

- 华男科学杂志,2017,23(2):173-177.
- [4] 杨志鹏,宋寿安,姜叶舟,等. 切开挂线联合甲硝唑与左氧氟沙星对肛周脓肿感染患者病原菌及血浆内毒素水平的影响[J]. 中华医院感染学杂志,2017,27(23):5387-5390.
- [5] 帅丽华,姜登钊,刘怀,等. 黄连-左氧氟沙星联合用药对多重耐药大肠埃希菌的体外抗菌活性研究[J]. 中国医院药学杂志,2017,37(5):418-420.
- [6] 张双梅,刘恒丽,杨欣平,等. 云南省 HIV/AIDS 合并耐药结核病人的筛查结果:附 6 例临床分析[J]. 中国艾滋病性病,2018,24(5):103-115.
- [7] CEYSSSENS P J, SOETAERT K, TIMKE M, et al. Matrix-assisted laser desorption ionization-time of flight mass spectrometry for combined species identification and drug sensitivity testing in mycobacteria[J]. J Clin Microbiol, 2017, 55(2):624-651.
- [8] 崔哲哲,林玫,蓝如束,等. 症状筛查与影像学检查在结核杆菌/艾滋病病毒双重感染监测中的应用评价[J]. 现代临床探讨 • DOI:10.3969/j. issn. 1672-9455. 2020. 02. 026
- [9] HEALAN A M, GRIFFISS J M, PROSKIN H M, et al. Impact of rifabutin or rifampin on bedaquiline safety, tolerability, and pharmacokinetics assessed in a randomized clinical trial with healthy adult volunteers[J]. Antimicrob Agents Chemother, 2017, 62(1):855-917.
- [10] 曹译丹,刘鑫,王晓庆,等. 头孢呋辛与左氧氟沙星治疗泌尿系统感染疗效观察及对炎症因子的影响[J]. 中华医院感染学杂志,2018,28(1):44-46.
- [11] 刘杰,韩冬会,韩志勇. 左氧氟沙星方案对肺结核患者痰转阴、不良反应及生存质量的影响[J]. 中国地方病防治杂志,2017,82(4):39-52.
- [12] 程健,孙丙虎,胡志亮,等. 结核菌感染 T 细胞斑点试验在艾滋病合并活动性肺结核诊断中的应用[J]. 中国艾滋病性病,2017,23(1):79-80.
- (收稿日期:2019-05-10 修回日期:2019-08-27)

规范化疼痛护理在食管癌患者中的应用及对疼痛状态和心理应激的影响

饶 锐

湖北省肿瘤医院胸外骨软组织外科,湖北武汉 430000

摘 要:目的 探讨规范化疼痛护理在食管癌患者中的应用及对疼痛状态、负性情绪和心理韧性的影响。方法 按照入院顺序将在该院拟行手术的 86 例食管癌患者分为观察组和对照组,每组各 43 例,观察组于围术期实施规范化疼痛护理,对照组实施常规疼痛护理。比较两组患者术后 3、6、12、24 h 疼痛程度[视觉模拟评分法(VAS)]评分及出院时心理韧性量表(CD-RISC)评分差异,观察入院时、术后 12 h 负性情绪[Zung 抑郁自评量表(SDS)、焦虑自评量表(SAS)]变化,以及术后 72 h 不良反应(恶心呕吐、尿潴留、嗜睡、肺部并发症)发生情况。结果 观察组患者术后 3、6、12、24 h VAS 评分均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);两组患者术后 12 h SDS、SAS 评分均低于入院时,且观察组患者术后 12 h SDS、SAS 评分均低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者 CD-RISC 中乐观性、坚韧性、力量性评分均明显高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者术后 72 h 内恶心呕吐、尿潴留、嗜睡、肺部并发症发生率均低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 食管癌患者围术期实施规范化疼痛护理镇痛效果确切,可改善患者负性情绪,增强心理韧性,减少术后并发症发生率。

