

eCASH 镇痛管理模式在妇科腹腔镜手术后疼痛管理中的应用

李秀芹 周 满

南京市妇幼保健院,江苏 南京 210009

【摘要】 目的 探讨 eCASH 镇痛管理模式在妇科腹腔镜手术后疼痛管理中的应用价值。
方法 资料选择本院 2020 年 1 月—2021 年 1 月收治的妇科腹腔镜手术患者 72 例,根据数字表法随机分为参照组与实验组,各 36 例,其中参照组接受传统的镇痛镇静方案,实验组则实施 eCASH 镇痛管理模式,比较两组术后恢复情况、疼痛视觉模拟评分(VAS)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)。
结果 实验组患者的胃肠功能恢复时间、进食时间、止痛药物的使用时间、术后下床活动时间及住院恢复时间均短于参照组($P < 0.05$);在术后 6、24、72h 时,实验组 VAS 评分明显低于参照组,差异对比显著($P < 0.05$);干预前,两组 HAMA、HAMD 评分对比不存在统计学差异($P > 0.05$),干预后,两组的 HAMA、HAMD 评分均有改善,且实验组的各项评分下降幅度比参照组更大($P < 0.05$)。
结论 eCASH 镇痛管理模式在妇科腹腔镜手术后疼痛管理中的应用效果显著,降低患者术后疼痛感与不适感,促进和加快患者的康复,从而避免增加患者的额外伤害及痛苦,缩短患者住院时间。

【关键词】 eCASH 镇痛管理模式;妇科;腹腔镜手术;疼痛管理

患妇科病且无法经药物或者保守疗法治愈者通常需开展手术,随着医疗技术的迅猛发展,尤其是内镜技术及腹腔镜技术的进步,腹腔镜手术在临床上应用逐渐广泛^[1]。相较于传统开腹手术,腹腔镜手术具有微创、出血少、痛感轻、并发症少、术后恢复迅速等优势,受到临床医师与患者的青睐^[2]。然而腹腔镜手术,作为一种与现代科技伴生而行的手术方式,具有其特殊性,对术中与术后护理提出了更新更高的要求,而传统的镇痛镇静方案就是手术室治疗的延续,镇静的目标就是深度镇静,缺少镇静前的评估和镇静方案的调整,更缺乏全程系统化的流程监控^[3]。以患者为中心的舒适化浅镇静策略(eCASH)作为一种新型管理理念,是指对患者实施镇痛的基础上,力求以最小化镇静和最大化交流关怀,提高患者的舒适度,促使病情早日康复^[4]。故本研究将 eCASH 镇痛管理应用于妇科腹腔镜术后疼痛管理中,观察其临床效果,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 资料选择本院 2020 年 1 月—2021 年 1 月收治的妇科腹腔镜手术患者 72 例,纳入标准:①均与妇科腹腔镜术式的指征相符;

②心功能分级在 I ~ II 级;③临床资料完整。排除标准:①肝肾心等重要脏器有严重病者;②伴严重基础病或者内分泌病者;③过敏体质者;④拒绝或者中途退出研究者;⑤合并精神疾病者;⑥无法正常沟通交流者;⑦临床资料不完整者。根据数字表法随机分为参照组与实验组,各 36 例,参照组年龄 24 ~ 62 岁,平均年龄(37.29 ± 3.28)岁,手术类型:子宫手术 14 例,卵巢手术 13 例,输卵管手术 9 例,手术时间 80 ~ 128min,平均手术时间(103.65 ± 10.62)min;实验组年龄 24 ~ 62 岁,平均年龄(37.84 ± 3.17)岁,手术类型:子宫手术 13 例,卵巢手术 13 例,输卵管手术 10 例,手术时间 86 ~ 135min,平均手术时间(109.77 ± 12.45)min。患者一般资料组间对比,差异无统计学意义($P > 0.05$)。本研究获得院内伦理委员会批准。

1.2 方法

1.2.1 参照组接受传统的镇痛镇静方案,密切监测患者病情,并做好疼痛评估,对于评分超过警戒线者,遵医嘱实施镇痛干预,并注意患者的镇静与躁动情况。

1.2.2 实验组实施 eCASH 镇痛管理模式,具体内容如下:①最小剂量持续镇静:对于镇静药物的选择,术后患者一般使用镇痛泵,丙泊酚(2.6-双异·丙基苯酚)作为主要镇静剂,药物

