

中医护理临床路径在混合痔围手术期疼痛护理管理中的应用

袁长裕, 莫桂英, 石爱琼, 林冬寅

江门市新会区中医院, 广东 江门 529100

[摘要] 目的: 观察中医护理临床路径管理模式在混合痔围手术期患者疼痛护理管理中的应用效果。方法: 将60例混合痔择期手术患者随机分为2组各30例。对照组进行常规护理; 观察组患者在常规护理的基础上引入中医护理临床路径的管理模式进行护理干预, 比较2组患者术后8h、首次排便时、术后48h的疼痛评估数字评分法(NRS)及患者的满意度。结果: 观察组患者术后伤口NRS疼痛评分低于对照组; 患者的满意度高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 运用中医护理临床路径的管理模式可有效提高疼痛护理管理的质量, 减轻术后疼痛, 提高患者的满意度和护士的中医综合能力。

[关键词] 混合痔术后; 中医护理; 临床路径; 疼痛护理管理; 疼痛评估数字评分法(NRS)

[中图分类号] R248 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)08-0251-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.08.112

混合痔术后疼痛是困扰医患的一个棘手问题, 术后疼痛不仅会影响创面的愈合, 降低治疗效果, 且对患者生理与心理均有影响。因此, 防治痔疮术后疼痛是医护人员亟待解决的问题。中医护理临床路径是一种新型的护理管理模式, 该模式将情志、饮食、中医护理操作技术等中医内容融入临床护理路径中, 体现了中医学护理的特点和优势。本科室将中医护理临床路径的管理模式应用于混合痔围手术期患者的术后疼痛护理管理中, 提高患者术后疼痛护理管理质量; 明显减轻患者术后的疼痛, 从而提高患者满意度的效果, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 患者基础疾病控制良好, 意识清楚, 有一定的文化水平, 表达能力正常及视力正常。

1.2 排除标准 入院前口服止痛药物、感觉障碍及中途自行出院的患者。

1.3 一般资料 观察病例为2014年12月—2015年6月在本科室作混合痔手术治疗的患者, 共60例。随机分为观察组与对照组各30例。观察组女18例, 男12例; 年龄24~65岁, 平均(28.65±3.52)岁。对照组女14例, 男16例; 年龄22~69岁, 平均(25.52±4.42)岁。2组患者年龄及性别等资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 按照常规护理方式进行护理。

2.2 观察组 在常规护理的基础上引入中医护理临床路径的管理模式进行护理。

2.2.1 准备阶段 制定中医护理临床路径效果评价表。成立

中医护理临床路径研究小组, 按照临床路径理论和基本项目框架, 通过广泛查阅相关文献, 制定疼痛知识的调查表, 分别对住院患者和全科护士进行疼痛知识的调查。(1)“混合痔患者围手术期疼痛中医护理临床路径效果评价表”。主要包括以下几项内容: 以住院时间为时间轴, 观察施行的各项护理措施, 评价护理效果。(2)制定混合痔术后疼痛管理流程。以发挥中医特色止痛疗法和严格按照WHO三阶梯镇痛原则给予疼痛干预。疼痛处理流程: ①入院当天评估疼痛的经历, 止痛药的认识, 疼痛体验经历及需求。②发放宣传手册, 实施科内制定的疼痛中医临床护理路径效果评价表。③选择疼痛评估数字评分法(NRS)评分方法进行疼痛评分。评分时间为术后8h、首次排便时、术后48h。④疼痛的处理: A.NRS评分≤3分时, 实施非药物干预。B.NRS评分4~6分及时报告医生, 按医嘱予中医止痛疗法(艾箱灸、穴位按摩、耳穴贴压)或加用口服止痛药。C.NRS评分7~10分, 报告医生, 按医嘱肌内注射双氯芬酸钠利多卡因等止痛药物治疗, 注意观察药物的不良反应。D.做好观察记录, 肌内注射药物30min或口服药物1h后评估疼痛评分, 随后每4h进行评估, 直至疼痛评分≤3分。

