

疼痛管理小组对腹腔镜胆囊切除术后病人疼痛影响的观察

吕和平

(南华大学附属第一医院肝胆外科,湖南 衡阳 421001)

摘要: **目的** 探讨疼痛管理小组对减轻腹腔镜胆囊切除术后病人疼痛的作用。 **方法** 回顾性分析 2013 年 3 月~2015 年 3 月在本科行全麻腹部手术患者 268 例腹腔镜胆囊切除术的病例,其中 2013 年 1 月~12 月份收治的 126 例腹腔镜胆囊切除术病人作为对照组,2014 年 3 月~2015 年 3 月份收治的 142 例全麻腹部术后病人作为疼痛管理组。对照组采取常规的疼痛管理方法,疼痛管理组由麻醉师、医生、护士组成的疼痛管理小组对病人进行疼痛管理。 **结果** 疼痛管理组病人术后 6、12、24、48 h 疼痛评分情况均低于对照组 ($P < 0.05$)。疼痛组病人术后恢复天数较对照组少 ($P < 0.01$)。 **结论** 由麻醉师、医生、护士疼痛管理组能减轻腹腔镜胆囊切除术后病人的疼痛评分。

关键词: 腹腔镜胆囊切除术; 疼痛管理; 护士; 健康教育

中图分类号: R657.4 **文献标识码:** B

腹腔镜胆囊切除术是治疗胆囊疾病常用的手术方式,具有切口小、恢复快、住院时间短等优点。但是手术在治疗疾病,减轻病人不适的同时也会引起病人的疼痛。术后急性疼痛是机体组织对损伤、内脏牵拉等的生理反应。术后疼痛引起交感神经反射而产生肌肉血管收缩,导致手术切口及伤口供血不足,延缓伤口愈合^[1],还可导致病人睡眠障碍,活动能力下降等^[2]。有效的术后疼痛管理可以减少病人围手术期并发症,促进病人的康复,缩短病人术后的住院时间和成本^[3-4]。本院建立疼痛管理小组对腹腔镜胆囊切除术病人进行疼痛管理取得较好的效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2013 年 3 月~2015 年 3 月在某三级甲等医院行全麻腹部手术患者 268 例腹腔镜胆囊切除术病人为研究对象,年龄 20~76 岁 (48 ± 16.94 岁),女性 193 例,男性 75 例,其中小学文化程度 74 例,中学文化程度 155 例,大学文化程度 39 例。按照住院时间先后顺序分为两组:2013 年 1 月~2013 年 12 月份收治的 126 例腹腔镜胆囊切除术病人作为对照组;2014 年 3 月~2015 年 3 月份收治的 142 例全麻腹部术后病人作为疼痛管理组。两组病人的年龄、性别及文化程度构成情况差

异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。患者纳入标准:①年龄 ≥ 18 岁;②在全身麻醉下行腹腔镜下胆囊切除术。排除标准:①合并有严重并发症者;②精神疾病者;③有慢性疼痛史;④恶性肿瘤患者;⑤严重视觉障碍者。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	n	年龄(岁)	性别		文化程度		
			女	男	小学	中学	大学
对照组	126	48 ± 16.51	91	35	33	76	17
疼痛管理组	142	48 ± 17.20	102	40	41	79	22

1.2 干预方法 对照组:腹腔镜胆囊切除术病人按照传统的管理方法,即术前 1 天由麻醉医师探视患者并进行术前教育,麻醉师负责病人术中的麻醉及镇痛,术后护士采用视觉模拟评分方法(VAS)^[5]术后动态评估病人的疼痛情况,患者疼痛评分 ≥ 5 分时,报告医生,遵医嘱给予镇痛处理。疼痛管理组:由疼痛管理小组对腹腔镜胆囊切除术病人进行围手术期疼痛管理,具体方法如下:

(1)疼痛管理小组对腹腔镜胆囊切除术病人进行围手术期无缝隙疼痛管理腹腔镜胆囊切除术病人。疼痛管理小组由麻醉师、医师及护士组成。疼痛管理小组成员制定病人围手术期的疼痛管理方案,其中麻醉师负责病人术中的麻醉及疼痛管理,护士负责病人疼痛的评估、健康教育及疼痛管理措施的落实、医生负责病人术后药物止痛医嘱。术前 1

