

老年患者全髋置换术后自控镇痛的护理干预效果分析*

周 曙¹, 龚 琴¹, 丁云霞² (广东省佛山市中医院: 1. 麻醉科; 2. 骨科 528000)

【摘要】 目的 探讨护理干预措施对老年全髋置换手术后自控静脉镇痛效果的影响。**方法** 以行全髋置换手术的老年患者共 60 例为研究对象, 随机分为自控镇痛组 30 例和护理干预+自控镇痛组 30 例, 两组均在术后安装静脉自控镇痛泵。护理干预+自控镇痛组在手术结束及每次的观察时间点增加相应的护理干预措施。分别在术后 4、8、12、24、48 h, 采用视觉模拟评分法(VAS)对患者进行疼痛的评估, 记录并比较两组方法中恶心呕吐、眩晕、嗜睡、尿潴留等不良反应的发生情况。**结果** 护理干预+自控镇痛组术后 8、12、24 h 评分分别为(2.9±1.4)、(3.3±1.2)、(2.3±1.0)分, 明显低于自控镇痛组, 差异有统计学意义($P<0.01$)。此外, 在不良反应的发生率方面, 护理干预+自控镇痛组恶心呕吐 3 例, 眩晕 2 例, 嗜睡 1 例, 明显少于自控镇痛组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 通过有效的护理干预措施能帮助患者顺利完成术后镇痛泵的治疗, 有效降低术后疼痛水平, 减少术后不良反应的发生, 增加患者术后的舒适满意度。

【关键词】 护理干预; 老年; 全髋置换术后; 静脉自控镇痛; 不良反应

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.24.053 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)24-3501-02

术后疼痛是疾病本身和手术造成组织损伤产生的一种复杂的生理反应, 疼痛一直被认为是术后影响舒适的主要原因^[1-3]。骨科手术后因包扎、制动等因素导致疼痛较剧烈, 持续时间较长。大量临床实践证明, 疼痛治疗的好坏对术后恢复及手术效果有直接影响^[4-5]。目前, 术后镇痛在临床上已广泛开展, 如何运用护理手段提高术后自控镇痛的成功率, 真正使镇痛治疗发挥应有的作用, 是临床护理工作中必须要面对的问题。本研究运用综合护理干预措施, 探讨护理干预的实施对老年全髋置换手术后自控静脉镇痛(PCIA)效果的影响, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2013 年 1~12 月在本院行全髋置换术患者 60 例, 年龄 60~75 岁, 男 32 例, 女 28 例, 本科及以上 9 例, 专科 11 例, 高中及中专学历 12 例, 初中及以下 28 例, 均为在腰部麻醉下手术且术后进行 PCIA 的老年患者。美国麻醉医师协会(ASA)分级 II~III 级, 均无阿片药物滥用史, 无药物过敏或高敏史, 无长期使用阿片药物治疗慢性疼痛史, 3 周内无服用单胺氧化酶抑制剂类药物史, 所有患者术前均排除老年痴呆等明显认知功能变化的病史, 术前均未留置尿管。按照简单数字随机法分为 PCIA+护理干预组($n=30$)和 PCIA 组($n=30$)。两组患者在性别、年龄及文化教育程度上差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对符合纳入条件的两组患者, 取患肢在上的侧卧位行单侧腰部麻醉, 用德国贝朗 25G 腰部麻醉针穿刺, 穿刺成功后给予 0.5% 布比卡因 1~1.2 mL, 麻醉平面控制在 T₁₂ 以下。两组腰部麻醉在方法和用药剂量上一致。手术至缝皮时给予帕瑞布钠 40 mg (美国辉瑞公司生产) 静脉注射作为负荷剂量, 然后接静脉 PCIA, 镇痛药液配方统一: 舒太尼 50 μg (宜昌人福药业有限责任公司生产)+曲马多 500 mg (德国格兰泰有限公司生产)+格拉司琼 3 mg (西南合成制药股份有限公司) 加生理盐水至 100 mL, 镇痛采用爱普电子泵, 自控量 2 mL, 维持量 1.5 mL, 锁定量 1.5 mL/h, 锁定时间 25 min, 总量 100 mL。

