

摘 要

宫颈癌是一种妇科恶性肿瘤，它的发生率及死亡率在国内排名第二，在全球范围内排第四名。随着社会科技的发展，医学技术的进步，宫颈癌手术的方式越来越先进，宫颈癌术后面临的护理问题也越来越多，护理方式由单一护理转变为多元化护理。在术后众多的护理问题中，最能影响者生活质量的就是疼痛。疼痛是一种主观感受，长期的疼痛会影响患者的睡眠、心情，会产生心理问题焦虑、抑郁等。提前进行疼痛干预或做好疼痛护理，就可以极大的减少患者的疼痛感，提高患者的生活质量。本文就宫颈癌术后的疼痛护理做出概括，全面汇总以往疼痛护理方式的同时，提出新的护理措施，为以后临床护理研究提供参考。

关键词：宫颈癌；疼痛相关因素；疼痛护理

ABSTRACT

Cervical cancer is a kind of gynecological malignancy, its incidence and mortality rank second in China and fourth in the world. With the development of social science and technology, the progress of medical technology, the way of cervical cancer surgery is more and more advanced, cervical cancer postoperative nursing problems are also more and more, the way of nursing from single nursing to diversified nursing. In the postoperative nursing problems, the most can affect the quality of life is pain. Pain is a kind of subjective feeling, long-term pain will affect patients' sleep, mood, psychological problems, anxiety, depression and so on. Advance pain intervention or pain care, can greatly reduce the pain of patients, improve the quality of life of patients. This paper summarizes the postoperative pain nursing of cervical cancer, summarizes the previous pain nursing methods, and proposes new nursing measures to provide reference for future clinical nursing research.

Key words: Cervical cancer; Pain related factors; Pain care

目 录

第 1 章 绪论.....	1
1.1 研究的背景与依据.....	1
1.1.1 研究背景.....	1
1.1.2 研究依据.....	1
1.2 国内外研究现状.....	2
1.2.1 国外研究现状及疼痛管理.....	2
1.2.2 国内研究现状及疼痛护理.....	2
第 2 章 研究内容和研究方法.....	4
2.1 研究内容.....	4
2.2 研究方法.....	4
第 3 章 宫颈癌主要情况介绍.....	5
3.1 宫颈癌的介绍.....	5
3.2 宫颈癌手术方式.....	5
第 4 章 术后存在的护理问题及术后疼痛.....	7
4.1 术后存在的护理问题.....	7
4.2 术后疼痛评估.....	7
第 5 章 镇痛方式.....	9
5.1 超前镇痛.....	9
5.2 预防性阵痛.....	9
5.3 腰方肌阻滞镇痛.....	9
5.4 患者自控镇痛.....	9
5.5 多元化镇痛.....	10

5.6 中医药技术镇痛.....	10
第6章 疼痛相关因素及护理措施.....	11
6.1 疼痛相关因素.....	11
6.1.1 生物学因素.....	11
6.1.2 治疗方式.....	11
6.1.3 心理因素.....	11
6.1.4 医务人员因素.....	11
6.1.5 患者自身因素.....	11
6.1.6 引流管固定不当.....	12
6.1.7 社会学因素.....	12
6.2 术后疼痛护理.....	12
6.2.1 预防咳嗽引起的切口疼痛.....	12
6.2.2 药物止痛.....	12
6.2.3 引流管护理.....	12
6.2.4 针灸止痛.....	13
6.2.5 心理干预疗法.....	13
6.2.6 认知疗法.....	13
6.2.7 提供社会支持.....	14
6.2.8 健康教育.....	14
结论.....	16
参考文献.....	17
致谢.....	19

