

无痛关爱病房规范化管理在胃癌手术后疼痛控制中的应用

张利¹, 巫娜¹, 廖娟¹, 张翼²

[摘要] **目的:** 观察无痛关爱病房规范化管理对胃癌病人术后疼痛控制的效果。 **方法:** 纳入手术治疗胃癌病人 67 例, 按照随机数字表法分为观察组 34 例和对照组 33 例。观察组病人围手术期进行新型疼痛管理, 即无痛关爱病房规范化管理, 对照组病人术后进行传统镇痛模式, 比较 2 组相关临床指标。 **结果:** 2 组均无死亡病例, 观察组术后 3 h、1 d、2 d 疼痛评分均明显低于对照组 ($P < 0.01$), 术后当天和术后 1 d、2 d 夜间睡眠时间均长于对照组 ($P < 0.05 \sim P < 0.01$), 首次下床时间、首次肛门排气时间和住院时间均少于对照组 ($P < 0.05$)。2 组进食时间、术后并发症发生率和住院总费用差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。观察组术后疼痛控制满意度为 82.3%, 高于对照组的 57.6% ($P < 0.05$)。 **结论:** 无痛关爱病房规范化管理能降低胃癌术后病人疼痛程度, 延长病人睡眠时间, 缩短肛门排气时间, 提高病人住院期间满意度, 值得在临床推广应用。

[关键词] 胃肿瘤; 护理; 无痛关爱病房

[中图分类号] R 735 **[文献标志码]** A **DOI:** 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2019.08.038

The application effect of standardized management of painless care ward in postoperative pain control in patients with gastric cancer

ZHANG Li¹, WU Na¹, LIAO Juan¹, ZHANG Yi²

(1. Department of Nursing, 2. Department of General Surgery, The First People's Hospital of Neijiang, Neijiang Sichuan 330006, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the application effects of standardized management of painless care ward on postoperative pain control in patients with gastric cancer. **Methods:** Sixty-seven gastric cancer patients treated with operation were divided into the observation group (34 cases) and control group (33 cases) according to random digital table method. The observation group were nursed with a new type of pain management (namely the standardized management of painless care) during perioperative period, and the traditional analgesic mode was performed in control group. The related clinical indexes were compared between two groups. **Results:** There was not death in both groups, and the pain scores in observation group after 3 h, 1 d and 2 d of surgery were significantly lower than those in control group ($P < 0.01$), the time of night sleep in observation group after 0 d, 1 d and 2 d of operation were longer than that in control group ($P < 0.05$ to $P < 0.01$). The time of the first time out of bed and anus exhaust, and hospitalization days in observation group were less than those in control group ($P < 0.05$). The differences of the feeding time, incidence of postoperative complications, and total hospitalization costs were not statistically significant ($P < 0.05$). The satisfaction degree of the postoperative pain (82.3%) in observation group was higher than that in control group (57.6%) ($P < 0.05$). **Conclusions:** The standardized management of painless care ward can reduce the postoperative pain degree, prolong the sleep time, shorten the time of anus exhaust, and improve the satisfaction degree during hospitalization of patients with gastric cancer. It is worthy of application in clinic.

[Key words] nursing; painless ward; gastric cancer

近年来, 提高病人康复速度及就医体验成为各大医院医务工作者的目标。目前加速康复外科概念 (fast-track surgery, FTS)^[1] 已广泛运用于临床各科室, 疼痛管理成为 FTS 的核心内容之一, 同时也是提高病人就医体验、满意度的重要内容。疼痛作为外科术后最常见的症状, 可间接影响病人呼吸、循环功能, 并对病人造成心理不良影响。合理、有效的围

手术期疼痛管理有利于减轻疼痛对病人身心造成的不利影响, 促进机体康复^[2-3]。近年来各地医院相继建立无痛病房, 在提高病人疼痛控制质量及满意度等方面取得了显著的效果^[4-5]。本研究创新性在无痛病房基础上强调人文关怀和规范化管理, 即无痛关爱病房规范化管理, 探讨无痛关爱病房规范化管理在胃癌手术病人围手术期应用的价值。现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 纳入 2016 年 2 月至 2017 年 12 月在我院普外科行胃癌手术病人 67 例, 经病人及其家属知情同意和医院伦理委员会批准后, 按随机数字表法分为观察组 34 例和对照组 33 例。2 组病人性

