

外科手术患者术后疼痛的护理干预效果比较

蒯梦露 王 芬

宁夏回族自治区第四人民医院 宁夏 银川 750021

摘要：目的：比较不同护理干预模式对外科手术患者术后疼痛的控制效果，为优化疼痛护理方案提供依据。方法：选取本院普外科2024年1月至2025年6月收治的120例手术患者，随机分为对照组与观察组各60例，对照组采用常规疼痛护理，观察组采用综合护理干预（含超前镇痛宣教、多模式镇痛配合、心理疏导及个体化疼痛评估），比较两组术后各时点VAS评分、镇痛满意度及不良反应发生率。结果：观察组各时点VAS评分均显著低于对照组，镇痛满意度（95.0%）高于对照组（78.3%），不良反应发生率（8.3%）低于对照组（21.7%），差异均有统计学意义。结论：综合护理干预能有效减轻外科患者术后疼痛，提高镇痛满意度，降低不良反应风险，值得临床推广。

关键词：外科手术；术后疼痛；护理干预；视觉模拟评分；效果比较

引言：术后疼痛是外科手术最常见的并发症之一，是手术创伤引发的生理与心理应激反应的综合体现。持续疼痛不仅影响患者康复进程，还可导致心率增快、血压升高、呼吸抑制、胃肠功能延迟恢复等不良后果，甚至演变为慢性疼痛综合征。随着加速康复外科理念推广，术后疼痛管理已从“按需止痛”转变为“超前干预、多模式镇痛、个体化管理”的综合模式。本研究通过对比常规护理与综合护理干预在外科手术中的应用效果，旨在为临床护理决策提供循证依据。

1 术后疼痛的病理生理基础与护理干预理论

1.1 术后疼痛的发生机制

术后疼痛属于急性伤害性疼痛，其机制涉及组织损伤后局部炎症反应、外周神经末梢敏化和中枢神经系统可塑性改变三个层面。手术切割、牵拉、电凝等操作直接损伤组织细胞，释放大量炎性介质，激活伤害性感受器，产生外周敏化；同时，持续的伤害性信号传入脊髓背角，导致中枢神经元兴奋性增高，形成中枢敏化，表现为痛阈降低和痛觉超敏。这一复杂过程决定了术后疼痛并非简单的“伤口痛”，而是涉及多靶点、多通路的综合反应，为多模式镇痛策略提供了理论基础。

1.2 术后疼痛对机体康复的负面影响

术后疼痛的危害呈现多系统特点。呼吸系统方面，上腹部和胸部术后患者因疼痛不敢深呼吸和有效咳嗽，易致肺不张、肺部感染。心血管系统方面，疼痛引发交感神经兴奋，可致心率增快、心肌耗氧增加，对合并冠心病等基础疾病的老年患者尤为危险。消化系统方面，疼痛抑制胃肠蠕动，延迟排气和进食。此外，持续疼痛还可导致焦虑、抑郁、失眠等心理问题，形成“疼痛-情绪障碍-疼痛加重”的恶性循环，严重降低患者的康复意

愿和治疗配合度^[1]。

1.3 疼痛护理干预的理论框架

现代疼痛护理干预以Orem自护理论、Kolcaba舒适理论和加速康复外科理念为三大支柱。Orem理论强调护士通过“完全补偿、部分补偿、支持教育”三种方式动态调整护理策略；Kolcaba舒适理论将疼痛护理目标定位于为患者提供生理、心理、社会文化和环境四维度舒适体验；ERAS理念则将术后镇痛纳入围手术期整体管理，倡导预防性、多模式及微创化镇痛。三者有机结合，形成了“以患者为中心、预防为先导、多模式为手段、舒适化为目标”的现代疼痛护理干预体系。

2 资料与方法

2.1 一般资料

选取本院普外科2024年1月至2025年6月收治的120例手术患者作为研究对象。纳入标准：年龄18~75岁；接受普外科手术（胆囊切除术、胃大部切除术、结直肠癌根治术、甲状腺手术等）；术前无心、肺、肝、肾严重功能障碍；无精神疾病或认知障碍，能配合疼痛评估；自愿签署知情同意书。排除标准：术前长期使用阿片类药物或有药物依赖史；伴有慢性疼痛综合征；术后转入ICU或发生严重并发症需再次手术；妊娠或哺乳期妇女；对研究用药过敏。采用随机数字表法将120例患者分为对照组与观察组，各60例。对照组男32例、女28例，平均年龄（48.5±12.3）岁，手术类型：胆囊切除术18例、胃大部切除术12例、结直肠癌根治术10例、甲状腺手术10例、其他10例；观察组男30例、女30例，平均年龄（49.1±11.8）岁，手术类型分别为16、13、11、9、11例。两组性别、年龄、手术类型、手术时长、麻醉方式等一般资料比较，差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具

