

快速康复对肝细胞癌切除术后疼痛的影响

沈燕玲, 马倩红, 史元媛, 王媛媛, 唐 涛, 赵金燕 (广东省中山市人民医院普外一科, 广东中山 528400)

摘要: **目的** 了解快速康复对肝细胞癌切除术后疼痛的影响。**方法** 60例肝癌切除术后患者分别采用常规镇痛措施(对照组, 30例)或快速康复式镇痛策略(试验组, 30例), 评价两组患者术后疼痛评分、首次下床活动及肛门排气时间、住院时间、不良反应及护理满意度。**结果** 与对照组相比, 试验组术后疼痛评分、不良反应及住院时间减少, 首次下床活动及肛门排气时间提前, 满意度提高, 差异均有统计学意义($P<0.01$)。**结论** 快速康复可有效缓解肝细胞癌切除术后患者的疼痛程度, 缩短住院时间。

关键词: 肝细胞癌; 肝切除术; 镇痛; 快速康复

中图分类号: R 735

文献标志码: A

文章编号: 2096-3610(2019)06-0722-03

Effect of fast-track surgery on postoperative pain in patients with hepatocellular carcinoma

SHEN Yan-ling, MA Qian-hong, SHI Yuan-yuan, WANG Yuan-yuan, TANG Tao, ZHAO Jin-yan (Department I of General Surgery, Zhongshan People's Hospital, Zhongshan 528400, China)

Abstract: **Objective** To study the effect of fast-track surgery (FTS) on postoperative pain in patients with hepatocellular carcinoma (HCC). **Methods** Sixty HCC patients underwent hepatectomy were treated with conventional analgesia (control group, $n=30$) or FTS-based analgesia (experimental group, $n=30$). Postoperative pain score, first ambulation and anal exhaust time, hospital stay, adverse reactions and nursing satisfaction were compared between 2 groups. **Results** Compared with control group, postoperative pain score, adverse reactions and hospital stay were lower, first ambulation and anal exhaust time was earlier, and patient satisfaction was higher in experimental group ($P<0.01$). **Conclusion** FTS-based analgesia can effectively relieve postoperative pain and shorten hospital stay following hepatectomy.

Key words: hepatocellular carcinoma; hepatectomy; analgesia; fast-track surgery

快速康复指采用多学科、多模式方法, 以减轻围手术期的手术应激反应, 促进术后器官功能的恢复^[1-2]。研究证实, 围手术期实施快速康复可减少术后并发症、缩短住院时间、加快患者的康复^[3-5]。术后疼痛给患者带来生理、心理上的双重伤害, 影响康复效果, 降低了患者的生活质量^[6]。对于肝细胞癌切除术后疼痛, 采用传统疼痛管理方案, 约半数患者出现中重度疼痛^[7]。而快速康复理念的镇痛策略为预防性、多模式镇痛, 可使术后患者达到良好的镇痛效果^[8]。为减轻患者术后疼痛, 我科对肝细胞癌切除手术患者实施快速康复理念的镇痛策略, 现将结果报道如下。

1 资料和方法

基金项目: 中山市社会发展攻关计划(No.2017SYF04)

收稿日期: 2019-06-27; 修订日期: 2019-09-21

作者简介: 沈燕玲(1986-), 女, 学士, 主管护师

1.1 临床资料

回顾性分析2016年1月-2017年12月在中山市人民医院肝胆外科行肝癌切除术的60例肝癌患者, 以实施快速康复程序前肝癌切除术的30例患者为对照组, 实施快速康复程序后肝癌切除术的30例患者为试验组。试验组男18例, 女12例, 年龄25~60岁, 中位年龄45岁, 肝功能均为Child A级; 大专及以上学历18例, 中专及以下12例; 右半肝切除13例, 左半肝切除7例, 右后叶切除4例, 右前叶切除3例, 左外叶切除2例, 扩大右半肝切除1例。对照组男20例, 女10例, 年龄23~62岁, 中位年龄46岁, 肝功能均为Child A级; 大专及以上学历16例, 中专及以下14例; 右半肝切除15例, 左半肝切除6例, 右后叶切除4例, 右前叶切除2例, 左外叶切除2例, 扩大右半肝切除1例。两组患者在性别、年龄、肝功能Child分级及术式等方面比较差异均无统计学($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 镇痛方案 两组患者术前均给予疼痛知识宣教并发放指导手册,宣教内容及指导手册由疼痛治疗小组制订。小组成员包括科主任、护长、麻醉师、疼痛专科医生、护士,均接受疼痛管理培训。内容包括术后疼痛的危害、疼痛治疗及管理。两组术后均留置静脉镇痛泵3 d,泵内药物为舒芬太尼80 μg +地佐辛15 mg,凯芬150 mg,0.9%氯化钠注射液100 mL,以2 mL/h的速度匀速输入。指导患者使用疼痛数字评价量表法(NRS)评估疼痛^[6]。NRS分4个等级:0分为无痛,1~3分为轻度疼痛(疼痛尚不影响睡眠),4~6分为中度疼痛,7~9分为重度疼痛(不能入睡或睡眠中痛醒),10分为剧烈疼痛。由护士评估患者术后6、12、24、48、72 h的疼痛程度,记录患者在静息和主动活动时最疼痛的分值,评分 ≥ 5 时,遵医嘱加压泵入镇痛药物,由麻醉医生设定追加药物的剂量为2 mL/次,追加药物的时间为2 s,2次加压间隔时间大于15 min。如疼痛不缓解,遵医嘱肌内注射哌替啶注射液75 mg,30 min后再评估。试验组在此基础上,术前向患者进行预防性和多模式镇痛知识宣教^[6]。预防性镇痛通过对患者术前、术中和术后的疼痛管理,达到预防中枢和外周敏化的效果。多模式镇痛的方法包括:腹直肌后鞘和(或)腹横筋膜平面(TAP)阻滞、患者自控镇痛泵(PCA)、切口局部麻醉等。试验组除对照组采用的镇痛措施外,术前2天给予塞来昔布胶囊200 mg,每天2次;术中切口予罗哌卡因注射液局部浸润;术后3 d静脉注射帕瑞昔布钠40 mg,每12 h 1次,连续3 d。若用上述镇痛措施后疼痛未缓解,且评分 ≥ 5 分,则予哌替啶注射液75 mg肌肉注射。