第 1 章 绪论

1.1 研究的背景与依据

1.1.1 研究背景

宫颈癌女性好发率极高的恶性肿瘤之一，在全世界发生率排第四名。在中国，宫颈癌是第二大女性特有的恶性肿瘤，发病率与死亡率呈现年龄分布特征，多集中在 20~50 岁的育龄期妇女，且农村地区人群的发病率明显高于城市人群^[1]。随着社会的发展及环境改变等因素，宫颈癌患者发病越来越年轻化，发病率呈上升趋势。宫颈癌已成为女性主要死因之一，因此对于宫颈癌应做到早防治、早诊断。与其他癌症不同的是，宫颈癌是所有癌症中唯一一个能够找到致病因素的恶性肿瘤，与高危型人乳头瘤病毒也就是人们常说的 HPV 的持续感染有关^[2]。对于患有宫颈癌的患者来说，手术是最好的解决方式。手术方式多种，有传统的开腹手术，也有微创手术。可无论是何种手术，术后护理都很重要，而疼痛护理就更为重要了。

2020 年，疼痛被重新定义，国际疼痛学会将“疼痛指的是一种与现实或潜在的组织损伤有关的不愉快的感觉和情绪情感体验，或与此类似的经历”，并补充指出：①疼痛是一种主观体验，但它又受到了生物学、心理学以及社会环境等多方面因素的影响；②疼痛是一种有别于伤害性的感觉，单纯从生理角度来看，它并不是指疼痛；③疼痛是人类认知疼痛的一种方式，是透过生命体验与体验而获得的；④个人对于自己的痛苦的抱怨应当被接纳和尊敬；⑤疼痛是机体的一种自主性、保护性的感觉，但也会对机体的生理、心理及社交等造成不良的后果；⑥语言描述只是表示痛苦的一种方法，语言沟通的障碍并不意味着人或动物没有痛苦的感觉^[3]。

由此可见，疼痛对宫颈癌患者是有很大的影响的，程度较轻的会导致患者焦虑、抑郁、睡眠紊乱等，如果疼痛不能及时控制，长此以往就会转变为慢性疼痛，慢性疼痛会极大的打击患者的信心，还会对患者的生命造成危害，剧烈的疼痛还会打击患者生存的意志，甚至使患者产生消极心理，严重危害患者的生命健康^[4]。那么，做好疼痛护理就成了一项非常重要且有意义的工作。

1.1.2 研究依据

疼痛护理是宫颈癌患者术后护理中最重要的一部分，是应用于病人身上最常见的护理方式之一，它能有效的减轻患者的疼痛感，从而减轻患者的恐惧、焦虑，提升患者的睡眠质量以及生活质量。

(1) 对宫颈癌患者实施疼痛护理干预可以有效减少患者的术后疼痛感。

(2) 在术后进行有效地心理护理可帮助患者正确认识疼痛，减轻其恐惧与焦虑，让患者更好控制疼痛。

(3) 饮食护理对患者也有一定的帮助，避免进食导致胀气的食物从而加重伤口疼痛感。

(4) 术后做好疼痛护理，可提高病人术后伤口恢复及护理满意度^[5]。

1.2 国内外研究现状

1.2.1 国外研究现状及疼痛护理

以手术的方式治疗宫颈癌的设想最开始起源于 19 世纪初，Sauter 在 1827 年的时候尝试采用从阴道来切除子宫的方式来治疗宫颈癌。1878 年，Freund 第一个提出了子宫切除术作为治疗宫颈癌的首选方式，然而，由于当时的技术和经济条件十分有限，这项手术的仅仅可以达到 50% 的治愈率。1895 年，Reis 最早实行了根治性子宫及其附件的切除。1905 年，奥地利医生 Wertheim 提出且完成子宫广泛切除和盆腔淋巴结的全面切除，因此被称为 Wertheim 手术。1930 年后，Meigs 去维也纳诊疗所进行学习，他参考外阴癌淋巴浸润的处理方式，将 Wertherim 术和腹淋巴结系统切除术相融合，形成 Wertheim-Meigs 手术。1948 年，Brunschwig 开创盆腔脏器切除术^[6]。

Bethann M^[7] 的文献说明，国外的疼痛护理非常先进，可选择接受的治疗也多种多样，这些包括非处方镇痛药，非阿片类处方药，干预措施，补充疗法和全身阿片类药物。非阿片类处方药例如对乙酰氨基酚、非甾体抗炎药和一些辅助药物，常见的两种辅助药物就是抗抑郁药和抗惊厥药。抗抑郁药如度洛西汀、艾拉法辛和三环类抗抑郁药。抗惊厥药如加巴喷丁、普瑞巴林。两种主要的干预措施是硬膜外或鞘内注射镇痛药和神经阻滞。

