

住院证及缴费单据到护士站登记并由责任护士办理入院→由主管医生开医嘱,责任护士处理医嘱,做好化疗前准备→患者进行化疗→化疗结束后主治医师审核同意离院→家属持出院证、诊断证明书、缴费单据到会计室结账→患者离院。

**1.2.2.4 医护一体化管理小组共同查房**,在查房期间医生分析患者最新的病情与治疗进展,护士将患者化疗反应及大便情况报告医生,医师根据护士提供的信息及患者的病情调整治疗方案,如使用止吐药、调整出院后口服化疗药物剂量等。

**1.3 观察指标** (1)记录两组患者从入院就诊到开始输液所需的时间。(2)使用自制满意度调查问卷进行满意度调查,调查内容包括“就诊时讲解办理入院的程序,护士的服务态度,入院时护士进行环境介绍,治疗前患者等待时间,治疗期间进行饮食宣教、讲解化疗注意事项,及时更换液体,护士耐心回答问题,呼叫及时前往,操作技术,病房环境,按要求巡视病房,讲解出院注意事项,关心尊重患者,保护隐私”共计 15 个条目,采用 Likert5 级评分,满意 5 分,较满意 4 分,较不满意 3 分,不满意 2 分,很不满意 1 分,问卷满分为 75 分。(3)统计两组患者因复查结果或床位问题二次入院的发生率。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS19.0 统计学软件进行数据分析和处理,计数资料采用  $\chi^2$  检验,计量资料用  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用 *t* 检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

试验组满意度为  $(95.06 \pm 4.63)\%$ ,对照组为  $(85.29 \pm 5.14)\%$ ,差异有统计学意义 ( $P = 0.013$ );试验组从入院就诊到开始输液所需时间  $(1.68 \pm 0.33)$  h,对照组为  $(2.40 \pm 0.40)$  h,差异有统计学意义 ( $P = 0.000$ );试验组二次入院率 1.5%,对照组为 7.5%,差异有统计学意义 ( $P = 0.001$ )。

## 3 讨 论

**3.1 医护一体化工作模式减少医护工作量,节省患者时间** 大肠癌术后患者常规每月化疗一次,但由于术后行化疗的患者越来越多,实施传统工作模式的患者常因医生通知来院后无床位而推迟化疗或因来院复查结果显示白细胞低而不能进行化疗,这样既增加医护人员的工作量,又浪费患者的时间及费用。但医护一体化模式能有效解决这一问题,由主管医生及责任护士根据复查结果及床位等情况提前共同商讨患者化疗时间安排并提前通知,做好床位安排,促进治疗按时进行,避免反复来院的情况发生,从而提高医护的工作效率。

**3.2 医护一体化工作模式提高患者对医护人员的满意度** 本院实行责任制护理以来,提倡以人为本,以患者为中心,因此患

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.24.049

者满意度成为评价护理工作的指标之一<sup>[6]</sup>。而实施医护一体化工作模式拉近了医、护、患三者之间的关系,就患者而言,化疗全程由工作小组负责,在办理出入院时手续简单、无须等待、小组护士进行药物配制及输液及时等,明显减少了患者等待治疗的时间,保证治疗的同时减少在院时间,从而大大提高了患者对医护人员的满意度。

**3.3 医护一体化工作模式促进医护共同学习,提高理论实践能力** 医护一体化工作模式下医生与护士每天共同查房,查房前责任护士提前掌握患者的一般资料和治疗情况、化疗反应等,并向主管医生汇报,使主管医生对患者的病情有进一步的了解,然后医护共同诊断患者的病情与护理要点,并根据病情调整治疗方案,为患者提供更加有效的护理干预。因此,在查房中医生与护士的理论知识相互碰撞时能相互学习、相互督促、相互指导,从而提高自身理论实践能力。

实施医护一体化工作模式能充分调动医护人员的潜在动力,增进科室医护团队的凝聚力,提高医护合作工作效率,减少患者的等待时间,提高患者对医护人员的满意度及医护的理论实践能力。因此,在大肠癌术后日间化疗病房中开展医护一体化的新型工作模式具有临床推广应用价值。

## 参考文献

- [1] 张振书,张亚历.中国大肠癌研究进展[J].世界华人消化杂志,2001,9(5):489-494.
- [2] 秦娅.大肠癌化疗患者相关症状及对生命质量影响的纵向研究[D].天津:天津医科大学,2013.
- [3] 刘静兰,刘琼,田玉凤.综合 ICU 实行医护一体化模式下责任护理组长负责制的管理实践[J].护理研究,2015,29(1):26-29.
- [4] 彭聪,张德辽,包骥,等.医护一体化模式对甲状腺围术期患者依从性的影响[J].西部医学,2014,26(8):1087-1089,1092.
- [5] 易琼,田勇梅,黄岑,等.综合性医院日间化疗病房医护一体化管理模式探索与实践[J].实践探索,2014,14(10):1095-1098.
- [6] 钱宇,王小合,陈雅静,等.医疗服务患者满意度研究进展及问题思考[J].中国卫生事业管理,2015,32(2):105-107.

