

疼痛护理管理模式对急诊外科患者疼痛控制和满意度的临床效果评价

覃美莎

柳州市工人医院 广西柳州 545000

〔摘要〕目的 分析疼痛护理管理模式对急诊外科患者疼痛控制和满意度的临床效果。方法 本研究主体为 2017 年 7 月-2019 年 7 月间入本院行急诊治疗的 106 例外科患者。随机分 A 组和 B 组, 均 53 例, 行疼痛护理管理与常规管理。对比疼痛控制效果与护理满意度。结果 管理后, 两组的疼痛评分均低于管理前, 且 A 组低于 B 组; 焦虑抑郁评分均低于管理前, 且 A 组低于 B 组 ($P < 0.05$)。A 组的护理满意度为 96.23%, B 组为 84.91% ($P < 0.05$)。结论 为急诊外科患者行疼痛护理管理可改善其疼痛度, 消除负面情绪, 且能取得较高的护理满意度。

〔关键词〕疼痛护理管理; 急诊外科; 疼痛控制; 满意度

〔中图分类号〕R473 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2019) 12-160-02

急诊外科多收治交通事故伤、高处坠落伤及打架斗殴伤等患者, 以急诊入院居多, 其患者伴有强烈痛感, 出现心率加快或血压上升等异常体征^[1]。急诊治疗为保证急诊外科患者的高度依从性, 多为其行疼痛护理, 避免发生休克或惊厥等并发症。疼痛护理管理效果是急诊外科护理质量的主要体现, 是确保顺利治疗的重要前提^[2]。本研究主体为 106 例急诊外科患者, 旨在探究疼痛护理管理的作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料

主体为 2017 年 7 月-2019 年 7 月间入本院行急诊治疗的 106 例外科患者。纳入标准为: 经临床诊断为急诊外科患者, 可自主配合研究; 自愿参与研究。排除标准为: 存在精神或意识障碍; 伴有恶性肿瘤; 创伤前伴有心肝肾等重大疾病。随机分 A 组和 B 组, 均 53 例。其中, A 组男 33 例, 女 20 例; 年龄范围是 19-64 岁, 平均 (37.51 ± 0.41) 岁; 致伤原因是: 交通意外 24 例, 高空坠落 16 例, 重物砸伤 9 例, 其他 4 例。B 组男 32 例, 女 21 例; 年龄范围是 20-63 岁, 平均 (37.92 ± 0.64) 岁; 致伤原因是: 交通意外 25 例, 高空坠落 14 例, 重物砸伤 8 例, 其他 6 例。

1.2 方法

B 组行常规管理, 及时处理创伤、观察生命体征、记录病情变化和药物止痛等。A 组行疼痛护理管理, 利用视觉模拟量表 (简称 VAS) 评估患者的疼痛程度, 分值范围是 0-10 分, 其中, 0 分示无痛感, 1-3 分示轻度疼痛; 4-7 分示中度疼痛; 8-10 分示重度疼痛, 即分数与疼痛程度成正比。

1.2.1 无痛或轻度疼痛护理

处理伤口与创面, 定时变化体位, 但需轻柔操作, 避免加重痛感。每日评价患者的疼痛度, 若痛感无变化, 则坚持原护理操作, 痛感加重则重新制定管理方案。为患者播放轻音乐, 或培养其看书等爱好, 分散注意力。

1.2.2 中度疼痛护理

对于中度疼痛患者, 应指导患者转移注意力, 如听广播、看电视和言语沟通等, 以放松心情。教授患者疼痛应对方法, 如咳嗽或深呼吸时按压伤口。

1.2.3 重度疼痛护理

为患者行止痛药治疗, 应咨询患者的用药史, 合理选择药物剂量。讲解药物知识, 如用药时间、用量和不良反应, 指导患者严格遵医嘱用药, 禁止擅自更改药物剂量, 以保证止痛疗效。

1.2.4 心理护理

护理人员全面评估患者情况, 了解其情绪变化, 普及疾病知识, 消除其焦虑感。主动与其沟通, 解答治疗疑惑, 给予其充分认可与鼓励, 增强治疗信心。同时告知家属多陪伴患者, 给予其家庭支持。

