

既能够互相理解,同时还能够为患者提供更加具有针对性更加准确的干预措施。在此次研究当中,护理人员在为患者实施预见性护理的过程当中,对患者进行了全面的评估,能够更好的掌握患者的情况,同时也能够为其他医生提供更加有价值的信息及内容。不仅仅进一步提升了医护之间的关系,同时也提升了临床护士在工作过程当中的主动性及积极性,进而最大程度的规避在整个救治过程当中发生差错及延误的风险,使得护理质量得到了明显提升。

综上所述,预见性护理可提升高龄骨科创伤患者满意度、降低并发症概率,还可改善不良情绪,值得借鉴。

### 参考文献

[1] 万惠敏,刘建英,张秋红,等. 预见性护理对骨科术后患者下肢静脉血栓形成的影响[J]. 重庆医学, 2020, 49(20):130-132.

[2] 宋瑞红. 髋关节置换术患者实施预见性护理对下肢深静脉血栓形成的预防效果分析[J]. 中国药物与临床, 2020, 52(2):318-320.

[3] Committee B O A T. British Orthopaedic Association's Standards for Trauma (BOAST): Care of the older or frail patient with orthopaedic injuries[J]. Injury, 2020, 51(7):1419-1421.

[4] Dayananda K S S, Mercer S T, Agarwal R, et al. A comparative review of 1,004 orthopaedic trauma patients before and during the COVID-19 pandemic[J]. Bone & Joint Open, 2020, 1(8):568-575.

[5] 万甜甜,陈金玲,史敬丽. 预见性创伤护理对急诊创伤性骨折患者救治效果研究[J]. 山西医药杂志, 2020, 36(6):732-733.

[6] Wise B T, Connelly D, Rocca M, et al. A Predictive Score for Determining Risk of Surgical Site Infection After Orthopaedic Trauma Surgery[J]. Journal of Orthopaedic Trauma, 2019, 33(10):1-1.

[7] 刘思博,张磊,石玉慧. 预见性护理对肺癌全肺切除患者发生并发症的应用效果评价[J]. 中日友好医院学报, 2019, 173(5):63-65.

[8] 童年,李珍,秦梅兰,等. 创伤骨科术后患者下肢 DVT 预防的知行现状及影响因素分析[J]. 中华现代护理杂志, 2020, 26(2):168-172.

[9] 段秀伟,蒋萍. 高龄骨科住院患者预防静脉血栓的知识-信念-行为评分及其影响因素分析[J]. 广西医科大学学报, 2019, 36(6):68-72.

[10] 连小燕,李晓茵,王燕红,等. 预见性护理在骨科创伤患者护理中的应用价值研究[J]. 重庆医学, 2021, 50(S01):346-348.

[11] 冯慧. 探讨高龄骨科创伤患者护理应用预见性护理干预的临床价值[J]. 中医学报, 2020(S02):0204.

作者简介:程二桃,本科,副主任护师,研究方向:外科护理,单位:内蒙古呼和浩特市内蒙古自治区人民医院,地址:内蒙古呼和浩特市赛罕区昭乌达路 20 号,邮编:010017,电话:18047191770

收稿日期:2021-02-08

## 危机管理渗透式风险预控急救护理模式在多发肋骨骨折合并血气胸患者救护中的应用观察

常珊珊

(天津医科大学第二医院,天津 300211)

**摘要** 目的:观察危机管理渗透式风险预控急救护理模式在多发肋骨骨折合并血气胸患者救护中的应用价值。方法:回顾性选择 2018 年 4 月-2020 年 7 月我院多发肋骨骨折合并血气胸患者 75 例,2018 年 4 月-2019 年 5 月实施常规急救护理的 36 例患者为对照组,2019 年 6 月-2020 年 7 月在常规急救护理基础上实施危机管理渗透式风险预控急救护理模式的 39 例患者为观察组。比较 2 组抢救成功率、抢救用时、急救护理满意度,入院前、转运时、入院后、多科会诊时、急诊手术前疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分及并发症。结果:观察组抢救成功率为 94.87%(37/39),高于对照组的 75.00%(27/36)( $P < 0.05$ );与对照组比较,观察组现场救治用时、急救反应用时、急诊停留用时、多科会诊用时、辅助检查用时、急诊至手术室用时均更短( $P < 0.05$ );观察组应急能力、服务态度、专业水平及处理措施评分均较对照组高( $P < 0.05$ );观察组转运时、入院后、多科会诊时、急诊手术前疼痛 VAS 评分低于对照组( $P < 0.05$ );观察组压力性损伤、感染、发热、骨折端移位总发生率为 5.41%,低于对照组的 29.63%( $P < 0.05$ );观察组护理危机事件总发生率低于对照组( $P < 0.05$ )。结论:危机管理渗透式风险预控急救护理模式有助于提高多发肋骨骨折合并血气胸患者抢救成功率,缩短抢救时间,提升患者急救护理满意度,减轻患者疼痛程度,减少并发症及护理危机事件发生。