(收稿日期:2017-03-06 修回日期:2017-05-20)

# 规范化疼痛护理管理模式在开放性胫腓骨骨折患者中应用的效果研究

张 颖,杜姍菱,王 云

(海南省人民医院骨科,海口 570311)

[中图法分类号] R473.6

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)24-3451-03

开放性胫腓骨骨折由于创伤较大,患者疼痛症状往往非常

明显,疼痛的护理管理显得尤为重要。世界卫生组织将疼痛定

义为组织损伤或潜在组织损伤引起的不愉快感觉和情感体验<sup>[1]</sup>。现疼痛已成为继呼吸、脉搏、体温、血压之后的第五大生命体征。骨科常见的疼痛为围术期疼痛、急性创伤和慢性疼痛急性发作,其中围术期术后疼痛是临床最常见的、最需紧急处理的急性伤害性疼痛,能够对患者的内分泌、心肺功能、胃肠道及外周或中枢系统造成影响<sup>[2]</sup>,造成水电解质代谢异常、交感神经兴奋增强、恶心呕吐等症状,甚至是因疼痛肢体不活动造成血栓,对患者造成精神和肉体双重影响<sup>[3]</sup>,严重影响患者日常生活和工作。良好的术后镇痛能够减轻患者的上述痛苦,对患者整体康复和医疗效果的提升都有积极作用。规范化疼痛管理模式镇痛是联合应用作用机制不同的两种或多种药物,或不同的镇痛措施,使镇痛作用可以相加或协同,以达到更理想的镇痛效果,还可以减少不良反应,加快愈合时间<sup>[4]</sup>。本研究对 80 例下肢胫腓骨开放性骨折患者进行规范化疼痛管理模式镇痛护理干预,观察其对围术期疼痛的控制效果,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 研究对象来自本院骨科病房 80 例行胫腓骨开放性骨折手术患者,住院时间从 2015 年 3 月至 2016 年 5 月,骨折原因有:间接暴力(跌倒伤),直接暴力(重物砸伤或挤压伤),扭转暴力(机器绞轧伤)。将所有纳入患者分为观察组 40 例,对照组 40 例,两组一般情况差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),所有患者均知情同意,并且通过医院伦理委员会批准符合要求。见表 1。

表 1 两组患者一般情况对比

组别	观察组( $n=40$ )	对照组( $n=40$ )	$P$
性别(男/女)	23/17	24/16	0.820
年龄( $\bar{x} \pm s$ , 岁)	22.6 ± 12.4	24.4 ± 13.9	0.728
骨折部位( $n$ )			0.887
右胫腓骨	11	10	
左胫腓骨	24	26	
双胫腓骨	5	4	
骨折原因( $n$ )			0.890
跌倒伤	18	17	
挤压伤	10	13	
重物砸伤	8	7	
机器绞轧伤	4	3	

## 1.2 护理方法

**1.2.1 对照组** 采用常规术后镇痛护理,进行疼痛评估,需要镇痛时进行相关镇痛护理,在进行有可能诱发伤口剧痛的操作时,并不进行镇痛泵按压,直到患者确实出现疼痛感觉再使用镇痛泵。如果患者视觉模拟评分量表(VAS)  $\geq 4$  分或痛感非常明显,只进行单纯的静脉泵按压。

