

循证护理在骨科患者多模式镇痛中的应用

吴成华, 薛静华, 张亚英, 汤 茜 (江苏省江阴市人民医院骨科 214400)

【摘要】 目的 探讨循证护理在骨科患者多模式镇痛中的应用效果。**方法** 100 例骨科多模式镇痛患者随机均分为观察组(循证护理)和对照组(常规护理)。观察两组术后 12、24、48 h 视觉模拟疼痛(VAS)评分,记录护理前后汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分和改良睡眠状况自评量表(SRSS)评分。**结果** 观察组术后 12、24 h VAS 评分明显低于对照组($P < 0.05$)。护理后,两组 HAMD、HAMA 和 SRSS 评分显著降低($P < 0.05$),但观察组降低明显低于对照组($P < 0.05$)。**结论** 循证护理能有效改善骨科患者的多模式镇痛效果和心理健康,提高睡眠质量。

【关键词】 循证护理; 多模式镇痛; 骨科; 效果

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.16.069 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)16-2182-02

疼痛是骨科患者围术期常见的症状,剧烈疼痛和不适易对心理健康产生不良影响^[1],同时影响睡眠质量,不利手术治疗和术后康复。随着骨科无痛病房的建立,多模式镇痛已在骨科广泛应用,并取得较好的效果^[2]。本科对多模式镇痛的患者实施循证护理,在改善镇痛效果、心理健康和睡眠质量方面取得显著效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 1~10 月本科 100 例多模式镇痛患者,其中男 57 例,女 43 例,年龄 20~60 岁,平均(41±17)岁,体质指数(22.5 ± 2.4) kg/m²,采用随机数字表法将患者随机均分为观察组和对照组。疾病类型:股骨骨折 21 例、髌骨骨折 25 例、胫腓骨骨折 23 例、肱骨骨折 9 例、桡骨骨折 17 例、尺骨骨折 5 例。多模式镇痛:术前静脉给予氟比洛芬酯 50 mg/12 h,术中采用椎管内阻滞或臂丛阻滞,术后用镇痛泵 10 mg 布托啡诺+舒芬太尼 100 μg+托烷司琼 10 mg,若视觉模拟疼痛(VAS) > 5 分,给予静脉注射氟比洛芬酯 50 mg。文化程度:小学 7 例,初中 29 例,高中 38 例,中专及以上 26 例。100 例患者无高血压病、糖尿病、冠心病等病史,心理、精神、认知功能正常。两组患者的性别、年龄、体质指数、疾病、镇痛方式、文化程度、既往史等比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组采用多模式镇痛的常规护理,观察组实施循证护理,具体护理方法如下。

1.2.1 组建循证护理团队 组建以护士长为组长的循证护理小组,三级岗护士为责任护士,具体负责疼痛的评估、护理实施、指导一级岗、二级岗护士的工作等。小组成员接受循证护理和多模式镇痛知识的系统培训和实践,经护理部考核合格后,方可进入团队。

1.2.2 循证问题 小组与科主任、主诊医生、管床医生、患者、家属交流、讨论,确立本研究的循证护理问题:骨折、疼痛、多模式镇痛、焦虑、抑郁、睡眠等。

1.2.3 循证支持 小组利用江苏省南京医科大学图书馆数据库资源,在万方数据资源、维普中文科技期刊全文数据库、中国知网全文数据库、OVID(LWW)、MEDLINE 等进行循证问题检索。小组阅读、分析、提炼文献资料的真实性、科学性和实用性,将最佳实证予以整理、归类,结合骨科护理实践经验,考虑患者个体化需求,初步制定个性化护理规划。

