

# 疼痛干预优化护理在创伤性骨折护理中的应用及对护理质量的影响

陈丽洁 李培培

伊犁州奎屯医院 新疆 奎屯 833200

**【摘要】**目的：探究在创伤性骨折护理中，采用疼痛干预优化护理对护理质量的影响。方法：选取本院创伤性骨折患者 84 例为研究对象，时间为 2024 年 8 月-2025 年 8 月，随机分组，对照组 42 例，采用常规护理，观察组 42 例，采用疼痛干预优化护理，对比两组患者护理效果。结果：观察组患者干预后疼痛情况优于对照组，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，观察组患者干预后护理满意度评分、睡眠质量评分优于对照组，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，观察组患者干预后情绪状态评分、心理弹性评分优于对照组，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，观察组患者并发症发生率低于对照组，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论：在创伤性骨折护理中，采用疼痛干预优化护理，有助于提高护理质量，可有效减轻患者疼痛，提高护理满意度和睡眠质量，改善患者心理状态，降低患者并发症发生率，值得推广。

**【关键词】**：创伤性骨折；疼痛干预；优化护理；护理质量；睡眠质量

DOI:10.12417/2811-051X.26.05.012

创伤性骨折是一种很常见的骨科病症，主要由交通事故、高处坠落、外力撞击等原因引起，患者经常会有强烈的疼痛感，这会在很大程度上给患者身体带来痛苦，同时也会引起焦虑、抑郁等不良心理情绪，从而降低患者治疗依从性，影响恢复过程<sup>[1]</sup>。随着医疗护理模式的不断发展和完善，以患者为本的护理思想日益深入人心，疼痛干预优化属于基于全面的疼痛评估、个体化疼痛干预与各种镇痛手段相融合的护理手段，有助于患者疼痛的精准控制，为此本研究将重点分析在创伤性骨折护理中，采用疼痛干预优化护理对护理质量的影响，具体如下。

## 1 一般资料和方法

### 1.1 一般资料

选取本院创伤性骨折患者 84 例为研究对象，时间为 2024 年 8 月-2025 年 8 月，随机分组，对照组 42 例，观察组 42 例。对照组：最大 65 岁，最小 18 岁，平均 (44.11±6.12) 岁，男女比例 22:20；观察组：最大 66 岁，最小 17 岁，平均 (44.19±6.11) 岁，男女比例 23:19。两组资料比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，本研究不违反国家法律法规，符合医学伦理原则。

**纳入标准**：(1) 经影像学检查确诊为创伤性骨折；(2) 年龄 ≥ 18 岁；(3) 患者意识清晰，能够准确表达自身疼痛感受和主观意愿；(4) 患者及家属知情同意，自愿参与本研究。

**排除标准**：(1) 严重心、肝、肾等重要脏器功能障碍者；(2) 精神疾病或认知功能障碍者；(3) 对镇痛药物过敏者；(4) 骨折部位合并感染、肿瘤等其他疾病者。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组

实施常规创伤性骨折护理，主要包括严密观察患者生命体征、骨折处肿胀、疼痛等，如有异样，立即向医师汇报，维持病房环境清洁安静，帮助患者调整体位，注意饮食，注意个人

卫生护理，在患者感觉到疼痛的时候，按照医生的指示，口服或静注止痛药；对患者及其家人进行健康教育，使其了解创伤性骨折后的处理方法和注意事项。

#### 1.2.2 观察组

在对照组基础上实施疼痛干预优化护理，具体如下：

**个性化疼痛评估**：构建完整的疼痛评估系统，应用数字评分法 (NRS)、面部表情疼痛量表 (FPS) 相结合的方式，动态评估患者疼痛情况。并对疼痛部位、性质、持续时间、诱发因素及减轻因素进行详尽记录，并据此建立个体化的疼痛干预计划。

**多模式痛的综合治疗**：①药物干预：依据患者疼痛积分及患者个人状况，选用合适的镇痛药物，采取分级止痛策略：轻度疼痛 (NRS1-3 分) 以非甾体抗炎药 (如布洛芬) 口服为主，中等疼痛 (NRS4-6 分) 以弱阿片类药物 (如可待因) + 非甾体消炎药口服为主，重度疼痛 (NRS7-10 分) 静脉内注射强阿片类药物 (吗啡等)。在给药过程中，要对给药用量、疗程进行合理把握，以防止副作用。②非药物干预：主要包括物理干预 (如冷敷、红外线照射、超声波等)、心理干预 (心理疏导、放松训练、音乐疗法等)、体位干预 (针对骨折部位进行适当体位调节，减少骨折部位所受压力)、饮食干预 (多吃高蛋白、高维生素、易消化的饮食，禁吃辛辣刺激的食物，加速骨折愈合)。

