

标准化疼痛管理模式在肺癌患者术后快速康复中的应用

Application of standardized pain management model in rapid postoperative rehabilitation of patients with lung cancer

刘晓然 樊晓娥 李双燕 Liu Xiaoran, Fan Xiaoe, Li Shuangya

(西安交通大学第一附属医院 陕西 710061)

(The First Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University, Shaanxi 710061)

摘要: 目的 探讨标准化疼痛管理模式在肺癌患者术后快速康复中的应用效果。方法 选取2022年4月至10月西安交通大学第一附属医院胸外科实施肺癌根治术的患者134例,按照住院日期分为对照组和实验组,对照组患者采取常规疼痛管理模式,实验组患者采取标准化疼痛管理模式,观察术后轻、中、重度疼痛发生率、术后下床活动时间、平均住院日、疼痛的有效评估率以及患者及家属对疼痛的认知率。结果 对照组术后24h轻、中、重度疼痛的患者为20例,37例,7例,术后48h为32例,28例,4例,术后72h为40例,23例,1例;实验组术后24h轻、中、重度疼痛的患者为38例,28例,4例,术后48h为51例,17例,2例,术后72h为59例,11例,0例;P<0.05;对照组患者术后平均下床活动时间为2.61±1.2天、平均住院日为9.55±4.26天;实验组分别为1.69±0.91天、6.19±2.3天,P<0.05。实验组和对照组术后疼痛的有效评估率分别为100%、64.10%,患者及家属对疼痛的认知率分别为88.57%、32.81%,P<0.05。结论 实施标准化疼痛管理模式能够有效降低患者术后疼痛的发生率,缩短术后下床活动时间,减少平均住院日,加快术后康复。

关键词: 肺癌; 标准化; 疼痛管理; 快速康复

Abstract: Objective To explore the application effect of standardized pain management model in rapid postoperative rehabilitation of lung cancer patients. Methods 134 patients with lung cancer undergoing radical surgery in the Department of Thoracic Surgery of the First Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University from April to October 2022 were divided into control group and experimental group according to the date of hospitalization. The patients in the control group were treated with conventional pain management mode, and the patients in the experimental group were treated with standardized pain management mode. The incidence of postoperative mild, moderate and severe pain, the time to get out of bed after surgery, and the average length of stay were observed. The effective evaluation rate of pain and the cognition rate of patients and their families to pain. Results In the control group, there were 20 patients with mild, moderate and severe pain 24 hours after operation, 37 patients, 7 patients, 32 patients 48 hours after operation, 28 patients, 4 patients, 40 patients 72 hours after operation, 23 patients, 1 patient; In the experimental group, there were 38 patients with mild, moderate and severe pain 24 hours after operation, 28 patients, 4 patients, 51 patients 48 hours after operation, 17 patients, 2 patients, 59 patients 72 hours after operation, 11 patients, 0 patients; P<0.05; In the control group, the average time to get out of bed was 2.61 ± 1.2 days and the average hospital stay was 9.55 ± 4.26 days; The experimental results were 1.69 ± 0.91 days and 6.19 ± 2.3 days respectively, P<0.05. The effective evaluation rates of postoperative pain in the experimental group and the control group were 100% and 64.10% respectively, and the cognitive rates of patients and their families were 88.57% and 32.81% respectively, P<0.05. Conclusion The implementation of standardized pain management mode can effectively reduce the incidence of postoperative pain, shorten the time to get out of bed after surgery, reduce the average hospital stay, and accelerate postoperative rehabilitation.

Key words: Lung cancer; Standardization; Pain management; Rapid recovery

疼痛管理是指通过对疼痛的评估、记录、治疗以及护理,以控制疼痛的诊疗过程,是评价治疗与护理效果的重要标准^[1]。国际疼痛研究协会对疼痛的最新定义为:一种与实际或潜在的组织损伤相关联的包括感觉、情绪、认知和社会成分的痛苦体验^[2]。术后疼痛是影响患者生活质量、术后康复及远期预后的重要因素,对病人生理和心理均有负面影响^[3]。加速康复外科(ERAS)是一种多模式的围术期康复路径,旨在减轻手术引起的应激反应,维持术前机体状态及器官功能,从而实现早期康复^[4]。本研究通过对比术后常规疼痛管理模式和标准化的疼痛管理模式,旨在为术后患者寻求更有效的疼痛管理方案,加快术后康复。

