

多模式镇痛护理对腹腔镜结直肠术后患者疼痛控制情况的研究

陈坤

(华中科技大学同济医学院附属同济医院)

摘要:目的:探讨多模式镇痛护理对腹腔镜结直肠术后患者疼痛控制情况的影响。方法选取:2021年1月至2023年1月间收治的200例腹腔镜结直肠癌手术患者作为研究对象,采用随机数表法分为对照组和观察组,每组100例。对照组采用传统镇痛护理干预,观察组采用多模式镇痛护理干预,比较两组患者的护理满意度、疼痛评分(NRS)和舒适状况评分。结果:镇痛前,两组NRS评分、舒适状况评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。镇痛后,观察组NRS评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组舒适状况指标中,心理、生理、社会环境和文化均高于对照组;观察组护理满意度为98.7%,高于对照组的89%,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:腹腔镜结直肠手术患者采用多模式镇痛护理干预,可提高患者的护理满意度,有效改善疼痛控制情况,建议临床借鉴。

关键词:多模式镇痛护理;结直肠术后;疼痛;护理满意度

1.引言

结直肠癌为消化系统中常见的恶性肿瘤,以中老年人为主要发病群体^[1-2]。手术治疗为结直肠癌的主要根治手段,早期手术切除病灶并联合综合抗癌治疗能够有效提高生存率^[3]。腹腔镜手术属于微创术式,与传统开腹术相比,具有创口小、术中出血少、术后恢复快等优势^[4]。但腹腔镜手术因术中气腹,术中提拉脏器、术后留置引流管等措施,术后早期可见较为显著的疼痛,对患者造成较大的威胁,延缓伤口愈合,对早期活动、肠功能恢复造成较大影响,导致静脉血栓栓塞风险增加。临床研究表明,多模式镇痛效果相对于单模式镇痛具有较大的优势^[5]。

2.方法

2.1研究对象

2022年1月至2023年1月间收治的200例腹腔镜结直肠癌手术患者作为研究对象,采用随机数表法分为对照组和观察组,每组100例。纳入标准:(1)行腹腔镜结直肠手术^[6];(2)TNM分期为I~III期;(3)病情相对稳定,且沟通能力及意识均正常。排除标准:(1)癌细胞已发生转移;(2)术中难以建立气腹;(3)行急诊或姑息性手术;(4)严重药物依赖患者。

2.2分组与治疗方法

对照组采用传统镇痛护理干预。予以患者疼痛教育,以音乐辽法、转移注意力法、松弛精神法及药物镇痛进行缓解,提升患者疼痛耐受力。观察组采用多模式镇痛

护理干预。(1)术前(超前镇痛):术前1d要求责任护士主动向患者及患者家属介绍有关疼痛控制知识,预测患者疼痛耐受程度,针对具有严重手术恐惧情绪患者,做好心理疏导,增强患者的治疗自信心,缓解患者焦虑情绪。

(2)术后(镇痛药物护理):结合患者术中麻醉药物配比,配置镇痛泵,要求持续带泵48h,必要时予以非甾体类抗炎镇痛药物静脉滴注镇痛或阿片类药物肌肉注射。(3)分层镇痛护理:术后每12h评估疼痛程度,借助数字评分法(NRS)进行评估,若NRS评分低于3分,需要停止用镇痛药物,使用非药物镇痛法;3~6分者予以非药物镇痛法,必要时予以少量药物镇痛;大于6分者,需要借助药物镇痛^[7]。

(3)非药物镇痛法:护士需及时对患者的兴趣爱好、心理状态进行了解,制订对应的非药物镇痛方案。①音乐:听轻柔舒缓的音乐,可舒缓患者的负面情绪。②倾听法:以心理学知识对患者进行引导,宣泄自己的负面情绪,及时调节患者情绪。③转移注意力:根据患者爱好,选择相对应的方式,如阅读、聊天等。④肌肉松弛法:结合患者恢复情况,及早展开早期活动,可借助肌肉按摩、关节活动及翻身缓解患者的疼痛感,最大程度提升机体免疫力,同时可展开冥想放松训练,放松患者身心。(4)记录疼痛:术后指导患者写疼痛日记,每隔2h自评1次,记录患者的疼痛程度及具体疼痛情况,利于及时调整镇痛护理方案,控制自身情绪与疼痛。