[收稿日期] 2018-05-07 [修回日期] 2018-11-27

[作者单位] 四川省内江市第一人民医院 1. 护理部, 2. 普外科, 330006

[作者简介] 张利 (1982-), 女, 主管护师。

[通信作者] 张翼, 主治医师。E-mail: 2923116271@qq.com

别、年龄、体质量指数、手术切口长度合并基础疾病、手术方式和消化道重建方式差异均无统计学意义 ($P > 0.05$) (见表 1), 具有可比性。纳入标准: (1) 经内镜及病理证实为胃癌, 胸腹部 CT 排除远处转移征象的病人; (2) 年龄 18 岁以上, 有一定的表达

和理解能力。排除标准: (1) 有手术禁忌病人、非甾体类药和镇痛药诱发的哮喘发作者; (2) 对本研究药物过敏病人, 曾经滥用镇痛药物者; (3) 意识障碍或有精神疾病、生活不能自理病人。

表 1 2 组病人一般资料比较 [n; 百分率 (%)]

分组	n	男	女	年龄/岁	体质量指数/(kg/m ²)	合并疾病			手术切口长度/cm	手术方式		消化道重建方式		
						高血压	冠心病	糖尿病		开放	腹腔镜辅助	毕 I 式	毕 II 式 + 布朗	全胃切除 + 食管空肠吻合术
观察组	34	24(70.6)	10(29.4)	65.3 ± 15.2	20.6 ± 4.2	6(17.6)	4(11.8)	5(14.7)	8.2 ± 1.9	12(35.3)	22(64.7)	8(23.5)	19(55.9)	7(20.6)
对照组	33	22(66.7)	11(33.3)	60.6 ± 13.6	21.1 ± 5.3	8(24.2)	6(18.2)	6(18.2)	9.0 ± 2.2	15(45.5)	18(54.5)	6(18.2)	14(42.4)	13(39.4)
χ^2	—	0.12	1.33*	0.43*	0.44	0.16	0.15	1.60*	0.72	2.83				
P	—	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05				

*示 t 值

1.2 方法 术前护理人员通过多种形式进行疼痛教育, 使病人了解疼痛相关知识、常用镇痛药物、非药物止痛方法等, 使用疼痛评估尺表达疼痛程度, 将 NRS 和 FPS-R 分别制成“简易疼痛评估尺”, 均采用 0~10 分计量制。2 组病人术后均进行基础治疗, 常规术后给予胃肠减压、禁食、护胃、抗感染、补液、营养支持等治疗。2 组均给予心理疏导, 消除焦虑情绪。术后开始进食后应从温开水、流质饮食、半流质饮食逐步过渡, 适当摄入维生素丰富及高蛋白饮食。在治疗过程中注意观察病人疼痛症状、部位、性质、体温变化等, 及时汇报给医生。

1.2.1 对照组 采取传统疼痛管理模式, 即按需止痛模式, 在病人胃癌术后疼痛时, 护士对病人进行疼痛评估, 医生分析疼痛原因, 给予心理疏导, 并根据疼痛评估结果, 按三阶梯止痛原则给予镇痛处理。

1.2.2 观察组 采取无痛关爱病房规范化管理。(1) 病人分配: 将病人分配至 2~3 人房间, 房间需采光良好、干净、舒适, 有书刊、电视等。通过术前沟通评估病人疼痛耐受能力, 将疼痛耐受能力较差与较好的病人搭配。(2) 建立良好的医护患关系: 以安慰和鼓励、同情、倾听等多种方式与病人交流, 在病人术前或术后恢复期与病人家属协商适当隐瞒病人病情, 避免增加病人心理负担, 增强病人信心, 必要时术前适当给予镇静药物帮助病人睡眠。(3) 术前采用超前镇痛模式: 手术当天早上给予注射用帕瑞昔布钠 40 mg 静脉注射; 胃管尽量采取全麻后留置, 减少病人不适感; 术中采取全麻联合硬膜外阻滞, 并且术中所输注液体需加热至 36℃, 术毕时采取盐酸罗哌卡因注射液 20 mg 手术切口及引流管口周围浸润麻醉。(4) 术后疼痛控制: 术毕后避免引起疼痛加重的因素, 如体位不当、引流管折曲等。如

