

系统性疼痛控制联合心理护理在创伤性骨折患者术后护理中的研究

翟明慧 吴慧*
泰安八十八医院 山东泰安 271000

摘要: 目的: 探析创伤性骨折患者术后接受针对性心理护理联合系统性疼痛控制的临床效果。方法: 纳入 2023 年 1 月 ~ 2024 年 6 月我院收治创伤性骨折患者 60 例, 以抛投硬币法均分组别, 即对照组 (常规术后护理, 30 例) 和观察组 (常规术后护理 + 针对性心理护理联合系统性疼痛控制, 30 例), 比较两组心理状态、康复效果及疼痛情况。结果: 相比较对照组, 观察组护理后 SAS、SDS、SCL-90 量表评分较低, PAS 量表评分较高, 观察组骨折愈合时间、住院时间用时较短, 康复效果较佳, 对比对照组差异显著 ($P < 0.05$); 护理后 8h、24h 观察组 VAS 疼痛评分较低, 与对照组比较差异明显 ($P < 0.05$)。结论: 创伤性骨折患者术后护理中接受针对性心理护理联合系统性疼痛控制, 有助于改善其焦虑、抑郁等负面情绪以及心理压力, 降低术后疼痛程度, 缩短患者住院时间, 促进术后康复。

关键词: 心理护理; 系统性疼痛控制; 术后护理; 创伤性骨折

创伤性骨折是由外力引起的骨骼断裂, 常伴有严重的疼痛和功能障碍, 给患者的生理和心理带来极大的负担。手术是治疗创伤性骨折的主要手段, 但创伤性骨折患者常因手术及骨折本身, 引发剧烈疼痛和应激反应^[1]。同时, 患者病发突然, 其术后恢复期不确定性及疼痛等原因, 均会导致其产生焦虑、抑郁等负面情绪, 加重心理应激反应, 进而对其康复效果产生显著负面作用。系统性疼痛控制是指通过药物治疗、物理疗法和心理干预等方法综合管理患者的疼痛, 进而有效缓解术后疼痛, 提高患者的舒适度和生活质量^[2]。针对性心理护理则是根据患者的具体心理状况, 提供个性化的心理支持和干预, 如心理咨询、放松训练和情绪疏导, 帮助患者缓解心理压力, 增强治疗信心和依从性^[3]。基于此, 本研究探讨系统性疼痛控制联合针对性心理护理在创伤性骨

折患者术后护理中的应用效果, 研究内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入 2023 年 1 月 ~ 2024 年 6 月我院收治创伤性骨折患者 60 例, 以抛投硬币法均分组别, 即对照组和观察组。纳入标准: (1) 经临床外伤史查体、影像学检查确诊为创伤性骨折; (2) 年龄 > 18 岁; (3) 符合手术复位指征; (4) 术后至少住院 7 日, 且配合临床护理及随访; (5) 患者自愿入组并签署同意书。排除标准: (1) 合并其他类型严重创伤或多发伤; (2) 既往有严重认知障碍、精神疾病史; (3) 术后合并感染等并发症, 需要二次手术者。两组创伤性骨折患者临床资料比较, 无统计学差异 ($P > 0.05$), 见表 1。

表 1 患者临床资料比较 [$\bar{x} \pm s$, n(%)]

组别	例数 (n)	性别 [n(%)]		$\bar{x}$ 年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	骨折类型 [n(%)]	
		男	女		开放	闭合
观察组	30	18 (60.00)	12 (40.00)	45.78 $\pm$ 12.51	11 (36.67)	19 (63.33)
对照组	30	16 (53.33)	14 (46.67)	46.90 $\pm$ 12.74	13 (43.33)	17 (56.67)
χ^2/t		0.272		0.344	0.278	
P		0.602		0.732	0.598	

1.2 研究方法

1.2.1 对照组

该组接受常规术后护理, 护理人员根据患者术后医嘱,

按时按量给予镇痛药物, 并采用冷敷、局部按摩等物理疗法, 帮助患者改善术后疼痛程度; 定时测量患者体温、血压、呼吸, 通过观察患者术后体征, 及时发现异常并做对应性处理;

患者术后伤口护理时,严格按照无菌操作规范完成换药、消毒操作,并观察伤口状态;护理人员指导患者进行早期床上活动、患肢被动活动,预防压疮、深静脉血栓;患者恢复后期,病情允许状况下,指导其进行关节活动;指导患者深呼吸及有效咳嗽,并确保床铺干燥、清洁,预防感染事件的发生,同时,完善饮食护理及心理支持,借助健康宣教,改善术后患者低沉情绪,鼓励其关注自身病情的恢复进展,掌握院外自我护理以及主动功能训练技巧。