输注速度为 $0.5 \sim 3.0\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{h})$ ，最大剂量不能超过 $4\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{h})$ ；②在小剂量维持量的镇痛基础上，延长术后吸氧、氧浓度的改变，增加吸入氧气量；③早期活动，术前、术后授课：向患者介绍腹腔镜操锻炼的具体动作及方法，观看教学视频；指导患者早期床上简单活动，随病情进展逐渐增加活动量，有助于身体功能代谢；④营造良好的睡眠环境：eCASH 主导护士尽量借助非药物的方法帮助患者形成规律的作息时间，首先，保障病房环境整洁、安静，睡前可播放患者喜爱且轻柔的音乐，医护人员协助患者选择舒适体位，用柔和的语言引导患者放松情绪，协助患者放松全身肌肉、关节，并舒缓患者不良情绪，患者入睡后，减少光线刺激，避免噪音，必要时可借助耳塞和眼罩等工具，提高患者睡眠质量；⑤护士为患者提供心理支持：术前告知可能发生的并发症，让患者有心理准备，术后发生并发症时要认同患者的感受，积极引导家属共同参与照护，增加家属的宣教告知等；⑥护士为患者更换舒适体位，提供优质护理服务，包括基础护理服务，皮肤护理，口腔护理，按摩局部疼痛部位、疼痛局部温热敷；⑦护士为患者提供音乐疗法，舒缓患者的情绪，使患者身心放松。

1.3 观察指标及评价工具 ①比较两组术后

恢复情况，包括术后恢复时间及住院恢复时间；②疼痛程度：由研究小组人员依照评分标准分别在术前、术后 6、24、72h 时使用视觉模拟评分 (VAS)^[5] 进行疼痛程度的评价，采取 0 ~ 10 分评级，分值与疼痛症状呈正相关关系^[5]；③心理状态：分别在干预前和干预 8 周后测评两组汉密尔顿抑郁量表、汉密尔顿焦虑量表 (HAMD、HAMA)^[6-7]，其中 HAMD：满分不超过 8 分正常，9 ~ 20 分轻度，21 ~ 35 分中度，超出 35 分严重；HAMA：满分低于 7 分正常，7 ~ 14 分轻度，15 ~ 29 分中度，超出 29 分严重。

1.4 统计学处理 全文数据使用 SPSS19.0 软件计算，所有统计检验均符合正态分布。计量资料将采用“均数 ± 标准差”，计数资料以率 (%) 表示，根据资料类型，行描述性统计分析、两个独立样本 t 检验，多个样本采用 F 检验，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后恢复时间及住院恢复时间对比 实验组患者的胃肠功能恢复时间、进食时间、止痛药物的使用时间、术后下床活动时间及住院恢复时间均短于参照组 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 对比两组患者的术后恢复时间以及住院恢复时间 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	胃肠功能恢复时间 (d)	进食时间 (h)	术后下床活动时间 (d)	止痛药物的使用时间 (d)	住院恢复时间 (d)
实验组	36	2.18 ± 0.63	53.72 ± 14.12	1.21 ± 1.12	2.47 ± 1.71	3.53 ± 1.81
参照组	36	3.84 ± 1.25	83.79 ± 17.44	2.93 ± 1.64	3.38 ± 1.46	5.34 ± 1.52
t		7.016	7.928	6.846	13.645	4.215
P		0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

表 2 不同时期两组患者 VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	术前	术后 6h	术后 24h	术后 72h
参照组	36	5.57 ± 2.57	4.01 ± 1.18	3.01 ± 1.43	3.23 ± 1.35
实验组	36	5.59 ± 2.41	3.14 ± 1.20	2.06 ± 0.17	1.21 ± 0.62
t		1.635	6.933	6.933	9.003
P		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 3 两组干预前后的 HAMA、HAMD 评分对比 ($n=36$, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	HAMA		t	P	HAMD		t	P
	干预前	干预后			干预前	干预后		
实验组	15.36 ± 4.32	7.38 ± 2.06	12.477	0.001	16.62 ± 4.85	7.85 ± 2.48	12.048	0.001
参照组	15.40 ± 4.18	10.48 ± 2.02	7.931	0.001	16.70 ± 4.96	10.95 ± 2.35	7.840	0.001
t	0.050	8.041			0.086	6.790		
P	0.480	0.001			0.931	0.001		

2.2 两组患者 VAS 评分比较 术前, 两组患者的 VAS 评分结果对比差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 而在术后 6、24、72h 时, 实验组 VAS 评分水平明显低于参照组, 差异对比显著 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.3 两组干预前后的 HAMA、HAMD 评分对比 干预前, 两组 HAMA、HAMD 评分对比不存在统计学差异 ($P > 0.05$); 干预后, 两组的 HAMA、HAMD 评分均有改善, 且实验组的各项评分下降幅度比参照组更大 ($P < 0.05$), 见表 3。