疼痛评分 0~3 分, 实施非药物干预措施, 如心理疏导、分散注意力等, 药物干预采取多模式、个体化镇痛, 静脉注射注射用帕瑞昔布钠每次 40 mg 或氟比洛芬酯 50 mg, 每 12 h 一次, 包括手术当天, 连用 3 d; 疼痛评分 >3~6 分, 采用非药物止痛法联合弱阿片类药物镇痛, 如曲马多肌肉注射等; 疼痛评分 >6 分, 采用非药物止痛法联合强阿片类药物镇痛, 如地佐辛或哌替啶等, 并在给药 60 min 后再次评估病人的疼痛情况。

1.3 观察指标 比较 2 组病人术后疼痛评分、术后夜间睡眠时间、首次下床时间、首次肛门排气时间、开始进食时间、术后并发症发生率、住院时间、住院费用方面的差异。

1.4 统计学方法 采用 t (或 t') 检验和 χ^2 检验。

2 结果

2.1 2 组病人术后相关指标比较 2 组均无死亡病例。观察组术后 3 h、1 d、2 d 的疼痛评分均明显低于对照组 ($P < 0.01$), 术后当天和 1 d、2 d 的夜间睡眠时间均长于对照组 ($P < 0.05 \sim P < 0.01$), 首次下床时间、首次肛门排气时间和住院时间均少于对照组 ($P < 0.05$), 2 组进食时间、术后并发症发生率和住院总费用差异均无统计学意义 ($P > 0.05$) (见表 2)。

2.2 2 组病人术后疼痛控制满意度比较 观察组病人术后疼痛控制满意度为 82.3%, 高于对照组的 57.6% ($P < 0.05$) (见表 3)。

3 讨论

有研究^[6-7]证实, 疼痛是影响病人外科术后睡眠质量的重要因素。外科手术病人常入睡时间长, 易醒多梦, 睡眠质量差, 主要影响因素为病人对住院

表 2 2 组病人术后相关指标比较($\bar{x} \pm s$)

分组	n	疼痛评分/分			夜间睡眠/h			首次下床	首次肛门	首次进食	术后并发症		术后住院	住院	
		术后 3 h	术后 1 d	术后 2 d	术后当天	术后 1 d	术后 2 d	时间/d	排气时间/d	时间/d	肺部感染	吻合口漏	术后出血	时间/d	总费用/万元
观察组	34	3.72±0.92	3.16±0.54	2.30±0.41	6.46±1.52	7.67±1.84	7.81±1.93	1.76±0.42	2.48±0.57	4.43±1.06	2(5.9)	1(2.9)	0(0.0)	9.41±2.36	4.56±1.34
对照组	33	4.52±1.41	3.83±0.86	2.98±0.73	4.86±1.21	5.28±1.55	6.75±1.63	3.24±0.74	3.65±0.83	4.68±1.43	3(9.1)	1(3.0)	1(3.0)	11.3±2.94	4.12±1.06
t'	—	2.74	3.81	4.68	4.76	5.74	2.43	2.04	2.04	0.82	0.18 [#]		2.91 [*]	1.49 [*]	
P	—	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05	>0.05	

*示 t 值;#示 χ^2 值

表 3 2 组病人术后疼痛控制满意度比较[n;百分率(%)]

分组	n	非常满意	满意	不满意	满意度	χ^2	P
观察组	34	8(23.5)	20(58.8)	6(17.7)	28(82.3)		
对照组	33	6(18.2)	13(39.4)	14(42.4)	19(57.6)	4.91	<0.05
合计	77	14(18.2)	33(42.8)	20(26.0)	47(61.0)		