1.2.2 观察组

该组接受常规术后护理基础上的系统性疼痛控制及针对性心理护理,护理措施包括:(1)系统性疼痛控制干预:①建立疼痛控制小组,由骨科护士长 2 名作为组长,高年资骨科护师 2 名,护理人员 3 名作为组员,由护士长制定系统性疼痛控制方案并监督方案的实施,主管护师负责患者术后访视、疼痛干预数据收集;护士长带领主管护士及护理人员查阅国内外系统性疼痛控制相关文献,选取有关创伤性骨折及其他骨折类型疼痛护理的循证理论,查阅结束后举办讨论会确定针对创伤性骨折患者的系统疼痛控制方案;临床实际实施前由护士长邀请疼痛科医师、骨科主治医师对系统性疼痛控制方案以及疼痛评估工具进行评点,同时对组内护理人员展开培训,确保其通过培训考核后,于临床进行具体实施^[4];②患者入院后,护理人员详细了解患者骨骼原因、既往史及健康状态,在患者接受手术治疗后评估患者疼痛情况,及时告知医师创伤性骨折患者疼痛部位、疼痛性质、疼痛频率、时间及体征症状,以帮助术后患者确定或调整镇痛方式;于患者术后 4h、6h、24h,评估重度、中度、轻度患者疼痛情况,在患者接受镇痛干预后,再评估 1 次,详细记录疼痛控制措施实施时间及频次,以确定镇痛措施实施的针对性和有效性;交接班时告知接班医护人员镇痛要点,并告知患者其疼痛控制情况;③药物镇痛,根据医生医嘱,按时按量给予阿片类药物和非甾体抗炎药等,对于局部剧烈疼痛的患者,在询问医生明确医嘱的情况下,可考虑局部镇痛药物的使用,并关注患者活动性疼痛情况^[5];④物理镇痛,患者术后 6h,可在其病情状态允许情况下,对其采取按摩、热敷、冷敷等物理治疗方式,或教授其正确放松技巧,如深呼吸,帮助其减轻疼痛和炎症;同时,护理人员也可通过调整患者体位和姿势,减轻对伤口和患肢的压力,进而缓解疼痛程度;⑤环境管理,护理人员应保证病房环境整洁、干燥、明亮,

实施各项护理操作前提告知患者,并集中精力迅速完成,保证护理操作动作轻柔,减少外界环境对患者的刺激;(2)针对性心理护理,①心理评估,护理人员临床使用标准化工具,对患者心理状态展开评估,确定患者焦虑、抑郁及压力水平,并识别可能的压力源,例如担忧术后恢复效果等,同时,护理人员在创伤性骨折患者术后对其进行鼓励和安慰,引导患者多与临床医护人员沟通,了解患者实际心理状况;②个性化心理护理,针对患者心理评估情况,护理人员提供积极的情感支持,倾听患者主诉,给予其鼓励和安慰,增强其心理韧性,同时对于担忧术后恢复状况的患者可向其详细讲解手术后创伤性骨折恢复过程,借助既往临床案例,帮助患者了解骨折术后恢复的预期效果,减轻其疑虑和误解,增强康复信心^[6];此外,对于焦虑抑郁情绪较重的患者可对其进行针对性的心理疏导,如改变患者对术后护理疼痛等情况的认知,增强其应对疾病的信心和能力,或采用正面疗法以帮助其管理焦虑抑郁等情绪;③家庭支持,护理人员向创伤性骨折患者家属介绍此类患者术后康复基本知识、注意事项,增强家属的护理能力;同时,引导家属给予患者更多的情感支持和陪伴,以帮助患者建立安全感和归属感;④同伴支持,护理人员引导患者参与创伤性骨折康复小组或病友会,与其他有相似经历的患者进行交流,分享康复经验及感受。

1.3 观察指标

1.3.1 心理状态

临床采用焦虑、抑郁自评量表(SAS、SDS)评估患者术后焦虑、抑郁情绪严重程度,量表均包含 20 个项目,总分 100 分,分数与患者焦虑、抑郁程度成正比。同时,采用症状自评量表(SCL-90)评估患者既往一周内心理症状及困扰程度,量表共 90 项,包括躯体化、强迫症状、人际关系敏感等,单项 0~4 分,总计 360 分,分数与患者负面情绪程度成正比。并使用知觉压力量表(PSS)对患者术后压力情况进行评估,量表包含 10 个评分项目,总计 40 分,分数与其压力程度成正比。

1.3.2 康复效果

临床准确记录患者骨折愈合时间、住院时间。

1.3.3 疼痛情况

临床采用视觉模拟量表(VAS)引导患者在 10cm 直线上标出自身疼痛感受,进而评估患者护理前、护理后 4h、6h、24h 疼痛程度,评分范围 0~10 分,分数与其疼痛情况

