

## · 论 著 ·

## 手术后患者疼痛控制满意度状况及影响因素的研究

沈曲 李峥 Gwen Sherwood Jeanette A. McNeill

**【摘要】** 目的 描述手术后患者对疼痛控制的满意度状况,探讨影响疼痛控制满意度的因素。方法 采用多阶段抽样方法,随机抽取北京地区 5 家综合性三级甲等医院,对符合入选标准的 304 例手术后第 2 天的住院疼痛患者进行了调查,问卷由休斯顿疼痛情况调查表、疼痛治疗指数和病历资料核查表 3 个部分组成。结果 术后患者对疼痛控制总体满意度平均评分为 7.3。疼痛控制教育、医生对疼痛的处理、疼痛减轻、患者受到的所有针对疼痛的照料、医生或护士是否告诉患者要优先有效地控制疼痛以及手术次数共 6 个因素进入回归方程,是影响疼痛控制满意度的主要因素。结论 患者对术后疼痛控制较为满意;疼痛控制服务因素是影响手术后患者疼痛控制满意度的主要因素。建议制订术后疼痛控制制度和标准,采取针对性措施,改善术后疼痛控制质量,提高术后患者对疼痛控制的满意度。

**【关键词】** 疼痛;手术后;疼痛控制;病人满意度

Assessment of patient satisfaction with postoperative pain management and influence factors/ SHEN Qu, LI Zheng, Gwen Sherwood, Jeanette A. McNeill// Chinese Journal of Nursing, 2007, 42(3):197.

**【Abstract】 Objective** The purpose of this study was to describe the patient satisfaction with postoperative pain management and the predictors of patient satisfaction. **Methods** Using a multistage sampling scheme, 304 inpatients on their second postoperative day in 5 tertiary hospitals of Beijing were recruited to complete a questionnaire, which was composed of the Houston Pain Outcome Instrument (HPOI) based on the American Society's Patient Outcome Questionnaire, the Pain Management Index and a demographic form. **Results** Mean rating for general satisfaction with pain management was 7.3 (0 to 10 point scale). It was found that general satisfaction with pain management could be predicted by 6 factors: satisfaction with education about pain management, pain relief, the care offered by doctors for the pain, overall care for pain, whether doctor or nurse explained that providing good pain management was a priority of the patient, and patient individual characteristic such as times of operation. **Conclusions** Patients were satisfied with postoperative pain management. Services about pain management were the main influence factors. It is important to develop Chinese standards about pain management. Applying effective pain interventions and education based on the patient's individual characteristics could improve the quality of postoperative pain management and patient satisfaction with it.

**【Key words】** Pain, postoperative; Pain management; Patient satisfaction

**【Author's address】** Nursing Department, Medical College, University of Xiamen, Xiamen, 361005, China

患者满意度作为评价医院治疗结果和医疗服务质量的指标之一,也是对医院开展“以患者为中心”,针对患者需求,改善服务质量的客观依据<sup>[1-2]</sup>。患者满意度评价在国外得到了广泛的应用,部分发达国家已将疼痛控制满意度作为评价医疗护理质量的重要标准之一。国外已有一些学者报道了疼痛控制满意度状况<sup>[3-7]</sup>。本研究旨在对我国内地术后患者进行疼痛控制满意度的研究,了解患者对疼痛控制的满意度状况,识别其主要影响因素,从而达到持续改

进术后疼痛控制质量的目的。

## 1 对象和方法

### 1.1 研究对象

采取多阶段抽样方法,在 2005 年 7~11 月,对随机抽取的北京地区 5 家综合性三级甲等医院的手术后住院患者进行疼痛控制满意度的调查。386 例术后患者符合入选标准,其中 304 (78.8%) 例患者在手术后有不同程度的疼痛,对有疼痛的患者进行问卷调查,回收问卷 304 份。304 例患者,年龄 18~78 岁,平均年龄 47.97 岁,其中男女之比为 1:1; 87.8% 的患者已婚; 93.4% 为汉族; 91.4% 的患者没有宗教信仰,生活在城镇; 47.7% 的患者不在业,其中有 36.2% 的患者为离退休; 40.8% 的患者家庭月收入在 2000~5000 元; 50.7% 的患者采用医疗保