**对患者和家人进行疼痛教育和自我管理**：将有关疼痛的产生机理、评估方法和干预方法等方面进行细致解释，以加深患者对疼痛的认识，使患者学会自我疼痛评估和自我缓解疼痛的方法，比如深呼吸放松训练、转移注意力等，使患者能积极主动参与疼痛管理工作<sup>[2]</sup>。

**护理质量持续改进**：成立疼痛护理质量控制小组，对疼痛护理工作效果进行定期检查与评估，并搜集患者与家属的反馈

意见,以便及时发现护理工作中的问题,并加以修正,从而不断优化疼痛干预护理方案。

### 1.3 观察指标

(1) 采用数字评分法(NRS),完成患者疼痛程度评估,最高10分,分数越高,疼痛程度越重。

(2) 采用自制的护理满意度问卷,完成患者护理满意度评估,最高100分,分数越高,满意度越好。采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)量表,完成患者睡眠质量评估,最高21分,分数越高,睡眠质量越差。

(3) 采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评估患者焦虑抑郁情绪,最高均80分,分数越高,焦虑抑郁情绪越严重。采用心理弹性(CD-RIS)评价量表,评估患者心理弹性,最高80分,分数越高,心理弹性越高。

(4) 统计比较患者感染、出血、关节僵硬、延迟愈合等并发症发生情况。

### 1.4 统计学分析

以SPSS24.0版本软件,处理数据,计量资料以“t”计算,计数资料用 $\chi^2$ 检验,分别以 $(\bar{x} \pm s)$ 、(%)表示, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 疼痛情况

观察组干预后不同时间点的疼痛情况优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表1:

表1 疼痛情况(n,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	对照组	观察组	t	P
n	42	42		
入院时	7.82±1.35	7.78±1.42	0.132	0.895
干预后12h	5.33±0.76	4.47±0.67	5.501	0.000
干预后24h	3.54±0.46	3.14±0.37	4.391	0.000
干预后48h	2.53±0.26	2.04±0.21	9.502	0.000

### 2.2 满意度及睡眠质量

观察组干预后,满意度及睡眠质量评分,均优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表2。

表2 满意度及睡眠质量评分(n,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	对照组	观察组	t	P
n	42	42		
满意度	干预前 64.82±4.35	65.78±4.42	1.003	0.319

干预后	78.33±6.76	89.47±7.67	7.061	0.000
睡眠质量	干预前 18.54±1.46	18.65±1.51	0.339	0.735
干预后	8.53±0.56	6.04±0.37	24.042	0.000

### 2.3 SAS、SDS、CD-RISC 评分

观察组干预后,SAS、SDS、CD-RISC评分,均优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表3:

表3 SAS、SDS、CD-RISC评分(n,  $\pm s$ , 分)

组别	对照组	观察组	t	P
n	42	42		
SAS	干预前 55.72±4.78	55.68±4.81	0.038	0.970
干预后	45.36±3.76	41.48±3.17	5.113	0.000
SDS	干预前 55.68±4.68	55.65±4.61	0.030	0.977
干预后	45.56±3.68	40.52±3.08	6.836	0.000
CD-RISC	干预前 51.68±4.67	51.64±4.68	0.039	0.969
干预后	65.56±6.68	74.52±8.08	5.539	0.000

### 2.4 并发症发生率

观察组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表4。

表4 并发症发生率(n, %)

组别	对照组	观察组	$\chi^2$	P
n	42	42		
感染	3	1		
出血	3	1		
关节僵硬	1	0		
延迟愈合	1	0		
总发生率	8(19.05)	2(4.76)	4.087	0.043

## 3 讨论

创伤性骨折是临床骨科常见急症,其主要原因是受到外界的撞击而骨骼断裂,会引起剧烈的疼痛和肢体功能障碍,对患者身心健康影响很大。疼痛作为创伤性骨折患者最突出的主观感受,不但会加重患者机体应激反应,而且还会引起睡眠紊乱、焦虑、抑郁等负面情绪,甚至增加感染和关节僵硬等并发症的危险,从而延迟骨折的愈合过程,影响患者的生活质量<sup>[3]</sup>。目前,常规创伤性骨折护理主要集中在生命体征监测、基础护理和被动镇痛等方面,缺少对其疼痛进行动态评价和个体化干

