

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2022.20.030

# 穴位埋线疗法对重症医学科老年危重症患者疼痛应激反应的影响

吕海霞<sup>1</sup>, 张彦<sup>1</sup>, 郝小英<sup>2</sup>, 贺巧丽<sup>3△</sup>

陕西省神木市医院:1. 重症医学科;2. 心内科;3. 老年科, 陕西神木 719300

**摘要:**目的 分析穴位埋线疗法对重症医学科老年危重症患者疼痛应激反应的影响。方法 回顾性分析该院重症医学科 2018 年 6 月至 2021 年 6 月收入的 90 例老年危重症患者临床资料,依据采取的护理模式分为两组,每组各 45 例。对照组采取重症医学科无痛病房护理,观察组加用穴位埋线疗法,比较两组患者疼痛应激反应指标(疼痛评分、心率、收缩压、舒张压)、匹兹堡睡眠质量指数、生存质量评分差异。结果 护理前两组患者的疼痛应激反应指标、匹兹堡睡眠质量指数、生存质量评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),护理后疼痛应激反应指标、匹兹堡睡眠质量指数较各组护理前下降,生存质量评分较各组护理前上升,且观察组的疼痛应激反应指标、匹兹堡睡眠质量指数低于对照组,生存质量评分高于对照组,差异有统计学意义(均  $P<0.05$ )。结论 穴位埋线疗法有助于抑制重症医学科老年危重症患者疼痛应激反应、改善其睡眠质量与生存质量,具有广阔的推广使用前景。

**关键词:**重症医学科; 老年危重症患者; 穴位埋线疗法; 疼痛应激反应**中图分类号:**R473**文献标志码:**A**文章编号:**1672-9455(2022)20-2857-03

疼痛被世界卫生组织确定为“第五大生命体征”,为令患者感觉与情绪上的不快主观感受<sup>[1]</sup>。重症医学科为目前我国医疗卫生机构收治急危重症患者而设立的临床科室,对挽救患者生命安全、降低致残率及患者和家庭经济负担起到了重要的作用<sup>[2]</sup>。重症医学科收治的老年危重症患者具有病情复杂的特点,经常需要侵入式操作以及留置各种管路,给其机体带来了较为严重的创伤,由此所致的疼痛应激反应明显<sup>[3]</sup>。缓解疼痛是患者的合理诉求,也是护理工作需重点关注和解决的问题<sup>[4]</sup>。无痛病房护理模式为现代医学模式下衍生出来的新型护理模式,旨在通过行之有效的护理举措达到降低或者是消除患者的疼痛感、提升其身心舒适度的目的<sup>[5]</sup>。目前无痛病房护理模式已经在骨科病房护理中得到了一定的应用并取得了较大的成效<sup>[6]</sup>,但重症医学科患者疼痛持续时间且剧烈,实施无痛病房护理模式亦难以取得预期效果。作为我国祖传医学,中医止痛方案众多,将中医适宜技术与重症医学科无痛病房护理有机结合成为进一步提升镇痛效果的重要思路,故本研究对此展开分析,内容如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取神木市医院重症医学科 2018 年 6 月至 2021 年 6 月收治的 90 例老年危重症患者为研究对象,采用回顾性分析法对其资料进行分析,依据采取的护理模式分为两组,每组各 45 例。对照组:男 25 例,女 20 例;年龄 62~76 岁,平均(66.69±3.68)岁;疾病类型包括颅脑损伤 25 例(轻型颅脑损伤 20 例、重型颅脑损伤后神志清醒 5 例)、重症急性

胰腺炎 12 例、感染性休克 8 例;急性生理与慢性健康评分 II 评分 17~33 分,平均(25.00±8.00)分。观察组:男 27 例,女 18 例;年龄 60 岁~76 岁,平均年龄(66.62±3.61)岁;病症类型:颅脑损伤 23 例(轻型颅脑损伤 20 例、重型颅脑损伤后神志清醒 3 例)、重症急性胰腺炎 14 例、感染性休克 8 例;急性生理与慢性健康评分 II 评分 16~35 分,平均(25.50±6.50)分。纳入标准:(1)年龄≥60 岁者;(2)意识清醒,具备良好的认知能力与理解能力,能够配合量表调查者;(3)临床资料完整,无影响研究开展的缺失项者。排除标准:(1)植物生存状态或者是严重意识障碍者;(2)病情危重,预期存活时间不足 2 周者;(3)终末期恶性肿瘤所致的癌痛患者;(4)吞咽障碍者。两组患者一般资料间差异无统计学意义( $P>0.05$ ),有可比性。本研究已经通过医院伦理委员会审查。