关键词:规范化疼痛护理; 食管癌; 疼痛状态; 负性情绪; 心理韧性

中图分类号:R473.73

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2020)02-0229-03

食管癌在我国是一种比较常见的消化道肿瘤,具有较高的发病率和致死率,以进行性吞咽困难为典型表现^[1]。手术切除是目前临床治疗食管癌的首选措施,而手术作为一种创伤性刺激,可引起患者术后发生疼痛反应。开胸手术后患者常感受到剧烈且持续的疼痛,不仅影响术后康复进程,还可能增加并发症发生的风险^[2],加之患者由于疾病危及生命安全而产生的恐惧、焦虑等负性情绪,可对其心理健康产生消极影响。因此,于围术期实施有效的疼痛护理管理具有十分重要的意义。近年来,国内医院对疼痛管理的重视程度逐渐提高,但仍处于探索阶段,目前的疼痛管理模式仍以麻醉科医生为实施主体^[3],护理人员只

发挥被动执行医嘱的作用,因此成效不佳。基于此,本研究对疼痛护理管理工作进行规范化,并用于食管癌围术期的护理,观察其应用效果,镇痛效果明显,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 1 月至 2018 年 1 月本院收治的拟行择期手术的 86 例食管癌患者作为研究对象,按照入院顺序分为观察组(规范化疼痛护理)和对照组(常规疼痛护理),每组各 43 例。两组患者入院时性别、年龄、癌症分期、学历等一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,见表 1。

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准 (1)确诊为食管癌^[4]且拟行择期手术者;(2)沟通能力与依从性良好者;(3)对本研究知情同意并签署知情同意书者。

1.2.2 排除标准 (1)有胸、腹部手术史者;(2)存在严重智力、精神障碍者;(3)对本研究所使用的镇痛药物过敏者;(4)药物、乙醇成瘾者。

表 1 两组患者入院时一般资料比较

组别	n	性别[n(%)]		年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	癌症分期[n(%)]		学历[n(%)]		
		男	女		I 期	II 期	初中及以下	中专/高中	大专及以上
观察组	43	25(58.14)	18(41.86)	52.76±4.38	23(53.49)	20(46.51)	23(53.49)	11(25.58)	9(20.93)
对照组	43	24(55.81)	19(44.19)	51.97±4.63	21(48.84)	22(51.16)	18(41.86)	13(30.23)	12(27.91)
t/ χ^2		0.047		0.813	0.186		1.069		
P		0.828		0.419	0.667		0.285		

1.3 方法 对照组患者实施传统模式下的常规疼痛护理,具体包括:术前宣教,在医生指导下进行镇痛,并对患者进行简单的心理引导。观察组患者在对照组基础上实施规范化疼痛护理,具体如下:(1)护理人员疼痛护理培训,培训项目包括围术期镇痛理念、护理流程、疼痛的评估与处理、镇痛药物的正确使用与不良反应等内容。(2)患者及家属疼痛教育,科室自制疼痛知识宣传册,入院时发放给患者及家属,向他们介绍疼痛的原因、疼痛可能导致的并发症;教会患者及家属使用疼痛评分工具进行疼痛分级与评估;指导患者及家属正确使用镇痛药物,告知他们镇痛药物可能引起的不良反应;教会患者及家属使用多种缓解疼痛的方法。(3)疼痛追踪评估与记录,从术后 3 h 开始对患者进行疼痛程度评估,由医生根据患者疼痛程度实施镇痛。(4)镇痛护理,根据超前镇痛原则,于手术后患者清醒时予以自控镇痛泵镇痛,指导患者根据疼痛情况追加剂量;采取非药物镇痛措施,包括家属陪伴、播放音乐等方式转移患者注意力;对骨隆突处(避开四肢)进行按摩。

1.4 评估标准

1.4.1 疼痛程度评估^[5] 分别于术后 3、6、12、24 h 采用视觉模拟评分法(VAS)评价两组患者疼痛程度。使用长 10 cm 的游标卡尺,标有 10 个刻度,两端分别表示 0 分、10 分,0 分表示无痛,10 分表示最剧烈的疼痛,患者自己在刻度上标出代表自己疼痛的位置。

1.4.2 负性情绪评价^[6] 分别于入院时及术后 12 h 采用 Zung 抑郁自评量表(SDS)与焦虑自评量表(SAS)评估患者抑郁程度和焦虑程度,量表评分越高表明抑郁、焦虑程度越重。SAS、SDS 评分=各项条目累计分数/80。

