

全麻术后疼痛对患者康复的影响及护理干预分析

黄朝旭 王晓梅 张欢欢 张 瑜

空军军医大学第一附属医院-麻醉科 陕西 西安 710032

摘要: **目的:** 分析全麻术后出现的疼痛对于患者术后康复影响, 并探索疼痛护理要点。**方法:** 随机抽取2022年3月至2025年1月在本院接受全麻手术的120例患者, 术后使用疼痛视觉模拟量表 (visual analogue scale, VAS) 将患者分为疼痛组及未疼痛组, 比较两组术后康复情况; 并对疼痛组患者开展疼痛护理, 分析护理前后患者的疼痛程度以及舒适度。**结果:** 未疼痛组患者的排气时间、进食时间以及住院时间短于疼痛组 ($P < 0.05$); 疼痛组护理前VAS评分为 (5.26 ± 0.75) 分, 护理后降低至 (2.24 ± 0.35) 分; 且患者舒适度明显提升。**结论:** 全麻术后出现疼痛一定程度上影响患者的术后康复进程, 对患者开展疼痛护理、心理疏导等可缓解患者疼痛程度, 提升舒适度。

关键词: 全麻手术; 术后疼痛; 术后康复; 疼痛护理; VAS

全身麻醉手术是保障手术顺利进行的一种重要方式, 随着我国医疗技术高速发展, 全麻手术适用范围也随之扩大, 尤其适合一些重大手术以及外伤人群。由于手术操作、药物影响等作用, 部分接受全麻手术的患者后会出现明显疼痛^[1]。患者术后康复中, 因出现疼痛会影响其康复进程^[2, 3]。而为了提升术后康复速度, 需要对疼痛开展针对性护理, 缓解疼痛程度, 提升舒适度。基于以上情况, 本文重点分析全麻术后出现的疼痛对于患者术后康复影响, 并探索疼痛护理要点, 旨在为后续护理干预提供参考。

1 资料与方法

1.1 基础资料来源

随机抽取2022年3月至2025年1月在本院接受全麻手术的120例患者, 其中男性患者57例, 女性患者63例, 年龄32~88岁, 平均年龄 (58.25 ± 3.99) 岁。术后使用VAS量表将以上患者进行分组, VAS量表得分 ≥ 1 分则划分为疼痛组, 该组有患者34例。VAS量表中得分 < 1 分划分为未疼痛组, 该组有患者86例。

纳入标准: 符合手术指征; 全身麻醉; 无精神障碍等疾病, 能够正常开展交流。排除标准: 术前合并呼吸衰竭、肺部感染患者; 凝血功能障碍患者; 肝肾功能严重异常患者。

1.2 方法

1.2.1 全麻方法

诱导麻醉为注射甲苯磺酸瑞马唑仑12mg、罗库溴铵注射液40mg、枸橼酸芬太尼注射液20 μ g。然后对患者进行维持麻醉: 吸入用七氟烷1.5g、盐酸右美托咪定注射液0.4 μ g/kg/h、注射液盐酸瑞芬太尼0.15 μ g/kg/min。手术结束后及时将患者送入麻醉恢复室。

1.2.2 不同疼痛程度患者术后资料收集

患者术后康复中, 根据分组收集其术后康复数据, 包括排气时间、进食时间以及住院时间。

1.2.3 护理干预

未疼痛组给予常规的护理干预, 比如密切关注患者生命体征、按照医嘱用药、妥善固定各种管道、保持患者呼吸道通畅、做好氧气吸入等。

疼痛组还加入疼痛护理干预: (1) 健康教育。告知患者术后疼痛的原因, 纠正患者传统错误认知, 详细介绍疼痛的干预方法以及目的, 提升患者的依从性。(2) 心理护理。术后疼痛不仅会引起生理不适, 还会增加心理负担, 因此需要对患者开展针对性的心理护理。说明一般情况下, 接受积极干预后可获得的效果, 减轻患者心理负担, 并树立康复信心。(3) 疼痛干预。对于疼痛尚能耐受的患者, 可利用音乐疗法以及指导患者冥想等方式分散注意力。对于疼痛感比较重的患者, 需要根据医嘱使用镇痛药物, 但需要控制好药物的剂量, 避免药物依赖^[4]。