1 方法与资料

1.1 一般资料选取2022年4月至10月西安交通大学第一附属医院胸外科行肺癌根治术的患者134例。纳入标准:

①肺叶切除或肺楔形切除术;②无慢性疼痛病史,无其他严重疾病;③签署知情同意书。排除标准:①单侧全肺切除患者;②近其服用过镇痛药物;③术后出现静脉血栓、伤口感染等。按照患者入院日期单双日分为对照组和实验组,入院日期为单数的64例患者纳入对照组,入院日期为双数的70例患者纳入实验组。对照组患者实施常规镇痛管理,实验组患者采取标准化镇痛管理模式。

1.2 方法 1.2.1 对照组患者实施常规术后镇痛管理,实施基础药物镇痛治疗,进行用药安全指导。患者的疼痛程度由责任护士采用数字评分法(NRS)进行评估,对疼痛部位、程度、性质、持续时间、间隔时间以及疼痛相关内容进行评估并记录,入院后24h内完成首次评估,每天评估1次,术后病人如NRS评分≥3分,则每班一次。NRS≥4分或患者突发疼痛时,通知主管医生,给予镇痛处理,30min后再次进行评估。

1.2.2 标准化术后疼痛管理模式 基于美国卫生保健组

织联合委员会(JCAHO)推荐的疼痛管理原则成立质控小组,制定标准化疼痛管理方案:(1)建立疼痛评估流程,制定疼痛评估制度。确立疼痛评分标准:研究表明不同的评分量表在不同患者中的评估效应有所差异,综合考量年龄、文化程度等方面的差异,以NRS、VDS、FPS量表为基础,制定住院患者疼痛评估个体化综合评估工具。0分,无痛。1~3分,轻度疼痛,生活正常,睡眠无干扰;4~6分,中度疼痛,睡眠受干扰。7~10分,重度疼痛,睡眠受严重干扰,可伴自主神经紊乱或被动体位。责任护士接诊术后患者时,即刻运用疼痛评估程序对患者进行评分,病人麻醉清醒后,立即进行评估,半小时,1个小时各评估1次,共3次,术后1~2天,每日评估4次。若在观察期间病人出现突发疼痛,则随时评估和记录,并根据疼痛评分结果采取相应止痛措施:1~3分给予心理安慰,分散注意力,听音乐等方式,或遵医嘱给予非甾体类药物;4~6分遵医嘱给予弱阿片类加非甾体类药物;7~10分遵医嘱给予强阿片类加非甾体类药物。根据初次疼痛评分结果以及采取的措施,于30min-1h后再次复评,根据评分结果再次制定疼痛评估计划。(2)健全疼痛管理制度:联合麻醉科组建疼痛MD小组,采取多模式镇痛方式。依据患者疼痛评分,及时采取阶梯式止痛措施。对携带自控镇痛泵的患者,联合麻醉科共同管理,并由麻醉科实行网络监控,实时监控自控镇痛泵的应用进程,若出现恶心、呕吐等不适,及时联系麻醉科人员调整患者镇痛泵药物剂量。(3)采用多元化宣教方式加强疼痛健康教育:①疼痛管理组成员每周针对手术患者采取集体健康宣教的方式进行疼痛相关知识的讲解;②责任护士于术前再次进行个体化教育及讲解;③发放我科自制疼痛知识相关手册,以及疼痛评分标识卡,教会患者对照标识卡如何进行自我疼痛评分。

疼痛管理质量监控:采用PDCA循环对出现的问题进行相应的处理。根据反馈结果,寻找原因,提出整改意见和方法,以便于下一组PDCA质量循环。责任护士分别在患者术后24h、48h、72h及出院当天发放自制疼痛情况调查表,评估疼痛管理实施情况,分别与医护人员对患者疼痛的评估进行对比,评分范围一致视为评估有效,不一致则视为无效。发放疼痛知识调查问卷,调查患者及家属对疼痛知识的认知率,80分以上视为对疼痛认知较好。

