

参考文献：

[1] 姜希望. 无痛性消化道内镜术[M]. 长沙: 中南大学出版社, 2002: 106-9.

[2] 赵银彪, 陈 平. 无痛胃镜的临床应用体会[J]. 内蒙古医学杂志, 2013, 45(7): 854-5.

[3] Campbell L, Imrie G, Doherty P, et al. Patient maintained sedation for colonoscopy using a target controlled infusion of propofol[J]. Anaesthesia, 2004, 59(2): 127-32.

[4] 罗朝晖, 林 溢. 无痛胃镜与常规胃镜检查的临床对比研究[J]. 中国现代医药杂志, 2012, 14(1): 61-2.

[5] Takimoto K, Ueda T, Shimamoto F, et al. Sedation with dexmedetomidinehydrochloride during endoscopic submucosal dissection of gastric cancer[J]. Dig Endosc, 2011, 23(5): 176-81.

[6] 赵双龙, 张晋岳. 无痛胃镜的安全性和有效性评价[J]. 山西中医学院学报, 2014, 15(2): 54-5.

[7] 徐 辉, 郑淑梅, 蒋明德, 等. 超细内镜、无痛内镜与普通内镜临床对比研究[J]. 中国消化内镜, 2009, 3(1): 23-5.

[8] 侯 颖. 无痛电子胃镜检查的临床护理[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2015, 32(5): 539-41.

[9] Namiki M. Hazard associated with digestive endoscopy in Japan[J]. Gastroenterol Endosc, 1984(2): 2439-43.

[10] Horiuchi A, Nakayama Y, Tanaka N, et al. Propofol sedation forendoscopic procedures in patients 90 years of age and older[J]. Digestion, 2008, 78(1): 20-3.

[11] 上海市内窥镜协作组. 消化道内窥镜操作引起的并发症[J]. 中华消化杂志, 1983, 3(2): 66-70.

[12] Murata A, Akahoshi K, Motomura Y, et al. Prospective comparative study on the acceptability of unsedated transnasal endoscopy in younger versus older patients[J]. J Clin Gastroenterol, 2011, 42(9): 965-8.

[13] 周少丽. 异丙酚对心血管系统的影响[J]. 国外医学(麻醉学与复苏分册), 2002, 23(6): 29-331.

[14] Katon RM. Complication of upper gastrointestinal endoscopy in the gastrointestinal bleeder[J]. Dig Dis Sci, 1981, 26(7 Suppl): 47-54.

护理园地

肩锁关节脱位术后疼痛的护理干预

唐荣妹, 郑 芸, 熊芳梅
连州市中医院护理部, 广东 连州 513400

摘要:目的 观察肩锁关节脱位术后疼痛实施护理干预的效果。**方法** 选取行切开复位内固定术的肩锁关节脱位患者200例, 术后按随机化分为A、B两组。A组遵医嘱给予止痛药, B组在常规组的基础上给予环境控制、心理护理、体位护理、指导功能锻炼、耳穴贴压等护理措施。观察两组术后第1、2、3天数字疼痛评分。**结果** B组术后第1、2、3天NRS评分均优于A组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对于肩锁关节脱位术后疼痛的患者, 实施护理干预能够有效缓解疼痛, 提高其住院期间生活质量。**关键词:**肩锁关节脱位; 内固定术后; 疼痛; 护理措施

Nursing intervention for postoperative pain of acromioclavicular joint dislocation

TANG Rongmei, ZHENG Yun, XIONG Fangmei
Nursing Department, Chinese Traditional Medicine Hospital of Lianzhou, Lianzhou 513400, China

Abstract: Objective To observe the effect of nursing care for pain of postoperative of acromioclavicular joint dislocation. **Methods** We selected 200 patients of acromioclavicular joint dislocation who were conducted open reduction and internal fixation, and randomly divided into group A and B. patients of group A were given antalgic follow the doctors' advice, and patients in group B were given nursing intervention such as environment control, psychological nursing, posture nursing, guiding functioning training, auricular point sticking apart from basic conventional disposal, observed the number rating scale (NRS) at 1st, 2nd, 3rd day postoperation of both groups. **Results** The score of NRS at 1st, 2nd, 3rd day of group B were significantly better than group A respectively ($P<0.05$). **Conclusion** Nursing intervention to the postoperative patients of acromioclavicular joint dislocation can effectively relief pain and improve the quality of life during hospitalization. **Key words:** acromioclavicular joint dislocation; post internal fixation; pain; nursing intervention