(4) 体位管理。术后6h去枕平卧, 可以使得颈肩部肌肉放松, 增加舒适度。(5) 饮食管理。术后清醒以及吞咽功能恢复时可少量多次饮水, 次日清晨可进流食, 并逐渐过渡为正常饮食, 术后2d拔除导尿管。(6) 康复指导。术后病情允许的情况下为患者提供康复锻炼指导, 适当开展肢体运动, 加快血液循环, 促进胃肠功能康复; 并适当给予患者肢体按摩^[5], 促进血液循环。

1.3 观察指标

(1) 对比疼痛组及未疼痛组患者术后排气时间、进食时间以及住院时间。(2) 使用VAS量表评估分析疼痛组患者护理前后得分情况。(3) 对于疼痛组, 在护理前和护理后利用Kolcaba舒适状况量表测试其舒适度, 从生

理、心理、精神、社会文化和环境等4个方面评价，得分越高说明舒适度越高。

1.4 统计分析

使用统计软件SPSS24.0对数据进行计算分析，计量和计数资料对应采取t和卡方检验进行比较， $P < 0.05$ 说明结果具有可比性。

2 结果

2.1 不同疼痛程度患者术后康复情况

未疼痛组患者的排气时间、进食时间以及住院时间短于疼痛组 ($P < 0.05$)，结果见表1。

表1 不同疼痛程度患者术后康复情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	排气时间(h)	进食时间(h)	住院时间(d)
疼痛组	34	9.26±0.45	10.26±0.65	10.29±0.86
未疼痛组	86	6.65±0.55	7.25±0.52	8.65±1.01
t值		24.881	25.742	7.509
P值		0.000	0.000	0.000

2.2 疼痛组患者护理前后疼痛程度对比

疼痛组护理前VAS评分为(5.26±0.75)分，护理后降低至(2.24±0.35)分，前后数据差异具有统计学意义($t = 13.195 P = 0.001$)。

2.3 疼痛组护理前后舒适度对比

护理后患者的Kolcaba舒适状况量表得分明显高于护理前，具体结果见表2。

表2 护理前后Kolcaba舒适状况量表得分对比 ($\bar{x} \pm s$) 分

时间	生理	心理	精神	社会文化和环境
护理前 (n = 34)	7.78±1.15	8.56±1.34	7.80±1.14	8.11±1.25
护理后 (n = 34)	20.26±2.23	21.07±2.32	20.12±2.25	20.26±2.26
t值	10.916	10.668	11.010	1.001
P值	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

麻醉主要是利用药物抑制中枢神经和(或)周围神经系统，使得患者失去痛觉，从而保证手术顺利开展。全身麻醉作为一种高风险的临床操作，除了要对麻醉药物剂量严格控制之外，还需要做好相应的护理干预。因接受全麻手术的患者，特别是处于恢复期时，因受到麻醉药物的影响，患者的自主意识会受到干扰，无法准确对刺激进行合理的调控，很容易引起不良反应，影响患者的术后康复[6, 7]。术后疼痛是全麻手术常见的一种并发症，麻醉药物大部分代谢后，患者切口等部位会明显感受疼痛，疼痛不仅会增加患者心理压力，还会降低术后康复质量^[8]。本次研究发现，全麻术后患者出现明显疼痛的患者，其排气时间、进食时间以及住院时间均长于

未出现明显疼痛的患者。该结果提示全麻术后疼痛的影响时间较长，并非单纯影响苏醒期，对于后续的整个康复进程均有一定程度影响，因此建议在后续的护理干预中提前做好疼痛护理，比如术前就成立疼痛护理小组，评估患者术后出现疼痛风险，提前做好相应的预防性护理，最大程度降低患者术后疼痛度，提升术后康复质量。

