

综合护理干预对腔镜甲状腺手术患者术后疼痛控制程度的影响

黄 兰, 宋丽萍, 王万霞, 高学云, 宋丹华, 郭 燕

[摘要] 目的:探讨实施综合护理干预对腔镜甲状腺手术患者术后疼痛控制程度的影响。方法:选择 76 例拟行腔镜手术治疗的甲状腺患者,随机分为对照组 40 例和观察组 36 例。对照组给予入科介绍、完善各项检查、床上练习大小便、手术体位练习等护理,观察组在对照组的基础上进行综合护理干预。比较 2 组患者术后 24 h、48 h 的疼痛控制情况和睡眠时间以及对疼痛护理服务的满意度。结果:观察组患者术后 48 h 的疼痛程度低于对照组($P < 0.05$),术后 24 h 和 48 h 睡眠时间均明显多于对照组($P < 0.01$),对疼痛护理服务的满意度高于对照组($P < 0.01$),2 组患者术后 24 h 疼痛控制情况差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:对腔镜甲状腺手术患者实施综合护理干预,可提高患者术后疼痛的耐受性、增加睡眠时间和提高患者对护理服务的满意度。

[关键词] 护理干预;腔镜甲状腺手术;疼痛控制

[中图分类号] R 47 **[文献标志码]** A **DOI:** 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2016.10.042

1979 年国际疼痛研究学会将疼痛定义为“一种令人不快的感觉和情绪上的感受,伴随着现有的或潜在的组织损伤”。术后疼痛不仅会影响患者的舒适度,同时增加各种并发症的概率,影响机体的康复,延长住院时间^[1]。有调查^[2]显示,57% 的患者将术后疼痛列为最担心的事,71% 的患者对术后的镇痛方式感到不满意。甲状腺肿瘤是常见疾病,多见于女性,腔镜甲状腺手术虽然切口小,位置隐蔽,具有很好的美观效果,但其术后仍有疼痛存在。综合护理以护理程序为核心,将护理程序系统化,以护理程序为框架,形成环环相扣的护理程序,以确保护理服务的水平和质量^[3]。本研究旨在探讨综合护理干预对腔镜甲状腺术后患者疼痛控制程度的影响,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我科 2013 年 1 月至 2015 年 5 月收治的甲状腺肿瘤患者 76 例,均为女性,年龄 31~56 岁。均行腔镜甲状腺切除术。纳入标准:意识清楚,表达功能良好,无沟通障碍。排除标准:有高血压、糖尿病等影响伤口愈合的原发病患者;不能配合进行疼痛评分的患者和不能使用镇痛药物的患者。将患者随机分为对照组 40 例和观察组 36 例,2 组患者在年龄、病情、文化程度、镇痛药使用等方面均具有可比性。

1.2 方法 对照组给予入科介绍、完善各项检查、

床上练习大小便、手术体位练习等护理。观察组在对照组的基础上进行综合护理干预,具体如下。

1.2.1 正确的病例选择 病例的选择由我科年资较高的护士进行,评估患者对腔镜甲状腺的渴望程度、经济条件以及是否为瘢痕体质等。

1.2.2 针对性心理护理 疼痛是一种“身心并痛”。患者由于对腔镜技术的不了解以及对术后疼痛的害怕,会出现紧张、焦虑、恐惧、消极等心理,从而产生心理上的疼痛。当患者入院时,责任护士就应该与患者努力建立良好的护患关系,建立帮助-信任的关系,注意倾听患者的主诉,从心理上拉近与患者的距离,并从与患者的交谈中了解患者对待疼痛的态度、对待疼痛的心理准备以及对待疼痛治疗的顾虑,及时发现并解决患者的心理问题,消除患者对术后疼痛的害怕及其他不良情绪。另外,还可以向患者及家属讲解腔镜手术的方式和优点,介绍主治医师的临床成功经验以及业务水平,使其保持积极乐观的心态面对手术。

1.2.3 疼痛知识宣教 将家属与患者作为整体健康宣教对象进行疼痛知识的宣教,主要包括:(1)向患者说明疼痛的定义、术后疼痛能被缓解、术后疼痛对身心的损害作用;(2)解释术后疼痛发生的原因和诱因,并告知如何减轻或消除引起术后疼痛的原因和诱因;(3)告知患者疼痛的分级,教会患者如何准确、有效地使用评估工具评估自己的疼痛并能准确、客观描述;(4)告知患者新的围手术期疼痛管理理念、常用的镇痛方法及不良反应,指导患者正确用药;(5)告知患者一些有效缓解术后疼痛的方法:如减轻心理压力、转移注意力和放松练习,保持舒适的状态,循序渐进的患肢功能锻炼等;(6)指

[收稿日期] 2015-07-01

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 肿瘤外科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 黄 兰(1983-),女,主管护师。