作者单位:361005 厦门市 厦门大学医学院护理系(沈曲);100730 北京市 中国协和医科大学护理学院(李峥);美国北卡罗莱纳大学护理学院(Gwen Sherwood);美国因卡奈特·伍德大学(Jeanette A. McNeill)

通讯作者:李峥

沈曲:女,硕士,主管护师,E-mail:shenqu12251225@yahoo.com.cn

2006-06-15 收稿

险形式支付医疗费用;93.4%的患者为择期手术;48.4%的患者是第1次做手术。麻醉方法以全麻为主;只有54.3%的患者在手术后应用镇痛药;33.9%的患者在手术后使用自控镇痛泵镇痛。

### 1.2 方法

调查问卷由3个部分组成。疼痛控制总体满意度用休斯顿疼痛情况调查表测量;患者一般资料因素用自行设计的病历资料核查表测量;疼痛期望因素、疼痛因素、疼痛控制服务因素用休斯顿疼痛情况调查表和疼痛治疗指数评估表测量。

1.2.1 休斯顿疼痛情况调查表:是美国学者 McNeill 等根据美国疼痛协会的结果问卷修订的,用于评价术后患者疼痛控制满意度及疼痛控制状况,初步证明该量表的信效度较好<sup>[8-11]</sup>。对翻译后的中文版进行了回译和信效度的测定,表明该量表具有较好的信效度,最后经综合反馈,在量表的末端增设一个“总体满意度”条目<sup>[12]</sup>。修改后的休斯顿疼痛情况调查表包括疼痛期望、疼痛程度、疼痛对情绪的影响、疼痛对日常生活的影响、疼痛控制感知状况和疼痛控制教育感知状况6个方面的状况,14个问题,共34个条目组成。其中10个问题,每项均用0~10级数字评分法来评定,分值越大表示疼痛程度、影响水平或满意程度越高。2个问题了解患者手术背景,还有2个问题用“是”“否”或“想不起来”回答,如:“在您住院期间,医生或护士有没有告诉您提供良好控制疼痛的方法是医院应该优先考虑的问题?”“当您疼痛时,您或您的家人是否告知医护人员?”

1.2.2 疼痛治疗指数评估表:评价患者疼痛治疗的有效性的一种方法<sup>[13]</sup>。评分方法是:将患者最强烈疼痛程度分为轻、中、重度3级;患者使用的镇痛剂也根据 WHO<sup>[14]</sup>麻醉镇痛药三级阶梯疗法分为3级;镇痛剂级别(0~3)减去最强烈疼痛级别(0~3)即得出疼痛治疗指数,得分范围为-3到+3,负值说明疼痛治疗不足。

1.2.3 病历资料核查表:由研究者在参阅国内外文献后自行设计,从病历中获得资料,主要包括患者一般人口学资料和临床资料,如年龄、性别、手术次数等。

### 1.3 统计方法

采用 SPSS 11.5 软件对数据进行统计学处理<sup>[15]</sup>。采用  $\bar{x} \pm s$  和百分比描述疼痛控制总体满意度状况。单因素分析:疼痛控制总体满意度在两组间的差别采用独立样本 *t* 检验,在多组间差别采用

方差分析;连续性变量和疼痛控制总体满意度之间采用 Spearman 相关分析。多因素分析:以疼痛控制总体满意度评分为因变量,各影响因素为自变量建立多元逐步回归模型,识别影响术后患者疼痛控制总体满意度的主要因素。统计结果  $P < 0.05$  代表有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 术后患者疼痛控制总体满意度状况