全身阿片类药物由于其具有一定的成瘾性，许多临床医生很少接受关于何时或如何安全地旋转阿片类药物的正式教育，包括计算等镇痛剂量等，虽然其镇痛效果明显，但充分掌握阿片药理学才能准确应用，目前对此掌握虽较少，但颇有成效。

1.2.2 国内研究现状及疼痛护理

早在上个世纪 50 年代，就已经在江西，天津，山东等地开展了子宫内膜癌的切除手术。国产的外科治疗方法是在 Wertheim 外科治疗的基础上，借鉴 Meigs 和冈林的外科治疗方法，逐步发展成为具有自己特点的外科治疗方法。我国首次在江西省进行了子宫内膜癌切除术，随后又在上海，安徽，天津，山东，北京，四川等地进行了子宫内膜癌切除术。从浙江和广东开始，直到现在，子宫内膜癌切除术在全国的大中型城市都得到了广泛的应用。虽然是以 Wertheim 的手法为蓝本，但也借鉴了冈林和 Meigs 的手法，但都是不同的。江西省杨学志教授自 1955 年 7 月开始施行子宫颈癌切除术。宫颈癌合作小组于 1978 年建立。在 1986 年，改称为子宫癌专科委员会。靖安县妇产科预防中心于 1974 年设立。江森和李诚信（1991）年，陈惠祯（2000）年，他们分别对子宫颈癌的六种类型进行了研究。除此之外，高永良还开创了腹腔撕脱性骨盆淋巴结清除手术，在国内广为流传。中国医科大学癌症中心于 1958 年建立，1988 年在山西襄垣县建立宫颈癌筛查和预防研究基地，工作一直延续现在。1947 年上海仁济医院在国内开展阴道子宫截除手术。1955 年张其本在国内首先开展原发性阴道癌手术^[8]。

与国外相比，国内的疼痛学研究相对滞后。1989 年，北大韩济生教授创办了“中华疼痛学会”，第二年更名为“IASP”中国分会，1992 年更名为“中华医学会”。因为疼痛学的起步，我国疼痛护理随之兴起，从一开始的单一用药，到现在多样的护理。华艳^[9]的研究显示术后给予综合护理，可尽量避免患者出现术后并发症，可以有效地缩短患者的住院时间，一定程度上减轻其经济压力，同时促进患者身心健康。马僖英^[10]的文献显示，单有疼痛护理是不够的，得配合心理支持才能获得更好的镇痛效果，为患者减轻疼痛的影响，提高术后的生活质量。王连芝^[11]的研究也表明疼痛护理需要结合心理护理才能发挥更大的作用，高伟香^[12]的研究同样表明了这一点。从起步到如今我国的疼痛护理从单一用药到现在的多元化疼痛护理，实现了一个新的跨越，为患者术后的舒适程度提供了新保障。

第 2 章 研究内容和研究方法

2.1 研究内容

本文通过对宫颈癌术后出现疼痛的患者作为本次调查的主体，与此同时，运用文献资料法，对出现疼痛的患者展开了研究，并对术后疼痛的护理措施以及在护理过程中所存在的问题进行了深入的探讨。并讨论出了相应的建议和解决方法。

第一章 绪论部分，我们将深入探讨这一话题研究背景并从中汲取有价值的信息，同时结合国内外的学术资料，进行系统的梳理，从而为接下来的深入探讨奠定坚实的基础。

第二章 对论文的研究内容和研究方法进行梳理。

第三章 针对我国目前宫颈癌的情况进行分析，并对宫颈癌的手术方式类型进行简单介绍。

第四章 深入探讨宫颈癌手术后的护理并进一步给出相应的对策，从而可以帮助患者提高自己的生活质量。

第五章 对于可以控制疼痛治疗的措施进行具体总结；

第六章 对疼痛护理方式进行详细且细致的总结；

最后对全文分析过程进行总结。

2.2 研究方法

主要采用的是文献检索的方式，在知网，维普，万方等期刊上进行检索，收集与宫颈癌，术后疼痛，疼痛护理有关的关键字，并对有关护理方式的一些有代表性的研究成果进行整理。通过文献研究的方法进一步对宫颈癌手术患者术后的疼痛护理进行进一步的了解。