2.2.2 组织培训与考核 组织全体护理人员进行中医护理临床路径的使用方法、注意事项以及疼痛管理流程的内容作系统培训与考核。内容包括: (1)镇痛的新理念。(2)疼痛的病理生理。(3)疼痛的评估方法、镇痛穴位的取穴方法。(4)本科常用镇痛药的作用与临床不良反应。(5)中医特色治疗疼痛的方法。包括耳穴贴压、艾箱灸、中药熏洗、穴位按摩等中医护理技术操作及相关知识。以上培训内容制成图文并茂宣传小册子, 存放

[收稿日期] 2016-03-15

[作者简介] 袁长裕(1971-), 女, 主管护师, 主要从事临床护理工作。

于医护办公室和每一个病房资料篮内,供护士与患者阅读。

2.2.3 实施 责任护士对患者按时间计划具体实施护理措施。并根据患者的情况,采取合适的方式对患者进行治疗方案及护理内容的讲解,指导患者熟悉中医特色治疗疼痛的作用与方法。使患者学会在疼痛评分3~4分时及时采用中医护理技术止痛方法提前干预,减轻疼痛。如:承山和骶尾部穴位按摩等方法,使患者及其家属能够对治疗和护理工作有更进一步的了解,并积极参与实施。护士长或高责护士每天检查和督导责任护士落实中医护理临床路径的情况。并评估护理效果,及时纠偏,保证护理质量。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 采用NRS疼痛评分及面部表情的标准观察2组患者在术后8h、首次排便时、术后48h的疼痛评分,患者的满意度。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0统计软件包进行数据分析。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,进行 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。

4 治疗结果

2组患者术后8h、首次排便时、术后48h的NRS疼痛评分及满意度情况比较,见表1。观察组与对照组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组患者术后8h、首次排便时、术后48h的NRS疼痛评分及满意度情况比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	n	NRS疼痛评分			满意度 例(%)
		术后8h	首次排便时	术后48h	
对照组	30	5.33±1.42	4.43±1.10	3.10±0.55	21(70.00)
观察组	30	3.33±1.21 ^①	3.10±1.40 ^①	2.50±0.82 ^①	29(96.67) ^①

与对照组比较,① $P < 0.05$

5 讨论

手术后疼痛的治疗已被医学界视为提高患者的安全、减少并发症、促进手术后早日康复的重要环节^[1]。混合痔术后疼痛是由于特殊的病理状态和精神因素共同造成的。从解剖因素分析,齿线以下的组织由脊神经支配,对痛觉非常敏感,受手术

刺激后可产生剧烈的疼痛^[2]。而这疼痛会对机体造成生理和心理上的影响。如何减轻患者痔术后的疼痛是我们迫不及待须解决的问题。

中医护理临床路径的确是科学的、综合的、深化整体护理的医疗护理工作模式^[3]。中医护理临床路径实施标准化的护理过程,充分发挥中西医结合护理优势,临床护理路径的实施让护士工作更有预见性、正确性和主动性,同时也使患者明确自己的护理目标,自觉参与到疾病的护理过程中来,从而减少并发症的发生,有利于患者尽快康复^[4]。

本研究结果显示,观察组术后8h、首次排便时、术后48h的NRS疼痛评分低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者满意度96.67%高于对照组70.00%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。通过对混合痔患者围手术期实施中医护理临床路径结合疼痛管理流程的使用,规范了护理行为,减少护理行为的随意性,从而规范了护理管理,提高了护士对护理工作的执行力和护士中医护理综合能力水平,提高患者术后疼痛护理管理质量,减轻患者的术后疼痛,减少并发症的发生,促进患者的康复,提高患者的满意度。

[参考文献]

- [1] 唐小征,吕照文.止痛如神汤加减联合双氯芬酸钠栓治疗混合痔外剥内扎术后伤口的临床观察[J].中医临床研究,2014,6(22):7-8.
- [2] 张东铭.大肠肛门局部解剖与手术学[M].合肥:安徽科学技术出版社,1998:24-26.
- [3] 黄惠榕,赵若华,黄锦华.中医护理临床路径在腹腔镜子宫肌瘤患者围手术期应用[J].福建中医药大学学报,2011,21(6):58-59.
- [4] 樊海英,李小红,王传恩,等.中医护理临床路径在骨痿性胸腰椎压缩性骨折非手术治疗患者中的应用[J].护理实践与研究,2015,12(1):137.

(责任编辑:刘淑婷)