患者 ( $n = 304$ ) 对术后疼痛控制总体满意度平均评分为  $7.33 \pm 2.73$ ,最低为0分,共10例,占3.3%,最高为10分,其中选择9、10的患者有128例,占42.1%(图1)。说明患者对术后疼痛控制的总体评价比较满意,但在疼痛控制服务过程中还是存在一定的问题。

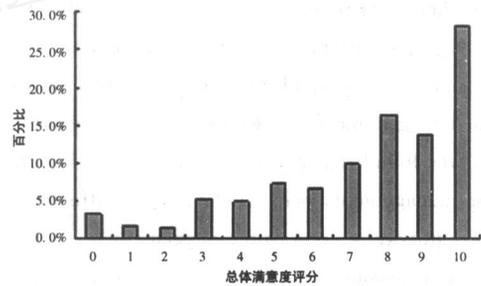


图1 术后患者疼痛控制总体满意度情况

### 2.2 影响术后患者疼痛控制满意度的单因素分析

#### 2.2.1 不同特征患者疼痛控制满意度状况

术后患者疼痛控制总体满意度评分按照一般人口学资料及其他资料分组后进行分析,结果差异有统计学意义的指标见表1。

#### 2.2.2 患者疼痛控制满意度相关分析(表2~4)

### 2.3 影响术后患者疼痛控制满意度的多因素分析(表5)

以疼痛控制总体满意度评分为因变量,疼痛期望指标、疼痛指标、疼痛控制服务指标以及患者一般资料为自变量进行多元逐步回归分析,以  $P < 0.05$  水平作为进入标准。

对疼痛控制满意度有统计学意义的变量按对回归方程贡献的大小依次为疼痛控制教育、医生对疼痛的处理、疼痛减轻、患者受到的所有针对疼痛的照料、手术次数和医生或护士是否告诉患者要优先有效地控制疼痛。

**表 1 不同分组间疼痛控制总体满意度状况**

指标	总体满意度指标 ( $\bar{x} \pm s$ )	F 值或 t 值	P 值
<b>科室</b>			
基本外科	6.96 ± 2.731	3.896	0.009
骨科	7.97 ± 2.627		
泌尿外科	7.54 ± 2.560		
胸外科	5.00 ± 3.577		
<b>年龄(岁)</b>			
18 ~ 34	6.67 ± 2.850	5.759	0.004
35 ~ 60	7.76 ± 2.465		
> 60	6.73 ± 3.033		
<b>文化程度</b>			
大专及以上	6.93 ± 2.515	3.283	0.039
中学	7.51 ± 2.874		
小学及以下	8.44 ± 2.064		
<b>婚姻状况</b>			
未婚	6.31 ± 2.778	3.699	0.026
已婚	7.48 ± 2.662		
丧偶	5.87 ± 3.226		
<b>生活区域</b>			
农村	8.20 ± 2.361	4.282	0.015
城镇	7.11 ± 2.768		
郊区	8.39 ± 2.051		
<b>手术次数</b>			
第 1 次	7.59 ± 2.3914	3.413	0.034
第 2 次	7.35 ± 2.8175		
第 3 次或以上	6.40 ± 7.330		
<b>医生或护士是否告诉患者疼痛要告知医护人员</b>			
是	7.80 ± 2.424	15.117	0.000
否	6.18 ± 3.073		
想不起来	4.62 ± 2.386		
<b>医生或护士是否告诉患者要优先有效地控制疼痛</b>			
是	8.29 ± 2.328	20.449	0.000
否	6.39 ± 2.765		
想不起来	7.93 ± 2.264		
<b>疼痛治疗指数</b>			
有效	7.87 ± 2.260	- 3.026	0.003
无效	6.97 ± 2.924		

**表 2 疼痛期望值指标与总体满意度指标的相关分析**

指标	相关系数	P 值
手术后疼痛期望缓解值	- 0.091	0.112
手术后疼痛期望值	- 0.080	0.162

**3 讨论**

患者满意度的高低从其特有的角度反映了医疗质量的优劣<sup>[2]</sup>。了解患者对术后疼痛控制的满意度,可以判断服务质量的优劣,识别影响患者疼痛控制满意度的主要因素,以便采取相应的措施满足其身心需要,达到持续质量改进的目的。

