



骨科围手术期应用超前镇痛以及护理干预的临床效果分析

马迪 朱晓蕾

新疆伊犁州奎屯医院骨科 833200

【摘要】目的 分析骨科围手术期应用超前镇痛以及护理干预的临床效果。**方法** 选择2015年7月-2016年9月我院收治的骨科手术患者124例,随机分为对照组和实验组,每组62例患者。对照组患者接受传统的镇痛泵进行治疗,实验组患者给予超前镇痛和护理干预,主要包括抑制剂超前镇痛、个体化镇痛、合理评估以及护患沟通和健康宣教。**结果** 对照组患者的疼痛评分明显高于实验组,而且实验组的术后并发症率低于对照组, $P<0.05$,具有统计学意义。**结论** 对骨科围手术期患者应用超前镇痛和护理干预效果显著,能够帮助患者缓解疼痛感,可以推广使用。

【关键词】 骨科围手术期;超前镇痛;护理干预;临床效果

【中图分类号】 R473.6 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2017) 02-156-02

随着护理观念的不断改变,无痛治疗在骨科围手术期治疗得到重视^[1]。在这种理念的指导下,我院通过先进的疼痛管理体系为患者制定针对性的治疗方案,帮助患者降低了疼痛程度,提升了手术质量,并且选取了2015年7月-2016年9月在我院治疗的骨科手术患者124例,随机分为两组进行对比研究,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2015年7月-2016年9月我院收治的骨科手术患者124例,随机分为对照组和实验组,每组62例患者。对照组中有34例男性患者,28例女性患者;年龄为16-64岁,平均年龄为(39.2±9.8)岁。实验组中有32例男性患者,30例女性患者;年龄为18-66岁,平均年龄为(41.3±10.4)岁。两组患者的一般资料比较无差异,具有可比性($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 给药方法:实验组患者在术前一天给予200毫克的塞来昔布,一天两次,术前一小时采用静滴方式注射40毫克的帕瑞昔布,手术结束后半天再静滴一次40毫克的帕瑞昔布,同时还要服用几天的塞来昔布,每天两次。对照组采用镇痛泵进行止痛治疗,在麻醉药效过后的6小时进行评分,然后每隔6小时记录一次,两天后撤除镇痛泵。手术后第二天每隔12小时进行一次评分,麻醉清醒后6小时记录抑制剂镇痛药物的阶段性用量情况,每隔6小时记录一次。

1.2.2 护理干预: (1)选择合适的疼痛评估:疼痛评估是处理疼痛的第一步,为了了解患者的疼痛情况,护理人员需要先深入病房,采用NRS、VAS和笑脸评分法评估疼痛,然后医生进行再次评估,针对患者的病情制定针对性的治疗方案。(2)疼痛管理程序:采用三级管理结构,将护理人员分为三个小组,再选出三个组长,护士长负总责,在护理过程中认真观察,由专职护士与患者沟通,评级后组长签字,并反馈给医生,形成一体化的管理制度。(3)实施疼痛干预:药物干预方式主要有多种模式镇痛、个体化镇痛和超前镇痛,按时给予患者药物;非药物干预包括护患沟通、住院环境、物理疗法等。

1.3 评价标准

患者疼痛缓解程度采用VAS评分法进行评估,结合笑脸谱将疼痛等级分为十个等级,0级表示无痛感,10表示剧痛。

1.4 统计学方法

本次研究中使用统计学软件SPSS15.0对纳入研究对象临床资料进行分析,以($\bar{x} \pm s$)均数加减标准差形式对计量资料进行统计,使用t检验计量资料,两组之间是否存在统计学价值使用 χ^2 检验,如若P数值在0.05以下表示存在统计学价值。

2 结果

2.1 两组患者术后切口疼痛评分比较

由表1可知,对照组患者的疼痛评分明显高于实验组, $P<0.05$,具有统计学意义。

表1 两组患者术后切口疼痛评分对比

组别	例数	6h	12h	18h	24h	30h	36h	42h	48h
实验组	62	6.1±0.3	5.5±0.3	5.1±0.5	5.4±0.1	5.1±0.4	4.9±0.1	4.3±0.6	4.1±0.3
对照组	62	6.6±0.5	6.3±0.4	6.2±0.3	6.0±0.2	5.8±0.3	5.4±0.3	4.8±0.5	4.6±0.4
P值	-	$P<0.05$	$P<0.05$	$P<0.05$	$P<0.05$	$P<0.05$	$P<0.05$	$P<0.05$	$P<0.05$

