

循证护理在 OSAHS 综合征术后疼痛中的运用

杨晓玲¹⁾, 谷彬¹⁾, 王桂芝¹⁾, 王丽敏¹⁾, 李翠萍²⁾, 王亚欣³⁾, 何晓光⁴⁾

(1) 唐山市协和医院耳鼻咽喉头颈外科; 2) 唐山市妇幼保健院; 3) 唐山市人民医院, 河北唐山 063000; 4) 昆明医科大学第一附属医院, 云南昆明 650032)

[关键词] 循证护理; OSAHS; 术后疼痛

[中图分类号] R473.6 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2015) 02-0177-02

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征 (obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome, OSAHS) 发病近年来呈上升趋势, 其危害性越来越受到人们的重视。而悬雍垂腭咽成形术 (uvulo palato pharyngoplasty, UPPP) 为临床治疗的主要方法, 但术后大多患者咽喉疼痛剧烈。近年来随着现代护理观念以及护理模式的不断更新, 有效控制术后疼痛已成为提高外科护理质量的重要内容之一^[1]。因此唐山市协和医院耳鼻咽喉头颈外科将循证护理应用于 UPPP 术后患者, 观察疗效如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2011 年 10 月至 2013 年 10 月间收治 120 例患者, 均通过多导睡眠监测仪 (PSG) 检查, 诊断为中度 OSAHS。依据 2002 年 4 月 OSAHS 杭州会议划分标准, 轻度: 呼吸紊乱指数 (AHI) 5~20, 最低 SaO₂ ≥ 85%; 中度: AHI 21~40, 最低 SaO₂ 65%~84%; 重度: AHI > 40, 最低 SaO₂ < 65%^[2]。随机分为对照组和观察组各 60 例。对照组: 男 50 例、女 10 例; 观察组: 男 52 例、女 8 例, 2 组平均年龄 44.5 岁, 均在全麻下行 UPPP。2 组患者的年龄、性别和手术方式等差异无统计学意义。

1.2 方法

对照组患者给予常规护理, 对照组在常规护理的基础上进行循证护理。具体如下: (1) 术前护理: 对照组, 遵医嘱进行术前准备: ①常规化验及心肺功能检查, PSG 检查; ② CPAP 治疗 3 d; ③常规全麻术前准备; ④告诉患者手术及麻醉方

式。观察组, 术前除对照组护理外: ①首先正确评估患者情况, 包括生活习惯、饮食起居, 准确记录睡眠情况, 了解患者的血压、对疼痛的耐受性、心理精神状况、文化水平、对疾病的认知程度; ②及时与患者沟通, 向患者讲解此病的发病原因、危害、手术方法、及手术效果、术后注意事项等, 消除患者的恐惧心理, 使患者以健康的心态接受手术; ③术前告知患者行 PSG 检查及治疗的必要性; ④健康教育 嘱患者加强锻炼; 戒烟酒; 保持口腔清洁; (2) 术后护理: 常规护理 (对照组): ①患者返回病房时, 给予多功能监测、吸氧; ②保持呼吸道通畅, 若痰液粘稠不易吐出, 可行雾化吸入。术后 6 h 内易发生舌后坠, 重点观察面色、呼吸、SaO₂、脉搏; ③观察伤口出血情况 术后 24 内予颈部冰敷, 有利于止血和减轻疼痛; ④饮食指导 术后 6 h 可进食少量冷流质, 鼓励患者少量多餐, 术后 2 周内禁食粗硬及刺激性食物。循证护理 (对照组): 对照组对患者加强常规护理的同时, 针对术后疼痛的时间、影响因素等采取相应的措施, 进行循证护理, 取得了较好的效果。(1) 加强心理护理, 告诉患者咽部疼痛在术后 24 h 最严重, 48 h 逐渐减轻, 使患者对疼痛提前预知, 减轻焦虑等不良情绪发生; (2) 增加护士与患者沟通, 护士应主动与患者进行沟通, 减轻患者的疑虑, 提高其对疼痛的认知和耐受性; (3) 术日嘱患者尽量少讲话, 次日鼓励并引导患者多讲话, 多饮水、多漱口, 以防术腔粘连和感染, 减轻疼痛; (4) 严格掌握药理知识正确使用止痛药物, 合理使用止痛泵, 限制使用水杨酸类止痛药物; (5) 给予湿纱布覆盖口唇或雾化吸入, 减轻伤口疼痛; (6)