**关键词** 危机管理渗透式风险预控急救护理模式;多发肋骨骨折合并血气胸;抢救成功率

中图分类号:R 683.1 文献标识码:B 文章编号:1673-6567(2022)011-0084-05 DOI 编码:10.13214/j.cnki.cjotadm.2022.011.023

肋骨骨折发生率约占胸廓骨折的 90.0%,而多发肋骨骨折可对胸腔造成一定损伤,进而增加

血气胸发生风险,加重循环功能障碍,严重威胁患者生命安全<sup>[1-3]</sup>。因此,实施及时有效的急救护理对促进多发肋骨骨折合并血气胸患者预后改善具有重要价值。危机管理渗透式风险预控急救护理模式是一种新型急救护理模式,通过预先判断患者潜在危险因素,进行危机风险系统管理,利于减少突发事件处理用时,降低护理意外事件与并发症发生危险性,改善急救护理质量,但在多发肋骨骨折合并血气胸患者救护中的干预效果仍缺乏循证支持,有待进一步论证<sup>[4-5]</sup>。基于此,本研究尝试探讨危机管理渗透式风险预控急救护理模式在多发肋骨骨折合并血气胸患者救护中的干预效果。具体报告如下。

### 临床资料

1 一般资料:回顾性选取 2018 年 4 月 - 2020 年 7 月我院多发肋骨骨折合并血气胸患者 75 例,2018 年 4 月 - 2019 年 5 月实施常规急救护理的 36 例患者为对照组,2019 年 6 月 - 2020 年 7 月在常规急救护理基础上实施危机管理渗透式风险预控急救护理模式的 39 例患者为观察组。其中观察组:女 15 例,男 24 例,年龄 27 - 62 岁,平均为  $(39.27 \pm 5.35)$  岁;体质量指数(Body mass index, BMI) 18 - 25 kg/m<sup>2</sup>,平均为  $(19.93 \pm 0.51)$  kg/m<sup>2</sup>;发病至入院时间 4 - 12 小时,平均为  $(6.12 \pm 0.34)$  小时;基础疾病:10 例高血压,12 例高脂血症,10 例糖尿病,2 例冠心病;受伤缘由:12 例高空坠落伤,20 例交通事故伤,5 例压砸伤,2 例其他;文化程度:10 例小学及初中,20 例高中及中专,9 例大专及以上。对照组:女 13 例,男 23 例,年龄 25 - 64 岁,平均为  $(38.64 \pm 6.50)$  岁;BMI 19 - 25kg/m<sup>2</sup>,平均为  $(20.05 \pm 44)$  kg/m<sup>2</sup>;发病至入院时间 5 - 12 小时,平均为  $(6.22 \pm 0.27)$  小时;基础疾病:15 例高血压,10 例高脂血症,14 例糖尿病,5 例冠心病;受伤缘由:10 例高空坠落伤,17 例交通事故伤,8 例压砸伤,1 例其他;文化程度:9 例小学及初中,16 例高中及中专,11 例大专及以上。2 组年龄、性别、受伤缘由、发病至入院时间、文化程度、BMI、基础疾病等基线资料均衡可比( $P > 0.05$ )。(1) 纳入标准:①均经临床症状、胸部 CT 或数字射线检查证实为多发肋骨骨折合并血气胸;②临床资料完整。(2) 排除标准:①凝血机制紊乱或活动性出血者;②合并全身感染性疾病或自身免疫系统疾病者;③合并脑干不可逆性损伤者;④既往有胸腹部手术史者;⑤处于妊娠期、哺乳期等特殊时期女性;⑥合并心肺肝肾等重要脏器器质性病变者;⑦家属视力障碍、听力障碍或限制民事行为能力。