2.2 两组患者的术后并发症率比较

观表2可得,对照组患者的并发症率为19.35%,实验组患者的并发症率为8.06%,实验组优势明显, $P<0.05$,具有统计学意义。

表2 两组患者的并发症率对比

组别	例数	关节僵硬	肌肉萎缩	深静脉血栓	并发症率
实验组	62	3	2	0	8.06%
对照组	62	4	6	2	19.35%
P值	-				$P<0.05$

3 讨论

疼痛是多数骨科患者的共同症状,尤其是围手术期的疼痛很多患者都难以忍受,其睡眠质量和康复效果都受到很大的影响,而且术后容易出现关节僵硬、肌肉萎缩和深静脉血栓等并发症^[2]。本研究使用了抑制剂镇痛药和口服的塞来昔布,在术前和麻醉后则使用帕瑞昔布静滴方式。口服塞来昔布使用方便、疗效显著,而且胃肠道反应较轻,也不会对患

者的精神状态产生影响,能够有效避免镇痛泵带来的精神萎靡和肠胃不适等不良反应^[3]。镇痛药主要是通过控制COX来阻断前列腺素的合成,达到抗炎止痛的功效^[4]。手术后的第二天患者的疼痛感最强烈,而且本研究发现患者术后第一天和当天的疼痛评分有明显差异。而实验组患者因为术前给予了超前镇痛处理,他们对疼痛的敏感度降低,所以疼痛的耐受性也明显优于对照组。

对骨科围手术期患者应用超前镇痛和护理干预,并采取疼痛评估、严谨的疼痛方案和专业的护理团队等措施,为患者进行持续性护理,能够确保超前镇痛药物继续发挥效用,为患者减轻疼痛程度,减少并发症的发生,促进患者的快速康复^[5]。

参考文献:

[1] 安艺萍.手术室护理干预在骨科无菌手术的应用分析及对切口感染的影响[J].中国保健营养,2013,23(03):1301-1302.

(下转第158页)



视时间不宜过长、避免长时间卧床、活动改变体位时预防意外的发生;3)睡眠卫生:居室清洁,睡前避免饮用刺激性物质,养成刷牙、漱口及温水泡脚习惯;4)良好的睡眠环境:安静、清新、光线适宜、被褥柔软舒适。

1.4.2 老年人活动护理:应遵循循序渐进,持之以恒,选择运动最佳时间和场所原则(最佳时间下午15:00-17:00,每天1-2次,每次30分钟,饭前30分钟饭后1.5小时;运动场上宜选择空气新鲜、环境幽静、地面平坦;忌过冷过热及雾霾天气。)由易到难、由浅到深、由简到繁、由慢到快、由弱到强、运动量由小到大,逐步增加。

1.5 老年人皮肤护理

1.5.1 每天以弱碱皂、硼酸皂、羊脂香皂至少洗脸两次,冬季每周冲凉2-3次,夏季可适量增加,水温以35到40°为宜;宜选用质地柔软、光滑、吸湿性能强、宽松、通气性好的纯棉、麻、丝织品的内衣裤。勤翻洗,保持干燥。

1.5.3 合理营养:多进蔬菜和水果,宜多选食黄色、橘色和红色蔬菜、水果,从中摄取维生素A来代替胡萝卜素,但是对有皮肤瘙痒症的老人,应避免酒、葱、蒜、姜、辣椒等有刺激性的食品。除此之外,从饮食上调节,多选蛋类、奶类和适量的动物肝脏,以补充维生素D促进老年人对钙的吸收。

1.6 老年人性生活的护理及卫生指导

1.6.1 一般指导:1)开展健康教育:应对老年人及其配偶、照顾者进行有针对性的健康教育,帮助他们树立正确的性观念,正视老年人的性需求。2)鼓励伴侣间的沟通:必须鼓励和促进老年人及其配偶或性伴侣间的沟通,只有彼此之间坦诚相对,相互理解和信任,各项护理措施和卫生指导才能取得良好的效果。3)提倡外观的修饰:需提醒老年人在外观上加以装扮,除了适当的营养休息以保持良好的精神,在服装发型上应注意性别角色的区分,若能依个人的喜好或习惯做适当修饰如女性使用香水、戴饰物等,男性使用古龙水、刮胡子等,更能表达属于自我的意义。4)营造合适的环境:除温度、湿度适宜外,基本的环境要求应具有隐私性及自我控制的条件,如门窗的隐私性、床的高度以及适用性等:在过程当中也不应被干扰,在时间上应充裕,避免造成压力。5)其他:在时间的选择上以休息后为佳,有研究表明男性激素在清晨时最高,故此时对男性而言是最佳的时间选择;低脂饮食可保持较佳的性活动,因高脂易引起心脏及阴茎的血管阻塞而造成阳痿;老年女性停经后由于雌激素水平下降而导致阴道粘膜较干,可使用润滑剂来进行改善。事实上由于停经后没有怀孕的忧虑,更利于享受美好的性生活。

