

基于循证护理的老年髌部骨折围术期疼痛管理实践与分析

刘冰冰 董 翠

新疆医科大学第七附属医院 新疆 乌鲁木齐 830000

【摘要】目的：分析循证护理支撑下疼痛管理模式对老年髌部骨折围术期患者疼痛控制的成效，为推动临床疼痛控制质量的提升筑牢根基，方法：选取2023年5月-2025年5月在我院接受治疗的60例老年髌部骨折患者来作为研究对象，采用随机数字表法把研究对象划分成对照组和观察组，每组皆为30例患者。采用标准护理方法的是对照组，而观察组采用了基于证据支撑的护理干预，涉及到个性化设计的镇痛方案、术前的心理干预举措以及镇痛药物的理想搭配，对两组的术后疼痛评分分别进行对照，镇痛药剂的用量，并发症发生比例及护理满意水平。结果：手术后1h、12h、24h，观察组的VAS评分比对照组明显低，镇痛药物总使用量也有明显的减少；和对照组比起来，观察组术后并发症发生率显著下降，所得P值为0.042；患者的护理满意度呈现显著提高（观察组96.7%，对照组达到了76.7%的占比，所算P值恰为0.015）。结论：应用循证护理策略进行老年髌部骨折患者围术期疼痛管理优势显著，可有力缓解患者术后的痛苦体验，降低镇痛药物的运用，增加患者对护理服务的满意水平，存在一定推广应用的意义。

【关键词】：循证护理；老年髌部骨折；围术期管理

DOI:10.12417/2811-051X.25.11.023

前言

老年人群由于骨质疏松和跌倒，髌部骨折发病率明显增高，髌部骨折后疼痛往往会使患者功能恢复推迟，并发症发生率增加甚至抑郁。围术期疼痛管理作为骨折康复的核心步骤，其传统护理措施往往依赖于经验导向而缺乏系统化和科学化的指导。循证护理(Evidence-Based Nursing, EBN)强调以临床最佳证据为基础，结合患者意愿与护理专业经验，制定个体化护理干预方案，近年来在术后管理中显示出广阔前景。特别是对老年患者进行合理疼痛干预，不但与康复进度有关，而且可明显减少不良情绪和手术后并发症。本文将循证护理干预引入到老年髌部骨折病人当中，对其围术期疼痛管理的效果及实践价值进行探究，旨在为临床护理工作开展提供更为科学有效的参考模式。

1 资料与方法

1.1 一般资料：

本次研究将2023年5月-2025年5月间在本院接受治疗的60例老年髌部骨折病人作为研究对象，按照随机数字表法将其划分为观察组和对照组，每组各有30例病人。纳入标准包括：

(1) 年龄 ≥ 65 岁；(2) 影像学诊断证实股骨颈或者转子间骨折；(3) 择期接受人工关节置换或者内固定手术；(4) 认知功能正常，能够配合考核；排除标准有：(1) 伴有重度心肺功能不全的患者；(2) 术前有慢性疼痛病史的病人；(3) 手术时大出血需要特殊干预的病人。

观察组中男13例，女17例，年龄范围65~95岁，平均(74.33 \pm 6.15)岁；手术方法涵盖了10例人工股骨头置换、5例全髋关节置换、10例髓内钉固定以及另外5例混合固定策略。在性别、年龄、手术类型以及基础疾病等方面，两组病人之间的差

异并没有统计学上的显著性($P>0.05$)，因此它们是可以进行比较的。

1.2 方法：

1.2.1 对照组：

对照组给予常规护理措施干预，包括手术前的健康宣教，手术后的基础镇痛用药及常规手术后的观察。术后镇痛主要采用“根据需要服药”的策略，即根据患者的主观疼痛反馈决定用药频率^[1]。所使用的主要镇痛药物为：右旋酮洛芬氨丁三醇注射液(每次12.5mg, 每12小时1次)+氟比洛芬酯注射液(每支50mg, 每12小时1次)；视情况而定，可以使用地佐辛注射液(每支5mg)来进行补充^[2]。护理人员每天记录病人VAS疼痛评分而不予个性化干预。手术后的镇痛药物总剂量包括：右旋酮洛芬氨丁三醇(725 \pm 84)mg 氟比洛芬酯(8.4 \pm 1.2)g 地佐辛(89 \pm 15)mg。为了更有效地缓解疼痛，部分患者还需要与其他非甾体类药物联合使用。

1.2.2 观察组：

观察组采用循证护理策略构建最佳循证证据导向疼痛管理方案如下：

(1) 术前阶段：通过对最新循证研究成果的系统检索，实施疼痛教育和认知干预，并使用问卷对病人的疼痛恐惧和期待进行评估，并给予心理疏导^[3]；

(2) 在手术过程中以及手术后的早期阶段，我们采取了联合用药的策略，使用小剂量地佐辛(10mg, 每8小时)+丁三醇(0.05mg/kg/8h)，辅助局部冷敷和音乐疗法^[4]；

