



护理干预在减轻骨折患者术后疼痛及提高护理满意度中的临床疗效

陈 玲

甘肃省定西市渭源县中医院 甘肃定西 748200

【摘要】目的 研究护理干预对减轻骨折患者术后疼痛和提高护理满意度的影响。**方法** 随机挑选 2015.9—2016.12 期间在我院骨科接受手术治疗并接受综合护理干预（20 例）和常规护理干预（20 例）的 40 例骨折患者作为本次研究对象，将采用综合护理干预的患者定为研究组，将采用常规护理干预的患者定为对照组，分析两组临床疗效。**结果** 研究组护理满意率和疼痛评估“优”概率分别为 60%、40%；对照组分别为 25%、10%。**结论** 综合护理模式和常规护理模式对比，前者更能降低骨折患者术后疼痛度，更能提升患者护理满意度。

【关键词】 护理干预；骨折；疼痛；满意度；疗效

【中图分类号】 R473.6 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2018) 02-116-02

骨折是常见病症，随着我国每年车祸数量的上涨，骨折患者也逐年增加，当然，除了车祸可以引起骨折，高处跌落、外力击打等均可以引起骨折。患者在临床上一般表现为皮下出血、红肿或肢体畸形等，当前我国医学领域在治疗骨折患者中有多种方法，但患者在接受治疗过程中由于患处疼痛常表现焦虑、烦躁情绪，这些负性情绪不仅影响患者心理健康，更影响康复^[1]，因此，骨折患者在接受治疗过程中，还需要加强临床护理干预。本文主要研究护理干预对减轻骨折患者术后疼痛和提高护理满意度的影响，研究过程如下文。

1 患者资料 and 护理方法

1.1 患者资料

20 例研究组患者作为 2015.9—2016.12 期间在我院骨科接受手术治疗并采用综合护理模式进行护理的骨折患者，男女性患者各 11 例和 9 例，年龄段 22—51 岁，均龄 $(22 + \dots + 51) / n$ 岁；20 例对照组患者作同一时间中在我院骨科接受手术治疗并采用常规护理干预模式进行护理的骨折患者，男女性患者各 13 例和 7 例，年龄段 19—52 岁，均龄 $(19 + \dots + 52) / n$ 岁。研究组和对照组患者在临床资料性别和年龄上比较无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 护理方法

两组患者入院后即接受我院血常规、尿常规等检查，医生对治疗方式和护理方式行告知义务，患者及其家属同意后开始在我院治疗。

对照组在我院治疗期间采用常规护理，护理措施包括日常饮食指导、用药指导、心理指导等；研究组在我院治疗期间采用综合护理模式，护理方法为：（1）术前护理，收集患者资料，综合评估患者骨折程度，制定手术方案和护理方案；术前给予患者心理指导，缓解患者紧张焦虑情绪，告知患者治疗成功案例，让患者保持积极心态配合我院治疗；术前 1 天对患者行常规麻醉皮试，叮嘱患者手术注意事项。（2）术中护理，患者入室前护理人员检查手术室各项器械配备情况，检查手术室卫生情况，若均达标，则可以进行手术；术中护理人员从旁关注患者各项生命体征信息，若发现异常，及时告知医生。（3）术后护理，患者回室后护理人员主动和患者家属联系沟通，告知患者家属手术成功，让患者家属安心；护理人员增加巡视患者病房次数，关注患者各项生命体征变化情况；患者醒后第一时间告知患者手术成功，避免让患者产生焦虑心情。

1.3 观察指标

1.3.1 自制护理满意度调查问卷，问卷共分 100，选不合格（< 65 分）、合格（65—75 分）、一般（76—85 分）、满意（86—100 分）四个评价标准，统计两组患者这四个评价标准的例数和概率。

1.3.2 采用视觉模拟评定法评估两组患者术后疼痛度，评估分数为 0—10 分，选优（0—2 分）、良（3—5 分）、可（6—8 分）、差（9—10 分）四个评价标准，统计两组这四个评价标准例数和概率。

1.4 统计学方法

本次研究数据处理采用软件 SPSS20.0，两组治疗效果等观察指标采用百分比 (n/%) 研究，在对比两组观察指标基础上，如出现治疗效果差异等显著特征，则表示 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 研究组和对照组护理满意率分别为 60% 和 25%，两组比较差异明显 ($60\% > 25\%$)， P 值小于 0.05，具有统计学意义。护理满意度调查问卷统计结果如表 1。