1.6.2 性卫生的指导:性卫生包括性生活频度的调适、性器官的清洁以及性生活安全等。其中性生活频度的调适是指多长时间一次性生活比较合适,由于个体差异极大,难以有统一的客观标准,一般以性生活的次日不感到疲劳且精神愉快较好;性器官的清洁卫生在性卫生中十分重要,要求男女双方在性生活前后都要清洗外阴,即使平时也要养成清洗外生殖器的习惯,否则不洁的性生活可以引起男女双方的生殖系统感染;在享受美好的性生活时,应提醒老年人必要的安全措施仍应注意,如性伴侣的选择及保险套的正确使用等。

2 老年病人的一般居家护理

2.1 掌握老年疾病特点,严密观察病情变化、药物疗效和不良反应。

2.2 根据评估的心理状态及需要,针对个人特点进行心理护理。

2.3 安全护理:规范使用各种安全评估量表,针对评估的情况做好各项防范措施,增加巡视次数,确保病人安全。

2.4 进餐时根据老年人的身体状况及饮食习惯,给予指导和帮助。

2.5 皮肤护理:衣裤要宽松,柔软,透气吸湿性强,洗浴水温以35-40为宜,对卧床老人重点预防压疮。

2.6 做好二便护理,建立良好的排便习惯。

2.7 根据自理能力、分级护理要求,满足病人生活所需。

2.8 对家属进行健康教育,让其关心、尊重、理解老人。

2.9 为老年人讲解有关健康知识,调节情绪,增加健康生活的乐趣;详细耐心讲解药物的作用、用法、不良反应、及合理用药的重要性,避免误服、错服、漏服药物;定期门诊复诊,如有不适,及时就诊。

3 老年人常见疾病的居家护理

3.1 老年人慢性病护理

3.1.1 慢性病护理在我国始于20世纪80年代中后期,发展较缓慢。目前国内居家护理干预特点:大多数以健康教育为主,进行定期居家访视的干预方式,逐步重视居家在护理干预中作用,并注重患者的社会支持与心理护理。

3.1.2 慢性病病程长、恢复慢、易产生并发症、可造成障碍或功能障碍等特点决定了其住院时间的有限性,更多的时间是在居家中生活。开展居家医疗服务,不仅减轻因住院而造成的经济负担,提高了医院床位的周转率,也使一些不便去医院诊治和不能住院的老年慢性病患者能在家中及时进行治疗和康复护理。同时可为病人提供安全而熟悉的社会心理环境。

3.1.3 慢性病防治:以公共卫生观念为主导,贯彻预防为主方针;全人群干预和高危人群干预相结合(分层管理);以健康促进为手段进行综合防治(行为干预+药物)。因此,通过实施以健康促进为主要策略的干预活动,降低人群中慢病的危险因素,控制慢病发病率和死亡率的上升趋势;通过高危人群和患者的早期发现、随访管理与规范化治疗与干预,控制病情稳定,预防和延缓并发症的发生,提高生命质量、生活质量。

3.1.4 慢性病居家护理流程:入户评估→确定问题→排列问题→采取相应护理措施→执行→确定新问题→采取相应护理措施→执行→提高生活质量。

3.2 老年人其他疾病护理

近年来我国对居家护理进行了进一步研究,将其应用于慢性阻塞性肺疾病、老年痴呆、直肠癌术后和颅脑损伤等。

总之,居家护理组织机构不健全、社区卫生服务中心力量薄弱和医疗保险体系不完善,促使需要建立完善的保障法律体系、促进三级医院与社区医院链接和培养高水平居家护理人才。

参考文献:

- [1] 化前珍.老年护理学[M].北京:人民卫生出版社,2012.8:82-101
- [2] 李春玉.社区护理学[M].北京:人民卫生出版社,2012.6:137-165
- [3] 张丽杰.老年人常见慢性病的防治及护理[Z].中国医科大学附属盛京医院心内科,2013.3:20

(上接第156页)

[2] 周武忠,叶颂霖,孙俊,等.罗哌卡因局麻与镇痛泵对髋部骨折术后镇痛效果比较[J].实用骨科杂志,2014,16(11):813-815.

[3] 赵春珊.骨科患者术后失眠原因分析及护理对策[J].

中国现代药物应用杂志,2015,11(01):159-161.

[4] 皱晓芬,宽甸,张金陵,等.骨科术后患者镇痛泵的观察与护理[J].河南外科学杂志,2014,31(17):143-146.

[5] 卮科,庞仲辉,张亚斌,等.骨科术后肺栓塞的早期诊治和预防[J].吉林医学杂志,2015,23(05):1015-1017.