1.2.5 健康教育

对患者与家属进行健康教育, 如讲解镇痛知识, 通过视频播放、图文解说等形式普及疼痛原因和处理方法。引导其表达情绪, 主诉疼痛护理感受, 进而针对性护理。

1.3 观察指标

利用视觉模拟量表 (简称 VAS) 评估疼痛程度, 分值范围是 0-10 分, 其中, 0 分示无痛感, 10 分示剧烈疼痛, 即分数与疼痛程度成正比。利用焦虑抑郁量表 (简称 HAD) 评分评估焦虑抑郁情况, 其包括焦虑测定题与抑郁测定题, 各项目均为 4 级评分法, 将 2 套测定题分数相加可得出总分, 共 0-21 分, 分数与焦虑抑郁程度成正比。利用自制评价表测评护理满意度, 包括教育行为、服务态度、疼痛技能与沟通技巧, 共 60 分, 分为十分满意 (46-60 分)、满意 (30-45 分)、相对满意 (15-29 分) 和不满意 (0-14 分)。

1.4 分析统计学

经 SPSS16.0 软件分析数据, 分数表达是 $[\bar{x} \pm s]$, 经 t 值对比与检验, 几率表达是 [%], 经 χ^2 值对比与检验, 统计学意义的标准为 P 值不足 0.05。

2 结果

2.1 对比疼痛评分

表 1: 对比疼痛评分 $[\bar{x} \pm s / \text{分}]$

分组	例数	管理前	管理后	t	P
A 组	53	7.54 ± 0.51	2.11 ± 0.24	70.134	0.000
B 组	53	7.52 ± 0.49	3.68 ± 0.37	45.530	0.000
t	-	0.206	25.917	-	-
P	-	0.837	0.000	-	-

管理后,两组的疼痛评分均低于管理前,且A组低于B组($P < 0.05$),如表1。

2.2 对比焦虑抑郁评分

管理后,焦虑抑郁评分均低于管理前,且A组低于B组($P < 0.05$),如表2。

2.3 对比护理满意度

A组的护理满意度为96.23%,B组为84.91% ($P <$

0.05),如表3。

表2:对比焦虑抑郁评分 [$\bar{x} \pm s$ /分]

分组	例数	管理前	管理后	t	P
A组	53	10.24±3.14	6.13±1.75	8.324	0.000
B组	53	10.35±3.02	7.98±1.88	4.850	0.000
t	-	0.184	5.244	-	-
P	-	0.855	0.000	-	-

表3:对比护理满意度 [n/%]

分组	例数	十分满意	满意	相对满意	不满意	满意度
A组	53	36 (67.92)	10 (18.87)	5 (9.43)	2 (3.77)	96.23 (51/53)
B组	53	32 (60.38)	9 (16.98)	4 (7.55)	8 (15.09)	84.91 (45/53)
χ^2	-	-	-	-	-	3.975
P	-	-	-	-	-	0.046

3 讨论

急诊外科患者入急诊室后,多伴有明显的疼痛症状,其可影响肢体功能,增加诊断难度,且会降低患者的治疗依从性^[3]。为此,临床多实施疼痛护理,以减轻疼痛度。疼痛护理管理是较为常用的护理模式,其针对患者的个人情况确定管理方案,以急诊科室的护理要点为基础,制定疼痛护理内容,以改善疼痛预后^[4]。结果中A组的疼痛评分低于B组($P < 0.05$)。说明疼痛护理管理可缓解痛感,原因是其针对无痛、轻度、中度与重度疼痛患者行个体化疼痛护理,可针对性止痛,增强止痛效果。A组的焦虑抑郁评分低于B组($P < 0.05$)。说明疼痛护理管理可消除患者的负面情绪,原因是疼痛护理后,患者的痛感减轻,心理应激反应下降,加之细致化的心理护理与健康教育,可提高患者的自我保健意识,保持乐观心态。A组的护理满意度(96.23%)高于B组(84.91%) ($P < 0.05$)。说明疼痛护理管理的护理质量高,原因是其具有