环境的陌生、同一病房病人的影响、恐惧手术、担心预后及术后的疼痛不适等^[8]。剧烈疼痛不仅影响病人的睡眠质量,还容易诱发不良情绪,导致病人血压升高,心肌缺血、伤口出血等,甚至引起胃肠道粘膜微血管应激性收缩、缺血。术后的疼痛不适还可引起病人恶心、呕吐、肠蠕动减慢、呼吸深度下降等一系列生理改变,延长住院时间,增加病人的经济负担^[9]。术前良好的睡眠有助于减轻病人的应激反应,减轻病人术后疲劳感。疼痛和睡眠是互为影响因素的,疼痛可以影响睡眠时间,同样睡眠也可以影响病人对疼痛感知,良好的睡眠可降低病人对术后疼痛感知程度^[10]。

所谓无痛病房,就是在无痛原则下,医护人员对病人采取一系列心理、生理干预措施,尽可能地减轻病人痛苦,使病人轻松度过围术期。近年来 FTS 快速发展,充分止痛是加速康复外科的重要环节,有利于减轻病人的应激反应。镇痛已从以前的药物镇痛、按需镇痛发展成为多模式镇痛、按时镇痛、超前镇痛以及采取对应相关护理措施、心理干预等措施的体系化镇痛模式,无痛病房就是在此种背景下应运而生。无痛关爱病房在既往的无痛病房基础上更强调对病人的及时关爱和积极的心理疏导。本研究中无痛关爱病房既强调了规范性,也同时注重病人个体差异,采取相对应措施。

胃癌手术是胃肠外科手术难度最大、手术时间长、创伤最大、也较为容易产生并发症的手术类型,由于存在消化道重建,病人生理状态发生改变,病人更容易产生不同程度的应激反应。并且也因为胃癌手术创伤大、手术切口较大、腹腔引流管、胃管等因素,疼痛为术后最常见感受。有效的镇痛能减轻病

人应激反应,让病人更快适应下床活动,促进术后恢复。

本研究中,对于术前病人难以入睡者均适当给予药物干预,留置胃管应在手术室麻醉后,避免影响病人术前睡眠。由于胃癌手术创伤较大,病人术后疼痛明显,易发生应激反应,从而加速组织代谢和分解,病人易出现焦虑、抑郁等不良情绪,继而影响睡眠。本研究结果显示,通过实施无痛关爱病房管理模式,观察组病人术后夜间睡眠时间较对照组延长,病人的疼痛控制满意度及精神状态明显优于对照组,与国内相关研究^[11-12]结论一致。但由于本研究为对病人睡眠质量进行评估,仅评估病人夜间睡眠时间,在提高病人睡眠质量方面仍需更完善的研究证实。同时本研究也表明,观察组病人在术后疼痛评分、首次下床时间、首次肛门排气时间、住院时间方面均优于对照组,在疼痛控制满意度优于对照组,而 2 组首次进食时间、术后并发症发生率、住院总费用差异无统计学意义。提示对病人实施无痛病房能减轻病人术后疼痛、增加病人睡眠时间,有效镇痛及较长的睡眠时间能增加病人体力,能使病人较快适应下床活动,从而形成良性循环,促进术后恢复。

此外,有研究^[13-14]显示,实施无痛病房管理的病人术后并发症发生率明显低于对照组。而在王伟娜等^[11]关于无痛病房在肝癌手术后应用的研究中,观察组与对照组在术后并发症发生率方面并无统计学差异。本研究中,将肺部感染、吻合口漏及术后出血纳入术后并发症统计范畴,结果证实 2 组术后并发症发生差异无统计学意义。这可能由于疼痛与术后并发症一些指标关系不大引起,如吻合口漏住院与血供及吻合口张力有关等。但不可回避的一个问题是本研究纳入病例偏少,疼痛是否间接造成术后出血及增加肺部感染风险仍需大样本研究证实。