1.2.2 评价指标 评价两组患者术后6、12、24、48、72 h的疼痛评分(静息、咳嗽、床上翻身、下床活动等),首次下床活动时间,首次肛门排气时间,住院时间,患者疼痛护理满意度(分为非常满意、满意、一般),镇痛药物相关不良反应。

1.3 统计学处理

采用SPSS17.0进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后疼痛分析

试验组患者术后6、12、24、48、72 h的静息和主动活动时疼痛的分值均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),详见表1。

表1 两组术后疼痛评分比较 ($\bar{x} \pm s, n=30$)				
时间	静息时		活动时	
	对照组	试验组	对照组	试验组
6 h	3.29 $\pm$ 1.07	1.20 $\pm$ 0.81	3.73 $\pm$ 1.32	1.51 $\pm$ 1.04
12 h	4.01 $\pm$ 1.35	2.29 $\pm$ 0.88	5.79 $\pm$ 1.27	3.02 $\pm$ 1.23
24 h	3.53 $\pm$ 1.29	2.22 $\pm$ 1.39	5.40 $\pm$ 1.69	3.32 $\pm$ 1.37
48 h	3.31 $\pm$ 1.20	2.52 $\pm$ 1.21	5.85 $\pm$ 1.24	3.23 $\pm$ 0.97
72 h	3.63 $\pm$ 1.76	1.50 $\pm$ 0.99	5.25 $\pm$ 1.40	2.65 $\pm$ 1.01

两组比较均 $P < 0.01$

2.2 两组首次下床活动时间、首次肛门排气时间和住院时间的比较

试验组患者术后首次下床活动时间、首次肛门排气时间均提前于对照组,住院时间短于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$),见表2。

表2 两组首次下床活动时间、首次肛门排气时间及住院时间的比较 ($\bar{x} \pm s, n=30$)			
组别	首次下床活动时间/h	首次肛门排气时间/h	住院时间/d
对照组	43.72 $\pm$ 2.43	75.62 $\pm$ 6.43	18.31 $\pm$ 2.84
试验组	27.20 $\pm$ 2.03	43.42 $\pm$ 3.43	13.31 $\pm$ 1.43

两组比较均 $P < 0.01$

2.3 两组对护理满意度的比较

试验组患者对护理的满意度高于对照组,两组间差异有统计学意义($P < 0.01$),见表3。

表3 两组患者对护理满意度的比较 例(%)				
组别	n	非常满意	满意	一般
对照组	30	4(13.3)	20(66.6)	6(20.0)
试验组	30	25(83.3)	5(16.6)	0

两组比较: $H_c = 29.24, P < 0.01$

2.4 两组不良反应发生情况的比较

试验组患者不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表4。

表4 两组镇痛药物不良反应发生情况比较 例(%)			
组别	n	恶心	呕吐
对照组	30	19(63.3)	15(50.0)
试验组	30	3(10.0)	2(6.6)