疼痛控制总体满意度是患者在住院期间对疼痛控制状况的一个总体评价,从患者的角度来反映疼

痛控制质量的总体状况。图 1 结果表明,患者对术后疼痛控制的总体评价比较满意,与美国、香港、台湾的满意度研究结果<sup>[6-8,16-17]</sup>基本一致,但在疼痛控制服务过程中还是存在一定的问题。

**表 3 疼痛指标与总体满意度指标的相关分析**

指标	相关系数	P 值
<b>疼痛状况</b>		
过去 24h 最强烈疼痛程度	- 0.164	0.004
过去 24h 一般疼痛程度	- 0.221	0.000
目前疼痛程度	- 0.228	0.000
<b>疼痛影响情绪状况</b>		
不得不依靠别人	- 0.077	0.179
害怕、紧张	- 0.130	0.023
不想做任何事	- 0.143	0.012
受挫	- 0.165	0.004
无助	- 0.181	0.002
苦恼	- 0.189	0.001
不受控制	- 0.196	0.001
担心疼痛	- 0.273	0.000
平均影响情绪程度	- 0.238	0.000
<b>疼痛影响日常生活状况</b>		
不能睡觉	- 0.162	0.005
不能进食	- 0.182	0.001
不能移动	- 0.188	0.001
不能照顾自己	- 0.214	0.000
平均影响日常生活程度	- 0.238	0.000

**表 4 各项疼痛控制服务感知指标与总体满意度指标的相关分析**

指标	相关系数	P 值
鼓励家人帮助控制疼痛	0.333	0.000
护士反应快慢	0.496	0.000
疼痛减轻	0.542	0.000
疼痛护理	0.551	0.000
受到的所有针对疼痛的照料	0.553	0.000
受到关注	0.574	0.000
医生对疼痛的处理	0.603	0.000
疼痛控制教育	0.754	0.000

**表 5 影响疼痛控制满意度的多元逐步回归分析**

项目	值	标准化 值	t 值	P 值
常数项	- 0.198		- 0.370	0.712
疼痛控制教育	0.518	0.542	13.139	0.000
医生对疼痛的处理	0.217	0.173	3.663	0.000
疼痛减轻	0.167	0.141	3.228	0.001
对疼痛所受到的所有照料	0.152	0.097	2.123	0.035
手术次数	- 0.326	- 0.086	- 2.497	0.013
医生或护士是否告诉患者要优先有效地控制疼痛	0.339	0.073	2.037	0.043

注:决定系数  $R^2 = 0.664$ ;复相关系数  $R = 0.815$

**3.1 术后患者疼痛期望因素对疼痛控制满意度的**

## 影响

疼痛期望因素对疼痛控制满意度没有影响(表 2,5),与美国学者 Ward<sup>[6]</sup>和澳大利亚学者 Thomas<sup>[18]</sup>的研究结果一致,患者对疼痛的期望可以预测术后的疼痛水平,但与满意度无相关。因为医疗服务是一项复杂的活动,患者可能不认为他们的期望是合理的,认为只有医生最了解情况。如果患者是第一次手术,那么他们甚至没有什么具体的期望。期望的个性化、多样化及易变的特点使它不易可靠和有效地测量。瑞典学者 Bostrom<sup>[3]</sup>也指出患者期望和经历的疼痛水平和疼痛控制的满意度之间的关系非常复杂。因此,疼痛期望对疼痛控制满意度的影响作用还有待进一步研究。