天由麻醉医师探视患者并进行术前教育,术后回病房后由麻醉师与护士对病人的镇痛情况进行交接班,护士对病人的疼痛情况进行动态评分,疼痛评分 < 5 分时病人采用护士指导的非药物止痛方法及病人自带的持续药物止痛方法如镇痛泵进行止痛,疼痛评分 ≥ 5 分时报告医生,遵医嘱使用止痛药物,结合非药物止痛方法。疼痛管理小组的医生、护士均接受过疼痛管理知识及技能的培训,定期更新关于疼痛管理的理念、知识及技能。(2)对病人及家属进行疼痛管理知识宣教:①术前 2 天给病人发放腹腔镜胆囊切除术疼痛管理指导手册,手册包括 3 部分内容:第 1 部分为腹腔镜胆囊切除术的疼痛概述,介绍术后可能出现疼痛的部位、疼痛的类型、疼痛的危害、疼痛管理对于机体康复的作用;第 2 部分为疼痛管理的方法,包括非药物止痛方法及药物止痛方法、镇痛泵的使用。第 3 部分为常见的疼痛管理误区。②术前 1 天通过模型及图片等方式训练病人镇痛泵的使用及非药物止痛方法的使用。③术前 1 天安排病人与术后恢复较好的病人交流疼痛管理的心得。

1.3 评价指标 疼痛评分:采用视觉模拟评分法评估病人术后 6、24、36、48 h 的疼痛分值。评估方法为:在白纸上画一条长 10 cm 的直线,两端分别标上“无痛”和“剧痛”。病人根据自己所感受的疼痛程度,在直线上某一点作一记号,以表示疼痛程度,从起点至记号处的距离长度也就是疼痛得分。0 代表无痛,10 代表剧痛。病人术后恢复时间:以病人做完手术回病房到医生开出出院医嘱、病人离开病房的时间为病人术后恢复时间,术后恢复时间以天计算。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件包进行统计分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组病人术后疼痛评分比较 疼痛管理组病人术后 6、12、24、48 h 疼痛评分均较对照组低 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.2 两组病人住院天数(术后恢复时间)比较 疼痛管理组病人术后平均恢复时间为 3.44 ± 0.49 天,对照组为 4.02 ± 0.47 天,差异有统计学意义 ($t = 8.824, P < 0.01$),疼痛管理组病人术后平均恢复天数比对照组少。

表 2 两组病人术后不同时间疼痛评分情况

	术后 6 h	术后 12 h	术后 24 h	术后 48 h
对照组	4.27 \pm 2.13	4.58 \pm 2.32	3.52 \pm 1.24	3.08 \pm 1.31
疼痛管理组	2.78 \pm 1.45	2.21 \pm 1.65	2.58 \pm 1.53	1.75 \pm 1.47
<i>t</i>	7.024	11.750	5.367	13.160
<i>P</i>	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨 论

3.1 疼痛管理可以有效控制腹腔镜胆囊切除术后病人的疼痛 疼痛管理可以有效控制腹腔镜胆囊切除术后病人的疼痛,疼痛管理组病人术后 6、12、24、48 h 疼痛评分均较对照组低。

传统手术病人疼痛管理通常由麻醉医师实施,而麻醉医师的首要任务是麻醉及术中疼痛管理。病人返回病房后疼痛交由主管医师管理,在交接管理过程中存在空白期是疼痛控制不佳的原因之一^[6]。腹腔镜胆囊切除术围手术期疼痛管理小组由麻醉师、医师及护士组成。疼痛管理小组规范了小组成员的职责、疼痛管理的流程、方案。疼痛小组中的麻醉师负责病人手术中的疼痛管理,病房的医生及护士负责病人术后的疼痛管理,病人从手术室转回病房后,麻醉师与病房的医生或护士对病人的疼痛管理情况进行交班后,以保证病人围手术期疼痛的全程化无缝管理。护士医师麻醉医师联合疼痛管理模式保障了疼痛治疗的规范化及专业化^[6]。