手术结束患者入恢复室观察, 平稳后回病房。

1.2.2 PCIA+护理干预组在 PCIA 组的基础上对患者实施综合护理干预措施。(1)基础护理: 为患者创造安静舒适整洁的环境, 减少噪音, 尽量避开抢救现场, 减轻患者的心理负担和不良的心理暗示; 注意手术部位的保护, 做好术后体位及各种管道的管理, 提高舒适性; 定时翻身并协助进行适当的活动; 保持皮肤清洁干燥, 预防褥疮; 指导患者遵守麻醉后进食要求及术后合理的营养支持。(2)心理护理: 与患者及其家属建立良好的护患关系, 给予有效的心理指导。使患者对术后镇痛治疗建立合理的心理预期, 对特别恐惧的患者进行一定的心理暗示和注意力转移疗法, 帮助患者克服恐惧心理, 使其心情愉快地配合术后镇痛治疗。(3)健康教育: 针对镇痛治疗及术后护理的相关知识进行健康教育指导。让他们认识到术后疼痛治疗的必要性, 消除患者对继续使用镇痛药的担心, 鼓励患者在疼痛的时候及时按压自控按钮; 介绍镇痛泵的使用方法, 识别简单的故障提示, 了解镇痛泵及静脉通道的保护措施^[6]。(4)疼痛护理: 对主诉疼痛的患者应立即检查镇痛泵各部位的连接情况, 在保证入药途径顺畅的同时适当加大入药量以减缓疼痛。针对可能加剧疼痛的各种因素采取相应的措施。为减轻术后的肢体肿胀引起的疼痛, 应抬高术侧肢体并保持外展中立位; 对包扎过紧引起的疼痛应适当调整绷带的松紧度, 减轻患者的不适等^[7]。(5)镇痛不良反应的护理: 应加强病情观察, 对于出现嗜睡或恶心呕吐的患者应当减少入药量或暂停给药; 对于出现尿潴留的, 应指导患者正确的排尿方法并给予相应的治疗措施, 如腹部热敷按摩、穴位刺激等。

1.2.3 于术后 4、8、12、24、48 h 由同一名研究人员进行术后镇痛访视, 评估疼痛情况, 记录不良反应, 对患者及家属发放护理工作满意度调查表, 进行满意度的调查。

1.3 观察指标

1.3.1 疼痛评估采用视觉模拟评分法(VAS), 即一条直径长 10 cm 卡片, 两端分别标出 0 和 10 字样。0 端表示无痛, 10 分表示无法忍受的剧痛, 让患者在尺上移动标尺标出疼痛相应的位置并记录 VAS 评分。VAS 评分标准: 0~3 分有轻微疼痛,

* 基金项目: 广东省佛山市医学类科技攻关项目(201208052)。

可以忍受,影响休息;4~6 分疼痛影响休息,应给予一定的处理;7~10 分疼痛难以忍受,影响食欲,影响睡眠。

1.3.2 不良反应的观察 记录患者有无恶心呕吐、眩晕嗜睡、尿滞留等不良反应的发生。

1.3.3 镇痛治疗满意度调查表 针对镇痛治疗过程中的各项问题自行设计的患者对疼痛护理服务质量满意度问卷,于镇痛治疗结束时评定。问卷包括 20 个问题,分别有“满意”“较满意”“不满意”3 项评分,总分为 100 分。大于 95 分为满意,

表 1 两组患者术后疼痛情况的比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	术后 4 h	术后 8 h	术后 12 h	术后 24 h	术后 48 h
PCIA 组	30	2.8±1.1	3.3±1.5	3.8±1.7	2.9±1.1	2.2±1.0
护理干预+PCIA 组	30	2.6±1.2	2.9±1.4 ^a	3.3±1.2 ^a	2.3±1.0 ^a	2.0±0.8

注:与 PCIA 组相比,^a $P<0.05$ 。

2.2 不良反应发生率 两组患者中 PCIA 组患者使用镇痛剂后发生恶心呕吐、眩晕嗜睡者多于护理干预+PCIA 组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组不良反应发生率比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	恶心呕吐	眩晕	嗜睡
PCIA 组	30	6(20)	4(13)	3(10)
护理干预+PCIA 组	30	3(10)	2(6)	1(3)

2.3 满意度调查结果 护理干预+PCIA 组通过实施综合护理干预,患者及家属对镇痛治疗的护理工作的满意度明显升高,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 3 两组患者及家属对镇痛护理工作满意度比较(%)