整体化和人文化特征,以患者为服务核心,可获得其高度信任与认可^[5]。总之,疼痛护理管理的效果理想,可促进急诊外科患者的疾病康复,具有推广性。

[参考文献]

- [1] 王玉蓉,景晓凌.急诊外科以护士为主体的疼痛管理模式应用研究[J].实用医院临床杂志,2019,16(1):138-140.
- [2] 蒋静,王茜,蒋玉敏,等.急诊外科疼痛护理评估及镇痛药物的使用[J].中国医药科学,2016,6(9):90-93.
- [3] 毛丽华.39例多发性骨折的急诊护理体会[J].中外医学研究,2016,14(19):109-110.
- [4] 林桂兰.品管圈护理管理在普外科手术患者中的应用与意义研究[J].中国卫生产业,2018,15(14):76-77.
- [5] 竺静,赵劲松,励莲.强化疼痛护理对急诊创伤骨科患者疼痛程度及睡眠质量的影响[J].中国农村卫生事业管理,2017,37(8):990-991.

(上接第158页)

为患者进行开导,缓解患者的心理压力。其次,可以借助视频、图片的形式来为患者进行讲解,提高患者的认知程度。同时,还可以邀请相应的专家前来进行讲座,增强患者的自信心。另外,相关的领导可以组织护理人员在医院长廊上张贴高血压的宣传图画,加深患者的理解。最后,在患者出院后,护理工作人员还可以通过公众号推送的方式来提升患者学习的积极性与主动性,帮助患者较好的稳定其病情。

总而言之,对于高血压患者,在实际康复护理的过程中

可以实施健康教育的措施,能够在一定程度上有效的提高患者对疾病的认知程度以及患者的满意度,使用价值较为显著。

[参考文献]

- [1] 罗灼明,方志伟,朱灼坤,et al.颅内压监测在幕上高血压脑出血患者治疗中的应用[J].海南医学,2017,28(7):1085-1087.
- [2] 伍葵,涂祝新,侯树穹,et al.高渗氯化钠溶液在高血压脑出血术后颅内压增高患者中的应用效果[J].安徽医学,2017,38(1):54-57.

(上接第159页)

吸功能、临床症状,如:咳嗽、咳痰、呼吸困难等^[3]。而康复护理的实施,利于在患者出院后持续实行行为训练,有效改善患者的病情。而定时询问患者的感受,有助于促使患者及时宣泄心理情绪、表达感受,保持身心放松的状态接受护理干预,提高依从性^[4]。如此一来,肺癌患者可通过行为训练、快速康复护理,使患者正确看待自身疾病,改善患者的生活质量,同时引导患者经惯性模式、自动化行为解脱,予以患者功能状态更多的关注^[5]。通过本研究结果可见,护理前两组呼吸功能情况比较, $P > 0.05$ 。观察组在生活质量评分、护理后呼吸功能情况方面,和参照组作以比较, $P < 0.05$ 。由此证实,本研究在肺癌患者中采用行为训练+快速康复护理,存在临床价值。

综上,行为训练+快速康复护理应用于肺癌患者护理中,不但能改善患者的呼吸功能,而且能提高患者的生活质量。

[参考文献]

- [1] 林琳,戴建娟,俞明娜.肺康复训练护理对肺癌术后化疗患者肺功能及生活质量的影响[J].中国基层医药,2019,26(18):2289-2292.
- [2] 陈瑞英,刘雅,孙婷等.肺康复运动训练对肺癌患者呼吸运动功能、生活质量及总生存期的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2019,41(1):31-36.
- [3] 夏兴梅.穴位按摩联合心理干预在肺癌患者疼痛护理中的应用[J].国际护理学杂志,2018,37(23):3260-3263.
- [4] 廖甜甜,刘平,王燕.5E康复护理联合PDCA循环在肺癌患者中的临床应用及预后[J].中华肺部疾病杂志(电子版),2017,10(3):334-336.
- [5] 梁翠琼.行为训练联合快速康复护理对肺癌患者术后呼吸功能及生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2017,36(18):2589-2592.