

疼痛护理干预路径对胃肠外科患者围手术期疼痛及负面情绪的影响

刘静蝶

(华中科技大学同济医学院附属同济医院 胃肠外科)

摘要:目的 分析疼痛护理干预路径对胃肠外科患者围手术期疼痛及负面情绪的影响。方法 选取 2022 年 1 月至 2022 年 12 月共计 60 例胃肠外科手术患者,以随机分组方式分为对照组(采用常规手术护理, n=30)和观察组(采用疼痛护理干预路径护理, n=30),对比两组患者的护理满意度、疼痛评分、负面情绪评分、睡眠质量评分以及生活质量。结果 观察组护理满意度高于对照组 ($p < 0.05$);观察组各阶段疼痛评分低于对照组 ($p < 0.05$);观察组护理后负面情绪评分低于对照组 ($p < 0.05$);观察组睡眠质量评分低于对照组 ($p < 0.05$);观察组护理后生活质量高于对照组 ($p < 0.05$)。结论 在针对胃肠外科手术患者的围术期护理过程中,以疼痛护理干预路径的方式对患者进行护理管理,患者可在接受护理后取得良好的护理满意度,疼痛现象显著减轻,对改善患者的负面情绪具有积极的使用价值,另外基于疼痛现象的改善,患者的睡眠质量和生活质量均可取得有效提升,对促进患者预后康复具有良好的使用价值,值得广泛推广。

关键词:疼痛护理干预路径;胃肠外科;围手术期;疼痛评分;负面情绪评分

胃肠外科作为医院手术部门的重要内容之一,其工作职责主要负责对患者胃肠道疾病的临床诊治,通过开展手术治疗确保患者的生命安全。例如在针对胃癌患者的病症治疗中,多数患者可表现为消化不良、上浮疼痛、黑便等现象,严重威胁其生命安全^[1]。而通过胃肠外科的手术治疗,可有效切除病变组织,但手术作为侵入性操作,会对患者的皮肤和皮下组织产生一定的创伤,术后可能产生不同程度的影响,长时间的疼痛影响还会引起患者不良情绪,影响患者术后恢复效率,因此需要采用合适的护理干预方式确保患者舒适感^[2]。既往针对胃肠外科的传统护理管理仅通过查阅资料、病区管理和病房巡查等因素进行管理,针对患者的疼痛管理效果相对不足,患者的手术预后效果欠佳。通过强化胃肠外科患者的围术期疼痛护理,并实施疼痛护理干预路径,可在传统护理基础上加强对患者的镇痛处理,由此提高患者的护理满意度,减轻患者的疼痛影响^[3]。现为探究疼痛护理干预路径对胃肠外科患者围手术期疼痛及负面情绪的影响,以 60 例患者为对象,分析如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取 2022 年 1 月至 2022 年 12 月共计 60 例胃肠外科手术患者,以随机数分组法将所有患者分对照组和观察组,分组详情见表 1,资料于统计学软件 SPSS 中结果显示 $p > 0.05$ 。

表 1 分组详情

组别	人数(例)	男/女	年龄(岁)	平均年龄(岁)
对照组	30	15/15	27~61	43.34 ± 2.55
观察组	30	16/14	24~64	43.09 ± 2.48

1.2 纳入标准

纳入标准:(1)所有患者均经过病症诊断,符合胃肠外科病症和手术标准^[4];(2)患者各项生命体征稳定,无其他严重的综合性或全身性病症;(3)均签订同意书进行调查。

排除标准:(1)脏器功能不全或损伤者;(2)恶性转移性肿瘤病症者;(3)存在精神交流功能障碍者;(4)妊娠及哺乳期女性。

1.3 方法

1.3.1 对照组

所有对照组患者采用常规手术护理措施进行干预,筛查患者的各项资料,加强病房巡视,保持医院环境安静整洁,同时保持与患者的沟通和交流,最大程度上减轻患者的负面情绪,同时加强患者围术期期间的各项生命体征,异常情况需及时告知主治医师,患者