组别	<i>n</i>	患者	家属
PCIA 组	30	78.5	82.3
护理干预+PCIA 组	30	96.2 ^a	98.1 ^a

注:与 PCIA 组相比,^a $P<0.05$ 。

3 讨 论

3.1 术后疼痛的危害主要表现在影响进食、影响睡眠,使患者产生恐惧和焦虑,也不同程度影响代谢,从而影响疾病的恢复,延长住院时间^[8]。骨科手术术后除了创伤本身引起的疼痛外,还与患肢的肿胀、肌筋膜的紧张、骨膜的刺激等密切相关,术后外固定和加压包扎都可能增加疼痛程度。这使得术后镇痛治疗成为一种需要^[9]。在临床上,为预防全髋置换手术患者深静脉血栓的发生通常会进行抗凝治疗,而静脉镇痛既避免了硬膜外留管镇痛可能导致出血的并发症,又不妨碍术后观察手术肢体的活动情况,成为相对安全的选择。PCIA 让患者在感觉疼痛时按压自控按键,在安全范围内让患者按需调控注射镇痛药的时机与剂量,是一种安全有效的镇痛方法。

3.2 一种好的镇痛方法如果没有真正实施到位,那么其效果就会大打折扣,甚至导致镇痛无效。所以,必须依靠有效的护理干预措施来保证镇痛治疗的效果。有研究显示,以护士为主导的疼痛管理模式是目前最有效的术后疼痛管理模式^[10]。而老年患者作为社会上的弱势群体,应给予更多的关心和照顾。首先应当加强与患者的沟通与交流,做好疼痛相关知识的健康教育以及患者家属的宣教工作,避免出现患者因不敢按和不会

91~95 分较满意,90 分为不满意。

1.4 统计学处理 对本临床研究的所有数据采用 SPSS13.0 进行分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,比较采用 t 检验,计数资料以率表示,比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 研究结果显示,在术后疼痛程度的比较中,护理干预+PCIA 组术后 8 h、12 h、24 h VAS 评分明显低于自控镇痛组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

按自控按键而导致疼痛不能及时缓解的情况发生^[11]。

3.3 本研究显示,在对老年全髋置换手术后 PCIA 治疗的过程中实施综合护理干预措施起到了明显的效果,不仅能够有效地减轻镇痛,提高患者的舒适度,而且,由于重视了静脉穿刺部位及镇痛泵输液通道的观察与保护,保证了镇痛泵治疗的顺利进行。其次,有效的护理观察及疼痛评估能够及时地发现问题,及时解决,减少了不良反应的发生。另外,综合护理干预有效地促进了护理服务质量水平,提高患者和家属对护理工作的满意度,值得在临床上推广和广泛运用。

参考文献

[1] 常芳,常翠英,王艳琳.外科患者术后疼痛的评估与护理[J].现代护理,2003,9(1):48.

[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] 李昂,张春玲,孙胜男.疼痛管理对老年髋部骨折患者术后的影响[J].护理学杂志,2013,28(16):18-20.

[4] 李俊豪,张帅,黄其志,等.无痛病房规范化疼痛管理应用于骨折患者疼痛控制的临床观察[J].现代诊断与治疗,2013,24(16):3719.

[5] 刘青.疼痛管理模式在创伤骨科中的护理研究[J].按摩与康复医学,2014,5(6):143.

[6] 汤丽萍.疼痛管理模式在骨折患者术后的护理研究[J].中国医药指南,2014,12(1):221.

[7] 章赛莲.无痛病房管理在骨科围手术期患者中的应用[J].中国医学创新,2013,10(33):58-59.

[8] 李凤兰,廖灯彬,刘晓艳,等.系统规范疼痛管理对四肢骨折患者疼痛控制满意度的影响[J].四川医学,2014,35(1):145-146.

[9] 胡三莲,黄健.急性下肢骨折患者术前疼痛管理的现状调查[J].解放军护理杂志,2014,31(1):49-51.

[10] 丁文玲.持续质量改进在骨创伤患者疼痛管理中的应用[J].齐鲁护理杂志,2014,20(4):108-109.

[11] 曾燕玲,张跃,唐荣德,等.疼痛管理模式在创伤骨科中的护理研究[J].吉林医学,2013,34(20):4147-4149.