1.3 评价指标 观察患者术后24h、48h、72h轻、中、重度疼痛发生率、患者术后下床活动时间。术后平均住院日、医务人员对患者有效的疼痛评估率、患者及家属对疼痛的认知率。

1.4 统计学分析 采用SPSS21.0统计软件进行统计学分析。计量资料采用均数±标准差表示,组间比较采用独立样本t检验;计数资料采用χ²检验。P<0.05差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料对照组男35例,女29例,平均年龄55.47±10.09岁,肺叶切除48例,肺楔形切除16例。实验组男39例,女31例,平均年龄55.54±8.59岁,肺叶切除59例,肺楔形切除11例,两组患者的性别、年龄、术式经分析,

差异无统计学意义,P>0.05。

表1 患者一般资料

组别	性别		平均年龄	术式	
	男	女		肺叶切除	肺楔形切除
对照组	35	29	55.47±10.09	48	16
实验组	39	31	55.54±8.59	53	17
P	0.167		0.15	1.00	

2.2 两组患者术后疼痛评分对比对照组和实验组术后24h、48h、72h疼痛评分,结果见表2。

表2 两组患者术后疼痛评分对比(n=例数)

组别	实验组			对照组			P
	1~3分	4~6分	7~10分	1~3分	4~6分	7~10分	
24h	38	28	4	20	37	7	0.006
48h	51	17	2	32	28	4	0.024
72h	59	11	0	40	23	1	0.022

2.3 两组患者术后下床活动时间及平均住院日结果见表3。

表3 两组患者术后下床活动时间及平均住院日对比

组别	平均下床活动时间	平均住院日
实验组	1.69±0.91	6.19±2.3
对照组	2.61±1.2	9.55±4.26
P	<0.05	<0.05

2.4 医护人员对患者疼痛的有效评估率及患者和家属对疼痛知识的认知率结果见表4。

表4 疼痛的有效评估率及知识认识率

组别	疼痛有效评估率	疼痛知识认识率
实验组	100% (70)	88.57% (62)
对照组	64.10% (41)	32.81% (21)
P	0.000	0.000

3 讨论

肺切除患者术后疼痛主要与切口及胸腔闭式引流管刺激有关,疼痛不仅影响患者有效咳嗽及自主活动,进而延缓胃肠道功能的恢复,同时可导致呼吸系统并发症发生机率的增加,其引起的应激反应更是术后并发症的关键因素^[5]。剧烈的疼痛不仅给患者带来痛苦的体验,还可导致患者不愿进行术后康复功能锻炼进而延迟机体功能恢复,且易出现感染、深静脉血栓形成甚至发生肺栓塞等严重并发症,影响患者术后康复。2001年亚太地区疼痛论坛提出“消除疼痛是患者的基本权利”^[6],虽然胸腔镜的微创手术能较大地缓解患者的术后疼痛,但胸腔闭式引流管的留置、术后呼吸功能锻炼、肺功能的康复和运动训练以及患者自身的心理因素均是加重术后疼痛的原因^[7]。标准化的疼痛管理模式是实施术后疼痛管理的有效措施之一,规范的疼痛管理在临床应用中能够有效的减轻患者的疼痛,促进患者术后快速康复,降低患者住院费用,同时提升医疗服务质量,优化疼痛管理流程。

3.1 标准化疼痛管理模式能够有效降低患者疼痛发生率

准确的疼痛评估是进行疼痛控制的首要环节,不仅可以判断疼痛是否存在,而且有助于评价镇痛治疗的效果。1995年美国疼痛协会美国健康质量委员会提出“健康质量的标志是疼痛得到评估和处理”。研究表明,评估疼痛精确与否的关键在于医患之间的交流,引导患者准确表达疼痛并充分相信患者的主诉^[8]。本研究通过标准化的疼痛管理模式,依据患者的具体情况,以减轻患者术后疼痛为目标,选择个体化的评估工具,通过疼痛评分直观了解患者术后的疼痛程度,实施疼痛质量控制结果评价,并且根据评价结果,及时调整和完善疼痛管理流程,做到准确而全面的评估方法和多模式的镇痛干预措施,降低患者术后中、重度疼痛的发生率,加快术后康复,同时,缩短了术后平均下床活动时间,减少术后住院天数,减轻经济负担。疼痛评估是术后疼痛管理的关键环节,只有客观、全面地评估和记录疼痛情况,才能达到有效缓解疼痛的目的。本研究通过制定系统的疼痛评估流程,采用PDCA循环模式对患者进行术后疼痛管理,有效减轻了患者术后中、重度疼痛的发生率,同时提高了医护人员对患者疼痛的有效评估率。