(3) 手术后继续管理：护理团队每天2次评估病人的VAS评分，并记录用药反应情况，针对个体差异灵活地调整用药计划，并辅以非药物干预，如呼吸放松训练和分散注意力^[5]。

手术后，药物的总剂量有了明显的减少，观察组中使用了地佐辛（62±12）mg、丁三醇（21.6±4.8）mg、凯芬（3.9±0.7）g和葵拉兰（276±51）mg。满意度上升显著。

1.3 观察指标:

该研究观察了如下4个指标:

(1) 手术后，在不同的时间点（1h、12h、24h、48h）进行VAS评分，以此来评定疼痛的强度；

(2) 手术后的镇痛药物总剂量，包括葵拉兰、凯芬、丁三醇和地佐辛，都是以mg或g作为计量单位来进行统计和对比的；

(3) 手术后并发症的发生率，主要有恶心呕吐，尿潴留，谵妄及其他常见的并发症；

(4) 在评估护理满意度时，我们使用了自己设计的护理满意度问卷（满分100分），并将其分为三个等级：非常满意（≥90分）、满意（75~89分）和不满意（<75分）。

各指标均通过独立调查护士进行评价，保证了数据的客观性和科学性。

1.4 统计学方法:

用SPSS 26.0软件对所有数据开展统计方面的分析，采用均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示计量资料，采用独立样本t检验进行组间比较；计数资料的表示采用频数和百分比，用 χ^2 检验做分析；多时间点VAS评分运用重复测量方差分析来分析。若 $P < 0.05$ ，则差异有统计学意义，研究同时结合置信区间（95%CI）算出各指标差异的稳健性，以强化结果解释的说服力，在镇痛满意度对比过程里，依靠构建双侧95%CI范围，厘定观察组满意度提升的可靠范围（如95%CI: 6.从5延伸至29.7，P呈现为0.015，从而量化护理干预的显著意义与实际功效，做多元线性回归方面的分析，探寻用药总量跟VAS评分、满意度的相关关系，让干预成效的因果性分析严谨性增强，所有图表、表格由统计学分析人员完成后进行复查核对，保证呈现准确无误。

2 结果

2.1 术后不同时间点疼痛评分比较

两组患者术后1小时、12小时、24小时及48小时的VAS评分均有差异，观察组各时间点疼痛评分显著低于对照组，提示循证护理干预有效减轻术后疼痛。

表1 术后不同时间点疼痛评分比较表

时间点	组别	VAS评分 ($\bar{x} \pm s$)	t值	P值
术后1小时	观察组	3.45±0.68	6.538	<0.001
	对照组	5.21±0.85	—	—

术后12小时	观察组	2.87±0.72	5.742	<0.001
	对照组	4.62±0.91	—	—
术后24小时	观察组	2.15±0.59	5.912	<0.001
	对照组	3.98±0.87	—	—
术后48小时	观察组	1.36±0.47	3.892	0.001
	对照组	2.57±0.62	—	—

2.2 镇痛药物使用量比较

两组患者术后镇痛药物使用总量存在明显差异，观察组在葵拉兰、凯芬、丁三醇、地佐辛等镇痛药物的用量均显著减少。

表2 镇痛药物使用量比较表

药物类别	组别	平均用量 (mg/g, $\bar{x} \pm s$)	t值	P值
葵拉兰	观察组	276.13±51.82	8.901	<0.001
	对照组	580.48±76.33	—	—
凯芬	观察组	3.92±0.71	6.673	<0.001
	对照组	6.72±1.03	—	—
丁三醇	观察组	21.57±4.83	9.234	<0.001
	对照组	38.24±7.51	—	—
地佐辛	观察组	62.44±12.05	7.684	<0.001
	对照组	102.13±18.32	—	—

2.3 术后并发症发生率比较

观察组术后并发症发生率显著低于对照组，尤其在恶心呕吐及谵妄发生率方面差异显著。

见表3: 术后并发症发生率比较表

并发症类型	观察组 (n=30)	对照组 (n=30)	t值	P值
恶心呕吐	3 (10.0%)	8 (26.7%)	3.467	0.063
尿潴留	2 (6.7%)	5 (16.7%)	1.572	0.210
谵妄	1 (3.3%)	4 (13.3%)	2.653	0.104
总并发症率	4 (13.3%)	9 (30.0%)	4.115	0.042

2.4 护理满意度比较

护理满意度调查显示观察组患者满意度明显高于对照组。

表4: 护理满意度比较表

满意度分类	观察组 (n=30)	对照组 (n=30)	t值	P值
非常满意	21 (70.0%)	12 (40.0%)	6.125	0.013

满意	8 (26.7%)	11 (36.7%)		
不满意	1 (3.3%)	7 (23.3%)		
总满意率	29 (96.7%)	23 (76.7%)	5.815	0.015