### 3.2 术后患者疼痛因素对疼痛控制满意度的影响

疼痛指标与疼痛控制总体满意度有轻度负相关(表 3),但相关系数并不大,说明患者术后的疼痛程度高,对情绪和日常生活的影响大,患者对疼痛控制的满意度有下降的趋势,与美国学者、瑞典学者对疼痛控制满意度研究结果一致<sup>[3,5-6,8]</sup>。但所有疼痛指标均没有进入回归模型(表 5),说明术后疼痛因素不是影响患者疼痛控制满意度的主要因素。在美国学者 McNeil<sup>[19]</sup>的研究中,患者疼痛程度和满意度水平之间有负相关,过去 24h 一般的疼痛程度可以预测疼痛控制满意度。但是,Ward<sup>[5]</sup>通过对 248 名手术或肿瘤或其他急性疼痛患者的调查结果表明,疼痛控制满意度和疼痛程度无相关性。综上所述,大部分研究结果表明,疼痛程度与满意度相关,但相关系数并不大,疼痛程度高,患者满意度有下降的趋势,与本研究结果一致,但部分研究发现疼痛与满意度评分之间相关性没有统计学意义。因此,究竟疼痛因素对患者满意度的影响如何,应该通过进一步的调查来证实。

### 3.3 术后疼痛控制服务因素对疼痛控制满意度的影响

患者对各项疼痛控制服务项目的感知指标与疼痛控制总体满意度呈显著正相关(表 4)。在疼痛控制过程中,“受到关注”“疼痛护理”“护士反应快慢”与疼痛控制总体满意度呈显著的正相关。可以看出随着整体护理的逐步实施和不断完善,护士在疼痛控制过程中独特和关键的作用日益凸现出来,良好的护理是缓解疼痛的重要环节和有效措施,护士在控制患者疼痛过程中将起到更加重要的作用。以往的研究也表明,患者不满意与医护人员对患者报告疼痛时缺乏积极反应之间有正相关<sup>[4,20-21]</sup>,与本研

究结果一致。提示患者疼痛时,关心和爱护对他们非常重要,患者感受的关怀越多,越满意。

多因素分析结果表明,“疼痛控制教育”“医生对疼痛的处理”“疼痛减轻”“患者受到的所有针对疼痛的照料”以及“医生或护士是否告诉患者要优先有效地控制疼痛”是疼痛控制总体满意度的主要影响因素。回归系数均为正值,表明患者对这些疼痛控制服务的认可程度越大,对疼痛控制满意度越高;被告知要优先控制疼痛的患者较未被告知的患者满意程度高;其中“疼痛控制教育”和“医生对疼痛的处理”显示最强的预测效力。

3.3.1 “疼痛控制教育”:对患者进行疼痛控制的宣教能减少患者对术后镇痛治疗的不配合<sup>[22]</sup>,提高镇痛药物治疗的效果<sup>[23]</sup>,通过与患者进行交流,可能减少焦虑,促进患者采用积极的应对方式<sup>[24-25]</sup>,增加满意度<sup>[22]</sup>。美国学者的研究结果也表明疼痛控制教育的满意程度能预测整体满意度<sup>[26]</sup>。不论患者疼痛程度如何,如果对患者进行疼痛控制知识的教育可以改善患者对疼痛控制的满意度评分<sup>[27]</sup>,与本研究结果相一致。

3.3.2 “医生对疼痛的处理”:患者认为医生在控制术后疼痛中起着主导作用,影响其对疼痛控制总体评价的关键因素仍然聚焦在医疗层面,患者最关心的问题仍是医生的医疗技术水平。在 Miaskowski<sup>[4]</sup>的研究中发现有 47% 的患者认为应该由医生负责处理疼痛。本研究证实了美国学者 Sherwood 在对疼痛患者进行质性研究中得出的结论,医护人员对患者的疼痛经历有很大的影响作用,通过与患者的互动交流,相信患者疼痛的主诉,能运用专业知识和技术来控制疼痛,反应及时,关心体贴,患者就会感觉满意<sup>[21]</sup>。但在临床中,医生更注重疾病的治疗和手术的康复,对术后疼痛控制没有引起足够的重视,对于术后疼痛的处理常限于在患者主诉疼痛或患者要求使用镇痛药时才给予处理。因此,考虑到医生在疼痛处理中非常重要的地位,很有必要对临床医生进行相关疼痛控制知识的培训,加强各学科之间的合作,才能有效改善疼痛控制质量,提高患者疼痛控制满意度。