第3章 宫颈癌主要情况介绍

3.1 宫颈癌的介绍

宫颈癌已经成为当今世界上最普遍的妇科肿瘤疾病。根据统计数据，每年全世界 50 万女性患者被确诊为宫颈癌，其中大部分患者集中在发展中国家。因此，对于宫颈癌早期识别、早期干预以及早期治疗显得尤为迫切。宫颈癌通常分为原位癌和浸润癌。原位癌多数发生在 30 至 35 岁之间，而浸润癌则多发生在 45 至 55 岁之间。不同类型的宫颈癌在临床表现上也有所不同。

宫颈癌的转移方式有直接蔓延淋巴转移两种。少数病例也会通过血液循环途径转移至其他部位。

现宫颈癌的临床分期依旧采用国际上统一的 2018 版的国际妇产科联盟的分期，总共分为四期^[13]。

3.2 宫颈癌手术方式

宫颈癌诊断明确后，大多数病人的治疗选择主要是手术，手术治疗是宫颈癌患者临床治疗的常用方法之一，能够去除癌灶，避免癌细胞发生转移情况和复发现象。

筋膜外子宫切除术：目前，常用的治疗方式是全子宫切除术，但其手术范围和操作方式存在一定的局限性。近年来，筋膜外全子宫切除术被广泛应用于 I A1 期宫颈癌的治疗中，与普通全子宫切除术相比，此法不必游离输尿管，切除所有宫颈组织，这使得手术过程更加简便。筋膜外子宫切除术可以有效地保护宫腔内的器官，同时也可以保护宫颈和宫底的完整性，这种手术方式的优点能够最大程度地保护输尿管的完整性，减少手术过程中的并发症发生率。这种手术方式对于一些特殊的宫颈癌患者群体也具有一定的优势，例如对于年龄较大、合并其他疾病的宫颈癌患者，筋膜外全子宫切除术可以减少手术创伤，缩短恢复时间，提高手术成功率。

改良根治性子宫切除术：它将子宫动脉于输尿管的连接处切除并重新结扎。

根治性子宫切除术：主要适合用于 I B 和 II A 宫颈癌的治疗。

超根治性子宫切除术 与 III 型的区别：①可以彻底切除膀胱子宫韧带；②切断

了膀胱上动脉；③切除了阴道的上 3/4^[14]。此外，该术式还可有效降低患者出现泌尿道瘘的风险。

部分脏器切除术：适用于远端输尿管或者膀胱的中心性复发。

Q-M 分型：进入 20 世纪后，近年来，由于冷光源的出现，以及电子摄像技术的出现，使得腹腔镜下的手术成为可能。在此基础上，腹腔镜技术也被用于宫颈癌的治疗。这标志着子宫内膜癌的外科治疗已经步入了微创化、保留切除范围和保持功能的时期。Q-M 分类包括外科分类和淋巴结切除分级两个方面。在这些类型中，外科分类只涉及到宫颈切除的程度。其中手术分型仅与宫旁切除范围有关。阴道切除仅用于病灶累及阴道时，不会影响手术分型。

2018 年度的子宫内膜异位症小切口（LACC）研究成果第一次对子宫内膜异位症的小切口手术进行了挑战，并对子宫内膜异位症患者的预后产生了较大的影响。对于根治性子宫切除术，我们目前的手术方式基本就两种，开腹和微创，但就目前的研究资料以及文献表明，微创手术虽然对患者的伤害性小，且患者住院时间短，但术后的生存率要比开腹术后患者的生存率低，而死亡率要比开腹患者的死亡率高^[15]。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：

<https://d.book118.com/608107034041006054>