1.2.4 循证应用 (1)疼痛评估:患者入院后立即进行疼痛评

估,内容包括疼痛强度、疼痛持续状态、影响疼痛因素、疼痛产生的不良症状等,每日评估 2 次,若 VAS > 5 分,遵医嘱给予额外静脉注射氟比洛芬酯 50 mg。术后第 1 天每 6 小时评估 1 次,术后第 2 天每 8 小时评估 1 次。(2)疼痛护理:根据骨科无痛病房要求,骨折患者入科后给予氟比洛芬酯 50 mg 静脉注射,加强骨折部位固定和体位舒适护理,科学应用牵引装置、肢体软垫、床的角度等缓解疼痛。通过听音乐、看电视、看报纸等方式分散注意力,提高痛阈。术后严密观察镇痛泵的镇痛效果、不良反应,若 VAS > 5 分,及时联系麻醉医生会诊。(3)睡眠护理:保证镇痛效果,使患者在相对无痛的状态下入睡。保持病房环境安静,温度 20~24 ℃,湿度 50%~60%,护理人员动作轻盈,护理工作不影响患者睡眠。睡前不喝兴奋性饮料,如可乐、咖啡等,保持心情舒缓,可用温热水泡脚,听轻音乐,排空大小便等。(4)心理护理:小组成员有计划、有步骤与患者建立温情的护患关系,利用医学心理学相关知识,了解患者的内心活动,通过交流、肢体接触(抚摸、握手、盖被子等)、病情护理等放松患者的焦虑、紧张、抑郁等不良心理。耐心、互动地倾听患者不适主诉,特别是不良心理的主诉,引导、鼓励其倾诉,小组成员对其倾诉表达同情,并适时予以心理疏导,安排康复病友小范围交流,使其树立积极态度。小组成员着装整洁,语言亲切,动作娴熟,面带微笑,将欢愉、乐观的情绪表达给患者,协助患者建立自信、豁达、开朗的医疗态度。

1.3 观察指标 观察两组术后 12、24、48 h 视觉模拟疼痛(VAS)评分,记录护理前后汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分^[3]和改良睡眠状况自评量表(SRSS)评分^[4]。VAS 评分采用 10 分级表示,0 表示无痛,10 表示剧痛。SRSS 评分越高,睡眠质量越差。

1.4 统计学处理 应用 SPSS16.0 统计软件进行分析,数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较用 t 检验,组内比较应用方差分析,检验水准 $\alpha = 0.05$, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后 12、24、48 h VAS 评分比较 观察组术后 12 h VAS 评分为(2.13±0.43)分,术后 24 h 得分为(2.34±0.54)分,术后 48 h 为(2.18±0.34)分;对照组术后 12、24、48 h VAS 评分分别为(2.94±0.52)、(3.25±0.62)、(2.31±0.46)分。两组间得分比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 两组护理前后 HAMD、HAMA 评分比较 见表 1。

2.3 SRSS 评分比较 见表 2。

表 1 两组护理前后 HAMD、HAMA 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	HAMD		HAMA	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	50	17.35±6.57	9.68±4.76 ^{ab}	17.13±6.24	9.46±3.89 ^{ab}
对照组	50	17.29±6.42	13.69±5.73 ^b	17.22±6.31	12.88±4.36 ^b

注:与对照组比较,^a $P<0.05$;与护理前比较,^b $P<0.05$ 。

表 2 两组护理前后 SRSS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	护理前	护理后
观察组	50	29.89±3.26	19.97±2.74 ^{ab}
对照组	50	29.54±3.37	23.67±2.55 ^b

注:与对照组比较,^a $P<0.05$;与护理前比较,^b $P<0.05$ 。

3 讨 论

骨折患者围术期疼痛严重影响患者身心健康,不符合舒适医疗要求。多模式镇痛是指应用不同作用机理的药物和 2 种以上的镇痛方法,阻断疼痛产生的不同时期和靶位,减轻疼痛的中枢和外周敏感化,从而最大程度地减轻疼痛,降低药物不良反应^[5]。临床资料表明^[6],护理干预可显著减轻患者疼痛。因此,加强骨科患者多模式镇痛的护理具有现实意义。

循证护理又称实证护理,是循证医学思想在护理专业中的发展与应用,改变以往以经验护理为主的护理模式,根据临床实际护理问题,查阅国内外文献资料,遵循最佳科研成果,结合护理实践经验和患者需求,制定最佳护理措施^[7-8]。根据骨科骨折患者围术期疼痛特点和多模式镇痛理念,查阅文献资料,讨论、总结最佳护理方案,术前遵医嘱应用非甾体类抗炎止痛药,术后加强镇痛泵镇痛效果护理,观察组术后 12、24 hVAS 评分显著低于对照组,说明循证护理可提高多模式镇痛效果;术后 48 h 两组 VAS 评分无统计学差异,可能与术后 48 h 时疼痛程度较轻有关。患者因疼痛、手术等刺激,内心易产生焦虑、抑郁等不良心理,护理前 HAMA、HAMD 评分较高,护理后,观察组的评分显著低于对照组,说明循证护理有效改善了患者的心理健康,与临床研究一致^[9]。睡眠不佳可致免疫功能低