综上,良好的医患关系,对病人充分及时的关爱,安静整洁的住院环境及积极的术前心理疏导配合多模式镇痛、超前镇痛等方式构成无痛关爱病房模式化管理的核心内容,无痛关爱病房规范化管理

(下转第 1122 页)

产程时间,减少产后出血量与住院费用,促进产妇早期恢复,提高护理满意度与自我效能。

[参 考 文 献]

- [1] MURACA G, SKOLL A, LISONKOVA S, *et al.* Perinatal and maternal morbidity and mortality among term singletons following midcavity operative vaginal delivery versus caesarean delivery [J]. *Bjog*, 2018, 125(6):693.
- [2] 项君艳, 王晓一, 周仲丽. 无剖宫产指征孕产妇行剖宫产现状与影响因素探究[J]. *护理实践与研究*, 2017, 14(24):14.
- [3] HOLLOWELL J, LI Y, BUNCH K, *et al.* A comparison of intrapartum interventions and adverse outcomes by parity in planned freestanding midwifery unit and alongside midwifery unit births; secondary analysis of 'low risk' births in the birthplace in England cohort[J]. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2017, 17(1):95.
- [4] 孙梅玲, 贺梦雅, 马玉燕. 无医疗干预初产妇自然分娩的妊娠结局分析[J]. *现代妇产科进展*, 2016, 25(8):600.
- [5] 刘兴会, 代莉. 我国自然分娩现状及展望[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2015, 31(2):97.
- [6] 王才康, 胡中锋, 刘勇. 一般自我效能感量表的信度和效度研究[J]. *应用心理学*, 2001, 7(1):37.
- [7] 刘瑞, 车晓宁. 护理学综合实验教学诸实践[J]. *延安大学学报(医学科学版)*, 2012, 10(4):70.
- [8] 徐剑鸥, 顾则娟, 张镇静, 等. 护理流程设计原则的研究[J]. *护理管理杂志*, 2010, 10(6):381.
- [9] 曾慧琳, 叶湘云, 李艳芳. 不同体位分娩对母婴结局的影响效果[J]. *国际医药卫生导报*, 2017, 23(13):2054.
- [10] 黎丹, 张兵, 何美, 等. 足月单胎头位初产妇经阴道试产失败相关因素的探讨[J]. *哈尔滨医药*, 2017, 37(2):134.
- [11] 陈华萍, 陈华娟, 史晓梁. 人性化护理用于初产妇分娩潜伏期动态监护中的应用研究[J]. *中国现代医生*, 2016, 54(18):160.
- [12] 胡春燕. 助产士全程陪伴分娩对分娩结局影响的研究[J]. *内蒙古医学杂志*, 2015, 47(11):1382.
- [13] 李岚, 钱玲, 刘秀谊. 导乐陪伴分娩对初产妇分娩结局及催产素使用率的影响[J]. *国际护理学杂志*, 2016, 35(13):1735.

