

# 骨科无痛病房护理干预的研究进展分析

陈冬梅

成都市龙泉驿区第一人民医院·四川大学华西医院龙泉医院 四川成都 610100

〔摘要〕骨科围术期疼痛会使患者耐受性严重降低,进而导致患者患处及心理遭受一定损害。如果针对患者病症不采取及时有效处置,在长期疼痛感知下极易导致患者神经中枢出现病理性重构,进而使疼痛症状难以控制,从而影响身体恢复、社会功能认知,徒增医疗费用,提高并发症风险等,使患者自我身心状态及社会角色认可度受到一定波及。无痛病房护理作为现阶段规范化病房疼痛管理方式之一,其通过对患者、家属以及医护人员共同协调下,将其疼痛感知缓解至近乎无痛范围内,进而体现出现阶段医护人员临床医护水平和对临床患者的责任意识,加快改善患者生活质量,降低病症痛苦,改善救治环境。

〔关键词〕骨科;无痛病房护理;研究进展

〔中图分类号〕R473.6 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165(2022)09-171-02

骨科患者临床症状中以疼痛感知最为常见,在国际定义上,一般将疼痛归结为患者机体组织受损及出现部分潜在缓解损伤导致的不良感知及情绪体验<sup>[1]</sup>。20世纪90年代,临床医学将疼痛感知作为继血压、体温、呼吸、脉搏后第五大体征<sup>[2]</sup>。疼痛会使人体器官功能发生变化,部分患者因疼痛且在未进行及时医治前提下,会导致自身日常生活、学习效率、工作质量以及精神健康受到影响。我国对于患者疼痛症状的研究远低于西方国家,现阶段基本采取国际通用药物对患者病症进行理性控制,如果对患者疼痛症状进行干预管理,临床上还没有完善管理系统,故需对其进行妥善加强,为此本文通过骨科无痛病房护理干预的研究进展分析综述如下。

## 1 无痛病房概述

无痛在临床理解上并非为不产生疼痛,而是使患者在不产生剧烈疼痛前提下,为其提供积极的护理和治疗服务,进而减轻患者疼痛症状,提高患者耐受性,使其处于相对舒适、安全有效的治疗环境中<sup>[3]</sup>。无痛护理在实施过程中主要通过对患者进行痛感检查、无痛治疗、对病症产生疼痛进行控制以及病症疼痛医治等。在此期间无痛病房护理,这是在无痛医治前提下,医护人员为患者进行有效护理医治,进而缓解患者病症痛苦,使患者能够安全、妥善度过围术期<sup>[4]</sup>。

## 2 无痛病房相应措施

骨科无痛病房其根本意义在于对护理管理的不断完善,从而采取针对性、多元化的前沿镇痛技术、有效的护患沟通环境以及全面的临床健康教育进而改善患者疼痛感知,提高护理人员疼痛管理认知水平<sup>[5]</sup>。首先需树立疼痛护理理念,而后需将传统疼痛护理方式进行转化,构建系统的符合现代化患者临床疼痛需求的管理模式。无痛病房工作模式在实施人员变动上,应从以麻醉医师作为患者管理主体逐步转变为以医护人员作为临床管理主要人群,并在此期间医师起到主体作用,护理人员主要依照患者疼痛感知进行评估,同时也是患者疼痛缓解的主要干预者。在人员编成上主要以医生、护士、康复师作为核心管理小组,并对患者病症疼痛程度进行等级划分并研制配套疼痛干预方案,加强组内成员对无痛治疗管理的认知程度。疼痛管理护理在整体作业模式上主要分为疼痛评估、疼痛管理、疼痛评价与完善方法等<sup>[6-7]</sup>。

在对患者进行疼痛干预期间,主要分为药物和非药物干预。非药物干预主要通过临床患者实施心理健康教育引导、

机械干预(冷疗热敷、针灸按摩等)、心理调节、情志疗法以及自我行为调控等。通过与患者进行有效护理沟通,并在舒适预后环境下强化患者救治心态,转移患者疼痛重视程度,提高患者遵医程度,耐心收听患者内心真实想法,重视患者各种情况下的疼痛感知强度,并为患者讲述疼痛护理相关知识,同时采取鼓励安抚相关言语激励患者,进而强化患者耐受性。在对患者进行临床药物干预期间,其常见方式为镇痛药干预,在药理使用上一般通过多元化、针对性镇痛为主,按照相应剂量按时给药。依照患者疼痛评分研制个性化镇痛方案,进而帮助患者将疼痛症状调整至可控范围,缓解患者焦虑抑郁心情,并要求患者依照护理人员规定完成相应康复规划,完成术后早期康复训练、促进静脉回流、缓解肿胀引发痛感,还能够强化患者关节稳定性,并对患者骨头愈合有着积极效果<sup>[8]</sup>。