下,不利于术后康复,观察组对影响患者睡眠因素进行分析,采取针对性、个性化护理举措,SRSS 评分明显低于对照组,提示循证护理可改善患者的睡眠质量,与文献报道一致^[10]。总之,循证护理可有效提高骨科患者多模式镇痛效果,改善心理健康和睡眠质量,是建立骨科无痛病房的重要护理方法,值得临床应用。

参考文献

[1] 闫莉,张旭阳,池雷. 骨科创伤患者专业心理干预的对照研究[J]. 护理实践与研究,2011,8(15):121-122.

[2] 翁文杰,陆壘,邱旭升,等. 骨科手术围手术期多模式镇痛的疗效评价[J]. 骨科,2011,2(2):79-81.

[3] Molnar TF. Current surgical treatment of thoracic empyema in adults[J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2007, 32(3): 422-430.

[4] 李建明,尹素凤,段建勋,等. 睡眠状况自评量表(SRSS)[J]. 健康心理杂志,2000,8(3):353-354.

[5] 张会东,于松杨,王晓东,等. 多模式镇痛的临床研究现状[J]. 医学综述,2011,17(7):1072-1075.

[6] 余雁. 护理干预在人工膝关节置换术后疼痛中的应用[J]. 齐鲁护理杂志:下月刊(外科护理),2011,17(5):55-56.

[7] 黄红娣. 循证护理在肿瘤化疗患者胃肠道反应中的应用[J]. 护理实践与研究,2012,9(21):49-50.

[8] 许平. 循证护理在神经外科护士规范化培训中的应用[J]. 护理实践与研究,2012,9(17):77-78.

[9] 刘寅初. 系统护理干预在骨科护理中的应用效果观察[J]. 护理实践与研究,2012,9(7):34-35.

[10] 陈建平. 护理干预对骨科术后患者睡眠质量提高的影响[J]. 浙江临床医学,2011,13(2):233-234.

(收稿日期:2013-01-16 修回日期:2013-03-22)

86 例创伤性气胸患者的急救与护理分析

刘晓兰(四川省内江市第二人民医院脑胸外科 641000)

【摘要】 目的 探讨创伤性气胸患者的急救与护理方法。**方法** 选取 2009 年 5 月至 2011 年 5 月四川省内江市第二人民医院收治的 86 例创伤性气胸患者为研究对象,回顾性分析创伤性气胸患者的急救过程及护理方法,探索其临床意义。**结果** 86 例患者中成功脱险 82 例,急救成功率为 95.3%。其中,治愈 42 例,好转 39 例,死亡 0 例,并发肺挫裂 5 例。**结论** 科学的临床急救及护理可以为创伤性气胸赢得最佳的治疗时机,有效改善患者临床症状。

【关键词】 创伤性气胸; 急救; 护理
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.16.070 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)16-2183-02

随着社会工业和交通业的发展,胸部损伤疾病呈现上升趋势。气胸作为胸部损伤中较为严重的并发症,会造成人体心肺功能障碍,引起呼吸和循环功能紊乱,如果不及时治疗,可能会导致患者产生不可逆的损害^[1]。本文回顾性分析了对本院 2009 年 5 月至 2011 年 5 月收治的 86 例创伤性气胸患者的急救过程和护理方法,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2009 年 5 月至 2011 年 5 月本院收治的

86 例创伤性气胸患者为研究对象,其中男 49 例,女 37 例;年龄 19~71 岁,平均年龄 41.2 岁;意识丧失 6 例、合并失血性休克 9 例;高空坠落伤 18 例、机械损伤 34 例、交通事故 34 例。所有患者入院至受伤时间最长 2.5 h,最短 10 min。86 例患者临床表现为张力性气胸和开放性气胸。张力性气胸患者表现为呼吸困难、发绀,伤侧胸部叩诊高度鼓音,听诊呼吸音消失;外部触诊时气管显著向健侧偏移,伤侧胸壁饱满,肋间隙变平、呼吸减弱。开放性气胸患者则表现为呼吸困难、脉细频,严重