1.4.3 心理韧性评价^[7] 采用心理韧性量表(CD-RISC),从乐观性、坚韧性、力量性 3 个方面评估患者心理韧性。量表包含 25 个项目,每个项目评分范围为 0~4 分,分值越高表明患者心理韧性越强。

1.5 观察指标 分别比较两组患者术后 3、6、12、24 h VAS 评分及出院时 CD-RISC 评分差异,观察入院时、术后 12 h 负性情绪(SDS、SAS 评分)变化,以及

术后 72 h 不良反应(恶心呕吐、尿潴留、嗜睡、肺部并发症等)发生情况。

1.6 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行数据分析处理,计数资料以例数或百分率表示,两组间比较采用 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,两组间比较采用 t 检验。以 P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后不同时间 VAS 评分比较 见表 2。观察组患者术后 3、6、12、24 h VAS 评分均明显低于对照组,差异均有统计学意义(P<0.05)。

表 2 两组患者术后不同时间 VAS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	术后 3 h	术后 6 h	术后 12 h	术后 24 h
观察组	43	2.83±1.32	2.57±1.26	2.63±1.27	2.59±1.30
对照组	43	6.37±1.14	5.96±1.23	5.97±1.19	5.47±1.21
t		13.309	12.625	12.401	10.634
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组患者 SDS、SAS 评分比较 见表 3。两组患者术后 12 h SDS、SAS 评分均低于入院时,差异均有统计学意义(P<0.05);且观察组患者术后 12 h SDS、SAS 评分均低于对照组,差异均有统计学意义(P<0.05)。

表 3 两组患者 SDS、SAS 评分比较(n=43, $\bar{x}\pm s$,分)

组别	时间	SDS 评分	SAS 评分
观察组	入院时	0.81±0.13	0.67±0.13
	术后 12 h	0.37±0.15	0.28±0.08
	t1	20.609	24.356
P1		<0.001	<0.001
对照组	入院时	0.77±0.10	0.69±0.16
	术后 12 h	0.58±0.15	0.54±0.19
	t2	9.967	5.621
P2		<0.001	<0.001
t3		6.492	3.960
P3		<0.001	<0.001

注:t1、P1 表示观察组术后 12 h 与入院时比较;t2、P2 表示对照组术后 12 h 与入院时比较;t3、P3 表示观察组与对照组术后 12 h 比较。

2.3 两组患者 CD-RISC 评分比较 见表 4。观察组

患者 CD-RISC 中乐观性、坚韧性、力量性评分均明显高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表 4 两组患者 CD-RISC 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)				
组别	<i>n</i>	乐观性	坚韧性	力量性
观察组	43	26.37±2.35	44.63±3.16	14.12±2.09
对照组	43	15.43±3.21	30.27±3.12	7.57±2.97
<i>t</i>		18.033	21.205	8.216
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001

2.4 两组患者术后不良反应发生情况比较 见表 5。观察组患者术后 72 h 内恶心呕吐、尿潴留、嗜睡、肺部并发症发生率均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表 5 两组患者术后不良反应发生情况比较[<i>n</i> (%)]					
组别	<i>n</i>	恶心呕吐	尿潴留	嗜睡	肺部并发症
观察组	43	2(4.65)	1(2.33)	1(2.33)	2(4.65)
对照组	43	12(27.91)	6(13.95)	7(16.28)	8(18.60)
χ^2		8.531	3.888	4.962	4.074
<i>P</i>		0.003	0.049	0.026	0.044

3 讨 论

食管癌手术创伤较大,一方面,手术期间造成的肌肉组织拉伤和神经损伤可产生术后剧烈疼痛;另一方面,坚硬的胸腔引流管可随患者呼吸而对胸膜形成持续刺激,因而导致术后持续且剧烈的疼痛反应。术后疼痛使切口处肌肉张力增大,影响患者术后下床活动与康复训练;患者为了避免伤口撕裂疼痛而控制咳嗽反应,影响其正常的咳痰和呼吸功能,危害肺通气功能,增加肺部感染等并发症发生的风险^[8]。因此,对食管癌患者围术期实施有效的疼痛护理管理措施,对于改善手术预后,加速术后恢复进程具有重要意义。

