大小并不表示实际差别的大小 研究结论包括统计结论和专业结论两部分。统计结论只说明有无统计学意义,而不能说明专业上的差异大小。 P 值的大小不能说明实际效果的“显著”或“不显著”。统计结果的解释和表达,应说对比组之间的差异有(或无)统计学意义,而不能说对比组之间有(或无)显著的差异。 $P \leq 0.01$ 比 $P \leq 0.05$ 更有理由拒绝 H_0 ,并不表示 $P \leq 0.01$ 时比 $P \leq 0.05$ 时实际差异更大。只有将统计结论和专业知识有机地结合起来,才能得出恰如其分的研究结论。若统计结论与专业结论一致,则最终结论也一致;若统计结论与专业结论不一致,则最终结论需根据专业知识而定。判断被试因素的有效性时,要求在统计学上和专业上都有意义。

5 假设检验的结果表达 P 值传统采用 0.05 和 0.01 这 2 个界值,现在提倡给出 P 的具体数值和检验统计量的具体数值(小数点后保留 3 位有效数字),主要理由是:①以前未推广统计软件之前,需要通过查表估计 P 值,现在使用统计软件会自动给出具体的 P 值和检验统计量的具体值(t 值、 F 值、 χ^2 值等)。②方便根据具体情况判断问题。例如 $P=0.051$ 与 $P=0.049$ 都是小概率,不能简单地断定 $P=0.051$ 无统计学意义而 $P=0.049$ 有统计学意义。③便于对同类研究结果进行综合分析。

6 统计学符号的使用 统计学符号的使用应按照 GB3358—82《统计名词及符号》的规定,具体可参阅本刊投稿须知中的有关要求。