2 方法:对照组予以常规急救护理。急诊台接到求救信息后,立即呼叫出诊人员,实时接听。到达

现场后,立即建立静脉通道,予以有效吸氧支持,纠正休克,止血包扎,保持患者制动状态,最后完成转运。观察组在对照组基础上予以危机管理渗透式风险预控急救护理模式。利用预先收集的信息,了解并掌握相关规律,预先判断救护过程中可能发生的偏差,实施有效救护方案。具体措施:(1) 出诊前风险预控。针对院前急救物品准备不充分或现场人员危机处理水平欠佳等,接到求救电话后,利用提问方式迅速评估患者伤情,初步判断现场处置不当危机类型,予以个性化预判指导,防止现场盲目施救所致 2 次伤害。同时,立刻准备颈托、硬板床垫等急救物品,上车前再次核查现场急救物品,以防遗漏。(2) 现场急救风险预控。针对出诊人员操作不当、缺乏责任心、专业知识储备量少等情况,建立较为完善的风险管理体系与自控互控模式,实时监控急救护理全程。赶赴致伤现场过程中集中复习多发肋骨骨折合并血气胸现场急救流程与方法,加强彼此配合度。到达现场后,应用颈托保护颈椎,按照气道、呼吸、循环、神经系统、全身检查顺序准确、迅速评估患者伤情,及时有效处理严重创伤。先处理危及生命安全的伤情,之后根据患者实际情况和主诉关注其他潜在的风险,尤其应关注疼痛、压力性损伤等,注意所有操作严格无菌,对难以耐受疼痛的患者,应快速评估患者疼痛原因、部位、性质、程度等,使用胸带固定骨折部位,制动,并指导患者观察松紧度、边缘受压皮肤情况等,酌情遵医嘱给予止痛药物,若患者咳嗽,帮助其用手轻轻按压受伤肋骨位置,对放置了胸腔引流管患者取半卧位,减轻疼痛感,提高舒适感。确认患者伤情符合转运条件后,安全转运患者,注意转运过程中动作轻缓,以防造成 2 次伤害。(3) 转运风险预控。伤情发生突变、院外院内急救衔接不当为此环节护理危机事件主要表现。转运过程中应实时严格监测患者伤情、心率、脉搏、血压等生命体征变化情况,及时捕捉心脏骤停征象,实施有效心肺复苏。为防止意识模糊、无颈椎损伤者发生气道阻塞,应加强患者体位管理,取平躺体位,将头偏向一侧;出血较多者,取头低脚高位,及时实施有效补液扩容;通气不佳者,及时清除呼吸道异物,稳定呼吸功能,严重呼吸衰竭及呼吸困难,且自身呼吸功能无法保证氧供给,应用呼吸机、ICU 气管插管辅助呼吸;明确气胸类型,据此对症支持,闭合性气胸者,先行穿刺,降低胸腔内压力,放置胸腔闭式引流,解除血气胸症状,开放性气胸者,使其转换为闭合性气胸,后按照闭合性气胸治疗,注意闭合性气胸经胸腔穿刺及影像学检查确诊后,给予出血量过大患者闭式引流,确定其是否为进行性,若为进行性气胸应采取开胸手术,并行抗休克、止血治疗,若为非进行性气

胸应采取闭式引流或胸腔穿刺;开放性气胸除休克治疗外,应清理创口,修补破损膈肌,及时止血,并行开胸检查;由于部分壁层和脏层胸膜受损及免疫功能降低,极易遭受病原侵入,诱发严重感染,因此建议尽早实施病原体检测,应用敏感抗生素,进行抗感染治疗;应用胸带固定骨折处,限制其活动,预防切口撕裂,疼痛难忍者,给予曲马多、氢考酮片等止痛药,必要时进行硬膜外麻醉。同时,及时与院内相关部门联系,传达患者伤情,告知到达预估时间,以便患者入院后即刻获取有效后续救治。(4)院内风险预控。院内急救准确缺陷性危机为此环节护理危机事件主要表现,对此,根据出诊人员传达内容,在患者入院前抢先完成急救床位与设备设施、手术安排、科室会诊等各类准备。患者入院后,立即根据流程与角色职责分工实施高效救治措施。

3 观察指标:(1)抢救成功率。包括院前死亡、院内死亡。(2)抢救用时,包括现场救治用时、急救反应用时、急诊停留用时、多科会诊用时、辅助检查用时、急诊至手术室用时。(3)急救护理满意度,出院时,利用自制调查问卷从应急能力、服务态度、专业水平、处理措施 4 个方面进行评估,共 7 个条目,每个条目 1-5 分,得分与急救护理满意度呈正相关。(4)疼痛视觉模拟评分法(Visual analogue scale, VAS)评分,包括入院前、转运时、入院后、多科会诊时、急诊手术前,最高分 10 分,最低分 0 分,分值越