出院后做好相应的教育指导,保持疼痛护理的预后效果。

1.3.2 观察组

所有观察组患者在采用基础手术护理基础上强化实施疼痛护理干预路径:(1)拟定疼痛护理路径的具体实施标准,并建立科室小组,成员组成均由护理科 2 年或以上的护理人员组成,根据患者的实际需求调整疼痛护理路径标准,同时做好护理前的培训,培训护理内容包含疼痛评估方式、疼痛和负面情绪的相关性认知、提高患者护理依从性的方式指导等;(2)落实护理路径:着重于加强患者的围术期术前疼痛护理指导,同时密切观察患者的负面情绪变化,做好相应的心理干预,抑制患者情绪波动;同时手术期间做好患者家属的情绪安抚,并时刻告知患者家属手术情况,侧重强调麻醉药物的使用不会引起患者剧烈疼痛感,随后做好患者各项生命体征检测;患者在完成手术后需要由护理人员时刻观察患者麻醉的消退情况,并向患者询问是否存在不适症保险,异常情况需联系医师,严格落实术后的镇痛药物使用规范,同时可采用转移注意力方式进行疼痛缓解,护理期间加强患者的饮食干预,多食新鲜果蔬以促进创面的可快速愈合;(3)日常护理:术后加强患者的日常疼痛管理,指导患者使用预防和减轻术后疼痛感的相关仪器,护理人员指导患者以舒适体位进行休息,进行下床活动前,需首先抬高床头 45°,患者以侧卧位转变为坐位,随后再缓慢下床进行活动。若患者产生咳嗽或深呼吸的状态下需要用手按压手术创面,避免用力过猛导致创面崩裂影响术后康复或引起严重疼痛感;(4)定期护理质量评估,小组成员需要每月进行当月的管理情况评估,针对其中存在的内容欠缺或不足情况进行共同讨论,并在此基础上进行改进,继而作为次月的管理依据,不断提高患者的疼痛管理效果。

1.4 观察指标

(1)以满意、一般满意和不同意对比两组患者在接受相应护理下的整体满意度差异。患者根据自身疼痛程度、护理人员的责任心等方面进行综合评估。

(2)以术前、手术中、手术后对比两组患者在接受护理后的疼痛评分差异,疼痛评分标准以 VAS 视觉疼痛模拟评分表为基准,计分 0~10 分,0 分为无痛,1~4 分为轻度疼痛,5~7 分为中度疼痛,8~10 分为剧烈疼痛。

(3)以汉密顿焦虑 HAMA、抑郁 HAMD 评分量表进行评估,前者共计 14 项,每项最高评分 4 分,总分 56 分,越高代表焦虑情况越严重;后者共计 24 项,总分 24 分,分值越高则抑郁情况越严重。

(4)以睡眠质量、入睡时间、睡眠障碍、睡眠时间、日功能障

碍评估两组患者接受护理后的睡眠质量差异,采用 PSQI 评分表进行评定,单项最高 3 分,越高代表睡眠质量越差。

(5)以躯体疼痛、躯体功能、精神状态和社会功能对患者接受护理前后的生活质量进行评估,指标统计根据 SF-36 进行评估,计分 100 分最高,每项 25 分,越高代表生活质量越好。

1.5 统计学方法

应用 spss20.0 分析结果,计量资料为 ($\bar{x} \pm s$),采用 t 检验、%作为表达项,采用卡方检验, $p < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者满意率对比

观察组护理满意度高于对照组,差异显著 ($p < 0.05$)。详情见表 2。

表 2 两组患者满意率对比[n(%)]

组别	满意	一般	不满意	总满意率
观察组 (n=30)	21 (70.00)	9 (30.00)	0 (0.00)	30 (100.00)
对照组 (n=30)	14 (46.67)	10 (33.33)	6 (20.00)	24 (80.00)
χ^2	3.360	0.077	6.667	6.667
p	0.067	0.781	0.010	0.010

2.2 两组患者疼痛评分对比

观察组各阶段疼痛评分低于对照组,差异显著 ($p < 0.05$)。详情见表 3。

表 3 两组患者疼痛评分对比[分 ($\bar{x} \pm s$)]

组别	术前	术中	术后
观察组 (n=30)	1.26 ± 0.38	2.57 ± 0.52	2.10 ± 0.49
对照组 (n=30)	2.82 ± 0.63	4.86 ± 0.92	4.02 ± 0.77
t	11.634	11.869	11.522
p	0.000	0.000	0.000

2.3 两组患者负面情绪评分对比

护理前两组患者负面情绪评分差异不显著 ($p > 0.05$),护理后观察组低于对照组,差异显著 ($p < 0.05$)。详情见表 4。

表 4 两组患者负面情绪评分对比[分 ($\bar{x} \pm s$)]

组别	HAMA		HAMD	
	术前	术后	术前	术后
观察组 (n=30)	46.91 ± 2.29	12.08 ± 1.35	17.19 ± 1.92	9.13 ± 1.01
对照组 (n=30)	46.74 ± 2.50	20.49 ± 1.93	17.22 ± 2.04	13.52 ± 1.71
t	0.275	19.557	0.054	12.107
p	0.785	0.000	0.958	0.000

2.4 两组患者睡眠质量评分对比

观察组睡眠质量评分低于对照组,差异显著 ($p < 0.05$)。详情见表 5。

表 5 两组患者睡眠质量评分对比[分 ($\bar{x} \pm s$)]