**1.2.2 观察组** 在常规镇痛护理基础上,加用规范化疼痛管理模式镇痛护理。

**1.2.2.1 具体内容** 包括放松法、想象法、患者教育等,提供舒适措施包括体位、按压切口、创建安静的休息环境、安慰患者、解释病情、分散注意力、冷敷、热散、理疗、针刺等。

**1.2.2.2 具体流程** 所在床位的责任护士在手术前 1 d 对患

者及家属进行术后镇痛及规范化疼痛管理模式镇痛宣教,包括概念、方法、意义等,重点强调多种药物联合镇痛的机制和作用。对于镇痛泵的原理、效果、留置位置及药物时间等也应向患者及家属详细介绍。当患者 VAS 评分小于或等于 3 分时,给予非药物性护理干预,如转移疗法、音乐疗法等心理护理<sup>[5]</sup>;当 VAS 评分大于或等于 4 分时,给予规范化疼痛管理模式镇痛,在镇痛泵有效按压的同时给予帕瑞昔布钠 40 mg 肌肉注射,或氟比洛芬酯 10 mL 加入 0.9% 氯化钠 100 mL 静脉滴注,强调按时给药。(1) 心理护理:术前健康教育,对患者心理评估,安抚紧张情绪,并向患者详细讲述胫腓骨开放性骨折的相关知识、手术情况、术后康复情况,并对不同患者进行适当心理疏导,提高患者适应手术的能力,打消顾虑。(2) 术前及术中护理:患者入院后给予患肢抬高,0.5 h 巡查病房 1 次,并及时观察患者患处皮温、颜色及其他变化,如有异常及时报告及处理。手术前做好必要的皮肤、胃肠道、血液、药物及器材准备,术中密切观察患者的心电监护、吸氧及保暖情况,并及时配合医师进行扩容、输血或抢救。(3) 术后护理:将患肢抬高 20°,及时观察创口变化及足背动脉搏动,术后持续负压引流,密切观察负压引流情况,保持管道通畅,负压值调整为 60~80 kPa,可以维持高效引流,观察并记录引流液量及性质,必要时通知医师。观察患者疼痛部位、性质和时间,给予舒适体位调整,必要时可给予镇痛措施。患肢注意保暖,室温应保持在 22~25 °C,可以用烤灯进行照射,温度在 33~35 °C。肌瓣预防受压,尤其是旋转部位,保持局部血运,若肌瓣颜色及温度有变化、肿胀明显,应及时通知医师处理。应防止取皮区感染,促进植皮存活,有研究证实,胫腓骨开放性骨折植皮术后针孔感染的概率较大<sup>[6]</sup>,创口敷料应保持干燥,随时观察敷料情况,植皮后患肢应限制移动,防止皮片移位。

## 1.3 疗效评价

**1.3.1 疼痛评分** 采用 VAS 量表进行评估。分值为 0~10 分,数值越大表示疼痛越剧烈,术后 4、12、24 h 分别进行评估。

**1.3.2 镇痛不佳** 当 VAS 评分大于或等于 4 分时,镇痛泵按压两次以上无法有效缓解,需要加用其他镇痛药物的情况,即为镇痛不佳。

**1.3.3 满意度调查** 制定镇痛护理满意度调查表,请患者针对镇痛效果进行评价,采用百分制,91~100 分为满意,81~90 分为基本满意, $\leq 80$  分为不满意。满意度 = (满意 + 基本满意) / 总例数  $\times 100\%$ 。

**1.4 统计学处理** 数据采用 SPSS19.0 软件处理,计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示,采用  $t$  检验分析,计数资料采用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 疼痛评分比较** 观察组在术后 4 h 的疼痛评分为(2.34 ± 1.67)分,术后 12 h 评分为(1.85 ± 1.23)分,术后 24 h 评分为(1.37 ± 1.21)分,术后 3 个时间段的评分均较对照组低( $P < 0.05$ )。见表 2。

**2.2 镇痛不佳比较** 两组镇痛不佳发生率比较,观察组在术后 4、12、24 h 的镇痛不佳发生率均比对照组低( $P < 0.05$ )。见表 3。

**2.3 满意度调查比较** 观察组满意度较对照组明显提高,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 4。

表 2 两组患者疼痛评分对比( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	术后 4 h	术后 12 h	术后 24 h
观察组	40	2.34±1.67 <sup>a</sup>	1.85±1.23 <sup>a</sup>	1.37±1.21 <sup>a</sup>
对照组	40	3.82±1.88	2.96±1.54	2.48±1.39

<sup>a</sup>:  $P < 0.05$ , 与对照组比较

表 3 两组患者镇痛不佳对比[n(%)]

组别	n	术后 4 h	术后 12 h	术后 24 h
观察组	40	11(27.5)	8(20.0)	3(7.5)
对照组	40	22(55.0)	18(45.0)	12(30.0)
P		0.012	0.017	0.010

表 4 两组患者满意度调查对比[n(%)]

组别	n	满意	基本满意	不满意	满意度
观察组	40	26(65.0)	11(27.5)	3(7.5)	37(92.5)
对照组	40	13(32.5)	16(40.0)	11(27.5)	29(72.5)

### 3 讨 论

开放性胫腓骨骨折并骨外露患者的感染发生率高,临床治疗难度大,治疗周期较长,如何预防感染、修复创面、最大程度的恢复患肢功能是临床治疗的重点。除此之外,疼痛的护理管理对于患者的康复及治疗期间的生活质量尤为关键<sup>[7]</sup>。基于以上认识,开放性骨折还会增加感染风险,因此临床治疗时不仅要制定正确的手术方案,围术期的护理同样重要,特别是对疼痛的管理,有效地改善患者疼痛,能够使患者舒适地度过围术期,对患者康复及预后都有积极帮助。