3 讨 论

近年来随着腹腔镜技术的不断完善, 以其创伤小、恢复快、住院时间短等优势逐渐取代传统的开腹治疗, 同时该治疗方式适应现代医疗发展趋势, 在临床上应用广泛^[8]。但腹腔镜手术与传统开腹手术不同, 必须建立二氧化碳气腹, 通过增加腹腔内空间来便于手术操作, 使得二氧化碳聚积在膈下, 尤其左侧膈下对膈肌及膈神经产生持续性刺激, 支配膈肌神经与肩部皮肤神经, 所以当麻醉作用减弱或消失, 肩颈部及肋下疼痛也会随之出现, 增加患者的不适感, 因此, 降低患者腹腔镜术后的疼痛感, 提高其舒适感成为妇科医护人员重点关注的话题。

eCASH 理念是由文森特 Vincent 等提出^[9], 近年来在临床应用受到一致好评。本项目通过 eCASH 概念, 倡导以护士为主导, 以患者为中心, 推动临床培养更多的镇静镇痛主导护士来确保镇静镇痛方案的可持续性。研究结果显示: 实验组患者的胃肠功能恢复时间、进食时间、止痛药物的使用时间、术后下床活动时间及住院恢复时间均短于参照组 ($P < 0.05$), 在术后 6、24、72h 时, 实验组 VAS 评分水平明显低于参照组, 且干预后, 实验组 HAMA、HAMD 评分较对照组改善更加明显 ($P < 0.05$)。分析其原因主要由于在 eCASH 管理模式中, 增加吸入氧气量, 提高氧分压和组织血氧含量, 从而减轻腹腔内的二氧化碳残留造成的疼痛。据研究报道相比术后持续吸入 2L/min 的氧气, 将氧气吸入量提升至 4L/min 能够减轻患者术后肩颈部疼痛, 改善患者血气分析指标水平; 术前告知患者可能发生的并发症, 让患者有心理准备, 术后发生并发症时要认同患者的感受, 积极引导家属共同参与照护, 增加家属的宣教告知等; 教学腹腔镜操作, 身体各部位的功能锻炼, 舒缓音乐、更换舒适体位、按摩疼痛局部、疼痛局部温热

敷; 音乐疗法等灵活多模式的镇痛管理达到降低患者术后疼痛感。可见, eCASH 理念为腹腔镜术后患者的镇静镇痛开辟了新的思路, 由以往的以目标为中心转变为以患者为中心^[10]。

综上所述, eCASH 镇痛管理模式在妇科腹腔镜手术后疼痛管理中的应用效果显著, 降低患者术后疼痛感与不适感, 促进和加快患者的康复, 从而避免增加患者的额外伤害及痛苦, 缩短患者住院时间。

参考文献

- [1] 赵先美, 叶曼, 李知音, 等. eCASH 理念运用于 ICU 机械通气患者镇静镇痛管理的效果评价 [J]. 中国护理管理, 2018, 18(4): 533-537.
- [2] 王霞, 邓娟, 熊杰, 等. 基于故障树理论和 eCASH 理念的 ICU 患者镇静镇痛管理策略 [J]. 护理学杂志, 2020, 35(4): 39-43.
- [3] 何青青, 周蓉, 王丽娟, 等. eCASH 理念在重症脑损伤患者镇痛镇静中的应用效果 [J]. 中华危重症医学杂志(电子版), 2020, 13(5): 382-385.
- [4] 许建秋, 陈晓蕾, 占雷, 等. ICU 护士舒适化浅镇静策略理念知行信调查问卷的构建及信效度分析 [J]. 中华全科医学, 2021, 19(3): 494-497.
- [5] 卞红, 刘海英, 杨正宇, 等. eCASH 理念结合早期活动在 ICU 机械通气患者的应用研究 [J]. 护理学杂志, 2019, 34(10): 38-41.
- [6] 周丹, 杨青敏, 唐建国, 等. 基于 eCASH 理念的舒适化浅镇静方案在机械通气患者中的应用效果研究 [J]. 护士进修杂志, 2020, 35(11): 1033-1036.
- [7] 葛婷, 陆璇, 杨丽萍, 等. 以患者为中心的舒适化浅镇静策略减少 ICU 机械通气患者谵妄的效果观察 [J]. 现代临床护理, 2019, 18(2): 48-52.
- [8] 陈淑芳, 李伯恩, 菅霞, 等. eCASH 护理模式对老年病人髋部术后谵妄的影响 [J]. 蚌埠医学院学报, 2017, 42(7): 983-986.
- [9] 李菁菁, 潘文彦, 王晓容, 等. 基于 eCASH 理念构建 ICU 机械通气患者的管理方案 [J]. 护士进修杂志, 2021, 36(3): 224-229.
- [10] 张伟, 江海娇, 李坤坤, 等. eCASH 策略护理模式对预防 ICU 患者谵妄的效果评价 [J]. 牡丹江医学院学报, 2021, 42(2): 170-174.