3.观察指标

(1)护理满意度。以本院自制的护理满意度调查问卷

表发放200份问卷,回收率为100%,非常满意得分 ≥ 90 分,基本满意得分80~90分,不满意得分 < 80 分,总满意度=非常满意度+基本满意度。(2)NRS评分:以NRS评估疼痛程度,得分范围为0~10分,无痛表示为0分,重度疼痛为10分,得分越低提示其疼痛越轻^[8-9]。(3)舒适状况评分:以舒适状况量表(general comfort questionnaire, GCQ)评估患者的生理、心理、社会环境与文化,得分与患者的舒适度呈正比^[10]。

4. 统计学方法

采用SPSS22.0统计学软件进行数据处理,计量资料采用均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较行t检验。计数资料采用率(%)表示,组间比较行 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

5. 结果

5.1. 两组患者护理满意度的比较:观察组护理满意度为98.0%,高于对照组的85.0%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

5.2. 两组患者NRS评分的比较:镇痛前,两组患者NRS评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);镇痛后,观察组NRS评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

5.3. 两组患者GCQ评分的比较:镇痛前,两组患者GCQ评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);镇痛后,观察组GCQ各项评分均高于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。

6. 讨论

腹腔镜结直肠手术是临床最常见的治疗方案,但手术为创伤性治疗,常会导致患者术后发生急性疼痛,而使患者恢复速度缓慢,延长住院时间,增加经济负担,降低患者满意度。因此,术后予以积极有效的护理措施,可缓解疼痛,减少心理负担,提升患者护理满意度^[10]。

本研究数据显示:观察组护理满意度较高,且NRS评分与GCQ评分均较优。原因可能为:多模式镇痛护理干预作为术后临床展开镇痛护理的发展方向,属于新型镇痛模式,集合了多种镇痛药物与模式;主要目的在于增强术后镇痛效果,在减少镇痛药物剂量的同时缓解术后疼痛程度,缩短住院时间,加速康复进程。预见性镇痛护理作为多模式镇痛护理模式的护理特色,患者在开展整个

诊疗操作、功能锻炼前予以镇痛护理,可有效避免操作后发生剧烈疼痛,提升舒适感,加速机体康复。有研究中的数据与上述研究数据结果具有一致性,说明腹腔镜胃肠手术患者予以多模式镇痛护理干预,具有显著优势。

参考文献:

[1]张威庆,张花花.腹腔镜辅助全胃切除术与开腹胃切除术+D2清扫术治疗胃上部癌的效果及对患者应激反应的影响[J].中国内镜杂志,2018,24(6):78-82.

[2]朱光旭,翟升永,石毅然,等.腹腔镜辅助全胃切除术后非离断Roux-en-Y吻合术的疗效分析[J].中华普通外科杂志,2020,35(8):651-652.

[3]Mahar AL,El-Sedfy A,Dixon M,et al.Geographic variation in surgical practice patterns and outcomes for resected nonmetastatic gastric cancer in Ontario[J].Curr Oncol,2018,25(5):436-443.

[4]Duda M,Dušek L,Jínek T,et al.Current state of surgical treatment of cancer of the stomach and gastro-esophageal junction in the Czech Republic[J].Rozhl Chir,2018,97(7):309-319.

[5]王薇,别克扎提·再孜提汗,庄绪娟,等.氯诺昔康注射剂用于腹腔镜甲状腺癌根治术患者术后镇痛的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2018,34(11):1318-1320,1341.

[6]王红丽,徐春艳,张翠萍.多学科协作模式延续护理在肝癌术后病人中的应用效果[J].护理研究,2019,33:114-118.

[7]朱波,刘少星,曹德均,等.多模式综合镇痛方案在原发性肝癌介入手术中的应用效果[J].医学临床研究,2019,36:1674-1676.

[8]任乃媚,王艳,周喜春,等.疼痛护理管理对晚期原发性肝癌患者的应用效果[J].中国肿瘤临床与康复,2019,26:370-373.

[9]苏艳,张磊,任龙飞,等.快速康复外科在开腹肝癌切除术中应用的Meta分析[J].中国普通外科杂志,2019,28:195-205.

[10]吕晓菲,申雯.整体护理干预在95例原发性肝癌中晚期患者经皮肝动脉化疗栓塞术治疗中的应用观察[J].中国药物与临床,2019,19:1003-1005.