近年来由于快速康复外科(ERAS)的迅速发展,基于 ERAS 理念的围术期规范化疼痛管理模式镇痛模式也在临床应用较广<sup>[8]</sup>。临床证实规范化疼痛管理模式镇痛可以缓解患者术后精神压力,缩短手术恢复时间,有利于患者预后<sup>[9]</sup>。陈国富等<sup>[10]</sup>对 801 例开腹手术患者进行规范化疼痛管理模式超前镇痛护理研究,发现观察组的术后疼痛评分及镇痛不佳发生率较对照组低,术后不良反应发生也较低。本研究发现,观察组在术后 4 h 的疼痛评分为(2.34±1.67)分,术后 12 h 评分为(1.85±1.23)分,术后 24 h 评分为(1.37±1.21)分,术后 3 个时间段的评分均较对照组低( $P < 0.05$ ),术后 4、12、24 h 的镇痛不佳发生率也比对照组低( $P < 0.05$ ),与方良玉等<sup>[11]</sup>研究一致。

规范化疼痛管理模式镇痛可以提高整体护理满意度,其目的是规范护理人员评估及处理患者疼痛的流程,确保患者及时消除疼痛,或使疼痛减轻到患者能耐受的程度,提升疼痛护理管理服务品质。宋君等<sup>[12]</sup>认为按需给药不能及时发挥药物疗效,镇痛效果差,患者及家属容易出现不理解情绪,对护理工作造成极大不便。规范化疼痛管理模式镇痛能够超前启动镇痛

模式,对患者采取联合用药,可以帮助缓解患者及家属情绪,同时达到良好镇痛目的,可以明显提高护理满意度。本研究中观察组的护理满意度相较对照组明显提高( $P < 0.05$ )。

综上所述,规范化疼痛管理模式镇痛能够明显降低下肢胫腓骨开放性骨折患者的疼痛评分,对患者疼痛有明显缓解,能够提高护理满意度。

### 参考文献

- [1] 成丽,乔锋,杨惠娥,等. 个体化定制 3D 打印外固定器治疗胫骨骨折患者的护理[J]. 中华护理杂志,2016,51(6): 659-662.
- [2] 严前琳,陈洪波. 多元化护理康复锻炼在胫骨平台骨折中的应用效果分析[J]. 中国全科医学,2015,18(8): 946-949.
- [3] 胡兰平,胡婧,邓芳,等. VSD 联合肌瓣转位加植皮治疗胫骨开放性骨折并骨外露患者的护理体会[J]. 中华显微外科杂志,2016,39(4): 408-410.
- [4] 李绮,李雪松,吴映红,等. 青壮年股骨颈骨折内固定出院后依从性调查与护理延伸的价值[J]. 重庆医学,2014,43(2): 243-244.
- [5] 潘迎春. 规范化疼痛管理模式在老年髋关节置换术患者中应用的效果[J]. 安徽医学,2015,36(7): 901-902,903.
- [6] 丁建红,李义,刘庆萍. 护理干预对高龄股骨转子间骨折应用防旋股骨近端髓内钉固定患者功能恢复及生活质量的影响[J]. 中国老年学杂志,2014,34(1): 240-241.
- [7] 祝清蓉,祝应平,毛云梅. 创面负压引流预防开放性骨折感染的护理[J]. 中华医院感染学杂志,2015,25(7): 1618-1619,1628.
- [8] 宗贝,刘天华,邓健. 股骨粗隆间骨折支架外固定术后针道感染的预防[J]. 中华医院感染学杂志,2014,24(11): 2783-2785.
- [9] 叶国强,傅国,戚剑. 一期封闭式负压引流联合双蒂滑行皮瓣治疗开放性胫腓骨骨折伴胫前软组织缺损[J]. 中国修复重建外科杂志,2015,29(8): 955-958.
- [10] 陈国富,王威,梁军波,等. 外固定器联合封闭负压引流技术对胫腓骨骨折患者术后感染的有效性评价[J]. 中华医院感染学杂志,2016,26(1): 134-135,138.
- [11] 方良玉,唐碧云,陈洁,等. 多模式超前镇痛护理对开腹手术患者术后急性疼痛的影响[J]. 护理与康复,2015,14(9): 807-809,813.
- [12] 宋君,刘春宏,王渝龙,等. 心理干预在减轻 LASEK 患者术后疼痛中的护理实践[J]. 重庆医学,2015,44(7): 1001-1003.

(收稿日期:2017-03-08 修回日期:2017-05-22)