## 1.2 方法

**1.2.1 对照组** 采取重症医学科无痛病房护理,调节温湿度营造良好的病房环境,维持舒适体位或者功能体位,遵医嘱肠内/肠外营养支持,密切观察病情变化情况,记录 24 h 液体出入量,帮助患者做好个人卫生清洁,每天定时清洁患者口腔、会阴,妥善固定各种管路并做好管路护理,仔细清洁呼吸道分泌物,维持呼吸道通畅。由责任护士利用视觉模拟评分法对患者疼痛程度进行评估,绘制疼痛记录单并总结其疼痛变化规律,先遵医嘱使用非成瘾性的止痛药物予以镇痛,患者主诉镇痛效果不佳时告知主治医师并选用阿片类药物予以镇痛,从小剂量开始使用并密切注意患者用药的成瘾性。

△ 通信作者, E-mail:329237100@qq.com.

**1.2.2 观察组** 在重症医学科无痛病房护理基础上使用穴位埋线疗法,选取患者的合谷穴、外关穴、足三里穴,利用碘附仔细消毒以上穴位的皮肤组织。采用镇江高冠医疗器械有限公司生产的一次性埋线针,将上海天清生物材料有限公司生产的 1 cm 的医用可吸收缝合线置入以上穴位内。

**1.3 观察指标** (1)疼痛应激反应:包括疼痛评分、心率、收缩压、舒张压,其中疼痛评分于护理前、护理 14 d 后利用视觉模拟评分法<sup>[7]</sup>评定,满分 10 分,得分越高痛感越强烈;心率、收缩压、舒张压,于护理前、护理 14 d 后由监护仪器采集。(2)匹兹堡睡眠质量指数:于护理前、护理后利用匹兹堡睡眠质量指数评定量表<sup>[8]</sup>评定,满分 21 分,分值越高睡眠质量越差。(3)生存质量评分:包括生理(6 个条目)、心理(7 个条目)、社会关系(3 个条目)、环境(8 个条目),于护理前、护理 14 d 后利用生存质量测定量表简表<sup>[9]</sup>评定,每个条目均采用 1~4 分评价,分值越高生存质量越高。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS25.0 统计软件对数据进行处理。呈正态分布且方差齐的计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用独立 *t* 检验,组内比较采用配对 *t* 检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

**2 结 果**

**2.1 两组患者的疼痛评分、匹兹堡睡眠质量指数比较** 护理前两组患者的疼痛评分、匹兹堡睡眠质量指

数比较,差异无统计学意义(*P* > 0.05),护理后较各组护理前下降,且观察组的疼痛评分、匹兹堡睡眠质量指数低于对照组,差异均有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 1。

**2.2 两组患者的心率、收缩压、舒张压比较** 护理前两组患者的心率、收缩压、舒张压比较,差异无统计学意义(*P* > 0.05),护理后较各组护理前下降,且观察组的心率、收缩压、舒张压低于对照组,差异均有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 2。

表 1 两组患者的疼痛评分、匹兹堡睡眠质量指数比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	n	疼痛评分		匹兹堡睡眠质量指数	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	45	6.33 ± 1.07	1.89 ± 0.31*	14.37 ± 1.43	5.25 ± 1.35*
对照组	45	6.30 ± 1.04	2.77 ± 0.28*	14.41 ± 1.39	8.40 ± 1.41*
<i>t</i>		0.135	-14.132	-0.135	-10.825
<i>P</i>		0.447	<0.001	0.447	<0.001