表 2 2 组抢救用时比较( $\bar{x} \pm s$ , min)

组别	例数	现场救治用时	急救反应用时	急诊停留用时	多科会诊用时	辅助检查用时	急诊至手术室用时
观察组	39	15.28 ± 6.33	20.62 ± 7.58	17.47 ± 2.96	4.48 ± 0.95	9.39 ± 3.26	5.39 ± 2.04
对照组	36	23.49 ± 7.26	38.57 ± 8.45	28.44 ± 3.85	8.72 ± 1.49	15.17 ± 3.92	7.42 ± 2.85
<i>t</i> 值		4.816	8.913	12.891	13.887	6.430	3.324
<i>P</i> 值		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.002

注:排除观察组死亡病例 2 例,对照组死亡病例 9 例

5.3 2 组急救护理满意度对比:观察组应急能力、服务态度、专业水平及处理措施评分均较对照组

表 3 2 组急救护理满意度比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	应急能力	服务态度	专业水平	处理措施
观察组	39	3.59 ± 1.24	3.84 ± 0.97	4.05 ± 0.67	3.72 ± 0.83
对照组	36	2.74 ± 1.50	3.12 ± 0.88	3.43 ± 0.48	3.19 ± 1.25
<i>t</i> 值		2.478	3.048	4.098	2.038
<i>P</i> 值		0.016	0.003	<0.001	0.046

注:排除观察组死亡病例 2 例,对照组死亡病例 9 例

5.4 2 组疼痛 VAS 评分对比:观察组入院前疼痛 VAS 评分与对照组比较,差异无统计学意义( $P >$

低,疼痛越轻。(5)并发症。包括压力性损伤、感染、发热、骨折端移位等。(6)护理危机事件发生情况。包含设备器械故障、程序执行偏差、不良事件、人员操作失误等。

4 统计学方法:采用统计学软件 SPSS22.0 处理数据,计量资料采取 Bartlett 方差齐性检验与夏皮罗-威尔克正态性检验,均确认具备方差齐性且近似服从正态分布,以( $\bar{x} \pm s$ )描述,2 组间比较采用独立样本 *t* 检验;计数资料用( $n, \%$ )表示, $\chi^2$  检验。均采用双侧检验, $\alpha = 0.05$ 。

### 5 结果

5.1 2 组抢救成功率对比:观察组抢救成功率为 94.87%,高于对照组的 75.00% ( $P < 0.05$ ),见表 1。

表 1 2 组抢救成功率比较( $n, \%$ )

组别	例数	院前死亡	院内死亡	抢救成功率
观察组	39	1(2.56)	1(2.56)	37(94.87)
对照组	36	6(16.67)	3(8.33)	27(75.00)
$\chi^2$ 值				5.907
<i>P</i> 值				0.015

5.2 2 组抢救用时对比:与对照组比较,观察组现场救治用时、急救反应用时、急诊停留用时、多科会诊用时、辅助检查用时、急诊至手术室用时均更短 ( $P < 0.05$ ),见表 2。

高 ( $P < 0.05$ ),见表 3。

0.05);观察组转运时、入院后、多科会诊时、急诊手术前疼痛 VAS 评分低于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 4 2 组疼痛 VAS 评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	入院前	转运时	入院后	多科会诊时	急诊手术前
观察组	39	6.85 ± 1.26	5.37 ± 1.02	5.02 ± 0.93	4.22 ± 0.75	4.01 ± 0.68
对照组	36	6.79 ± 1.34	6.18 ± 1.14	5.89 ± 0.86	5.03 ± 0.91	4.78 ± 0.73
<i>t</i> 值		0.183	2.985	3.814	3.898	4.337
<i>P</i> 值		0.855	0.004	0.000	0.000	0.000

注:排除观察组死亡病例 2 例,对照组死亡病例 9 例

5.5 2 组并发症对比:观察组压力性损伤、感染、29.63% ( $P < 0.05$ )。见表 5。  
 发热、骨折端移位总发生率为 5.41%, 低于对照组的

表 5 2 组并发症比较(*n*, %)

组别	例数	压力性损伤	感染	发热	骨折端移位	总发生率
观察组	39	0(0)	1(2.70)	1(2.70)	0(0)	2(5.41)
对照组	36	3(11.11)	2(7.41)	2(7.41)	1(3.70)	8(29.63)
$\chi^2$ 值						
<i>P</i> 值						

5.6 2 组护理危机事件发生情况对比:观察组护 63% ( $P < 0.05$ )。见表 6。  
 理危机事件总发生率为 2.70%, 低于对照组的 29.