- [14] 李春红. 导乐陪伴分娩护理模式对足月单胎头位初产妇妊娠结局的影响研究[J]. *河南医学研究*, 2017, 26(23):4388.
- [15] BJELLMO S, ANDERSEN GL, MARTINUSSEN MP, *et al.* Is vaginal breech delivery associated with higher risk for perinatal death and cerebral palsy compared with vaginal cephalic birth? Registry-based cohort study in Norway[J]. *BMJ Open*, 2017, 7(4):e014979.
- [16] 郭燕华, 邓晓杨, 谭爱香, 等. 意向阴道分娩孕妇产程延长与产前恐惧的相关性分析[J]. *实用医院临床杂志*, 2014, 11(3):76.
- [17] 朱玲, 刘秋英. 家属共同参与护理消化道出血病人预防医疗纠纷浅谈[J]. *实用临床医药杂志*, 2015, 19(14):49.
- [18] 王会笑, 杨明莹, 和茵, 等. 家属参与早期康复护理对脑卒中后吞咽障碍病人短期预后的影响[J]. *昆明医科大学学报*, 2017, 38(11):140.
- [19] 阮焱, 张为远. 剖宫产的现状及其剖宫产率高居不下的原因[J]. *实用妇产科杂志*, 2015, 31(4):241.
- [20] DUCARME G, HAMEL JF, BRUN S, *et al.* Sexual function and postpartum depression 6 months after attempted operative vaginal delivery according to fetal head station: A prospective population-based cohort study[J]. *PLoS One*, 2017, 12(6):e0178915.
- [21] 赵化林, 朱伟, 陈巧玲, 等. 增强自我效能干预在自然分娩中的应用研究[J]. *中国计划生育和妇产科*, 2015, 7(2):57.
- [22] DOHBIT JS, FOUMANE P, TOCHIE JN, *et al.* Maternal and neonatal outcomes of vaginal breech delivery for singleton term pregnancies in a carefully selected Cameroonian population: a cohort study[J]. *BMJ Open*, 2017, 7(11):e017198.
- [23] 刘欣. 初产妇产前焦虑抑郁情绪对产程行为、顺产率的影响[J]. *护理研究*, 2016, 30(10):1276.
- [24] 胡文杰. 放松训练及心理疏导在产前焦虑症病人治疗中应用的价值[J]. *中国妇幼保健*, 2015, 30(23):3961.
- [25] 刘容珍, 刘艳, 李丹. 激励式心理干预对初产妇心理及产程和分娩结局的影响[J]. *中国急救复苏与灾害医学杂志*, 2015, 10(8):735.

(本文编辑 刘畅)

(上接第 1117 页)

适应了 FTS 的发展潮流并融入其中,有助于提高病人就医体验,促进病人术后康复。

[参 考 文 献]

- [1] 江志伟, 李宁, 黎介寿. 快速康复外科的概念及临床意义[J]. *中国实用外科杂志*, 2007, 27(2):131.
- [2] 李萍, 吴秋萍, 邓雄伟. 骨科无痛病房护理工作模式建立的体会[J]. *医药前沿*, 2013(32):75.
- [3] 黄天雯, 何翠环, 陈晓玲, 等. 骨科无痛病房护理工作模式的建立与实践[J]. *中华护理教育*, 2011, 46(3):221.
- [4] 李旭春. 无痛病房管理模式在骨科疼痛护理中的应用[J]. *齐鲁护理杂志*, 2012, 18(14):1.
- [5] 叶霞, 宁宁, 吕娟, 等. 无痛病房的建立及管理进展[J]. *华西医学*, 2011, 26(9):1437.
- [6] 刘辉. 肝胆外科择期手术患者术后疼痛发生情况及影响因素分析[J]. *中国全科医学*, 2013, 16(21):2504.

- [7] 王海媛, 杨秀玲. 疼痛护理学组的筹建及专科护士培养的方法和体会[J]. *世界最新医学信息文摘*, 2015, 15(1):198.
- [8] 王霞. 外科住院病人睡眠质量调查及影响因素分析[J]. *护理研究*, 2007, 21(22):2010.
- [9] 薛希兰. 谈外科术后疼痛护理技术与心理辅导体会[J]. *中国保健营养*, 2012, 8(14):2673.
- [10] MOLDOFSKY H. Sleep and pain. [J]. *Sleep Medicine Reviews*, 2001, 5(5):385.
- [11] 王伟娜, 荚卫东, 宋瑰琦, 等. 无痛病房管理模式在肝癌患者围术期的应用[J]. *中国全科医学*, 2014, 17(27):3256.
- [12] 刘梅, 刘林, 许勤, 等. 持续质量改进在骨科创伤患者疼痛管理中的应用[J]. *中华护理杂志*, 2012, 47(10):872.
- [13] 左双燕, 彭丽彬, 陈劲. 胸外科规范化疼痛管理的实施[J]. *中华现代护理杂志*, 2013, 19(12):1437.
- [14] 雷菊. 无痛管理对骨科患者术后功能恢复的影响[J]. *吉林医学*, 2012, 33(23):5101.

(本文编辑 卢玉清)