疼痛管理小组中纳入护士也是保证病人疼痛管理效果的重要因素。护士是病人术后疼痛状态的主要评估者、止痛措施的实施者、是疼痛病人及家属的教育者和指导者^[7]。我国以护士为主体的疼痛管理方式已经在骨科病人中应用,并取得较好的效果^[8]。护士参与病人的疼痛管理主要有以下优势:护士 24 h 对病人进行护理,护士能及时对病人的疼痛状况进行动态的评估,对疼痛及时、准确的评估为病人疼痛管理方案的制定提供了可靠的依据。疼痛小组的护士均经过疼痛管理知识的培训,护士主动应用非药物疼痛治疗方法配合镇痛药的使用使患者的疼痛得到及时的处理,缩短了疼痛缓解时间并增强了镇痛效果^[6]。在腹腔镜胆囊切除术后病人的疼痛管理过程中,护士早期给病人取半坐卧位,缓解病人伤口的张力,缓解病人的疼痛。术前帮助病人挑选喜欢听的音乐或者书籍,术后通过听音乐、阅读等方式分散病人注意力缓解病人的疼痛。

3.2 病人疼痛管理知识宣教是疼痛管理的基础

病人对于疼痛的信念及态度会影响病人对疼痛的反应、应对方式及遵医行为^[9]。对术前疼痛认知教育对病人疼痛认知度及术后镇痛效果影响的 Meta 分析显示术前积极进行有关疼痛知识的教育,能明显提高病人对疼痛控制的认知水平和控制疼痛的能力,对于控制术后疼痛具有正性作用^[10]。通过发放腹腔镜胆囊切除术疼痛管理指导手册、演示非药物止痛的方法、与恢复较好的病人交流疼痛管理经验的方法,使病人了解了疼痛的基本知识、改变对疼痛控制的错误认识,认识疼痛控制的益处及疼痛管理的方法,帮助病人树立术后疼痛控制能促进病情恢复的信念,提高了疼痛管理的配合度,愿意与医生、护士配合采用非药物止痛及药物止痛结合的方法有效控制疼痛。

参考文献:

- [1] 王红霞,唐霖,张萍.骨科术后患者4种疼痛评估方法适用性研究[J].护理学杂志,2013,28(6):5-7.
- [2] Nazari R, Baba AlipourMozirchi F, Sharifnia SH, et al. A comparative study of the patients satisfaction with the medical nursing services of randomly selected hospitals of

Amol[J]. Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty, 2011, 9 (3):188-195.

- [3] 李琛,黄丽华.术后疼痛管理研究进展[J].护理与康复,2015,14(4):330-333.
- [4] GhamariZare Z, Anousheh M, Vanaki Z, et al. A study on the quality of nurses performance and patients satisfaction with departments of cardiac surgery [J]. Journal of Tabib-Shargh, 2008, 10 (1):27-36.
- [5] 胡雁.护理研究[M].4版.北京:人民卫生出版社,2012:95.
- [6] 王峻,陈仲,侯丽莉,等.护士参与的联合疼痛管理在骨折患者中的应用[J].中华护理杂志,2012,47(12):1122-1123.
- [7] 赵继军,崔静.护士在疼痛管理中的作用[J].中华护理杂志,2009,44(4):383-384.
- [8] 龚春兰,文国英.以护士为主体的骨科疼痛管理研究进展[J].当代护士(下旬刊),2015,3:25-27.
- [9] 谢冰柯,许乐.腹部手术患者疼痛信念的调查研究[J].护理学杂志,2008,23(10):18-19.
- [10] 姜强翠,陈前波,肖桃丽,等.术前疼痛认知教育对病人疼痛认知度及术后镇痛效果影响的 Meta 分析[J].护理研究,2010,24(16):1496-1499.

(此文编辑:蒋湘莲)

第5期更正:

一、2015年第5期题目为“2007—2014年中国大学生乙肝表面抗原阳性检出率的 Meta 分析”的论文,作者单位更正为:

1. 岳麓区疾病预防控制中心(湖南长沙410013);2. 长沙市卫生监督所;3. 中南大学湘雅三医院病理科

通讯作者:刘杨, E-mail:ly981045@tom.com

二、2015年第5期题目为“中枢胰岛素信号与 β -淀粉样蛋白稳态研究进展”,论文单位变更为:

1. 南华大学医学院生理教研室;2. 南华大学附属南华医院麻醉科;相应地作者标注变更为:金鑫^{1,2}, 田绍文¹, 侯立力²