

护理干预对普外科术后疼痛的影响效果分析

庞晶 王静静

淄博市市级机关医院 山东 淄博 255000

摘要:目的:分析护理干预对普外科术后疼痛的应用效果。方法:选取2022年9月-2023年9月本院92例行普外科手术者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组46例,行常规护理,观察组46例,加强疼痛护理,比较两组护理效果。结果:观察组的SF-36评分和术后镇痛需求率明显高于对照组,首次肛门排气时间、首次下床时间、术后1h、6h、12h、24h和48h的VAS评分均明显低于对照组($P < 0.05$)。结论:对行普外科手术者加强疼痛护理,能有效减轻疼痛,提升生活质量,缩短术后恢复时间,具有推广价值。

关键词:护理干预;普外科;疼痛;生活质量

人体组织有潜在损伤或出现损伤后,滋长出不愉快信息,进而引发疼痛。普外科手术进行后,普遍存在疼痛,其属于组织受损后及修复过程中产生的正常反应^[1]。术后麻醉消失,切口表现出剧烈疼痛,一般1d内较为明显,过了2-3d后,疼痛减轻或解除,手术过程中,部分操作会牵拉到内脏,对肢体动作产生限制,引发疼痛,导致生理机能紊乱。疼痛较轻者,后续会自行好转,疼痛严重者,会影响到情绪,导致其波动,引发各种并发症,例如压疮、肺功能下降、肠粘连和肺炎等,更有甚者器官损伤不可逆^[2]。疼痛会诱发多种心理问题,包括恐惧、抑郁和心慌等,基于此,加强护理干预,采取有效措施减轻疼痛至关重要。本次研究以行普外科手术者为对象,分析加强疼痛护理的应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2022年9月-2023年9月本院92例行普外科手术者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组46例,男24例,女22例,年龄为18-64岁,平均年龄(45.25±4.35)岁;观察组46例,男25例,女21例,年龄为19-65岁,平均年龄(45.41±4.19)岁。两组一般资料($P > 0.05$),具有可比性。

纳入标准:行普外科手术治疗,包括疝修补术、胃肠手术、甲状腺切除、肝脏修补、阑尾切除等^[3];有完整资料;知情同意本次研究。

排除标准:恶性肿瘤;精神疾病;凝血功能障碍;免疫系统疾病;沟通、认知、理解障碍。

1.2 方法

对照组行常规护理,监测病情,观察患者表现,提供饮食指导,定时为创口换药,做好清洁工作。观察组以对照组为基础,加强疼痛护理:

1.2.1 疼痛健康教育

开展手术前,护理团队负责为患者进行健康教育,了解患者知识水平、文化程度等,制定适当干预措施,主要讲解术前准备、注意事项、手术意义等。对于不同类型手术者,讲解术后疼痛危害,强调术后镇痛积极意义,评估疼痛技术,术后引流目的、种类及部位等。经由术前宣教,纠正患者、家属认知,加强心理抵抗力,间接提升后续疼痛阈值。

1.2.2 心理干预

将心理护理贯穿手术前后,和患者之间有效交流,明确其负性心理因素、实际心理情感,提供差异化心理辅导,缓解疼痛给患者带来的恐惧、不安等情绪。保证病房安静、整洁,术后,针对家属开展必要教育,促使患者、家属和医护团队之间友好合作,创造出温馨、平和的护理氛围,通过情感支持,令患者维持乐观、轻松的心境。

1.2.3 环境干预

环境不良可能导致疼痛加重,也可能诱发疼痛,基于此,营造出轻松、温馨、整洁的环境至关重要。科学、良好的护理环境,可以尽可能起到镇静、镇痛作用。护理人员开展操作时,应秉持轻柔、准确等原则。于夜间进行护理时,建议采取壁灯,将护理工作尽可能集中在白天。护理操作时保证轻柔,尽量规避外界环境刺激,确保病房内安静,远离喧嚣。提供护理服务时,尽量减少牵拉,防止疼痛加重,包扎伤口时,严格控制好松紧度。

1.2.4 饮食干预

长时间观察行普外科手术治疗者,其术后出现并发症概率高,开展术后疼痛护理时,应格外关注。提供饮食指导,保证营养搭配合理且丰富,能及时、准确开展康复饮

食教育,加强患者、家属对术后饮食的了解。确保膳食合理,选取食物时以易消化、营养丰富为主,促进肠胃运动快速恢复;搭配好食物营养,了解患者饮食偏好,尽可能保证营养完备、均衡;康复过程中患者不能吸烟饮酒,不能食用刺激性食物,遵循少食多餐原则。