表 6 2 组护理危机事件发生情况比较(*n*, %)

组别	例数	设备器械故障	程序执行偏差	不良事件	人员操作失误	总发生率
观察组	37	0(0.00)	0(0.00)	1(2.70)	0(0.00)	1(2.70)
对照组	27	1(3.70)	2(7.41)	2(7.41)	3(11.11)	8(29.63)
$\chi^2$ 值						9.365
<i>P</i> 值						0.002

### 讨 论

多发肋骨骨折合并血气胸具有病情复杂、凶险等特点,研究指出,患者伤后 60 分钟内为第一死亡高峰,若未予以及时有效现场急救,可引发 2 次损伤,严重降低患者生存质量<sup>[6-7]</sup>。然而常规急救护理存在环节多、院外院内衔接不及时等缺点,且其仅对患者进行简单救护处理,缺少计划性、系统性救治体系,易因救治监护不当所致死亡<sup>[8-9]</sup>。

危机管理渗透式风险预控急救护理模式属超前急救管理,可确保临床急救工作顺利实施,降低患者死亡风险,与常规急救护理比较,更具计划性、组织性、针对性与系统性<sup>[10-11]</sup>。刘鲁昱<sup>[12]</sup>等观点认为,危机管理渗透式全程风险预控急救护理应用于多发伤合并脊柱损伤患者,可有效降低护理危机事件发生率。本研究结果显示,危机管理渗透式风险预控急救护理模式有助于缩短抢救时间,减少多发肋骨骨折合并血气胸患者病死风险,与上述研究观点相符。分析原因在于,危机管理渗透式风险预控急救护理模式注重强化急救护理人员危机管理意识,督促其主动关注与识别多发肋骨骨折合并血气胸急救

过程中危机事件发生高危因素;同时针对各个环节危机事件所设计应用的整套风险预控措施,具有全面性、连续性、系统性等特点,便于急救护理人员成功落实各项措施,对于诸多潜存于伤者急救各环节汇总的危机风险因素做出前瞻性预见性管理,如加强出诊前风险预控,通过电话远程初步评估患者伤情,实施个性化预判指导,利于最大化减少盲目施救所致 2 次损伤,且在出诊过程中开展多发肋骨骨折合并血气胸专项现场急救流程互述复习澄清活动,不仅能提高出诊人员的默契度与配合度,还能提高急救护理质量,降低因出诊人员操作失误、程序执行偏差等护理危机事件发生率;另外,转运过程中,实时严格监测患者伤情、生命体征变化,提前告知院内患者伤情,有助于保障急救效果,确保院前院内无缝隙衔接,一定程度上可缩短抢救时间,实现急救过程同步化。由此可见,危机管理理论渗透下,可实现对多发肋骨骨折合并血气胸患者急救全程所有护理危机元素的全面覆盖、精准命中及成功预控,大幅度提高急救护理安全快捷有效性,以此降低急救护理危机事件发生,提高急救护理总有效率。进一步研究

发现,危机预控组应急能力、服务态度、专业水平及处理措施评分均高于对照组,转运时、入院后、多学科会诊时、急诊手术前疼痛 VAS 评分及压力性损伤、感染、发热、骨折端移位总发生率低于对照组。提示危机管理渗透式风险预控急救护理模式在改善多发肋骨骨折合并血气胸患者急救护理满意度方面具有一定积极效应,并能减轻患者疼痛程度,减少并发症发生。同时给出相关建议,多发肋骨骨折合并血气胸属于突发性事件,患者醒来后无法接受事实,伴有较明显心理负面情绪,严重影响治疗依从性,因此治疗期间应以健康宣教、心理疏导为主,其中心理疏导可采取音乐疗法、肌肉放松训练、内观疗法、正念疗法等,以此缓解其焦虑抑郁情绪,解除其内心疑惑,积极主动配合治疗;其次是确保患者居住舒适性,建立和谐护患关系,促使其放心接受治疗;最后给予并发症防治措施,最大限度降低压疮、感染等并发症发生风险,促进疾病良好转归。