[通信作者] 宋丽萍,副主任护师。E-mail:1919650352@qq.com

导患者正确评价和接受治疗与护理后的效果。

1.2.4 局部冰敷 冷敷温度为 4~8℃,手术回病房后给予间断冷敷颈部及胸前部(第二肋以上,避开前区)。方法:从冰箱内(冰箱设定温度 4~8℃)取出冰袋,套上棉制的布套,分别置于颈部、左右胸前部各一,0.5~1 h 后撤去冰袋,休息 1 h 后再冷敷,术后 48 h 停用^[4]。

1.2.5 行为干预 夜间病房较为安静,患者的注意力容易集中于疼痛,从而影响患者的睡眠。夜班护士应加强巡视,密切观察,并做好一些自我调整和疏导方法的宣教。

1.2.6 引流管的护理 告知患者及家属引流管放置的重要性,并妥善固定引流管,避免打折、堵管和脱管,减少引流管的刺激引起患者疼痛。另外,加强对患者及家属相关知识的巩固,以保证患者及家属对引流管的重视。

1.2.7 个体化健康教育 运用通俗易懂的语言,通过口头宣教与书面宣教方式对患者进行腔镜甲状腺手术的相关知识宣教,并及时做好反馈,以保证患者对腔镜甲状腺手术相关知识的了解和掌握,使患者积极配合治疗和护理,从而促进患者的康复。

1.3 观察指标 比较 2 组患者术后 24 h、48 h 的疼痛控制情况和睡眠时间以及对疼痛护理服务的满意度。采用“长海痛尺”评估疼痛程度,它将 0~10 数字疼痛量表和 0~5 描述疼痛量表相结合。分为 6 个等级:无痛(0);轻度疼痛(0~2);可忍受,能正常生活睡眠;中度疼痛(>2~4):适当影响睡眠,需用镇痛药;重度疼痛(>4~6):影响睡眠,需用麻醉镇痛药;剧烈疼痛(>6~8):影响睡眠较重,伴有其他症状;无法忍受(>8~10):严重影响睡眠,伴有其他症状或被动体位。

1.4 统计学方法 采用 t (或 t') 检验和秩和检验。

2 结果

2.1 2 组患者术后 24 h 和 48 h 疼痛情况比较 观察组患者术后 24 h 发生疼痛 66.67%,对照组发生 87.50%,2 组差异无统计学意义($P > 0.05$)。术后 48 h 时观察组患者发生疼痛 50.00%,对照组发生 72.50%,2 组差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 2 组患者术前 24 h 及术后 24 h 和 48 h 睡眠时间比较 观察组患者术前 24 h 睡眠时间与对照组差异无统计学意义($P > 0.05$)。观察组患者术后 24 h 和 48 h 睡眠时间均明显多于对照组($P < 0.01$) (见表 2)。

表 1 2 组患者术后 24 h 和 48 h 疼痛控制情况比较

分组	n	术后 24 h				术后 48 h			
		无	轻度	中度	重度	无	轻度	中度	重度
对照组	40	5	12	16	7	11	10	14	5
观察组	36	12	8	12	4	18	7	9	2
合计	76	17	20	28	11	29	17	23	7
u_c	—	1.69				1.98			
P	—	>0.05				<0.05			

表 2 2 组患者术前 24 h 及术后 24 h 和 48 h 睡眠时间比较($\bar{x} \pm s$)

分组	n	术前 24 h	术后 24 h	术后 48 h
对照组	40	9.08 ± 0.51	6.01 ± 1.29	7.72 ± 1.04
观察组	36	9.03 ± 0.28	7.83 ± 1.47	9.16 ± 0.51
t	—	0.54 *	5.77	7.78 *
P	—	>0.05	<0.01	<0.01

* 示 t' 值

2.3 2 组患者对疼痛护理服务满意度的比较 观察组术后对疼痛护理服务总满意度为 97.22%,对照组对疼痛护理服务总满意度为 45.00%,差异有统计学意义($P < 0.01$) (见表 3)。

表 3 2 组患者术后对疼痛护理服务的满意度比较

分组	n	满意	较满意	不满意	u_c	P
对照组	40	8	10	22		
观察组	36	18	17	1	4.39	<0.01
合计	76	26	27	23		

3 讨论

甲状腺肿瘤是人体内分泌性肿瘤中最常见的一种,近年来其发病率呈增高趋势^[5]。目前,手术治疗仍然是甲状腺肿瘤治疗的首选方式。微创手术虽然创伤小,但还是存在手术切口和引流管,引起疼痛;而且由于内镜的使用,需要全身麻醉,麻醉效果消失后也会产生酸痛^[6]。疼痛是一种复杂的主观感受,而术后疼痛是患者术前最为关心的问题。外科患者术后经历不同程度的疼痛,术后疼痛可激活交感神经系统而增加全身氧耗;引发术后高凝状态和免疫机制;导致泌尿、消化系统功能恢复延迟;促进深静脉血栓形成;导致睡眠障碍,对患者心理情绪和行为产生不良影响等^[7]。手术后疼痛是临床最常见和最需紧急处理的急性伤害性疼痛,如果不能在初始状态下充分被控制,急性疼痛可能发展为慢性疼痛。通过系统化的综合护理干预可以提高患者