肩锁关节脱位是临床骨科常见病种之一, 占肩部损伤的4%~6%, 多见于青壮年人群, 男多于女。目前, 在临床上对肩锁关节脱位的治疗可采取非手术治疗和手术治疗, 而对损伤较大的Ⅱ、Ⅲ型一般行手术治疗, 肩锁关节切开复位内固定术是较为常用的手术方法, 而手术作为一种创伤性治疗方法, 对肩关节局部组织都有一定程度损伤, 术后3 d内患者疼痛较为剧烈, 此时精心的护理措施显得至关重要。现就肩锁关节脱位术后疼痛的护理干预报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院骨科自2013年11月~2015年11月期间收入院的经x线摄片确诊为肩锁关节脱位的患者200例, 均予行切开复位内固定术, 术后按随机化原则分为A、B两组, 各100例。A组中, 男64例, 女36例; 年龄19~56岁, 平均38.2±4.5岁; 致伤时间距手术2~6 d, 平均3.5±1.3 d; 按Tossy分型分类: Ⅱ型68例, Ⅲ型32例。B组

中, 男69例, 女31例, 年龄23~59岁, 平均41.2±3.3岁; 致伤时间距手术3~7 d, 平均3.7±1.6 d; 按Tossy分型分类: Ⅱ型73例, Ⅲ型27例。两组在性别、年龄、分型等方面差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 护理干预

1.2.1 A组护理方法 遵医嘱予以止痛药: 必要时口服去痛片1片, 或口服洛芬待因缓释片2片, 1次/12 h; 若疼痛不能耐受, 可予以止痛针: 肌肉注射盐酸曲马多注射液100 mg, 1次/d, 肌肉注射双氯芬酸钠利多卡因注射液75 mg, 1次/d。

1.2.2 B组护理方法 在A组的基础上给予: (1) 环境控制: 为患者提供安静、舒适的环境, 加强陪护及探视制度管理, 减少不必要的打扰, 保证充足的睡眠; (2) 心理护理: 与患者建立良好的护患关系, 取得患者的信任与配合, 同时对患者给予必要的解释和对疾病知识的宣教, 多关心患者, 以缓解紧张、焦虑等情绪; 指导其适当观看电视节目、听轻音乐、与同室病友交流等以转移注意力; (3) 体位护理: 伤侧上肢予以适当体位, 卧床时予小气枕抬高伤侧上肢, 下床活动时维持三角巾悬吊; 当体位不适时, 纠正动作应轻柔、准确^[1-2]; (4) 指导功能锻炼: 手术

当天感觉恢复后即可指导行伤侧上肢伸指握拳运动,以促进血液循环,减轻疼痛感觉;术后次日可进行肩锁关节被动功能锻炼;3 d后行肩关节主动功能锻炼,如外展、上举锻炼。功能锻炼循序渐进;(5)耳穴压豆:取材:中华耳贴,A型,规格1.8 mm。取神门、交感、皮质下、肾、肝为主穴,肩、肘、腕穴为辅穴。操作:首先对耳廓进行全面评估,观察有无脱屑、水泡、丘疹、充血、硬结等,选准穴位后,采用浓度为75%的酒精清洁消毒耳廓皮肤,取用中华耳贴贴于患者一侧耳穴上,用手指按压使局部有明显酸、麻、胀或发热感,叮嘱患者进行4~5次/d的定期刺激以提高疗效,用拇指、食二指在耳廓前后捏住贴敷的磁珠,一松一紧按压,每次按压时间控制在1~2 min,隔日可换贴另一侧耳穴,7 d为一个疗程,两耳交替贴压。

