

的理论知识,是手术成功的关键,可以有效保障手术效果,减少手术并发症,确保患者对护理的满意度。

参考文献

[1]叶海芳,丁晓白,叶玲飞.椎弓根钉内固定治疗胸腰椎骨折的术中配合及护理[J].中医正骨,2013,25(11):70-71
[2]陈洁.老年胸腰椎骨折经皮椎体成形术的护理[J].河北医药,2014,36

(10):1596-1597

[3]姚美珍.颈胸腰椎骨折并脊髓损伤病人围手术期的护理[J].海南医学,2009,20(9):331-332
[4]鲁华,石亚灵,代群,等.微创经皮椎弓根螺钉内固定治疗胸腰椎骨折临床疗效及手术配合[J].实用医院临床杂志,2011,8(5):57-59
(收稿日期:2017-08-28)

中医疼痛控制护理应用于创伤性骨折术后的效果观察

蔡艳丽

(河南省焦作市中医院骨伤科 焦作 454150)

摘要:目的:探讨中医疼痛控制护理应用于创伤性骨折手术后患者的疗效。方法:选取2014年7月~2016年8月于我院实施手术治疗的创伤性骨折患者92例,随机分为常规组与中医组各46例。常规组给予常规护理,中医组在常规组基础上给予中医疼痛控制护理。比较两组康复效果及护理1、3、5d后的疼痛程度。结果:中医组护理1、3、5d后的疼痛评分均低于常规组,且康复效果优于常规组($P<0.05$)。结论:创伤性骨折患者术后给予中医疼痛控制护理可有效减轻疼痛程度,提高康复疗效,值得临床推广应用。

关键词:创伤性骨折;中医疼痛控制护理;康复效果

中图分类号:R473.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.12.093

创伤性骨折是骨外科的常见病,主要由于车祸或者暴力打击所致,可伴有肌腱损伤、血管损伤、神经损伤和关节脱位,部分病例可出现内脏损伤、休克甚至死亡等严重情况^[1]。大多数创伤性骨折患者均需手术治疗,但手术创伤可加重疼痛程度,而疼痛控制程度与康复效果密切相关^[2]。因此,本研究在常规护理基础上对创伤性骨折患者给予中医疼痛控制护理,旨在减轻疼痛、改善康复效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2014年7月~2016年8月于我院实施手术治疗的创伤性骨折患者92例,随机分为常规组与中医组各46例。常规组男28例,女18例;年龄24~73岁,平均年龄(43.6±5.9)岁;骨折部位:四肢19例,脊柱11例,髋关节9例,股骨7例;严重程度:轻度13例,中度24例,重度9例。中医组男26例,女20例;年龄25~72岁,平均年龄(43.4±6.2)岁;骨折部位:四肢21例,脊柱10例,髋关节9例,股骨6例;严重程度:轻度12例,中度25例,重度9例。两组患者一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。所有患者均经影像学检查确诊,自愿配合本次研究;排除病理性骨折、合并严重基础疾病、全身性感染、恶性肿瘤者。

1.2 护理方法

1.2.1 常规组 给予常规护理,主要包括指导患者深呼吸、转移其注意力、遵医嘱进行康复训练、观察给药后不良反应情况等。

1.2.2 中医组 在常规组基础上给予中医疼痛控制护理,具体内容如下,(1)情志护理:采用中医情志疏

导技巧改善其心理和情绪状态,常用方法包括情志疏导、顺应四时、情志相胜、陶冶情志及气功调神等;(2)膳食指导:鼓励患者多食用易消化、增强胃口、口感丰富的食物,主要有山楂、草莓、酸奶、洋葱、三文鱼等;若患者消化功能较差,可给予山药百合大枣粥、丁香胡桂鸡、冬菇鸡肉粟米羹等药膳养胃,缓解不适;(3)耳穴压豆:选取神门、膝关节、皮质下、肾上腺及交感等耳穴,首先用乙醇消毒耳廓部位,采用王不留行籽耳穴贴将其固定在上述穴位,大小均为0.5cm×0.5cm,按压穴位,时间为3~5min,待自觉疼痛感加重再持续按压3min,2~3次/d;(4)穴位贴敷:选取肾俞、命门、关元俞、腰阳关、伤处夹脊穴、大椎、阿是穴等进行穴位贴敷,取肉桂、吴茱萸、槟榔和丁香研成粉末并用姜汁调匀,制作成2cm×2cm×0.5cm的药饼,利用透气小敷贴将药饼贴在上述穴位,时间为30~60min,1次/d。

1.3 观察指标及疗效判定 (1)比较两组护理1、3、5d后的疼痛程度,采用视觉模拟量表对疼痛程度进行评分,分值为0~10分,评分越低表示疼痛程度越轻。(2)比较两组康复效果,均在干预后1周进行评定。疗效判定标准:疼痛评分降低≥70%,且日常生活能力明显改善为显效;疼痛评分降低≥30%但<70%,日常生活能力有所改善为有效;未达到上述标准为无效。总有效率=(显效+有效)/总例数×100%。

1.4 统计学分析 统计学分析软件为SPSS17.0版本,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验, $P<0.05$ 为差异具有统