规范化疼痛护理是一种新型疼痛管理模式,旨在将疼痛护理进行优化、规范化。区别于传统模式下护理人员被动执行临床或麻醉科医生的医嘱,规范化疼痛护理可发挥护理人员的主动作用,增加护患交流机会,因而可更规范、有效开展护理工作。本研究重点强调疼痛宣教,使患者对术后疼痛形成全面、正确的认知,告知其手术、护理流程及镇痛措施,缓解其焦虑、恐惧情绪,提高其配合的积极性和依从性。本研究结果显示,实施规范化疼痛护理的观察组患者术后 12 h SDS 与 SAS 评分均明显低于对照组,提示规范化疼痛护理模式可缓解患者焦虑、抑郁情绪,这归功于术前疼痛教育的积极作用。本研究结果显示,观察组患者术后 3、6、12、24 h VAS 评分均明显低于对照组,表明应用规范化疼痛护理可明显提高镇痛效果,这与本研究所遵循的超前镇痛原则有密切关系。超前镇痛原则即是在患者感受到疼痛之前即实施镇痛,

抑制中枢敏化,将伤害性刺激减轻至可耐受水平^[9],使患者在无痛状态下接受治疗。

创伤性手术及术后疼痛对于患者而言是较强烈的应激刺激,因而对于患者的心理韧性是一种考验。心理韧性是指在重大的应激刺激或压力下,患者恢复正常心理状态的能力,对于接受创伤性手术的患者而言,心理韧性越强,表明其对于身心痛苦的承受和缓解能力越好^[10]。因此,本研究将护理后患者的心理韧性作为护理效果的评价标准之一,结果显示,观察组患者 CD-RISC 中乐观性、坚韧性、力量性 3 个纬度评分均明显高于对照组,提示规范化疼痛护理可增强患者心理韧性,使患者更积极地配合治疗和护理,这也是改善负性情绪的可能机制之一。除此之外,观察组患者恶心呕吐、尿潴留、嗜睡、肺部并发症发生率均低于对照组,表明规范化疼痛护理可减少术后不良反应发生率,这与超前镇痛措施有密切关系。

综上所述,对食管癌患者围术期实施规范化疼痛护理,镇痛效果明显优于传统镇痛管理模式,可改善患者负性情绪,增强心理韧性,减少术后疼痛引起的并发症,具有较高的临床应用价值。

参考文献

[1] 陈雯,吴兰笛,王远东,等.食管癌病人术后急性疼痛强度分析[J].护理研究,2014,28(4):481-482.

[2] 赵龙.不同手术方式对食管癌患者疼痛应激及消化功能的影响[J].海南医学院学报,2016,22(6):565-567.

[3] 许庆珍,何静,宋瑰琦,等.规范化疼痛护理管理体系对食管癌患者围手术期焦虑及疼痛的影响[J].安徽医学,2016,37(2):206-209.

[4] 中华医学会消化内镜学分会,中国抗癌协会肿瘤内镜专业委员会.中国早期食管癌筛查及内镜诊治专家共识意见精简版(2014 年,北京)[J].中华消化杂志,2015,35(5):294-299.

[5] 李丽萍,黄炳强,刘宿,等.老年患者术后认知功能评价与疼痛视觉模拟评分的相关性研究[J].第三军医大学学报,2010,32(11):1226-1228.

[6] 张丽君,黄淑田,孙丽丽,等.冠心病伴焦虑、抑郁症状患者实施心理干预的效果评价[J].中国心血管病研究,2014,12(11):965-968.

[7] 赵雯雯,郑珊红,张爱华.癌症患者心理弹性水平及其影响因素研究[J].护理学杂志,2015,30(3):22-25.

[8] 姜徽,李元海,周磊,等.不同镇痛方法对老年食管癌患者术后疼痛及早期认知功能的影响[J].临床麻醉学杂志,2016,32(5):472-475.

[9] 王君慧,汪晖,董翠萍.超前镇痛护理理念用于食管癌患者术后镇痛[J].护理学杂志,2012,27(14):17-19.

[10] 张超,王爱平,景丽伟,等.胃癌患者焦虑状况与心理韧性及希望水平的相关性[J].中国医科大学学报,2016,45(8):739-741.