有可比性。

2.2 护理干预方法

2.2.1 对照组：常规疼痛护理

对照组患者接受外科术后常规疼痛护理，具体内容
包括：（1）术后遵医嘱定时或按需给予镇痛药物，以阿
片类或非甾体抗炎药为主，给药途径多为肌肉注射或静
脉注射；（2）责任护士每日查房时口头询问患者疼痛
情况，采用面部表情量表或数字评分法进行简单评估；
（3）指导患者取舒适卧位，协助翻身，避免压迫伤口；
（4）告知患者如疼痛剧烈可按呼叫器通知医护人员，届
时由值班医师评估后开具临时镇痛医嘱；（5）常规进行
术后健康教育，内容包括伤口保护、引流管护理等，涉
及疼痛管理的健康教育较少且不够系统^[2]。

2.2.2 观察组：综合护理干预

观察组在常规护理基础上接受综合护理干预，具体
方案如下：（1）超前镇痛宣教。术前24h由责任护士对
患者进行一对一疼痛认知教育，内容包括术后疼痛原
因、疼痛对康复的负面影响、镇痛的积极意义、常用镇
痛方式及不良反应、VAS评分使用方法的帮助患者建
立“疼痛需主动报告、可控可治”的正确认知，消除对
阿片类药物“成瘾”的恐惧和“忍痛是坚强”的错误观
念。（2）多模式镇痛护理配合。术后6h内以静脉自控镇
痛（PCIA）为主；术后6~24h配合非甾体抗炎药规律给
药，减少阿片类用量；术后24h后根据进食情况逐步过
渡至口服镇痛药与非药物镇痛相结合。护理人员按时评
估效果，及时反馈调整方案。同时指导非药物镇痛方
法，包括冷敷伤口、抬高患肢、深呼吸放松训练等。（3）心
理护理干预。针对患者焦虑、紧张、恐惧等负性情绪，
采用认知行为疗法干预，包括主动倾听、共情支持，指
导渐进式肌肉放松和腹式深呼吸训练，引导患者注意
力转向积极方面，必要时请心理科会诊。（4）个体化疼
痛评估与动态管理。术后6h、12h、24h、48h由培训合
格的责任护士规范评估VAS评分。对VAS ≥ 4分者立即启动干
预，评估疼痛性质和原因，排除并发症后按阶梯镇痛原
则与医师沟通调整方案。建立“评估-干预-再评估”闭
环管理，每2h对中重度患者动态追踪，直至疼痛控制
在VAS ≤ 3分。

2.3 观察指标与评价标准

（1）疼痛程度。采用视觉模拟评分法（VAS）评估
术后6h、12h、24h、48h静息痛，0分无痛，10分剧
痛，分值越高疼痛越重。

（2）镇痛满意度。术后48h以自制问卷（含效果、
及时性、态度、宣教4维度，10条目，满分100分）
调查，

≥ 80分满意，60~79分基本满意，< 60分不满意，
总满意度 = （满意+基本满意）/总例数×100%。

（3）不良反应。统计术后48h内恶心呕吐、头
晕嗜睡、呼吸抑制（呼吸 < 12次/min或SpO₂ < 90%）、
便秘、皮肤瘙痒等发生率。

2.4 统计学方法

采用SPSS 26.0统计学软件进行数据处理。计量
资料以均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采用
独立样本t检验，组内不同时点比较采用重复测量方
差分析；计数资料以例数（百分比）表示，组间比
较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义^[3]。

3 结果

3.1 两组患者术后各时点VAS评分比较

两组患者术后各时点VAS评分详见表1。观察组
患者术后6h、12h、24h、48h的VAS评分均显著低
于对照组，差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。两
组患者VAS评分均呈现随时间延长逐渐下降的趋
势，但观察组下降幅度更大，尤其在术后12~24h
时间段内降幅最为明显。

表1 两组患者术后各时点VAS评分比较（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	术后6h	术后12h	术后24h	术后48h
对照组	60	5.62±1.21	4.85±1.08	3.92±0.95	2.78±0.82
观察组	60	4.18±0.96	3.21±0.87	2.35±0.74	1.62±0.58
t值		7.286	9.314	10.125	8.976
P值		< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001