计学意义。

2 结果

2.1 两组不同时刻疼痛评分比较 两组护理后疼痛评分均有所降低,且中医组明显低于常规组, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组不同时刻疼痛评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	护理前	1 d 后	3 d 后	5 d 后
中医组	46	8.4± 1.1	7.2± 1.2	4.1± 1.0	2.2± 0.7
常规组	46	8.5± 1.2	7.9± 1.1	5.4± 1.2	3.8± 1.1
t		0.417	2.916	5.645	8.323
P		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组康复效果比较 中医组患者康复总有效率显著高于常规组, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组康复效果比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
中医组	46	39(84.78)	5(10.87)	2(4.35)	44(95.65)
常规组	46	27(58.70)	10(21.74)	9(19.57)	37(80.43)
χ^2					5.059
P					<0.05

3 讨论

创伤性骨折患者以局部疼痛、肿胀及功能障碍为主要临床表现,对患者的身心健康均可造成严重影响。研究显示^[1],疼痛和负性情绪可相互影响,对于创伤性骨折患者来说,剧烈的疼痛感会加重心理负性情绪,而负性情绪亦可产生反作用,增加疼痛感。另外,创伤性骨折的手术切口也会加重主观疼痛感,因此探讨有效的疼痛控制和干预措施对促进患者快速康复具有积极意义。

中医学认为,气血凝滞、邪气入侵、经脉受损、脉络不畅等均是导致创伤性骨折患者出现疼痛的原因,且情志不遂、烦躁易怒也具有一定的相关性。现代中医学家指出^[4],创伤性骨折患者术后多不得不接受制动体位,一方面要承受身体疼痛与心理压力的双重折磨;另一方面,怒伤肝、忧伤脾、恐伤肾,肝

肾亏虚则难以濡养筋骨,气血无以化生,不利于术后恢复。随着人们对中医技术和理论认识的不断加深,中医护理模式也逐渐在创伤性骨折患者中得到广泛应用。

中医疼痛控制护理模式包括情志护理、膳食指导、耳穴压豆、穴位贴敷等,其中情志护理能有效改善创伤性骨折患者的心理状态,调节情志,缓解烦躁易怒等负性情绪,是减轻主观疼痛感的重要措施;膳食指导通过鼓励患者使用养胃滋补的药膳及具有镇痛作用的食物可在一定程度上减轻疼痛;耳穴压豆和穴位贴敷是传统的中医镇痛护理技术,通过选取具有独特功能的穴位进行耳穴压豆和贴敷均可达到畅通脉络、修复经脉的作用^[9]。“痛则不通,通则不痛”,因此创伤性骨折患者的疼痛程度可得到理想控制。与常规护理模式相比较,中医疼痛控制护理干预可有效促进患者术后康复,减轻疼痛感。

本研究结果显示,中医组不同时刻疼痛评分均低于常规组($P<0.05$),说明中医疼痛控制护理模式能更有效地减轻创伤性骨折患者的疼痛程度;中医组康复效果明显优于常规组($P<0.05$),说明该护理模式还能改善康复效果。综上所述,创伤性骨折患者术后给予中医疼痛控制护理可有效减轻疼痛程度,提高康复疗效,值得临床推广应用。

参考文献

[1]陈雪梅,孔丹,李欣璐.舒适护理联合中医情志护理在老年性股骨颈骨折围手术期的护理效果观察[J].中医药导报,2015,22(18):106-108
[2]况丽,程海冬.中西医结合护理对改善骨折患者创伤后应激障碍的疗效观察[J].四川中医,2016,35(11):209-211
[3]吴萍,赵景云,钱旺兴.中医情志护理干预对改善车祸骨折病人创伤后应激障碍的作用[J].护理研究,2015,29(3):932-935
[4]赵玮玮.耳穴埋豆配合心理护理对骨折患者围手术期应激反应的影响[J].山西医药杂志,2016,45(2):228-230
[5]张淑丽,董燕飞,郝玉杰.老年维持性血液透析患者骨盆骨折术后中西医结合护理体会[J].山西医药杂志,2015,44(21):2582-2584

(收稿日期:2017-11-01)

(上接第 115 页)

目前,由于我院暂时没有开展 4D-CT 扫描技术,可能在呼吸位移及内脏运动方面的靶区精准性还有提高的空间,但结合支气管镜勾画 GTV 是我们目前现有的医疗技术紧密结合,可减少支气管病灶的“漏靶”,更好地包含肿瘤病灶,及时复查支气管镜病理活检还能了解病理缓解率,进一步可能对患者的放疗疗效及远期生存有所影响。

参考文献

[1]李奉详,李建彬,张英杰,等.基于四维 CT 勾画非小细胞肺癌内大体

肿瘤靶体积的三种方法比较[J].中华放射肿瘤学杂志,2011,20(2):101-105

[2]Persson GF,Nygaard DE,Brink C,et al.Deviations in delineated GTV caused by artefacts in 4DCT[J].Radiother Oncol,2010,96(1):61-66
[3]杨景伟,崇文玲,张刚,等.肺癌术前纤维支气管镜检查的诊断价值[J].中国微创外科杂志,2013,13(6):528-530
[4]张波,卢冰,苏胜发,等.IV 期非小细胞肺癌化疗同期胸部三维放疗的前瞻性临床研究(四)——近期疗效对生存的影响[J].中华放射肿瘤学杂志,2012,21(1):29-34
[5]翁邓胡,王建,尹中明,等.基于锥形束 CT 研究肺癌图像引导放疗的内靶区外放边界值[J].中国医学物理学杂志,2014,31(4):5012-5014

(收稿日期:2017-09-07)