1.3 观察指标

观察术后第1、2、3天NRS评分:(1)无痛:0分;(2)轻度疼痛:1~3分,睡眠不受影响;(3)中度疼痛:4~6分,睡眠受影响;(4)重度疼痛:7~10分,睡眠严重受影响。

1.4 统计学方法

采用SPSS 13.0统计软件,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用*t*检验。

2 结果

对A、B两组进行术后NRS评分比较发现,术后第1、2、3天,B组NRS评分均低于A组,差异均有统计学意义($P<0.05$,表1)。B组患者在疼痛护理干预后,其疼痛较A组患者有所缓解。

表1 两组术后NRS评分比较($n=100$,分)

项目	术后第1天	术后第2天	术后第3天
A组	6.6±1.1	4.4±0.9	2.9±0.9
B组	4.8±0.9	3.1±0.8	1.7±0.6
<i>P</i>	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

在临床护理中,疼痛已成为继体温、脉搏、呼吸、血压生命体征之后的第五生命体征^[3],它体现了疼痛和疼痛疾病的广泛性。随着医学的转变,术后疼痛护理已被列入护士的继续教育项目内,解除术后疼痛是护士的重要职责^[4]。肩关节的主要功能是提供锁骨与肩峰间的滑动及肩胛骨相对于锁骨的旋转。肩锁关节的稳定主要依赖韧带保持,上下方向的稳定依靠喙锁韧带,水平方向的稳定依靠肩锁韧带、关节囊及三角肌、斜方肌的腱性纤维。手术的目的就是力求恢复关节的正常解剖关系及功能活动,防止继发性创伤性关节炎和疼痛。肩锁关节脱位是临床骨科常见病,其中Ⅱ、Ⅲ型一般予行

手术治疗,而疼痛作为肩锁关节脱位术后常见护理诊断之一,因此如何在短期内有效缓解疼痛一直受临床医务工作者所关注,尤其是受到护理从业者的重视。

对于术后疼痛,临床一般给予止痛药,但多次重复给药可能会出现恶心、呕吐、皮疹、过敏反应、胃脘不适、肝肾功能损害等一系列不良反应,此时应用止痛药受到一定程度限制^[5-6]。因此需采用其他措施缓解患者疼痛。舒适的住院环境能够缓解患者紧张情绪,获得良好的休息效果。能否建立和谐的护患关系,是心理护理成败的关键^[7],心理护理在一定程度上可促进疾病的康复。从医院临床范围来说,要求护士能通过护理措施,使病员处于一个接受治疗所需要的最佳心理和生理状态。使患者在心理、生理两方面都和治疗手段相适应,并可以保持愉快的心情,减轻紧张焦虑等不稳定的心理状态,恢复精神系统和内分泌系统的稳定状态,从而减轻患者的术后疼痛,增强患者对疼痛的耐受能力,有利于提高治疗的效果。首先,护士要与患者建立良好的关系,尊重患者,了解患者的需要,并尽可能给予满足。其次要取得家属的支持配合,给患者创造良好的环境。合理安排好患者的休息、睡眠、饮食、营养,良好的环境和舒适的感觉有利于身心健康,使之保持最佳的心理状态。再次是要启发和引导患者正确对待疾病,保持良好的情绪,解除顾虑,配合治疗护理。还可以根据不同的年龄、性别、病情轻重及性质、病程长短、个性特点等,安排一些有意义的活动,以解除寂寞,振奋情绪,消除紧张,如练气功、打太极拳、做健身操等。

