

## 规范化疼痛管理模式在胸外科手术患者中的应用

张 艳, 霍兰兰, 吴献华

(中国人民解放军总医院胸外一病区, 北京 100853)

**【摘要】** 目的 探讨规范化疼痛管理模式在胸外科手术患者中的应用效果。方法 选择我科 2011 年 5 月至 2012 年 5 月胸外科手术 51 例患者作为观察组, 同时选择我科 2010 年 1 月~2010 年 12 月胸外科手术 51 例患者作为对照组。对照组患者主诉疼痛时, 护理人员根据医嘱给予镇痛药物, 观察组则创建规范化疼痛管理模式。比较两组疼痛程度以及镇痛药物使用情况。结果 术后第 1 天、第 3 天、第 5 天, 观察组疼痛得分均显著低于对照组 ( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ ); 观察组共 6 例使用镇痛药物, 对照组 16 例使用镇痛药物, 观察组镇痛药物使用率显著低于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论 规范化疼痛管理模式可以缓解胸外科手术患者疼痛状态, 促进疾病的恢复。

**【关键词】** 胸外科; 规范化; 疼痛管理

**【中图分类号】** R655 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003-6350(2014)06-0933-02

胸外科手术因切口长、创面大, 术后疼痛剧烈, 严重影响患者生存质量<sup>[1]</sup>。目前, 随着新型镇痛药的应用, 胸外科手术患者的镇痛效果得到明显改善, 但仍有一部分患者的疼痛症状不能得到有效缓解。有学者<sup>[2]</sup>提出, 解决疼痛症状的重要环节就是建立一种规范化疼痛管理模式, 最大限度的减轻患者疼痛及不适感, 促进患者早日康复。我科自 2011 年 1 月对胸外科手术患者实施规范化疼痛管理模式, 取得满意效果, 现报道如下:

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我科 2011 年 5 月至 2012 年 5 月胸外科手术 51 例患者作为观察组, 年龄 11~82 岁, 平均(46.5±7.9)岁; 男性 31 例, 女性 20 例; 疾病构成: 肺叶切除术 19 例, 食管癌切除术 8 例, 先天性心脏病心内修复术 3 例, 纵隔肿瘤切除术 5 例, 风湿性心脏病瓣膜置换术 3 例, 气胸 2 例, 支气管扩张 4 例, 胸腔积液 3 例, 胸部创伤 4 例。所有患者均无严重内科合并症, 排除有精神障碍者, 并获得患者和家属的知情同意。同时选择我科 2010 年 1~12 月胸外科手术 51 例患者作为对照组, 两组患者病情、病种、年龄及性别等方面经统计学处理差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.2 方法 对照组患者主诉疼痛时, 护理人员根据医嘱给予镇痛药物, 观察组实施规范化疼痛管理, 具体如下:

1.2.1 科室成立疼痛管理小组 由护士长、科主任及医生、护士骨干共 9 人组成。护士长对疼痛管理总负责, 开展以疼痛管理为主题的护理查房、案例分析、小组讨论以及疼痛管理理论授课等, 深化护理人员疼痛管理理念, 每日检查科室患者疼痛管理情况; 护理组长负责督导、协调本组护士对患者的疼痛管理, 反馈存在问题, 提出整改措施, 协助护士长工作。责任护士与主管医生从患者入院至出院进行全程规范化疼痛管理, 评估患者

疼痛情况、积极采取镇痛措施、观察药物不良反应, 做好患者、家属疼痛理念以及疼痛报告教育。

1.2.2 规范疼痛评估处理流程 选择疼痛数字分级法(NRS)和 WONG-BAKER 面部表情量表对患者疼痛情况进行正确评估, 护士指导患者根据自身疼痛程度选择合适数字。使用疼痛评估单记录患者姓名、性别、年龄、床号、用药史、疼痛部位、对睡眠影响以及处理措施等情况。手术当天每 4 h 评估 1 次, 当疼痛评分  $> 3$  分时, 护士需要每天评估 2 次, 疼痛评分  $< 3$  分时, 停止评估, 碰到特殊情况随时评估, 采取处理措施。对患者疼痛情况做到班班交接, 确保全程化规范化管理每例患者疼痛情况。