两组比较均 $P < 0.01$

3 讨论

术后疼痛是机体受到手术创伤后出现的生理、心理和行为上的一系列反应,是临床最常见和最需紧急处理的症状。术后疼痛的短期不利影响有:增加氧耗量,使冠心病患者心肌缺血及心肌梗死的风险增加;因机体活动减少,神经内分泌应激反应增强,致术后高凝状态,促进深静脉血栓形成;同时,疼痛使患者害怕咳嗽,致呼吸道分泌物储留,增加术后肺部并发症风险;胃肠蠕动因疼痛而减少;疼痛亦会加重患者焦虑、恐惧、无助、挫折、沮丧等心理负面因素,导致睡眠障碍^[6]。肝切除术因切口较大,患者在深呼吸或咳嗽时牵扯腹肌运动,致疼痛剧烈,且持续时间较长;同时因切口疼痛,患者不敢主动活动,不敢深呼吸及咳嗽,不敢尽早下床活动,导致腹胀、肛门排气延迟等,延长了住院时间。

传统的镇痛模式是按需镇痛,缺点是镇痛效果不确定、镇痛方法不规范、药物配伍不科学以及药量控制难度较大。快速康复理念下疼痛管理倡导定时镇痛,采用预防性及多模式镇痛,可在充分镇痛的前提下,减少每种药物剂量,降低不良反应,发挥最大的疗效。非甾体类抗炎药已被指南推荐为多模式镇痛的基础用药^[9],镇痛效果肯定,可减少阿片类药物的使用量。本研究对照组使用静脉镇痛泵镇痛,在患者疼痛加剧时加压给药,短时间内增加药量,不能达到镇痛作用,并且泵内药物含阿片类,可产生恶心、呕吐等消化道反应;或者遵医嘱使用哌替啶,按需给药,不能达到预期的镇痛效果。试验组术前使用选择性环氧合酶-2(COX-2)抑制剂塞来昔布预防性镇痛,效果肯定,可以减轻患者术后疼痛。术中切口予罗哌卡因注射液局部浸润,术后3天静脉注射帕瑞昔布钠。罗哌卡因是一种长效酰胺类局部麻醉药,帕瑞昔布钠为选择性COX-2抑制剂,两者均可发挥有效而持久的镇痛效果,减少阿片类药物的用量,避免其他非选择性COX-2抑制剂的不良反应,与王喜芹等^[10]研究的结果一致。以上多模式镇痛措施可减少泵内用药量,使患者在无痛或微痛状态下进行康复锻炼,加快术后康复。本研究结果显示,试验组患者术后不同时间疼痛评

分在静息或活动时均低于对照组($P<0.01$)。因试验组患者疼痛轻,能按照护士制定的计划进行康复训练,术后第1天床上主动活动,术后第2天能够下床活动,首次下床活动时间及肛门排气时间均提前于对照组。对照组因持续泵入镇痛药,出现恶心、呕吐症状较多,试验组采用多模式镇痛,减少泵内镇痛药用量,出现恶心、呕吐症状较少。试验组患者疼痛护理的满意度高于对照组,原因可能为患者术后疼痛轻,进而降低了因疼痛引起的焦虑和恐惧,术后早期活动减少了并发症的发生,促进了患者的快速康复,缩短了住院时间。

参考文献:

- [1] WILLIAMSSON C, KARLSSON N, STURESSON C, et al. Impact of a fast-track surgery programme for pancreaticoduodenectomy[J]. Br J Surg, 2015, 102(9): 1133-1141.
- [2] LASSEN K, COOLSEN M M, SLIM K, et al. Guidelines for perioperative care for pancreaticoduodenectomy: enhanced recovery after surgery (ERAS[®]) society recommendations[J]. Clin Nutr, 2012, 31(6): 817-830.
- [3] 彭丽丽,姚晓芬,蔡彩蝶,等. 手术室快速康复外科在肺癌患者中的应用[J]. 广东医科大学学报, 2018, 36(1): 112-114.
- [4] 周小琴,赵文娟. 快速康复护理在肝外科的应用现状[J]. 护理实践与研究, 2016, 13(11): 22-24.
- [5] 郑志强,严聪,吴雄辉,等. 快速康复外科在全腹膜外修补术治疗老年腹股沟疝中的应用[J]. 广东医科大学学报, 2019, 37(1): 77-80.
- [6] 冷希圣,韦军民,刘连新,等. 普通外科围手术期疼痛处理专家共识[J]. 中华普通外科杂志, 2015, 30(2): 166-173.
- [7] 骆鹏飞,莢卫东,许戈良,等. 肝切除术后疼痛分析[J]. 中华普通外科杂志, 2015, 30(3): 194-197.
- [8] 莢卫东,乔晓斐. 精准肝脏外科时代无痛病房建设[J]. 中华消化外科杂志, 2014, 13(6): 415-418.
- [9] 中国研究型医院学会肝胆胰外科专业委员会. 肝胆胰外科术后加速康复专家共识(2015版)[J]. 临床肝胆病杂志, 2016, 32(6): 1040-1045.
- [10] 王喜芹,陈阳,李惠艳. 超前镇痛对胰腺癌患者术后快速康复的影响[J]. 护理学杂志, 2016, 31(16): 69-70.