早期功能锻炼有利于肩关节功能恢复,术后制动时间过长,患者因惧怕疼痛拒绝活动而导致创作性关节炎,因此早期功能锻炼时机的把握显得尤为重要^[8]。可遵循功能锻炼步骤如下:(1)第一阶段:术后即可开始练习抓握拳活动训练,可在健手扶持下做一定范围的肘、腕及手部关节主动屈伸活动,每锻炼3~5 min/h。术后3 d可做肩关节“摆动训练”,根据患者的耐受程度,前屈可达90°,后伸20°,2组/d,50次/组左右。1周后可逐步从事一般性以患肢为主的自理活动,如书写、拿取食物、翻书阅奏、梳头等,注意避免其他负重活动;(2)第二阶段:术后1周后可逐步增加二三角肌及肩袖肌力。方法为从等长收缩到抗阻力锻炼,循序渐进。方法有站立位前屈上举、增加内外旋范围锻炼、上肢外展、外旋等锻炼;(3)第三阶段:术后6周后,全面练习肩关节摆动、耸肩、内收、外展、加大前屈角度及外展角度的爬墙训练等,各组练习30~50次,3组/d。但术后3个月内禁止剧烈运动及过度持重物;(4)第四阶段:主动锻炼前可先热敷肩关节20~30 min,以促进局部血液循环,减轻锻炼时疼痛。每次的活动范围,以僵硬终点为起始处,而非终点。锻炼时还应注意不同类型的骨折有不同的治疗

方法,其功能锻炼也不同,应结合医生的要求具体指导患者的功能锻炼。进行护理干预的目的就是帮助患者缓解术后疼痛感,帮助患者尽早开展康复训练,减少术后并发症的发生,提高患者对医疗治疗的整体评价^[9]。因此,我们在护理上除了要指导患者功能锻炼的方法之外,还要耐心向患者解释功能锻炼的重要性,获得患者配合,特别是要注意监督患者功能锻炼是否到位,才能达到理想的效果。

最后,耳穴压豆也是缓解术后疼痛的有效方式。中国医学认为,耳通过经络与人体脏腑、肢节、器官产生联系。耳穴压豆是用菜籽、药豆、磁珠等准确地粘贴于耳穴处,刺激耳廓上的穴位或反应点,给予适度的揉、按、捏、压,使其产生酸、麻、胀、痛等刺激感应,通过其疏通经络,调节脏腑气血功能,促进机体的阴阳平衡,以达到治疗目的的一种外治疗法,又称耳廓穴区压迫疗法^[10]。耳廓上分布着较丰富的神经,具有躯体神经、脑神经、交感神经相吻合重叠形成的神经丛,刺激耳穴,对人体生理功能具有双重调节作用。通过穴位刺激与适度给药相结合,耳穴贴压疗法可以对骨伤带来的疼痛有效的抑制,且可以通过调节患者免疫力减少肿胀和康复期感染的情况。综上所述,对于肩锁关节脱位术后患者疼痛的

患者进行护理干预,能够有效缓解疼痛,提高其住院期间生活质量。

参考文献:

[1] 周玲霞,童丽利.肩锁关节脱位切开复位喙锁韧带重建修补术的术后护理[J].护理与康复,2009,8(5):397-9.
[2] 钱建英,周小红.锁骨钩钢板内固定治疗肩锁关节脱位的护理[J].现代中西医结合杂志,2007,16(35):5380-1.
[3] 耿莉华,宋雁宾.外科手术术后病人疼痛控制进展[J].护理学杂志,2010,15(9):11-2.
[4] 马玉兰.骨科术后疼痛的护理[J].护理研究,2007,21(15):1347.
[5] 肖华.康复护理干预在锁骨钩钢板内固定治疗肩锁关节脱位患者术后的应用[J].临床合理用药杂志,2011,4(4):103-4.
[6] 翟燕.同种异体韧带重建喙锁韧带术治疗肩锁关节脱位48例术后护理[J].齐鲁护理杂志,2012,18(5):10-2.
[7] 李宝兰.恶性肿瘤患者心理分析及护理[J].中国医疗前沿,2009,4(8):130-1.
[8] 黄家基,蒙家辉,施伟业,等.锁骨钩钢板配合早期功能锻炼治疗锁骨远端骨折及肩锁关节脱位的临床研究[J].微创医学,2010,5(3):216-8.
[9] 江萍.护理干预列骨折患者满意度及术后疼痛的影响观察[J].中外医学研究,2012,10(4):81.
[10] 张广清,彭刚艺.中医护理技术规范[M].广州:广东科技出版社,2012.