3.3.3 “疼痛减轻”:对于术后疼痛,患者关心问题是疼痛治疗的效果,即疼痛是否能得到有效控制。如果患者拒绝应用镇痛治疗来缓解疼痛,那么即使疼痛没有减轻患者也会感觉满意;但是,如果患者要求使用止痛药,那么患者关心问题是疼痛能否得到有效控制,如果疼痛不能有效缓解,那么患者满意

度就会下降<sup>[8]</sup>。妨碍疼痛控制效果的因素很多,在临床护理工作中应经常地、主动地询问患者,正确和全面评估患者术后疼痛情况,主动与医生沟通,采取有效的镇痛措施,及时有效缓解术后疼痛。

**3.3.4 “患者受到的所有针对疼痛的照料”:**除了医生和护士外,麻醉师、家属、照顾者及病友的帮助对患者控制疼痛同样非常重要。麻醉师在术前对患者进行访视,可以减轻患者的紧张焦虑,积极配合;病友之间的沟通交流比护患之间沟通有效,也是一种较好的转移患者注意力的方法;另外整洁安静的环境、良好的护患关系、舒适的体位和稳定的情绪,对缓解术后疼痛和提高患者满意度都有较大帮助。Sherwood 在对疼痛患者进行质性研究的结果也表明对患者的照料会影响患者对疼痛控制的满意度<sup>[21]</sup>。提示在临床上为患者创造一个舒适良好的病室环境,加强多学科相互协作,引导建立病友之间良好的沟通氛围,可以提高患者对疼痛控制的满意度。

**3.3.5 “医生或护士是否告诉患者要优先有效地控制疼痛”:**本研究结果证实了美国学者 Ward<sup>[5]</sup>得出的研究结论,患者不了解术后疼痛控制知识,不知道疼痛可以减轻到什么程度,如果医务人员向患者解释他们会尽量帮助患者控制疼痛,他们觉得医护人员在全心全意处理他们的疼痛,因此,不管术后疼痛是否已经得到有效控制,患者也会满意。提示我们在临床中应该加强疼痛控制知识的宣教以及与患者之间的沟通交流。

### 3.4 患者一般资料因素对疼痛控制满意度的影响

本研究结果显示(表 5),手术次数是疼痛控制满意度的主要因素。患者经历多次手术以后,已经对手术以及术后疼痛情况非常熟悉,逐渐形成了稳定的需求和期望,但多次重复的疼痛经历使以往的“很满意”就变成了“应该的”,当疼痛控制服务没有达到他们的期望值时便会不满意。提示我们对多次手术的患者要进行针对性的宣教,使其期望值不致过高,尽量满足其合理需求,来提高此类患者对疼痛控制的满意度。另外单因素分析结果表明(表 1),不同科室、文化程度、婚姻状况、生活区域等因素对疼痛控制总体满意度有一定的作用。在我国的文化背景下,人口学因素以及临床因素对患者的疼痛控制满意度的影响有待进一步的研究。

## 4 结论

术后患者对疼痛控制总体评价较高,影响手术

后患者疼痛控制满意度的主要因素是疼痛控制教育、医生对疼痛的处理和疼痛减轻的状况等因素。建议制定术后疼痛控制规章制度和实践指南,医务人员应着重加强术后疼痛的有效治疗、向患者宣教有关术后疼痛控制知识,根据人口社会学因素的不同,对不同的患者采取针对性的疼痛服务,从而改善术后疼痛控制质量,提高术后患者对疼痛控制的满意度状况。本研究结果为临床医务人员有针对性地提供疼痛治疗和护理措施,提高术后患者的疼痛控制满意度提供理论依据,为完善疼痛控制制度提供一项参考指标。