成正比。

1.4 统计学方法

数据以 SPSS25.0 分析, 用 ($\bar{x} \pm s$) 示计量资料, t 检验, 用百分比示计数资料, (2 检验, 结果为 $P < 0.05$ 时, 即组间比较差异明显。

2 结果

2.1 两组护理后心理状态比较

相比较对照组, 观察组护理后 SAS、SDS、SCL-90、PSS 量表评分较低, 差异明显 ($P < 0.05$)。

表 2 两组护理后心理状态比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数 (n)	SAS	SDS	SCL-90	PSS
观察组	30	11.37 ± 2.25	13.41 ± 2.07	34.52 ± 5.61	8.54 ± 3.48
对照组	30	13.78 ± 2.11	14.77 ± 1.98	40.85 ± 6.47	11.07 ± 3.96
t		4.279	2.600	4.049	2.629
P		0.000	0.012	0.000	0.011

2.2 两组康复效果比较

观察组骨折愈合时间、住院时间用时较短, 康复效果较佳, 对比对照组差异显著 ($P < 0.05$)。

表 3 两组康复效果比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (n)	骨折愈合时间 (周)	住院时间 (d)
观察组	30	15.37 ± 1.88	15.30 ± 1.76
对照组	30	17.42 ± 1.53	18.20 ± 2.01
t		4.632	3.895
P		0.000	0.000

2.3 两组疼痛情况比较

两组护理前、护理后 4hVAS 疼痛评分无显著差异 ($P > 0.05$); 护理后 8h、24h 观察组 VAS 疼痛评分较低, 与对照组比较差异明显 ($P < 0.05$)。

表 4 两组疼痛情况比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数 (n)	护理前	护理后 4h	护理后 8h	护理后 24h
观察组	30	7.31 ± 1.52	6.75 ± 1.30	5.68 ± 1.21	3.42 ± 0.99
对照组	30	7.35 ± 1.36	6.89 ± 1.44	6.77 ± 1.56	4.91 ± 1.48
t		0.107	0.395	3.024	4.583
P		0.915	0.694	0.004	0.000

3 讨论

创伤性骨折是由于外力作用导致骨骼完整性破坏的一

种病理状态, 该疾病不仅影响骨骼本身, 而且可能伴随周围软组织、血管、神经的损伤, 导致功能障碍和疼痛。对于移位明显、不稳定或涉及关节面的创伤性骨折患者, 临床需对其采取手术治疗, 通过内固定、外固定手段, 帮助其恢复骨骼解剖位置及稳定性, 避免进一步损伤。但是, 部分创伤性骨折患者因创伤及手术麻醉刺激, 导致其身体出现强烈的应激反应, 易因疼痛引发焦虑、烦躁等负面情绪, 提升交感神经兴奋性, 最终加重机体损伤。同时, 剧烈的疼痛会限制患者的活动, 导致肌肉萎缩、关节僵硬和功能受限, 增加并发症发生的风险。因此, 科学有效的疼痛管理和心理护理在创伤性骨折术后护理中尤为重要。既往临床对创伤性骨折术后患者疼痛护理缺少严格标准, 护理措施多以经验为主, 缺乏系统性和规范性, 导致患者疼痛管理效果不佳。患者常因疼痛得不到有效控制而产生焦虑、抑郁等负面情绪。相关研究认为^[7], 创伤性骨折患者术后接受系统性疼痛管理, 有助于缓解其不良情绪, 显著改善其术后生活质量。而针对性心理护理通过关注患者具体心理状态及需求, 为其提供心理支持, 同样对创伤性骨折患者术后心理情绪的疏导和改善存在积极作用。

本次研究显示, 相比较对照组, 观察组护理后 SAS、SDS、SCL-90 量表评分较低, PAS 量表评分较高, 提示观察组患者在接受护理干预后, 焦虑、抑郁、压力及总体心理症状明显减轻, 该组护理措施对创伤性骨折患者术后心理情绪有显著缓解作用, 分析原因在于, 首先, 护理人员通过建立信任关系和提供积极的情感支持, 及时关注和回应患者的情感需求, 使患者感受到关怀和理解, 减少其对自身病情的无助感。同时, 通过详细的病情解释和康复指导, 护理人员帮助患者了解康复过程及预期效果, 消除患者对未知的恐惧和误解, 增强其对手术治疗效果及术后康复的信心。同时, 针对性心理干预措施中, 包含认知行为疗法、放松训练和正念疗法等方法, 通过帮助患者建立积极的思维模式, 掌握缓解焦虑和抑郁的技巧, 有助于提高患者的自我效能感, 增强其应对心理压力的能力, 从而实现情绪的全面改善。其次, 护理人员通过综合心理评估, 准确识别患者的多种心理问题, 并制定个性化的护理计划, 从而给予针对性护理措施干预, 防止问题的进一步恶化。同时, 护理人员引导患者家属对其进行家庭支持, 并组建同类病种患者经验交流会, 可显著增强患者外部支持系统, 使其在面对困难时能够获得更多的帮