1.2.5 完善支持保障系统

分析普外科手术患者特征、医院基本情况,建立临床护理质量考核体系,完善护理制度,以促使临床护理越发系统化、全面化,提高护理质量。面对护理人员,健全护理质量考核标准,将其纳入评优、晋升的重要项目之一。

1.2.6 镇痛药物干预

针对行普外科手术者,不仅要于前期开展健康教育,后期要提供药物护理。将患者送回病房后,由护理人员负责对患者展开综合护理,深入交流、沟通,仔细观察患者表现,明确其疼痛部位及程度,准确记录,根据评估结果,选择适当镇痛药物。同时,全面分析患者年龄、精神状态、疾病情况、性格、文化程度和心理反应等,对术后疼痛进行综合评价。一般情况下,和年幼患者相比,年长患者更能耐受疼痛,和性格内向者相比,性格外向者对疼痛有更强烈反应。结合上述因素,合理选择镇痛药物,严格管给药时间和剂量,用药前确定疼痛诱因。镇痛护理并非统一化,而是根据患者情况

适当调整,防范异常表现,例如呕吐、过度镇静和呼吸抑制等。

1.2.7 培养自护能力

选取舒适、适宜体位,患者下床活动前,应先抬高一侧床头,先令其坐起,然后缓慢下床。仔细观察切口,防范因其裂开引发疼痛,主动和患者交流,转移其注意力。出现身体不适时,第一时间告诉医生,将躯体疾病排除,防范临床治疗被延误。为患者提供帮助,令其能顺利、良好处理和社会及家庭之间的关系,挖掘多系统支持源。结合患者特征,仔细观察患者表现,提供帮助及鼓励,一边锻炼其自护能力,一边缓解疼痛。

1.3 观察项目和指标

评价生活质量:借助SF-36量表^[4],纳入4个维度,均为100分。评价疼痛程度:采用VAS量表^[5],分值为0-10分,分值越高疼痛越严重。评价干预效果:观察两组术后镇痛需求;记录首次肛门排气时间和首次下床时间。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据, ($\bar{x}\pm s$)与(%)表示计量与计数资料,分别行 t 与 χ^2 检验, $P<0.05$,差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组生活质量比较

干预后两组各维度SF-36评分均明显高于干预前,观察组变化更明显($P<0.05$)。详见表1。

表1 两组生活质量比较[n($\bar{x}\pm s$)]

指标	时间	观察组 (n=46)	对照组 (n=46)	t	P
心理功能(分)	干预前	56.25±4.16	56.31±4.08	0.070	0.944
	干预后	88.25±4.15 ^a	67.54±4.16 ^a	23.904	0.000
生活功能(分)	干预前	57.75±3.46	57.61±4.85	0.159	0.874
	干预后	87.14±4.61 ^a	68.52±5.81 ^a	17.027	0.000
躯体功能(分)	干预前	56.47±4.41	56.61±4.38	0.153	0.879
	干预后	86.47±3.82 ^a	69.52±3.91 ^a	21.031	0.000
社会功能(分)	干预前	54.42±4.71	54.61±4.68	0.194	0.847
	干预后	85.25±3.29 ^a	70.46±4.09 ^a	19.110	0.000

注:与本组干预前比较,^a $P<0.05$ 。

2.2 两组疼痛程度比较

观察组的术后1h、6h、12h、24h和48h的VAS评分均

明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。详见表2。

表2 两组疼痛程度比较[n($\bar{x}\pm s$)]

组别	例数	术后1h(分)	术后6h(分)	术后12h(分)	术后24h(分)	术后48h(分)
观察组	46	3.33±0.16	2.86±0.35	2.02±0.37	1.83±0.25	1.20±0.25
对照组	46	3.34±0.14	3.11±0.14	2.99±0.31	2.78±0.34	2.34±0.36
t	/	0.319	4.498	13.629	15.268	17.641
P	/	0.750	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组干预效果比较

观察组的术后镇痛需求率明显高于对照组，首次肛

门排气时间和首次下床时间均明显低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表3。

表3 两组干预效果比较 [$n(\bar{x} \pm s)/(\%)$]

组别	例数	术后镇痛需求率 (%)	首次肛门排气时间 (h)	首次下床时间 (h)
观察组	46	44 (95.65)	47.62±4.63	37.75±4.16
对照组	46	36 (78.26)	57.78±4.72	48.25±4.61
t/x^2	/	6.133	10.422	11.469
P	/	0.013	0.000	0.000