预,无法适应患者多样化的痛苦管理需要,护理服务水平亟待提高。探讨一种科学、高效的镇痛方法,是目前骨科临床研究的一个重点。疼痛干预优化护理将个性化评估、多模式治疗、健康教育和持续改善相结合,以达到精准、系统的疼痛管理,为提高骨科患者的临床护理提供新思路<sup>[4]</sup>。

本次研究结果表明,观察组干预后不同时间点,疼痛情况,优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。分析原因观察组运用了个体化的动力学评价和多模式的联合疗法。传统的疼痛治疗方法是以药物为主,缺少对疼痛进行系统性评价和个性化治疗,通过数字评分法与面部表情疼痛量表相结合的方法,可以精确地捕获疼痛的动态改变,并记录疼痛部位和性质等关键参数,从而实现个性化治疗<sup>[5]</sup>。多模式下,分层式镇痛可依据患者的痛苦等级进行精确选择,可避免过度使用或用量过少;而非药物性介入从生理和心理多个层面对患者进行镇痛,产生增效作用,提高镇痛疗效。同时,通过疼痛教学,使患者能够更好地了解自己的疼痛程度和减轻疼痛的方式,提高自己的主观能动性,从而更好地控制疼痛。

观察组干预后,满意度及睡眠质量评分,均优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。分析原因观察组通过对其进行有效的镇痛,从而减少其对睡眠的扰动,提高其睡眠质量。此外,在护理中还注意对患者进行个体化的照顾,例如身体姿势干预符合患者骨折部位的需要,心理干预减轻患者的不良情绪,饮食干预有助于患者的康复,从而提高患者的护理满意度。个性化护理更符合患者的个性化需要,同时,不断改善护理质量,也能使患者满意程度得到进一步提高。

## 参考文献:

- [1] 吴国相,谢丰翠,刘丽.疼痛干预优化护理在创伤性骨折护理中的应用及对护理质量、护理满意度的影响[J].中国医药指南,2025,23(13):171-173.
- [2] 王倩雯,黑秀秀,马晓梅,等.疼痛管理联合积极心理干预在机器人导航辅助创伤性骨折治疗术患者中的应用效果[J].机器人外科学杂志(中英文),2025,6(2):217-221.
- [3] 苏兰.手术室规范化护理联合疼痛干预对创伤骨折患者术后恢复及睡眠的影响[J].中国标准化,2025,(04):289-292.
- [4] 罗园,熊聃.健康行为改变整合理论指导下护理联合疼痛干预对创伤性下肢骨折患者肢体运动功能的影响[J].医疗装备,2024,37(19):143-146.
- [5] 王彬,张玉芹,傅学菲,等.Orem自我护理干预结合多模式疼痛管理对急性创伤骨折患者健康知识知晓情况及疼痛程度的影响[J].反射疗法与康复医学,2024,5(15):180-182+190.

观察组干预后,SAS、SDS、CD-RISC评分,均优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),分析原因与患者的镇痛效果和有针对性的精神治疗有较大关系。创伤性骨折术后剧烈疼痛、肢体功能障碍和对预后的担心容易诱发焦虑和抑郁情绪,而这些情绪会加剧疼痛的感觉,从而产生一种恶性循环。观察组能较好地缓解痛苦,并能破坏这种恶性循环,减轻其对精神状况的消极作用。并将心理疏导和放松训练相结合,使患者的焦虑和抑郁情绪得到有效改善。疼痛教育与自我管理指导则增强了患者对疾病恢复的掌控感,增加患者面对疾病时的自信与心理弹性。

观察组并发症发生率,低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),分析原因疼痛可使患者四肢运动能力下降,关节僵硬、压疮等并发症增多,而观察组经治疗后,患者更乐于积极地进行适度的运动,可减少肢体制动带来的不良影响。通过体位的调节,降低了骨折端的应力,降低出血和移位的危险。通过膳食干预,补充高蛋白、维生素等营养成分,这些措施是促进骨折愈合的重要因素,降低骨折延迟愈合的可能性。通过对护理工作中存在的一些隐患,例如对预防和治疗方面的缺陷进行不断地检测和评估,从程序上保证护理的安全性,使并发症的发病率大大减少。与只注重基本疾病的对照组相比,观察组能更全面地涵盖防治并发症的重点,从而能降低并发症风险。

综上所述,在创伤性骨折护理中,采用疼痛干预优化护理,有助于提高护理质量,可有效减轻患者疼痛,提高护理满意度和睡眠质量,改善患者心理状态,降低患者并发症发生率,值得推广。