对于患者疼痛护理相关指标效果评价以及办法改善,需为患者群体建立无痛管理表格,通过对患者进行无痛知识健康教育及授课宣导,强化患者无痛管理理念。并以患者疼痛时长作为评定标准,从患者用药指导和病症疼痛缓解程度、用药情况、术后疼痛以及疼痛护理、健康恢复情况进行评定,便于对患者疼痛症状起到系统、有效控制<sup>[9]</sup>。

## 3 相关意见

疼痛作为身体病症反应,如果在初期感知阶段未采取有效医治方式,极易导致患者中枢神经发生病理性重构,极易导致急性疼痛在未有效控制前提下,逐步形成难以抑制的慢性疼痛,进而对患者自身机能与社会职能发生改变,延误病症康复时效,徒增医疗费用,降低患者生活质量。部分西方国家已将临床疼痛控制作为医护人员护理重要标准。无痛病房管理模式有利于改善医护人员疼痛护理理念,强化疼痛管理认知程度,提高患者群体疼痛护理满意度,值得在骨科病房中推广。

对于患者临床无痛管理干预,近些年逐步受到医护人员重视,如果想积极有效控制患者疼痛感知,在研究医治疼痛技术的同时,还需制定完善疼痛护理机制。无痛病房管理并非作为单独管理理念,也并非单一医护人员职责,而是需要由医护人员与患者进行综合性参与研究的过程,通过多学科研究互补,在临床护理人员、麻醉医师、心理康复师等共同干预完成<sup>[10]</sup>。护士作为患者实际接触最为密切、病症掌握程度最为深刻的服务类人员,是患者疼痛程度主要评估者,同

(下转第 173 页)

操作方法特别适合存在骨阻力、位置深、复杂的埋伏牙<sup>[10]</sup>。患者经此项干预处理之后,患者牙齿导萌时间短,经排齐处理之后牙周附着情况满意,因而备受广大学者。值得说明的是,在对受试者开展操作过程中,口腔科医生应当尽可能降低对患者的操作性损伤降到最低,牙冠暴露面积可以黏结矫治装置即为标准,特别是不能伤害患者牙釉骨质,避免牙龈发生退缩。

### 3.2 埋伏牙的正畸牵引治疗

关于埋伏阻生牙的正畸牵引治疗,一般可分成开展间隙、手术、粘接矫治附件以及牵引力度、正畸排齐几个步骤。开展间隙一般应用固定矫治器完成该项工作,医生需要排齐患者的邻牙,应用螺旋推簧为埋伏阻生牙预备充分间隙,应用尺寸适宜的弓丝稳定牙弓,如需必要,应当对患者使用腭弓或者口外弓予以强化支抗。牵引附件主要包含 Begg 托槽、牵引钩、舌侧扣等等。值得说明的是,医生在开展相关操作工作时,必须保证粘接牢固,避免松脱。建议对患者应用闭合牵引助萌术治疗疾病<sup>[11]</sup>。经外科手术有效暴露埋伏牙之后,口腔科医生应尽早对患者开展牵引工作,最晚不能超过 2~3 周。详细地牵引力源可以应用弹力链圈、弹力线、Niti 辅弓、拉簧或者垂直曲等等<sup>[12]</sup>。不管应用何类装置,均强调在操作时使用牵引速度不能太快,以免引起附着龈丧失、牙槽边缘支持骨丧失或者牙龈退缩的不良情况<sup>[13]</sup>。医生在开展该项操作过程中,具体的牵引力方向应朝向事先备好的间隙位置,同时引领埋伏牙向预期萌出的路径萌出并规避邻牙的牙根,防止邻牙根吸收,尽可能患者的埋伏牙经牙槽嵴萌出,否则非常容易附着龈丧失、临床冠外形不良、牙龈退缩的情况。阻生埋伏齿被牵引出牙龈暴露充足牙冠以后,医生需要拆除附着在牙冠上的附件,以常规化正畸排齐的方式开展三维位置精细化调整<sup>[14-15]</sup>。随着阻生齿诊断以及技术的不断提升,使得很多以前常规被拔除的冠根倒置弯根埋伏阻生牙能够得以保留。对这些受试者实施正畸牵引治疗,能够取得满意的效果。

### 4 小结

综上所述,埋伏阻生牙为一类相对复杂的错颌畸形疾病。当前,随着我国口腔科医学影像学检查技术的提升,特别是 CBCT 的应用,让埋伏阻生齿的诊断精准率明显提高。从这种疾病的治疗方法来看,临床通常应用外科导萌术联合正畸牵引法对患者开展治疗,以降低相关不良并发症发生概率,提高患者正畸牵引治疗成功率。医生在对患者开展实际治疗过