[基金项目] 河北省科技局科研基金资助项目 (13130276b)

[作者简介] 杨晓玲 (1970~), 女, 河北唐山市人, 大学本科, 副主任护师, 主要从事临床护理工作。

[通讯作者] 何晓光。E-mail: hexg1018@163.com

鼓励患者术后 6 h 进冷流质饮食, 次日进半流质饮食, 护士可进行示范讲解; (7) 创造良好的病房环境, 避免不良刺激。可通过聊天、看电视、听音乐等方式转移患者的注意力。可大大减轻术后伤口疼痛的强度。

1.3 效果评价

疼痛程度是在手术后按照视觉模拟评分法。采用视觉模糊评分法 (visual analogue scale, VAS) 评估患者的疼痛程度, 评价标准按照 WHO 评价标准评定: 即采用 0~10 cm 标尺, 分为 10 个等级, 数字越大, 表示疼痛强度越大。国内临床上通常采用中华医学会疼痛医学会监制的 VAS 卡。0 表示无痛, 10 cm 代表最严重疼痛。让患者自己填写疼痛等级, 了解患者此时疼痛在标尺的哪个位置。评估标准: 轻度疼痛小于 3 cm, 中度疼痛 3~6 cm, 重度疼痛大于 6 cm^[9]。根据上述标准区分术

后疼痛情况, 完全缓解: 无疼痛感觉。部分缓解: 疼痛较治疗前明显减轻, 能正常生活。无效: 与治疗前比较疼痛无缓解或仅有轻度改善, 但仍有明显疼痛。

1.4 统计学方法

组间差异采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

试验组与对照组止痛效果的比较中, 试验组完全缓解率为 80% (48/60), 部分缓解率为 18.33%, 较对照组完全缓解率 48.32% (29/60), 部分缓解率 33.33% (20/60) 相比有统计学意义 ($P < 0.05$), 此外, 2 组总有效率试验组 98.23%, 对照组 81.67%, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 见表 1。

表 1 2 组止痛效果比较 [n (%)]

组别	n	完全缓解	部分缓解	无效	总有效率
试验组	60	48(80)*	11(18.33)*	1(1.67)**	59(98.33)**
对照组	60	29(48.32)	20(33.33)	11(18.34)	49(81.67)

与对照组比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$ 。

3 讨论

悬雍垂腭咽成形术是耳鼻咽喉科治疗 OSAHS 最常用的手术方式, 而术后明显的咽喉疼痛是困扰患者的主要问题。术后疼痛是一种急性疼痛, 是机体对疾病和手术造成组织损伤的一种复杂的生理和心理反应^[4]。目前医学界已公认生命体征继体温、脉搏、呼吸、血压之后, 疼痛为第五生命体征, 是医学上常用来判定生命迹象是否存在的标志^[9]。有效地止痛更是外科术后护理的重要内容之一。循证护理的干预通过系统的健康宣教使患者对预防、疾病、治疗、饮食知识等有了全面了解, 提高了患者对疾病的认识及应对措施。同时, 心理护理也起到了重要地促进作用, 心理护理的作用是通过激发体内产生内源性啡类物质, 使患者以乐观的心态面对疼痛, 积极参与治疗^[9]。本研究通过对观察组的患者进行循证护理, 使患者疼痛程度降低, 对术后镇痛的满意度提高, 与对照组相比差异有统计学意

义 ($P < 0.05$)。循证护理对促进患者康复奠定良好地基础, 值得临床推广。

[参考文献]

- [1] 王秀婷. 护理干预对减轻手外伤患者术后疼痛效果观察[J]. 按摩与康复医学, 2010, 1(15):79-80.
- [2] 田勇泉. 耳鼻咽喉—头颈外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006:179.
- [3] 徐迎春, 万学英, 王庆华. 术后疼痛评估及镇痛护理进展[J]. 国际护理学杂志, 2006, 25(5):329-332.
- [4] 邹烂辉. 护理干预控制腹部手术患者术后疼痛的临床观察[J]. 中国实用医药, 2009, 16(4):258-259.
- [5] 田小红, 陈蕾, 何娟. 术后疼痛实施护理干预的效果分析[J]. 中国卫生产业, 2011, 8(10):36.
- [6] 杜克, 王守志. 骨科护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1995:330.

(2014-12-07 收稿)