综上所述,危机管理渗透式风险预控急救护理模式有助于提高多发肋骨骨折合并血气胸患者抢救成功率,缩短抢救时间,提升患者急救护理满意度,减轻患者疼痛程度,减少并发症发生。但本研究样本量有限,可能会导致部分研究结果偏倚,加之危机管理渗透式风险预控急救护理模式在多发肋骨骨折合并血气胸中尚无确切标准及措施,后续需多中心、多渠道选取样本,扩大样本量进行更为深入研究证实。

### 参考文献

[1] 盛园园. 整体护理在急诊多发肋骨骨折合并血气胸患者中的应用效果观察[J]. 临床检验杂志(电子版), 2020,9(2):55.  
[2] 卫园. 舒适护理在多发肋骨骨折合并气胸中的护理效

果分析[J]. 中国药物与临床, 2020, 20(21):3691-3693.  
[3] 姬亚军. 胸腔镜胸内固定术治疗多发肋骨骨折合并血气胸效果观察[J]. 河南外科学杂志, 2018, 24(03):75-76.  
[4] 方国兰, 陈艳华, 李宛蓉. 多发伤合并脊柱损伤患者危机预控急救护理模式应用效果观察[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(3):151-153.  
[5] 应群, 夏金明. 多发伤合并脊柱损伤患者危机管理渗透式风险预控急救护理效果观察[J]. 护理学报, 2019, 26(4):17-19.  
[6] 陈前顺, 黄郴, 赵力澜, 等. 胸腔镜联合穿刺定位内固定治疗多发肋骨骨折合并血气胸的疗效[J]. 中华创伤杂志, 2020, 36(07):614-618.  
[7] 张一凡, 刘鹏. 无缝隙一体化护理干预对多发肋骨骨折合并血气胸患者抢救成功率的影响[J]. 现代诊断与治疗, 2020, 31(10):1669-1670.  
[8] 高帆, 葛波涌. 初级创伤救治模式对多发肋骨骨折合并血气胸患者院前急救反应时间的影响[J]. 黑龙江医药科学, 2019, 42(05):65-66.  
[9] 李平. 急诊救治多发肋骨骨折合并血气胸的治疗效果观察[J]. 中国伤残医学, 2019, 27(11):52-54.  
[10] 陈美芳, 吴月峰, 黄春华. 危机管理模式结合传统外伤急救护理对急诊颅脑外伤患者的应用效果[J]. 中华全科医学, 2019, 17(4):693-695.  
[11] 黄晓霞, 寇菲. 急诊危机管理模式对急诊救治效果及危机事件发生率的影响[J]. 中华灾害救援医学, 2020, 8(5):241-243, 247.  
[12] 刘鲁昱, 闫菊英, 李烁烁. 危机管理渗透式风险预控急救护理在多发伤合并脊柱损伤患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2019, 25(16):123-125.

收稿日期:2021-01-18

## 疼痛控制护理在创伤性骨折患者中的应用

陈思慧

(东港市中心医院骨一科, 辽宁 东港 118300)

**摘要** 目的:探析创伤性骨折患者围术期实施疼痛控制护理的效果。方法:在本院 2019 年 1 月-2020 年 5 月收诊的创伤性骨折患者中选出 118 例为对象,以随机数字表法分组,对照组给予常规围术期护理干预,观察组则给予疼痛控制护理,观察 2 组术前后的疼痛评分、术后并发症发生率。结果:术后 24 小时、48 小时、72 小时的 VAS 疼痛评分和骨折愈合时间、术后住院时间比较,观察组均低于对照组,  $P < 0.05$ ; 术后并发症发生率比较,观察组为 3.39%, 低于对照组的 13.56%,  $P < 0.05$ ; 观察组患者术后 7 天的 SAS 评分、SDS 评分均低于对照组,  $P < 0.05$ ; 且观察组的康复锻炼依从性高于对照组,  $P < 0.05$ ; 观察组护理后的 PSQI 评分低于对照组,  $P < 0.05$ 。结论:在创伤性骨折患者围术期开展疼痛控制护理疗效肯定,促进患者术后疼痛症状控制,有利于减少术后并发症发生,提高患者康复锻炼的依从性和睡眠质量,缓解负性情绪,促进患者早日康复,值得推广。

**关键词** 创伤性骨折;疼痛控制护理;VAS 疼痛评分;并发症;心理状态

中图分类号:R 473 文献标识码:B 文章编号:1673-6567(2022)011-0088-05 DOI 编码:10.13214/j.cnki.cjotadm.2022.011.024

随着社会经济的快速发展,各种创伤性事件的发生率也明显提高,其中最为常见的是创伤性骨