## 参 考 文 献

- [1] 章永川. 满意度考评是医疗服务质量管理的有效方法[J]. 中国医院统计, 1999, 6(4): 255-256.
- [2] Gordon DB, Dahl JL, Miaskowski C, et al. American pain society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management: American Pain Society Quality of Care Task Force [J]. Archives of Internal Medicine, 2005, 165(14): 1574-1580.
- [3] Bostrom BM, Ramberg T, Davis BD, et al. Survey of post-operative patients pain management [J]. Journal of nursing management, 1997, 5(6): 341-9.
- [4] Miaskowski C, Nichols R, Brody R, et al. Assessment of patient satisfaction utilizing the American Pain Society's Quality Assurance Standards on acute and cancer-related pain [J]. Journal of pain and symptom management, 1994, 9(1): 5-11.
- [5] Ward SE, Gordon D. Application of the American Pain Society quality assurance standards [J]. Pain, 1994, 56(3): 299-306.
- [6] Ward SE, Gordon DB. Patient satisfaction and pain severity as outcomes in pain management: A longitudinal view of one setting's experience [J]. Journal of pain and symptom management, 1996, 11(4): 242-51.
- [7] Dihle A, Helseth S, Kongsgaard UE, et al. Using the American Pain Society's Patient Outcome Questionnaire to evaluate the quality of post-operative pain management in a sample of Norwegian patients [J]. The Journal of Pain, 2006, 7(4): 272-280.
- [8] McNeill JA, Sherwood GD, Starck PL, et al. Assessing clinical outcomes: Patient satisfaction with pain management [J]. Journal of pain and symptom management, 1998, 16(1): 29-40.
- [9] McNeill J, Sherwood G, Starck P, et al. Design strategies in pain management research with Hispanics [J]. Hispanic Health Care International, 2003, 2(2): 73-80.
- [10] Sherwood GD, McNeill J, Palos G, et al. Perspectives on pain: A qualitative analysis of the Hispanic pain experience [J]. NT Research, 2003, 8(5): 364-377.
- [11] Sherwood G D, McNeill JA, Hernandez L, et al. A multinational study of pain management among Hispanic: An evidence-based approach [J]. Journal of Research in Nursing, 2005, 10(4): 403-423.
- [12] 沈曲, 李峥. 休斯顿疼痛情况调查表(HPOI)信效度的研究[J]. 中华护理杂志, 2006, 41(11): 1049-1051.
- [13] Ward SE, Hernandez L. Patient-related barriers to management of cancer pain in Puerto Rico [J]. Pain, 1994, 58(2): 233-238.
- [14] Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee [R]. World Health Organization technical report series, 1990,

- 804: 1-75.
- [15] Allen D, Rao T. 客户满意度数据分析[M]. 陶峻,李惠璠译. 大连:东北财经大学出版社,2005:58-98.
- [16] Chung JW, Lui JC. Postoperative pain management: Study of patients' level of pain and satisfaction with health care providers' responsiveness to their reports of pain [J]. Nursing & health sciences, 2003, 5(1): 13-21.
- [17] Lin CC. Applying the American Pain Society's QA standards to evaluate the quality of pain management among surgical, oncology, and hospice inpatients in Taiwan [J]. Pain, 2000, 87(1): 43-49.
- [18] Thomas T, Robinson C, Champion D, et al. Prediction and assessment of the severity of post-operative pain and of satisfaction with management [J]. Pain, 1998, 75(2-3): 177-185.
- [19] McNeill JA, Sherwood GD, Starck PL, et al. Pain management outcomes for hospitalized Hispanic patients [J]. Pain Management Nursing, 2001, 2(1): 25-36.
- [20] Bookbinder M, Coyle N, Kiss M, et al. Implementing national standards for cancer pain management: program model and evaluation [J]. Journal of pain and symptom management, 1996, 12(6): 334-347.
- [21] Sherwood G, McNeill JA, Starck PL, et al. Qualitative assessment of hospitalized patients' satisfaction with pain management [J]. Research in nursing & health, 2000, 23(6): 486-495.
- [22] Calvin A, Becker H, Biering P, et al. Measuring patient opinion of pain management [J]. Journal of pain and symptom management, 1999, 17(1): 17-26.
- [23] American Pain Society Quality of Care Committee. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain [J]. JAMA, 1995, 274(23): 1874-1880.
- [24] Salmon P, Manyande A. Good patients cope with their pain: Postoperative analgesia and nurses' perception of their patients' pain [J]. Pain, 1996, 68(1): 63-68.
- [25] McCaffery M, Pasero C. Stigmatizing patients as addicts [J]. Journal of American Nursing, 2001, 101(5): 77-78.
- [26] Sherwood GD, McNeill JA, Starck PL, et al. Changing acute pain management outcomes in surgical patients [J]. AORN journal, 2003, 77(2): 374, 377-380.
- [27] Allard P, Maunsell E, Labbe J, et al. Education interventions improve cancer pain control: a systematic review [J]. Journal of palliative medicine, 2001, 4(2): 191-203.