1.2.3 加强疼痛管理质量监控 科室制定疼痛管理检查表, 内容涉及疼痛评估、护士疼痛知识教育、患者的疼痛知识知晓情况以及对疼痛缓解情况的满意度。疼痛管理小组每周检查一次, 及时反馈、讨论分析, 提出整改措施。疼痛处置目标: 当患者疼痛评分  $\leq 3$  分时, 护士可自行为患者提供非药物镇痛方案, 及时评定镇痛效果; 当患者疼痛评分  $> 3$  分时, 采取按时给药、按需给药两种相互结合模式; 当疼痛评分  $\geq 6$  分时, 护士需要及时报告医生, 遵照医嘱进行镇痛药物干预, 注意观察药物副作用, 采取有效措施。护理人员要及时做好患者镇痛效果评价, 将疼痛评分控制在 4 分以下, 注意加强患者心理护理, 通过解释、鼓励、暗示等支持性心理治疗方法来调整患者焦虑程度, 以增加患者对疼痛的耐受性和手术信心。

1.2.4 个性化的疼痛管理模式 不同性别、年龄、文化程度患者对疼痛自我感觉会有所不同, 护士对患者疼痛管理干预前, 需要对患者基本资料进行全面评估, 及时将信息反馈给主管医生, 根据医嘱进行针对性干预。特别是老年人机体的各项机能退化, 对

疼痛感知、反应能力下降,护士要加强用药指导,及时评价镇痛效果,对效果不理想或出现不良反应者,要及时查找原因,保证镇痛措施有效落实。术后鼓励患者主动咳嗽、咳痰,每 4 h 协助拍背 1 次,同时给予 2~4 次/d 雾化吸入,以促进肺内残留气体排出,减少死腔通气量,增加肺容量,保障有效通气,降低术后患者发生支气管被痰液阻塞的现象。护理人员还可以跟患者讨论感兴趣的话题或采用音乐疗法,转移患者的注意力,减轻手术引起的焦虑情绪,提高疼痛阈值。持续性疼痛时指导患者采用腹式呼吸,放松肌肉,并对患者进行安抚,使其保持舒适体位。出现严重疼痛时,可适当使用止痛类药品镇痛。对于经口服或肌注止痛药仍忍受着不同程度的疼痛的患者,可采用自控止痛技术(PCA)或应用恒速静脉输液泵,以达到最佳止痛效果。

1.3 评价方法 采用“长海痛尺”<sup>[3]</sup>对疼痛进行评估,分为 6 个级别:无痛(0~1 分)、轻度疼痛(2~3 分)、中度疼痛(4~5 分)、重度疼痛(6~7 分)、激烈疼痛(8~9 分)和无法忍受(10 分),患者于术后第 1、3、5 天进行疼痛评估测定。记录两组患者镇痛药物(哌替啶、泰勒宁)以及镇痛泵的使用情况。

1.4 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计软件进行处理,计数资料采用  $\chi^2$  检验,计量资料以均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间比较采用  $t$  检验,以  $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组疼痛程度评估 术后第 1 天、第 3 天、第 5 天观察组疼痛得分均显著低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ ),见表 1。

表 1 两组疼痛程度评估( $\bar{x}\pm s$ , 分)

| 组别    | 例数 | 术后第 1 天         | 术后第 3 天         | 术后第 5 天         |
|-------|----|-----------------|-----------------|-----------------|
| 观察组   | 51 | 8.46 $\pm$ 1.13 | 6.14 $\pm$ 1.12 | 4.02 $\pm$ 1.16 |
| 对照组   | 51 | 9.25 $\pm$ 1.21 | 8.81 $\pm$ 1.27 | 7.14 $\pm$ 1.18 |
| $t$ 值 |    | 3.35            | 4.09            | 5.83            |
| $P$ 值 |    | <0.05           | <0.01           | <0.01           |

2.2 两组镇痛药物使用情况比较 观察组使用哌替啶 3 例,泰勒宁 1 例,镇痛泵 2 例,对照组使用哌替啶 6 例,泰勒宁 4 例,镇痛泵 6 例,两组镇痛药物使用率比较差异具有统计学意义( $\chi^2=5.08, P < 0.05$ ),见表 2。