表 1 研究组、对照组护理满意度调查问卷统计结果

	例数	不合格	合格	一般	满意
研究组	20 例	0 (0)	2 (10%)	6 (30%)	12 (60%)
对照组	20 例	2 (10%)	7 (35%)	6 (30%)	5 (25%)

2.2 研究组视觉模拟评定法评估“优”概率为 40%，对照组为 10%，两组对比差异明显 ($40\% > 10\%$)，说明研究组术后患者疼痛概率比对照组低。视觉模拟评定法评估统计结果如表 2。

表 2 研究组、对照组视觉模拟评定法评估统计结果

	例数	优	良	可	差
研究组	20 例	8 (40%)	9 (45%)	3 (15%)	0 (0)
对照组	20 例	2 (10%)	7 (35%)	8 (40%)	3 (15%)

3 讨论

手术后疼痛是每一个骨折患者均会经历的临床症状，患者由于创伤大，且手术过程复杂，术后疼痛就必然存在。当然，骨折患者术后疼痛虽然不能避免，但却可以采取降低疼痛度。随着护理学的进一步发展和完善，越来越多的人意识到临床护理的重要性，医学专家认为，在骨折手术患者治疗期间施加护理干预，可以降低患者术后疼痛度，加快患者恢复速度^[2]。但不同护理模式具有不同的临床效果，临床上常用的护理模式就包括常规护理，在常规护理基础上，为了给予患者更优质的护理服务，衍生出了综合护理模式、优质护理模式、临床路径护理模式等，这几种护理模式各有特点，护理方

(下转第 113 页)

作者简介：徐光菊 (1962.12-) 云南镇雄，汉族，主管护师，中专，主要从事外科护理管理工作。



为 93.3% (42/45)，被误诊为其他器官转移 3 例；血行转移诊断准确率为 88.5% (23/26)，被误诊为淋巴结转移 1 例，其他器官转移 2 例，其他器官转移诊断准确率为 86.7% (13/15)，被误诊为淋巴结转移与血行转移各 1 例，总诊断准确率为 90.7% (78/86)。尽管 CT 诊断准确率略高于 B 超诊断准确率，但数据差异不显著，无统计学意义 ($\chi^2=0.905$, $P=0.341 > 0.05$)。B 超和 CT 联合检查诊断，淋巴结转移、血行转移与其他器官转移诊断准确率分别为 97.8% (44/45)、96.2% (25/26)、93.3% (14/15)，诊断总准确率为 96.5%。

3 讨论

据不完全统计统计，胃癌发病率在我国消化道属于恶性肿瘤的首位，在全身肿瘤中发病率位居第 3。40-60 岁为本病症好发年龄段，参与本次研究的病例平均年龄为 (51.6±6.2) 岁。当下，诊断胃癌的病因尚不明确，普遍认为其与遗传、体制、饮食以及环境等因素相关。结合胃癌侵犯胃黏膜状况，临床上将胃癌分为早期胃癌与进展期胃癌，胃窦是胃癌的好发部位，其次是胃小弯与贲门，胃大弯与前壁处胃癌发率相对较低。早期胃癌具体是指全部局限在黏膜或黏膜下层的癌，不论其是否存在淋巴转移的现象，早期胃癌经根治术后 5 年存活率达到 90%，甚至可达到 100%，但是临床治疗中通常由于早期胃癌的症状、体征不显著，缺乏典型性，不易得到患者以及医务人员的重视。据相关报道显示，早期胃癌在胃镜检出胃癌总数中所占比例约为 15-20%；饮用 500ml 水，正常胃壁厚度 < 10 mm，早期胃癌只会浸润胃壁的浅表层，胃壁厚度轻度增加，部分患者甚至没有胃壁增加的表征，因此 B 超、CT 等影像学手段对早期胃癌的诊断率不高。进展期胃癌的癌组织浸润达到肌层或浆膜层，也被叫做中、晚期胃癌。对于进展期胃癌患者的治疗，根治性切除术为主要手段，而完全切除胃癌原发病灶、转移淋巴结以及受累脏器是胃癌根

治切除术的基本要求，也是实现有效治愈的基础条件^[1]。

胃镜检查目前是进展期胃癌非常可靠的诊断方法之一，但是在检查的过程中患者需要承受非常巨大的痛苦。并且普通的胃镜只能协助检查者观察到肿瘤的表层，而无法捕获其侵入深度、是否存有周围淋巴结的转移及远处转移等信息。最近几年中，B 超、CT 技术在胃癌检查领域中应用范畴不断拓展。而进展期胃壁厚度及结构改变显著，进而又显著提升 B 超及 CT 检查的诊断率，也有效弥补胃镜检查中存在的缺陷。