3.2 两组患者镇痛满意度比较

术后48h镇痛满意度调查结果显示，观察组患
者满意36例（60.0%）、基本满意21例（35.0%）、
不满意3例（5.0%），总满意度为95.0%；对照
组患者满意21例（35.0%）、基本满意26例（43.3%）、
不满意13例（21.7%），总满意度为78.3%。两
组总满意度比较，差异有统计学意义（ $\chi^2 = 7.212$ ， $P = 0.007$ ）。

3.3 两组患者镇痛相关不良反应发生率比较

观察组60例患者中，发生恶心呕吐2例、头
晕嗜睡2例、皮肤瘙痒1例，总不良反应发生率为
8.3%（5/60）；对照组60例中，发生恶心呕
吐5例、头晕嗜睡4例、便秘2例、皮肤瘙痒1
例、呼吸抑制1例，总不良反应发生率为21.7%
（13/60）。观察组不良反应发生率显著低于对
照组，差异有统计学意义（ $\chi^2 = 4.183$ ， $P = 0.041$ ）。

4 讨论

4.1 综合护理干预在术后疼痛管理中的优势分析

本研究显示，观察组术后各时点VAS评分均
显著低于对照组，镇痛满意度提高、不良反应降
低，证实了综合

护理干预的优越性。其优势体现在三方面：其一，超前镇痛宣教改变了患者疼痛认知，破除“忍痛是坚强”“止痛药成瘾”等误区，帮助患者树立主动报告疼痛的理念，为预防性镇痛奠定基础。其二，多模式镇痛配合使方案更科学，通过静脉自控镇痛、规律非甾体抗炎药、适时口服药的分阶段组合，增强镇痛效果同时减少阿片类药物用量，从源头降低恶心呕吐、呼吸抑制等不良反应^[4]。其三，心理护理通过调节情绪和注意力，影响中枢层面疼痛信号感知，发挥辅助镇痛效应。

4.2 护理干预在ERAS理念下术后疼痛管理中的关键地位

ERAS理念强调术后疼痛管理应贯穿围手术期全程，并与其他康复措施形成协同效应。本研究中观察组因疼痛控制平稳，术后早期下床活动的耐受性和主动性明显优于对照组，间接促进了胃肠功能恢复和血栓预防。护理干预在疼痛管理中扮演“枢纽”角色——既是镇痛方案的执行者，也是效果的观察反馈者，更是患者体验的影响者^[5]。临床应将疼痛管理能力纳入护士核心培训体系，通过标准化评估工具培训、镇痛知识更新、沟通技巧训练等，建设高素质疼痛专科护理队伍。

4.3 本研究局限性

本研究存在一定局限：首先，样本量偏小（仅120例），且为单中心普外科患者，结论外部效度有限，是否适用于骨科、心胸外科等尚需验证。其次，因护理干预特殊性未采用双盲设计，可能存在实施偏倚和测量偏倚。再者，仅观察术后48h短期效果，未对出院后疼痛转归及慢性疼痛发生情况进行远期随访，长期效应不明

确。最后，未对不同手术类型进行亚组分析，不同创伤程度患者对同一干预方案可能有不同反应，这是今后需要深入探讨的方向。

结束语

术后疼痛管理是外科围手术期护理的核心环节，直接影响患者康复质量与就医体验。本研究通过对照试验证实，以超前镇痛宣教、多模式镇痛配合、心理护理干预及个体化动态评估为核心的综合护理方案，在降低术后疼痛评分、提高镇痛满意度、减少不良反应方面均显著优于常规护理模式，验证了综合护理干预在术后疼痛管理中的临床价值。未来将扩大样本量与病种范围，开展多中心研究，完善术后疼痛全程管理模式，为患者提供更加优质、安全、舒适的围手术期护理服务。

参考文献

- [1]陈红微,周莹莹.外科护理干预对术后患者疼痛的临床效果观察[J].母婴世界,2021(9):188.
- [2]李婷丽.快速康复外科护理对胃肠外科手术后患者疼痛及并发症的影响分析[J].黑龙江中医药,2024,53(4):239-241.
- [3]胡艳.外科手术患者术后疼痛管理的护理模式优化探讨[J].奥秘,2023,(10):106-108.
- [4]马玲玲,程丽君,刘园园.心脏外科手术患者采用综合护理干预的效果及对术后疼痛的影响分析[J].智慧健康,2025,11(21):150-153.
- [5]柴卓玉,马晓慧.全面围术期护理对手足外科手术患者术后疼痛及康复进程的影响[J].临床医学研究与实践,2023,8(30):170-173.