3.2 标准化疼痛管理模式改善患者及家属对疼痛的认知

研究表明^[9],影响患者疼痛管理的因素除医护人员因素(包括镇痛药物和镇痛技术的缺乏、对疼痛评估不规范、对疼痛的认知不足)和医院因素(包括多学科合作不紧密、人力资源及经济的短缺)外,患者及家属自身因素(包括人口学因素、对疼痛及镇痛的认知障碍)也对疼痛管理产生一定

的影响。何仲^[10]等的研究表明,26%的患者术后次日到第3日都缺乏疼痛相关护理问题及镇痛泵使用情况的护理记录。

本研究表明,通过标准化的疼痛管理模式,明确术后评估流程及评估时间,灵活运用评估工具,使医护人员对患者术后的疼痛评估更加及时准确有效,降低中、重度疼痛的发生率。运用标准化的疼痛管理模式,将患者及其家属纳入管理环节和流程,给予规范详细的健康指导,提供疼痛知识健康教育书面资料,提高的患者及家属对疼痛的认知程度,提升家属和患者对术后疼痛管理配合的积极性,从而有效改善患者术后疼痛情况,加快患者术后康复进程。本研究中两组患者及家属对疼痛知识的认知率差别较大,其原因有可能是对照组发放了疼痛健康教育及相关知识的书面资料所导致,也侧面反映出在健康教育过程中,单纯的口头教育并不能使患者完全明白和了解相关知识,书面化的健康教育显得尤为重要。这就要求医护人员注重健康教育的多样性,充分调动患者及家属对疼痛的认知,做到有效预防。

4 小结

随着医学模式的转变,疼痛也越来越受到医护人员的重视,而我国患者疼痛管理仍处于起步阶段,缺乏相应的专业标准和规范流程,医护人员对患者疼痛期间生理、心理的变化关注也较少,如何建立有效的疼痛管理体系,针对不同患者制定个体化镇痛方案,进而提高疼痛管理的有效性是今后研究的重点。

参考文献:

- [1]李小寒,尚少梅.基础护理学[M].5版.北京:人民卫生出版社,2012
- [2]Campbell JN.The fifth vital sign revisited[J].Pain,2016,157(1):3
- [3]Polanco-García M,García-López J,Fabregas N,et al.Postoperative pain management in Spanish hospitals.A cohort study using the pain-out registry [J].J Pain,2017, 18(10):1237-1252
- [4]MILLER T E,THACKERJK,WHITE W D,etal.Reduced length of hospital stay in colorectal surgery after implementation of an enhanced recovery protocol[J].Anesth Analg,2014,118:1052-1061
- [5]Xu Y,Zhu Y,Wang S,etal. Dezocine attenuates fentanyl-induced cough in a dose-dependent manner—a randomized controlled trial. Int J Clin Exp Med, 2015, 8(4): 6091-6096
- [6]王峻,廖鹏,车关华,等.无痛病房规范化疼痛管理对创伤骨科患者术后疼痛控制的效果[J].中华现代护理杂志,2011,17(23):2738-2741
- [7]苏建华,周渝斌,蒲强,等.影响肺癌手术住院费用和快速康复的临床因素分析[J].中国肺癌杂志,2014,17(7): 536-540
- [8]张秋实.西安市三甲医院低年资护士疼痛认知调查与疼痛管理培训的效果评价[D].第四军医大学,2013
- [9]叶赞,张兰凤.术后疼痛管理影响因素及对策研究进展[J].中国护理管理杂志,2017,12(7):77-79
- [10]何仲,吴丽.对北京地区护士参与术后疼痛控制活动的调查分析[J].中华护理杂志[J],2007,42: 1142-1146.