程中,必须结合埋伏牙真实情况,为患者取最适宜的手术方法。医生需要合理设计正畸牵引的方向、力值、速率,控制支抗,有效维护患者的牙周健康。

### [参考文献]

- [1] 王伟,刘兰.手术导萌联合口腔正畸治疗上颌埋伏阻生牙的疗效分析[J].中国临床医生杂志,2019,47(07):870-872.
- [2] 范磊.口腔正畸辅助治疗上颌埋伏阻生牙的临床疗效观察[J].现代诊断与治疗,2016,27(04):615-616.
- [3] 李璇,秦青,蒋旸.活动矫治器牵引导萌多个埋伏阻生牙1例[J].兰州大学学报(医学版),2018,44(03):77-81.
- [4] 孙少平.锥形束CT在口腔正畸埋伏阻生牙诊疗中的临床应用研究[J].黑龙江医学,2017,41(3):262-263.
- [5] Ackerman M B.The apically repositioned flap and unerupted teeth[J].AmJ Orthod Dentofical Orthop,2004,125(6):17A-18A.
- [6] 陈何熙.手术—正畸联合治疗唇侧与腭侧上颌埋伏阻生尖牙的疗效观察.中外医学研究,2012,10(6):141-142.
- [7] 于剑南,王林,赵春洋.CBCT在埋伏阻生上颌尖牙诊断及治疗中的应用.口腔生物医学,2013,4(3):154-157.
- [8] 马秋君.正畸牵引治疗不同年龄上颌埋伏阻生尖牙疗效比较.重庆医学,2013,42(33):4034-4035,4038.
- [9] 努尔比亚·阿不都西库,阿不都吉力力,买买提.应用固定正畸技术治疗儿童牙和牙槽损伤68例效果观察[J].中外医疗,2013,32(30):10-11.
- [10] 敖同江,孙良丰,袁小平,等.微种植体支抗联合正畸矫正上颌埋伏阻生前牙的临床研究[J].华西医学,2015,30(8):1473-1475.
- [11] 任素锋.固定正畸技术在上颌前牙埋伏阻生治疗中的应用效果研究[J].中国保健营养,2013(8):1796.
- [12] 孙红,李琳,端木婷婷,等.埋伏阻生牙的正畸-外科联合治疗[J].安徽卫生职业技术学院学报,2011,10(5):29-30.
- [13] 高振英,郁峰霞,刘忠虎.手术助萌与口腔正畸治疗埋伏阻生牙的疗效观察[J].临床合理用药,2013,6(7C):116-117.
- [14] 陈琳,钟燕雷,郭红梅,等.上颌中切牙埋伏阻生的临床分析[J].中华医学美容美容杂志,2012,18(2):90-93.
- [15] 靳爱萍,胡晓聪,黄月燕.固定正畸技术在上颌前牙埋伏阻生治疗中的应用[J].中国美容医学,2011,20(12):1966-1967.

(上接第 171 页)

样也是患者疼痛症状主要护理者,更是患者病症医治的主要干预者<sup>[11]</sup>,为此医护人员需善于采取“疼痛评估—实际干预—效果评价”的作业方式为患者带来无痛病房护理,进而起到系统化、规范化护理服务,控制疼痛管理的质量。

### [参考文献]

- [1] 江丹丹,丁娟,肖继荣,姚小云.骨科患者围手术期疼痛管理的最佳证据总结[J].护理管理杂志,2022,22(4):290-295.
- [2] 周晓慧,林璐,赵鑫.人文关怀理念在骨科患者围手术期疼痛管理中的应用研究[J].护士进修杂志,2019,34(14):1330-1332.
- [3] 王悦.无痛病房护理管理模式应用于骨折患者中的价值[J].中国卫生产业,2019,16(6):94-95.
- [4] 刘泱川.护理干预在骨科无痛病房中的应用[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(36):78.
- [5] 段滨杰.以人文关怀为核心的综合疼痛管理在骨科手术患者中的应用分析[J].辽宁医学杂志,2021,35(1):67-69.

[6] 车丽敏.骨科无痛病房护理模式的应用分析[J].中外女性健康研究,2019,(07):129+176.

[7] 杨红萍.多模式疼痛管理对骨科术后患者疼痛程度、预后效果及护理满意度的影响[J].中华现代护理杂志,2019,25(31):4106-4109.

[8] 曾晓燕.无痛病房护理模式在骨科患者围手术期护理中的应用[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(A2):162.

[9] 徐慧萍,赵辉,李东哲,关丽娜,梅展展,张春霖,刘延锦.腰椎术后患者疼痛管理智能化方案的制订及应用[J].中华护理杂志,2020,55(10):1465-1470.

[10] 王建业,郑林克,倪文卓,王敏超,闫金栋,吴坚.无痛病房模式下药物辅助治疗对全膝关节置换术后膝关节早期功能康复作用的观察[J].骨科临床与研究杂志,2020,5(5):304-308.

[11] 魏建梅,王志剑,夏梅,宁玉梅,罗丽婷,熊晨悦,万露,李璐柳,张达颖.系统化疼痛护理管理模式在临床疼痛护理实践中的应用[J].中国疼痛医学杂志,2019,25(7):531-536.