本次研究结果显示：B 超对进展期胃癌淋巴结转移总诊断准确率为 86.0%，。这代表术前 B 超和 CT 检查对诊断进展期胃癌各种转移种类的准确率及总的准确率均处于相对较高的水平，可以被作为术前进展期胃癌的检查手段，这与国内相关研究报道结果相似^[2]。但是在术前行 CT 检查时，有研究人员发现在精确辨识肿大的淋巴结和周围脂肪组织环节中存在一定难度，特别是在淋巴结与胃壁组织粘连情况下，很可能把淋巴结转移误诊是他类器官的转移，这也是 CT 检查的诊断准确率偏低原因之一，这与国内相关学者的研究结果大体一致^[3]。CT 检查总诊断率为 90.7%B 超和 CT 联合诊断进展期胃癌，诊断准确率显著高于单一检查手段，组间数据差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。由此可初步做出的结论是 B 超与 CT 联合检查诊断进展期胃癌转移，正确率相对来说比较高，且对患者创伤性较低，大部分患者都易于接受，故此该联合诊断方法具有一定的推广价值。

参考文献：

- [1] 姚彬, 李国晖. B 超结合 CT 检查对进展期胃癌转移的诊断准确性分析 [J]. 河北医学, 2016, 22(2):225-228.
- [2] 杨建波. 胃镜结合 CT 检查对进展期胃癌的术前分期及手术治疗的临床指导意义 [J]. 河北医药, 2015, 14(3):380-382.
- [3] 简辉, 白铁成, 朱钟钟. 64 排 CT 增强扫描对胃癌术前 TNM 分期的判断价值 [D]. 延安大学, 2015, 12(25):12541-10214

(上接第 111 页)

与常规显示为团块影的炎症不同而易被误诊为是肺癌，但仔细观察，发现二者还是有较多差异的。在诊断急性单发球形肺炎时，还要与结核球及炎性假瘤进行鉴别。缘清晰锐利且密度高，还会有钙化现象的一般属于结核球，该病用抗生素进行治疗不会产生任何效果^[6]。

慢性炎性增生病变导致的炎性假瘤又被称为炎性肉芽肿，边界清晰密度高，不会充血，抗炎治疗无效。因此，通过临床特点和影像学资料进行判断，还是很容易与急性单发球形肺炎区分开。

综上所述，单发球形肺炎具有独特的临床特点和 CT 影像学特征，使用多征象分析法进行分析一般会得出准确诊断结论。但不易于其他肺内球形病灶进行区分时，可通过抗炎治疗后，观察效果进行判断；也可采用 CT 导引下经皮肺穿刺活检进行判断。

(上接第 116 页)

法既有融合的部分，也有差异的部分，但总而言之，在临床上，这几种护理模式均发挥了效果。在本文中，研究组采用综合护理模式进行护理，对照组采用常规护理，研究组护理满意率和患者术后疼痛度比对照组优秀的原因在于，综合护理模式是常规护理模式的进一步提升和发展，前者护理方法和措施更加的系统完善，因而护理效果更好。总之，骨折患

参考文献：

- [1] 王宗会, 彭如臣. 单发局灶球形肺炎的 CT 表现特征及鉴别诊断价值 [J]. 中国全科医学, 2016, 19(18):2227-2231.
- [2] 徐天鹏, 郝宏毅. 球形肺炎的 CT 特征分析 [J]. 宁夏医学杂志, 2015, 37(8):724-725.
- [3] 方学文. 7 例球形肺炎的影像诊断分析 [J]. 湖北科技学院学报 (医学版), 2016, 30(3):246-247.
- [4] 叶本功. 73 例急性胰腺炎的螺旋 CT 诊断分析 [J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2016, 14(4):101-103.
- [5] 王文双, 高淑焕, 吴丽莉, 等. 64 层螺旋 CT 在急性胰腺炎诊断中的临床应用 [J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2017, 20(2):165-168.
- [6] 石建军. 胰腺炎 64 排螺旋 CT 诊断价值分析 [C]016 中国组织化学与细胞化学杂志临床研究研讨会论文集 (二). 2016.

者在接受手术治疗过程中，为了降低患者术后疼痛度，更为为了给予患者更系统全面的护理服务，建议采用综合护理模式。

参考文献：

- [1] 唐阳. 综合护理对胫腓骨骨折患者负性情绪及疼痛的影响探究 [J]. 中国伤残医学, 2016, 24(8):102-103
- [2] 张梅. 综合护理方式在胫腓骨骨折护理中的应用 [J]. 中国伤残医学, 2016, 24(8):103-104