对疼痛的认识,认识到疼痛是可以被缓解或消除的,从而减轻患者对术后疼痛的顾虑,使其能够积极地配合手术治疗。近年来,“以疾病为中心”的传统功能制护理模式逐渐向“以患者为中心”的整体护理模式转变,人性化综合护理干预将文化的、精神的、情感的服务应用到护理技术服务中,融入到护理全过程,满足不同的护理对象和需求^[8]。以往研究结果^[9]表明,不论患者的疼痛程度大小,如果对其进行系统化的疼痛教育,能提高患者对疼痛控制的满意度。研究^[10]显示,术前对患者进行系统化的健康教育,消除其对疼痛的错误认识,促使其积极主动地参与疼痛控制,可有效降低术后疼痛程度。通过对患者进行系统化的综合护理干预,使患者对术后疼痛的相关知识有了一定的了解,从而使患者能够积极主动地配合术后镇痛,准确地做好疼痛评估、正确地作出镇痛效果评价和合理利用一些缓解术后疼痛的方法,最终使得观察组患者术后疼痛的控制情况明显好于对照组,睡眠时间也明显多于对照组。

总之,综合护理干预的应用有助于切实可行地减轻患者疼痛。不仅能提高患者术后疼痛控制的效果,而且增进了护患之间的关系,从而提高了患者对护理的满意度,这对腔镜甲状腺手术患者护理质量

的提升有着重要的作用。

[参 考 文 献]

- [1] 李虹彦,殷欣,刘涛,等. 术后患者疼痛控制现状及满意度影响分析[J]. 护士进修杂志,2012,27(9):824.
- [2] 欧阳小芳,伍芳群. 术后病人自控式镇痛的效果观察[J]. 当代护士(学术版),2010(7):75.
- [3] 宋彩云,袁忠. 综合护理干预对提高 PICC 带管患者维护依从性的探讨[J]. 临床医学工程,2014,21(10):1319.
- [4] 杨丽,蒲桂玉,黄秀菊,等. 局部冷敷预防腔镜甲状腺手术后并发症的研究[J]. 护士进修杂志,2011,26(7):599.
- [5] 车全拴. 甲状腺癌误诊 12 例分析[J]. 基层医学论坛,2010,15(S1):212.
- [6] 张会然. 综合护理干预对甲状腺肿瘤患者术后疼痛的影响[J]. 护理实践与研究,2013,10(16):105.
- [7] 徐建国,吴新民,罗爱伦,等. 成人术后疼痛处理专家共识[J]. 临床麻醉学杂志,2010,26(3):190.
- [8] 刘一星,杨健. 全面加强以患者为中心的医院文化建设[J]. 中国医药导报,2010,7(6):144.
- [9] ALLARD P, MAUNSEL E, LABBE J, *et al.* Education interventions improve cancer pain control: a systematic review [J]. *Palliat Med*,2001,4(2):191.
- [10] 任绪华. 术前疼痛教育对胸部手术后病人疼痛控制的影响[J]. 护理研究,2011,25(10):2584.

(本文编辑 刘璐)

[文章编号] 1000-2200(2016)10-1386-03

· 护理学 ·

自主学习和能力导向教学模式在急诊护理查房中的应用

朱迎霞,付莉霞

[摘要] **目的:**评价自主学习和能力导向教学模式应用于急诊护理查房中的效果。**方法:**2013年在护理查房中对急诊科室85名护士应用自主学习和能力导向教学模式,内容选择急诊典型案例,以PPT讲授为主,结合小组讨论、情景演示、现场反思等教学策略。在新模式应用1年后,采用中国注册护士核心能力测试量表对护士护理核心能力进行测评,并与新模式应用前的测评结果进行比较,观察培训效果。**结果:**85名护士在教学培训后护理核心能力评分中,评判性思维/科研评分、临床护理评分、领导能力评分、人际关系评分、法律/伦理实践评分、专业发展评分和教育/咨询评分及总分均较培训前明显提高($P < 0.01$)。**结论:**采用自主学习和能力导向教学模式进行护理查房,可有效提高急诊护士主动学习意识和专业护士核心能力,值得推广应用。

[关键词] 护理理论;自主学习;能力导向;急诊护士;护理查房

[中图分类号] R 471 **[文献标志码]** A **DOI:**10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2016.10.043

医院急诊科室存在着工作环境复杂、服务对象特殊、护理工作随机性大等特点,在实际护理中难免出现护理能力不均衡等问题。为了能改善急诊护理现状,提高急诊护理工作的安全与质量,采取有效措

施解决急诊护理中的难点与疑点,提高护理人员的操作能力也是必须^[1-2]。研究^[3]表明,“自主学习和能力导向”教学模式是基于教学理论和学生特征,以情境认知理论为依据,以自主学习为特征,将理论知识与岗位需求紧密衔接,以提高职业能力和适应现实社会能力为目标的教学模式。将该教学模式应用于急诊护理服务工作中,其对改善急诊护理

[收稿日期] 2016-01-06

[作者单位] 湖北省应城市人民医院 门诊办公室,432400

[作者简介] 朱迎霞(1972-),女,副主任护师。