注:与护理前比较,\**P* < 0.05。

**2.3 两组患者的生存质量评分比较** 护理前两组患者的生存质量评分比较,差异无统计学意义(*P* > 0.05),护理后较各组护理前上升,且观察组的生存质量评分高于对照组,差异均有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 3。

表 2 两组患者的生命体征指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	心率(次/分)		收缩压(mm Hg)		舒张压(mm Hg)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	45	94.50 ± 2.50	73.00 ± 2.00*	124.79 ± 5.41	107.60 ± 4.34*	85.67 ± 3.33	71.21 ± 2.09*
对照组	45	95.00 ± 3.00	78.50 ± 2.50*	124.85 ± 5.50	115.42 ± 3.29*	85.64 ± 3.39	76.77 ± 2.13*
<i>t</i>		-0.859	-11.524	-0.052	-9.632	0.042	-12.499
<i>P</i>		0.196	<0.001	0.479	<0.001	0.483	<0.001

注:与护理前比较,\**P* < 0.05。

表 3 两组患者的生存质量评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	n	生理		心理		社会关系		环境	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	45	7.58 ± 1.62	20.33 ± 1.47*	8.43 ± 1.37	23.26 ± 1.54*	3.89 ± 0.24	9.87 ± 1.03*	10.08 ± 1.42	26.82 ± 1.28*
对照组	45	7.55 ± 1.59	17.69 ± 1.42*	8.47 ± 1.33	19.10 ± 1.61*	3.92 ± 0.27	7.60 ± 1.07*	10.11 ± 1.47	22.79 ± 1.35*
<i>t</i>		0.089	8.665	-0.141	12.526	-0.557	10.253	-0.098	14.532
<i>P</i>		0.465	<0.001	0.444	<0.001	0.289	<0.001	0.461	<0.001

注:与护理前比较,\**P* < 0.05。

**3 讨 论**

随着人口老龄化问题的愈演愈烈,老年人成为急慢性疾病的主要发病人群,也是重症医学科的主要群体<sup>[10]</sup>。侵入式操作以及置管在老年急危重症患者中

十分常用,尽管有助于疾病的治疗,但却会给患者机体带来了一定的创伤<sup>[11]</sup>。此外,随着年龄的增加,老年急危重症患者疼痛阈值下降,对疼痛更为敏感,由此使其疼痛应激反应更为明显<sup>[12]</sup>。疼痛应激反应不

仅会加重患者病情,还对其睡眠质量、生存质量带来不利影响,所以实施良好的护理以降低疼痛应激反应尤为重要<sup>[13]</sup>。

本研究中两组患者护理后的疼痛应激反应指标、匹兹堡睡眠质量指数均明显下降,而生存质量评分则明显上升,并且观察组的各指标数值较对照组更佳,表明穴位埋线疗法不仅有助于抑制老年危重症患者的疼痛应激反应,还可以改善其睡眠质量及生存质量,具有广阔的推广使用前景。总结原因如下:疼痛为患者最普遍的主诉之一,特别是在侵入式操作以及置管后更是尤为明显。疼痛的发生以及具体强度与疼痛信号传递、伤害性感受器获取的刺激有关<sup>[14]</sup>。受制于传统观念束缚,老年危重症患者对疼痛的理解存在误区,使其往往选择依靠自身的意志忍受疼痛,而在常规护理中医务人员也只是在患者难以忍受的剧烈疼痛后予以镇痛护理,由此对全身多个系统带来不利影响<sup>[15]</sup>。重症医学科无痛病房护理脱胎于无痛病房护理理念,充分贯彻“以患者为服务中心”工作理念,通过多元化的护理举措,如:营房环境营造、依据疼痛记录单数据有计划的“阶梯给药”等实现显著降低机体疼痛应激反应的目的。但由于重症医学科老年危重症患者管路众多且侵入式操作频繁,单纯实施重症医学科无痛病房护理取得的效果并非十分理想,尤其是成瘾性的阿片类药物长期应用容易产生药物成瘾性,而患者在重症医学科住院时间普遍较长,故探索更为有效的镇痛举措尤为重要。穴位埋线疗法为中医埋藏疗法的重要代表,可将吸收羊肠线置入穴位内实现预期治疗目的。合谷穴具有镇静止痛、清热解表、通经活络的功能,被誉为人体随身携带的“止痛片”,外关穴可清热解毒、解痉止痛、通经活络,足三里穴具有补中益气、疏通经络、匡扶正气、和络止痛之功效,于以上穴位埋线能够刺激患者持续释放脑内啡物质,后者属于内生性的啡啡,形成良好的镇痛效果<sup>[16]</sup>。此外,穴位埋线疗法具有作用时间长的特点,埋入的医用可吸收缝线吸收完毕之后才会失去镇痛作用,由此使得重症医学科老年危重症患者从中获益最大化。但是,需要指出的是,穴位埋线疗法与重症医学科无痛病房护理有机结合尚处于摸索阶段,本研究所得结果仍需今后临床研究予以证实。