表 2 两组镇痛药物使用情况比较(例)

| 组别  | 例数 | 哌替啶 | 泰勒宁 | 镇痛泵 | 镇痛药物使用情况(%) |
|-----|----|-----|-----|-----|-------------|
| 观察组 | 51 | 3   | 1   | 2   | 11.76       |
| 对照组 | 51 | 6   | 4   | 6   | 31.37       |

## 3 讨论

疼痛是人体对组织损伤和修复过程的一种复杂生理和心理反应,已成为继体温、脉搏、呼吸、血压四大生命体征之后的第五生命体征。胸外科手术创伤是导致疼痛的直接原因,多种置留管道的刺激、体位变换、咳

嗽、术后的焦虑心理以及相关并发症的产生等,也使得患者术后疼痛加重<sup>[4]</sup>。疼痛如不能得到有效处理,会严重影响疾病的治疗,降低患者生存质量。研究表明,改善患者术后疼痛对于减少并发症,促进患者康复有着显著作用<sup>[5]</sup>,因此,解除术后疼痛是胸外科护理的一项重要内容。

规范化疼痛管理模式实现了“以疾病为中心”向“以病人为中心”转换<sup>[6]</sup>,对胸外科患者进行疼痛管理,可以预防急性疼痛转化成慢性疼痛,如果疼痛在最初阶段不能得到有效控制,那么持续性疼痛不断刺激中枢神经系统,有可能进一步发展成为较难控制的慢性疼痛,导致患者住院时间延长,医疗费用增加。大部分学者提出,慢性疼痛已经成为一种独立疾病的病理过程,会使患者睡眠功能紊乱、抑郁、社会交往减少等,延缓患者的康复过程,增加社会公共卫生保健和家庭的负担<sup>[7]</sup>。良好的疼痛管理模式有利于患者的预后康复<sup>[8]</sup>,护士正确地规范化评估患者疼痛程度并作好记录,充分掌握患者对疼痛认知、镇痛药物起效时间、镇痛作用以及副作用等,做到适时镇痛,实施个体化疼痛管理措施,尽量帮助患者减轻疼痛,消除疼痛对患者身体、心理的不良影响,从生理、心理、精神和社会上都能达到愉悦的状态,调动患者自我康复的主动性和积极性,有利于患者疾病治疗和术后康复。对于护理人员来说,除应具备扎实的专科护理知识和技能外,还必须掌握有关疼痛的相关知识,认识到疼痛管理的重要性,采取有效控制疼痛的措施,为患者提供安全舒适的护理,从而减轻术后患者的疼痛。

本组资料结果显示,观察组疼痛程度评估得分及镇痛药使用率显著低于对照组(均  $P < 0.01$  或  $P < 0.05$ ),说明规范化疼痛管理模式可明显提高胸外科手术患者的疼痛阈值,缓解术后疼痛,减轻烦躁情绪,有效提升患者的生存质量,有利于患者的身心健康,值得推广。

## 参考文献

- [1] 叶永菁,杨悦.开胸术后患者疼痛护理干预[J].临床医药实践,2013,22(2):129-131.
- [2] 张春玲,孙胜男,张春燕,等.创伤骨科以护士为主导的疼痛管理模式研究[J].护理学杂志,2012,27(2):25-27.
- [3] 李敏,覃鸿雁.“长海痛尺”在胸部手术后疼痛管理中的应用[J].微创医学,2009,4(2):191-192.
- [4] 李敏,王奇,史清秀,等.综合干预降低开胸手术后疼痛及压力源管理的相关性研究[J].柳州医学,2010,23(4):151-153.
- [5] 李燕飞.术后病人疼痛评估及镇痛的护理进展[J].医学理论与实践,2009,22(3):276-278.
- [6] 杨丽娟.浅谈整体化护理中护士的多种角色[J].现代护理,2010,7(4):51-52.
- [7] 任长和,张杨,周述芝,等.氯胺酮、芬太尼和曲马多防治瑞芬太尼麻醉术后急性疼痛的效果观察[J].海南医学,2012,23(24):12-14.
- [8] 周畅,李玉,杨昌凤,等.谈规范化疼痛管理对全髋置换患者康复的影响[J].四川医学,2012,33(1):172-174.

(收稿日期:2013-08-15)