因全身术后疼痛对整个康复进行具有较大负面影响，因此需要针对患者疼痛情况开展护理。然而传统护理内容单一，局限性明显，未能根据患者的情况开展针对性护理，使得整体护理效果并不高。根据以上情况，本次对于全麻术后出现疼痛患者开展疼痛针对性护理。首先对患者开展健康教育，说明出现术后疼痛的一般原因、疼痛干预要点、注意事项以及一般可获得的结果等，提升患者对于全麻术后疼痛的认识度，并纠正传统错误认知，提升护理配合度。疼痛刺激下，患者明显焦虑，此时需要重视心理护理，积极主动与患者开展交流，耐心倾听患者讲述，提升患者对于护理人员的信任度，并帮助其树立治疗信心。然后对患者开展针对性的疼痛干预，对不疼痛尚能耐受的患者通过音乐疗法以及冥想等物理模式转移注意力；中重度疼痛患者则根据医嘱使用镇痛药物，以此缓解疼痛。在后续的护理干预中，还对患者进行体位管理，以此提升舒适度；通过饮食护理，提升机体抵抗力，通过康复训练促进术后康复进程。本次经以上综合性护理干预后，患者的VAS评分从(5.26±0.75)分降低至(2.24±0.35)分，说明经过护理干预后患者疼痛程度明显减轻，这对于改善后续生活质量具有重要意义。护理干预后，该组患者的Kolcaba舒适状况量表得分明显高于护理前，说明患者的整体舒适度明显改善。

1979年国际疼痛研究协会定义“疼痛为一种令人不快的情绪、感觉上的感受”，2002年世界疼痛大会将其拟定为第五生命体征，因此外国医院很早就将疼痛护理作为护理重要内容。随着我国对于疼痛认识度提升，也开始将其作为护理重要内容，不仅具备新型护理领域思维，还重视患者生理、心理双向护理，从而缓解身体不适感，促进病情康复^[9]。对于术后疼痛的患者，通过疼痛护理干预，一方面能够缓解不适感，提升术后生活质量，减轻因疼痛造成的心理障碍；另一方面对疼痛改善性护理能够最大限度满足患者对于相关知识的了解程度，帮助其认识术后疼痛，确定适合自己的疼痛干预方法，利于改善疼痛、稳定患者情绪，增加患者舒适度，相应地也提升患者对于护理人员的信任感和护理满意度^[10]。

于本次研究中，为了进一步了解全麻术后疼痛对于

患者后续康复进程的影响,将出现疼痛和未出现疼痛的患者分组对比,结果显示疼痛组患者机体康复较慢,提示后续全麻手术患者护理中注意开展预见性护理,提前识别疼痛因素并干预。而对疼痛患者开展针对性护理后,患者疼痛程度明显降低,且舒适度提升,提示后续护理中对于疼痛护理开展针对性护理对于改善患者状况具有积极作用,值得推荐使用。

参考文献

- [1]刘宏波.右美托咪定联合利多卡因表麻对全麻下扁桃体腺样体切除术患儿苏醒期躁动及术后疼痛的影响[D].赣南医科大学,2024.
- [2]黄红,张兰兰.层级全责一体化护理对腹部手术患者术后疼痛与护理满意度的影响[J].护理实践与研究,2018,15(20):72-74.
- [3]De Cassai A, Geraldini F, Boscolo A, et al. General anesthesia compared to spinal anesthesia for patients undergoing lumbar vertebral surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials[J]. J Clin Med. 2020,10(1):102.
- [4]余戴华.综合护理在全麻术后患者麻醉复苏室护理中的应用效果观察[J].医药前沿,2021,11(1):115-116.
- [5]陈树军,解妍琪,王巧英,等.快速康复外科理念在颈椎间盘置换患者围手术期中的应用[J].中国继续医学教育,2021,13(9):171-175.
- [6]Yang L, Liu Q, Chi Q, et al. Effect of rapid rehabilitation nursing on improvement of quality of life after super-mini PCNL and risk analysis for postoperative complications[J]. Am J Transl Res. 2022,14(7):5146-5154.
- [7]虎春洁.快速康复外科理念在脊柱微创手术围手术期护理中的应用效果观察[J].山西医药杂志,2022,51(17):2032-2034.
- [8]许秋萍,倪文妍,杨凌云.骨科患者全麻术后并发谵妄的危险因素分析[J].当代护士:下旬刊,2022,29(9):114-118.
- [9]谭健娜,谭玲玲,周佩英.中药热奄包联合穴位按摩对腹部手术后并发腹胀及疼痛干预效果的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(16):2976-2979.
- [10]Brandauer A, Berger S, Freywald N, et al. Quality of life in nursing home residents with pain: pain interference, depression and multiple pain-related diseases as important determinants[J]. Qual Life Res, 2020,29(1):91-97.