组别	睡眠质量	入睡时间	睡眠障碍	睡眠时间	日功能障碍
观察组 (n=30)	0.63 ± 0.31	0.64 ± 0.30	0.45 ± 0.26	0.49 ± 0.38	0.51 ± 0.32
对照组 (n=30)	1.30 ± 0.50	1.70 ± 0.47	1.45 ± 0.60	1.21 ± 0.57	1.65 ± 0.58
t	6.238	10.413	8.376	5.757	9.426
p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.5 两组患者生活质量评分对比

两组患者护理前生活质量评分差异不显著 ($p > 0.05$),观察组护理后高于对照组,差异显著 ($p < 0.05$),详情见表 6。

表 6 两组患者生活质量评分对比[分 ($\bar{x} \pm s$)]

组别	精力		生理功能		躯体疼痛		睡眠	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n=30)	9.41 ± 1.05	20.90 ± 2.11	9.98 ± 1.12	19.95 ± 2.11	6.14 ± 0.85	19.09 ± 1.77	6.95 ± 0.90	17.93 ± 1.78
对照组 (n=30)	9.35 ± 0.97	15.04 ± 1.72	9.75 ± 1.08	14.49 ± 1.67	6.18 ± 0.79	12.87 ± 1.10	6.82 ± 0.98	12.85 ± 1.30
t	0.230	11.791	0.810	11.114	0.189	16.348	0.535	12.623
p	0.819	0.000	0.421	0.000	0.851	0.000	0.595	0.000

3 讨论

胃肠外科作为医院的重要部门之一,属于胃肠道消化系统病症治疗的主要场所,手术的实施可有效去除病灶,改善患者的各项病症表现,在延续患者的生命中具有积极的使用价值^[5-6]。但同时由于该科室的病症类型较多,且多数病症复杂性较高,护理人员的食物极易导致各类风险时间的形成,通过实施科学的管理措施可显著提高护理人员的质量,确保患者的恢复效果,既往针对患者的基础手术护理往往无法产生良好的管理作用,部分患者存在明显的切面疼痛甚至负面情绪,同时对于护理配合性不高,因此使用该护理方式存在一定的局限^[7]。疼痛护理干预路径着重于对患者的疼痛管理,通过建立小组管理模式执行护理,并通过培训和技巧训练提高其职业水平,用于确保护理质量,基于围术期的心理干预、术中的镇痛药物使用以及麻醉缓解后的镇痛处理,可全面提高患者在围术期的护理满意度,后期也能够通过着重于患者的日常疼痛管理加强预后恢复效果。定期开展讨论会,也有利于不断提高整体护理质量^[8]。

本文以 60 例胃肠道外科手术患者为对象分析指出,在针对患者的疼痛管理中,以疼痛护理干预路径模式进行干预可在基础围术期护理中显著提升镇痛作用,患者对护理内容可保持较高的满意度,因疼痛产生的负面情绪也可取得有效改善,护理后患者的睡眠质量以及生活质量可取的明显提升,由此提示,在针对患者的护理中,疼痛护理干预路径具有更高的使用效果。

综上所述,疼痛护理干预路径对胃肠外科患者围术期疼痛改善具有积极的使用效果,同时可显著减轻负面情绪影响。

参考文献

[1]李珂. 快速康复外科护理策略联合多模式镇痛在胃肠道恶性肿瘤围术期管理中的应用[J]. 河南医学研究,2022,31(17):3223-3226.

[2]刘怡,陈莹,万丽斯,等. 以疼痛专职护士为主导的疼痛管理对行腹腔镜下胃肠道手术患者疼痛的影响[J]. 中西医结合护理(中英文),2022,8(9):163-165.

[3]黄金花,唐浩茜,黄文婷. 快速康复外科(FTS)护理理念应用于胃肠道手术护理效果的临床探讨[J]. 中外医疗,2022,41(11):190-193,198.

[4]周青青,管璐璐,何传玉. 精细化护理在胃肠道患者手术室护理中的应用效果分析[J]. 现代实用医学,2021,33(3):367-369.

[5]匡凌云,左兴梅,孙志桂. 快速康复护理对胃肠道手术患者胃肠功能恢复的影响[J]. 反射疗法与康复医学,2021,2(18):112-115.

[6]范娇. 预见式护理模式对胃肠道手术切口感染率及切口愈合的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2021,30(10):1116-1119.

[7]张倩,郭松燕,梁攀. 基于医院信息系统的精细化护理在胃肠道手术患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2021,27(8):140-142.

[8]冯志玲. 优质护理干预对胃肠道手术患者胃肠蠕动功能恢复和切口愈合的影响研究[J]. 临床研究,2021,29(3):181-182.