(本文编辑 王红丽)

## · 经验与革新 ·

## 介绍一种术中线束放置及保湿的方法

周玉琼 郭海鸥 何玲娟 张慧华 黄玮

目前,手术室术中常用 60cm 长、24 根包装的一次性束状手术缝线(以下简称线束),有 1、4、7 等不同型号。线束需要充分保湿以保证线束拉力和减少干线束对组织的切割损伤,减少术中打结断线现象。术中如何保湿和放置线束显得尤为重要。以往常用方法有两种:一是用盐水纱垫包裹线束放于器械台无菌巾上面;二是将干线束放于无菌巾下面,另备盐水碗,临时沾湿线束备用。若术中线型多、用量大、手术时间长,线束易干燥、凌乱等,不便于手术中的应用,并且以上两种方法易沾湿无菌巾,不符合无菌操作原则。我们通过多年的临床摸索,总结出新的线束保湿和放置方法,效果较好。现将具体做法介绍如下。

## 1 方法

选用江西 3L 医用制品有限公司生产的 30cm × 50cm 粘贴手术巾,铺粘贴巾后将其底板纸防水面朝内,纵向对折在距边缘宽 2cm 处剪椭圆口,器械护士将不同型号线束浸湿后逐个从椭圆口处平整放入其中,尾部可向同一方向自然弯曲,将对折后的底板纸其余两面反折 2cm,以防止线束的水份流失,开口端反折向上,便于线束使用,术中如果添加线

束,只需打开上 1/2 面,随时添加。

## 2 效果及体会

以往采用的两种方法,随手术时间的延长,不能充分保湿。通过临床验证,第一种方法保湿时间在 2h 内;第二种方法的保湿即湿即用,但保湿不充分,且使用盐水碗沾湿线束,操作繁琐,影响手术配合速度。新方法的线束保湿时间在 4~6h,如果手术时间超过 4h,器械护士可以再次将线束放入盐水中浸透备用。以往两种方法 20 根线束中断线现象为 1~3 根,而改进后的方法 20 根线束中断线现象在 0~1 根,说明新方法线束的充分保湿能保证线束的拉力和弹性。

新改进的方法具有以下优点:底板纸有可塑性,便于护士操作。取材方便,制作简单,节约了线束的准备时间。

做到一巾两用,其粘贴部分用于手术区皮肤保护,废弃的底板纸用于线束的固定,线束的上下两层均为底板纸的防水面,防潮不吸水,密封性能好,利于线束的保湿状态。底板纸的椭圆口用于分类固定各型号线束,使线束在使用过程中,井井有条,器械台保持整洁。且减少了线束在空气中暴露的时间,保证了线束的潮湿备用状态。避免了盐水浸湿无菌巾,使无菌台保持干燥,符合无菌操作原则。

作者单位:246003 安徽省安庆市 解放军海军安庆医院手术室  
周玉琼:女,本科,主管护师, E-mail:zyq559a@126.com  
2006-08-16 收稿

(本文编辑 田力)