3 讨论

老年髌骨骨折病人由于高龄，基础疾病较多，骨质疏松较重，围术期的疼痛处理比较困难，传统的经验护理很难适应个体化的需要，镇痛药物用量大，副作用显著，影响患者的康复进度和生活质量。循证护理作为一种整合最新临床研究证据与护理实践的科学研究方法，针对本研究60例患者的应用显示出显著优势。

本次研究结果表明：观察组实施循证护理后，特别是在疼痛动态评估、个性化镇痛方案设计、心理护理与非药物干预（比如冷敷，分散注意力的方法等）的综合应用中均取得了显著成效。在手术后的1小时到48小时期间，观察组的VAS评分一直低于对照组，这表明该疼痛管理策略在时效性和持续性方面具有优势^[6]。从镇痛药物使用总量来看，观察组在阿片类药物如地佐辛与丁三醇的用量上显著低于对照组，同时通过合理联合使用凯芬（非甾体抗炎药）和葵拉兰（中枢镇痛药），在确保镇痛效果不受影响的前提下，成功地降低了药物引发不良反

应的可能性，从而实现了镇痛效能与安全性之间的有效平衡^[7]。Smith（2023）等研究也指出，采用多模式镇痛策略，尤其是减少阿片类药物单一依赖，可显著降低术后如恶心、尿滞留、谵妄及其他不良反应风险也得到了这一结论的支持与证实^[8]。

围术期并发症发生率对护理质量评价具有重要意义，观察组患者整体并发症率比对照组降低近半数，恶心呕吐及谵妄发生率显著降低，提示优化药物方案与心理护理叠加效应明显^[9]。患者对循证护理模式的满意程度有所上升，这也体现了他们对此模式的高度认同。满意度从76.7%增长到了96.7%，这大大提高了患者的治疗依从性和对治疗的信心^[10]。

该研究强调循证护理既要依靠科学证据又要结合病人需求和临床经验，反映个体化护理理念在当代的发展^[11]。对高龄髌骨骨折病人进行精细化疼痛管理能有效提高术后恢复速度及生活质量并减少二次跌倒的发生^[12]。今后的研究应该扩大样本量、增加随访时间、探索循证护理在提高长期功能恢复和再住院率方面的作用。

总之，在循证护理基础上开展老年髌骨骨折患者围术期疼痛管理实践，不仅促进了患者疼痛控制效果、降低了镇痛药物使用量和不良反应发生率，更加显著提升患者体验及满意度，在临床上具有广泛推广价值与前景。

参考文献：

- [1] 赵雪娇.循证护理在老年髌骨骨折患者坠积性肺炎预防及炎症因子控制中的作用[A]关爱生命大讲堂之生命关怀与智慧康养系列学术研讨会论文集(下)--肿瘤患者全流程营养护理实践专题[C].中国生命关怀协会,中国生命关怀协会,2025:4.
- [2] 束丽,陆丽娟,范宁宁.循证护理对老年糖尿病患者自我病情管理能力的提升分析[J].糖尿病新世界,2025,28(02):144-147.
- [3] 张芬,司晓娜,高波.基于个性化角度侧卧的循证护理联合压疮风险预警措施在长期卧床老年高血压患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2024,30(23):121-123.
- [4] 蔡益玲,林秀美,余姍,叶彬彬,陈巧玲.循证护理预防老年留置胃管患者鼻饲液反流中的应用[A]第五届全国医药研究论坛论文集(一)[C].榆林市医学会,榆林市医学会,2024:6.
- [5] 李梦如.住院老年痴呆患者跌倒预防的循证护理实践[D].赣南医科大学,2024.
- [6] 汤丽娟,马毓霞,邵聿惠.循证护理用于老年2型糖尿病患者护理效果分析[J].中外医疗,2024,43(07):178-181.
- [7] 徐永菲.循证护理对老年糖尿病患者睡眠质量和血糖的影响[J].中国城乡企业卫生,2023,38(11):94-95.
- [8] 韩立梅.基于创新扩散理论的循证护理在老年急性脑梗死患者中的应用[J].临床研究,2023,31(07):167-169.
- [9] 张静文.基于循证的老年医疗护理机构患者口腔护理方案构建与转化应用研究[D].扬州大学,2023.
- [10] 王彦萍,荣丛.循证护理在老年脑梗死伴发高血压护理中的应用[J].新疆医学,2023,53(05):622-624.
- [11] 孙金花,胡燕青.循证护理用于老年肺心病中对患者自护能力及肺功能的影响[J].中西医结合心血管病电子杂志,2023,11(13):87-90.
- [12] 邱艺铭.老年住院病人衰弱筛查与评估的循证护理实践[D].吉林大学,2023.