3 讨论

普外科手术术后，患者普遍存在疼痛表现，属于手术创伤综合反应，例如焦虑、创伤等^[6]。人们生活水平提升，针对普外科手术、术后镇痛等，也有了更高要求。目前临床治疗疼痛时依然较为保守，大部分依然从主观层面上需要患者选择忍耐^[7]。护理人员应打破传统护理观念禁锢，围绕疼痛做好教育和处理，了解患者疼痛情况，对其疼痛程度进行精准评价，提供针对性疼痛护理服务^[8]。

多项临床研究显示，疼痛程度直接受外界环境影响，包括疏导、教育和环境等，同时也受其心理、性格和情绪等干扰^[9]。护理人员应根据实际情况，选择适当疼痛护理方法，创造出良好的环境，保证病房整洁、安静，防止对其产生过度刺激，加强疼痛宣教，加深其认知。给予患者鼓励、支持，调整其心理状态，鼓励家属多陪伴、照顾患者，特别是在其出现明显疼痛时，转移其转移力^[10]。教会患者自护技巧，通过适当措施，缓解疼痛。开展护理干预时，中心始终为患者，提供个体化、科学化服务，给予患者理解、尊重，减轻负面心理。通过有效护理，帮助患者放松身心，降低刀口部位张力，致使刀口处肌紧张度下降，缓解疼痛刺激，改善术后疼痛^[11]。本次研究结果显示和对照组比，观察组的各维度SF-36评分均更高 ($P < 0.05$)，表明加强疼痛护理能有效提高生活质量，可以从身心等多层面，提升其舒适度。观察组的术后1h、6h、12h、24h和48h的VAS评分均更低 ($P < 0.05$)，表示加强疼痛护理，可有效缓解疼痛。术前加强宣教，纠正其对于手术疼痛的认知，术后予以精细化护理，可提升护理效果。观察组的术后镇痛需求率更高，首次肛门排气时间和首次下床时间均更低 ($P < 0.05$)，代表加强疼痛护理，能促使生理功能恢复，改善生理功能^[12]。说明加强疼痛护理可以提升普外科手术效果，改善预后，加快康复进程。

综上所述，对行普外科手术者加强疼痛护理，能有

效减轻疼痛，提升生活质量，缩短术后恢复时间，具有推广价值。

参考文献

- [1]刘鑫. 循证护理联合疼痛护理对泌尿系统结石患者术后疼痛及并发症的影响[J]. 医学信息,2023,36(19):167-170.
- [2]方玲君,李丽琴. 多学科合作的疼痛护理对缓解腹腔镜下子宫肌瘤切除术后患者的疼痛作用[J]. 中国医药指南,2023,21(27):180-183.
- [3]张巧玲. 疼痛护理在慢性扁桃体炎术后患者中的应用[J]. 中国医学文摘(耳鼻咽喉科学),2023,38(5):184-187.
- [4]耿慧,杨支兰,段丽珍,曹晚霞,刘顺芳,延芝丽,刘星宇. 老年带状疱疹后神经痛疼痛护理管理的最佳证据汇总分析[J]. 护理实践与研究,2023,20(17):2596-2603.
- [5]钟小燕. 疼痛护理在肺癌根治术后护理中的价值[J]. 中国医药指南,2023,21(24):159-161.
- [6]曲威. 疼痛护理管理模式在急诊创伤骨科患者中的应用效果[J]. 中国民康医学,2023,35(16):177-179.
- [7]黄倩南,程钰婷,赵芸. 规范化疼痛护理干预在小儿阑尾炎术后的临床应用效果[J]. 当代临床医刊,2023,36(4):99-100.
- [8]陈哲. 心理干预联合疼痛护理在普外科患者术后的应用效果[J]. 心理月刊,2021,16(11):207-208.
- [9]陈金花. 普外科术后疼痛护理评估及护理对策分析[J]. 心理月刊,2021,16(12):135-136.
- [10]于丽. 外科手术疼痛护理干预的研究进展[J]. 中国城乡企业卫生,2021,36(7):33-35.
- [11]唐琦颖,程应凤,张琴. 护理干预对普外科患者术后疼痛、护理满意度的影响[J]. 当代护士(下旬刊),2021,28(12):67-69.
- [12]刘霞. 浅析普外科患者的术后疼痛护理[J]. 医学食疗与健康,2021,19(13):199-200+202.