助和鼓励。最后,患者心理压力的显著缓解,归因于护理人员的护理指导及心理干预,患者在掌握放松训练、正念疗法后,可灵活运用上述方法缓解自身心理压力,进而提升自我效能感和负性情绪应对能力。本研究结果显示,护理前、护理后 4h,两组 VAS 疼痛评分无显著差异,护理后 8h、24h 观察组 VAS 疼痛评分较低,提示在创伤性骨折患者术后疼痛管理阶段,合理应用针对性心理干预及系统性疼痛控制均存在显著作用。究其原因,首先,系统性疼痛控制实施前,由护士长等专业护理人员组成团队,确保护理人员掌握系统性疼痛控制理念及护理措施后进入临床,可确保后续临床护理操作的专业性及科学性^[8]。同时,护理人员针对术后患者疼痛情况,对其疼痛程度进行合理区分,并定时关注患者术后疼痛变化以及疼痛控制措施实施后患者状态,在明确药物镇痛、物理镇痛护理措施实施效果的同时,及时针对患者疼痛水平,调整镇痛策略。对于重度、中度疼痛患者,若其接受药物镇痛管理后,无显著缓解,则在其接受下一次镇痛措施时,加入物理镇痛、局部镇痛措施,以帮助其更为全面地控制疼痛,减少疼痛持续时间和强度。而对于轻度疼痛患者,则根据其情况,逐渐减少镇痛药物使用剂量,在加入物理镇痛措施的同时,关注患者心理状态,通过按摩、体位调整等方式,缓解创口疼痛的同时,借助护理人员情感支持及心理舒缓,间接降低患者对疼痛的敏感性,增强其疼痛耐受力。此外,采用系统性疼痛控制措施,有助于临床根据患者情况,制定个性化疼痛管理方案,既可确保镇痛效果最大化,又可提升临床镇痛药物利用率,改变患者对疼痛的认知和反应。本次研究中,观察组骨折愈合时间、住院时间用时较短,康复效果较佳,提示针对性心理干预以及系统性疼痛控制,在改善此类患者心理情绪及疼痛程度的同时,可促进此类患者术后康复,分析原因在于,临床实施科学、有效的疼痛管理和心理支持措施,可减轻术后患者生理、心理应激反应,有助于维持体内环境的稳定,促进骨骼的愈合。而心理状态的

改善和疼痛的缓解,促使患者更早地进行适当的活动和功能锻炼,促进血液循环,增强组织的营养供给,加速骨骼的愈合过程,使得患者能够更早地进行康复训练,恢复日常生活功能,从而缩短住院时间。

综上所述,系统性疼痛控制联合针对性心理护理,在缓解创伤性骨折患者术后疼痛、改善心理情绪、加速康复过程中具有重要作用,值得临床应用推广。

参考文献:

- [1] 吴燕聪. 创伤性骨折手术患者的疼痛管理结合心理护理干预效果 [J]. 中国医药指南, 2024, 22(17): 30-33.
- [2] 崔倩, 刘苗, 徐文杰, 等. 针对性心理护理结合系统性疼痛控制在四肢创伤性骨折患儿中的应用 [J]. 中西医结合护理 (中英文), 2023, 9(05): 100-102.
- [3] 徐敏, 沈月岑, 顾宇青. 疼痛控制护理在创伤性骨折术后患者中的应用 [J]. 中外医学研究, 2023, 21(28): 99-102.
- [4] 李亚卫. 创伤性骨折患者应用疼痛控制护理的效果及对术后康复的影响 [J]. 疾病监测与控制, 2023, 17(01): 54-57.
- [5] 张春艳. 疼痛控制护理对创伤性骨折患者疼痛缓解、护理满意度的影响 [J]. 黑龙江医药科学, 2022, 45(05): 96-97.
- [6] 杨俊梅. 疼痛控制联合心理干预对创伤性骨折患者疼痛程度、不良情绪及生活质量的影响 [J]. 国际护理学杂志, 2022, 41(12): 2165-2169.
- [7] 王丽霞, 孟俊玲. 针对性心理护理在老年肱骨骨折手术患者中的应用效果及对负面情绪的影响 [J]. 临床医学研究与实践, 2024, 9(02): 150-153.
- [8] 胡曼娜. 疼痛管理在创伤骨科护理中的应用效果观察 [J]. 基层医学论坛, 2024, 28(12): 34-36+40.

作者简介: 翟明慧 (1986—), 女, 汉族, 山东泰安人, 本科, 主管护师, 研究方向为临床护理学。

通讯作者简介: 吴慧 (1988—), 女, 汉族, 山东新泰人, 本科, 主管护师, 研究方向为临床护理学。