综上所述,穴位埋线疗法有助于抑制重症医学科老年危重症患者疼痛应激反应、改善其睡眠质量与生存质量,具有广阔的推广使用前景。

## 参考文献

[1] YEARY J, GRECO A, MCKNIGHT R, et al. Adjusted vs

total body weight-based dosing of sedation and analgesia used in the intensive care unit[J]. Hosp Pharm, 2020, 55(6):400-404.

- [2] 黄彩云, 庞杰媚, 蒋林洪, 等. 重症医学科亚专科护理模式构建与实施效果[J]. 护理管理杂志, 2021, 21(5): 355-359.
- [3] 曹海娜. 无痛病房护理模式对四肢骨折患者围术期镇痛效果分析[J]. 山西卫生健康职业学院学报, 2020, 30(2): 107-109.
- [4] STAMER U M, ERLLENWEIN J, FREYS S M, et al. Perioperative analgesia with nonopioid analgesics: Joint interdisciplinary consensus-based recommendations of the German Pain Society, the German Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine and the German Society of Surgery[J]. Schmerz, 2021, 35(4): 265-281.
- [5] 曾纯, 吴燕. 无痛病房护理管理对胆石症患者术后疼痛及康复效果的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2019, 25(12): 81-83.
- [6] 黄春霞, 万毅超. 浅谈无痛病房管理模式应用在骨科疼痛护理中的效果[J/CD]. 心血管外科杂志(电子版), 2020, 9(2): 171.
- [7] 饶银. 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[J]. 检验医学与临床, 2020, 17(2): 229-231.
- [8] 黄琦. 无痛病房模式对肛肠术后患者疼痛及睡眠的影响分析[J]. 世界睡眠医学杂志, 2020, 7(4): 583-584.
- [9] 卢凤丽, 李艳梅. 无痛护理病房对晚期癌症患者的干预效果及临终关怀分析[J]. 国际护理学杂志, 2019, 38(10): 1478-1481.
- [10] 张利, 巫娜, 廖娟, 等. 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[J]. 蚌埠医学院学报, 2019, 44(8): 1115-1117.
- [11] 臧建成, 李丹, 石磊, 等. “快乐骨科”的起源、发展和临床实践[J]. 医学与哲学, 2020, 41(8): 64-67.
- [12] 陈丽萍, 黄海花, 杨群有. 无痛病房管理应用于老年粗隆间骨折患者疼痛护理中的效果[J/CD]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(51): 162.
- [13] 孔竹青, 智晓旭, 冯丽丽, 等. 无痛护理模式在肺癌胸腔镜手术患者围术期的应用及疗效比较[J]. 皖南医学院学报, 2021, 40(2): 195-197.
- [14] 颜琴. 无痛病房护理管理模式在创伤骨科患者中的应用[J]. 当代护士(中旬刊), 2019, 26(3): 151-152.
- [15] 杨娟, 苏敏. 无痛病房护理模式在膝关节单髁置换患者中的应用[J]. 中国伤残医学, 2020, 28(9): 76-77.
- [16] 田琳, 李戈, 王佛有. 中医结合三阶梯止痛法综合治疗癌性疼痛的临床研究[J]. 实用中医内科杂志, 2020, 34(1): 68-71.

(收稿日期: 2022-02-10 修回日期: 2022-06-18)