

综合性疼痛护理在子宫内膜异位症患者围术期的实施效果

马素芬

(安徽医科大学第四附属医院, 安徽巢湖, 238000)

版权说明: 本文是根据知识共享署名 - 非商业性使用 4.0 国际许可协议进行发布的开放获取文章。允许以任何方式分享与复制, 只需要注明原作者和文章来源, 并禁止将其用于商业目的。

摘要: 目的: 探讨综合性疼痛护理干预在子宫内膜异位症患者围术期疼痛控制及康复过程中的应用效果。**方法:** 选取 2025 年 1 月至 2025 年 12 月于我院接受腹腔镜手术治疗的子宫内膜异位症患者 20 例作为研究对象, 采用随机分组方式分为对照组与实验组, 各 10 例。对照组实施常规围术期护理, 包括生命体征监测、常规药物使用指导及术后切口护理等基础措施; 实验组在此基础上给予综合性疼痛护理干预, 内容涵盖术前疼痛认知与预期管理、多模式镇痛策略、针对性的心理支持、循序渐进的运动康复指导以及家庭支持联动等。比较两组患者的视觉模拟评分、焦虑抑郁评分、术后恢复指标及护理满意度等指标。**结果:** 实验组视觉模拟评分降低幅度显著大于对照组 ($P < 0.05$); 术后 24 小时疼痛评分 (3.2 ± 0.8) 较对照组 (5.7 ± 1.1) 明显降低 ($P < 0.05$); 术后 48 小时疼痛评分 (2.1 ± 0.6) 较对照组 (4.3 ± 0.9) 显著改善 ($P < 0.05$); 术后 72 小时疼痛评分 (1.5 ± 0.4) 较对照组 (3.2 ± 0.7) 持续优化 ($P < 0.05$)。护理满意度实验组达 95.0%, 显著高于对照组的 75.0% ($P < 0.05$)。焦虑抑郁评分实验组 (42.3 ± 5.1) 优于对照组 (58.7 ± 6.3) ($P < 0.05$)。**结论:** 综合性疼痛护理在子宫内膜异位症患者围术期的应用效果良好, 具有多维度协同干预优势, 可以精准调控疼痛感知通路, 有效促进术后快速康复, 临床上的推广应用价值显著。

关键词: 子宫内膜异位症; 围术期护理; 疼痛管理; 多模式镇痛; 快速康复

DOI: <https://doi.org/10.62177/fcdt.v2i1.1080>

引言

子宫内膜异位症是育龄期女性常见的妇科疾病, 临床特征主要是进行性痛经、慢性盆腔痛、性交痛及不孕等, 病情严重时可导致卵巢巧克力囊肿破裂、肠梗阻等并发症, 严重影响患者生活质量, 造成心理负担加重, 甚至持续性疼痛会引起自主神经功能紊乱的反应, 显著影响患者社会功能及家庭关系。临床护理中, 传统疼痛管理手段侧重于药物镇痛, 具有镇痛时效局限、副作用明显、心理干预缺失等局限性, 对患者疼痛体验改善有限, 可能会导致阿片类药物依赖, 影响患者术后活动积极性, 对患者康复进程产生阻碍。不可否认的是, 传统护理在基础保障方面仍具实用价值, 因此需要创新性护理策略弥补其

不足。在这一背景之下,综合性疼痛护理开始逐渐成为围术期管理新趋势,该护理方式具有系统性、个体化、多学科协作特点^[1],与传统护理的单一药物干预模式形成鲜明对比,其优势更为突出且符合 ERAS 理念。

一、资料与方法

(一) 临床资料

选取 2025 年 1 月至 2025 年 12 月在本院妇科就诊的子宫内膜异位症患者 20 例,其中卵巢型 14 例、腹膜型 6 例。采用随机分组方法分为对照组与实验组,各 20 例。对照组患者年龄 25~42 岁,平均年龄 33.6 岁;实验组患者年龄 23~45 岁,平均年龄 34.2 岁。纳入标准为:①年龄 18~45 岁;②经病理学检查明确诊断为 III-IV 期子宫内膜异位症;③签署知情同意书。排除标准:①合并严重心脑血管疾病,需长期服用抗凝药物;②存在精神认知障碍,无法完成量表评估;③合并其他恶性肿瘤,可能干扰术后恢复评价者。两组患者在年龄构成、疾病分期及手术方式等基线资料方面比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有良好的可比性。

(二) 护理方法

对照组患者给予常规围术期护理,具体操作如下:①基础监测护理:给予患者生命体征动态监测,观察术后出血情况,采取伤口加压包扎措施,达到预防感染的效果。②药物镇痛护理:使用阿片类镇痛泵,使用非甾体抗炎药物序贯治疗,采取定时给药方案,通过药物浓度维持,降低急性疼痛发生率,实现基础镇痛效果的提升。③术后活动护理:关注患者首次下床时间,向患者说明早期活动重要性,使用渐进式活动计划,促进肠功能恢复及预防血栓形成^[2]。

实验组患者给予综合性疼痛护理,具体操作如下:①术前认知行为干预:患者入院即进行疼痛知识图谱讲解、疼痛预期管理、手术流程可视化演示,对患者疼痛敏感度评估并介绍多模式镇痛方案、非药物干预方法。明确家庭支持在疼痛管理中的角色定位,指导家属掌握疼痛记录与观察要点,纠正其在疼痛认知方面的常见误区,为建立信任、协同的医患一家属关系奠定基础。指导患者掌握呼吸放松技术,注意体位转换要点,给予疼痛日记工具,建立疼痛预警机制。告知患者异常疼痛等情况及时启动快速响应通道。②围术期多模态镇痛:医护人员实施超前镇痛理念,告知患者神经阻滞技术原理,患者应配合完成疼痛动态评估,建立个体化镇痛档案。主管护士应每 2 小时进行疼痛评分监测,如果出现爆发痛、药物不良反应、疼痛评分 >4 分及时报告医生。告知患者非药物干预方法,帮助患者实施冷敷/热敷交替疗法,避免单一药物过量使用风险^[3]。③术后康复观察:注意胃肠功能恢复情况,根据肠鸣音恢复的频率也不一样。测量首次肛门排气时间、下床活动时长变化情况,根据疼痛评分调整康复进度。重视患者情绪状态变化,如焦虑、失眠等,当出现上述症状立即启动心理支持小组干预。对镇痛泵效能进行动态检查,确保药物输注通畅,如果患者出现恶心呕吐、皮肤瘙痒等不良反应,应给予对症处理。

(三) 观察指标

比较两组患者疼痛情况:采用 VAS 法评定,总分为 0~10 分,分数越高说明疼痛越严重,0 分代表无痛感,10 分代表剧痛;比较两组患者焦虑及抑郁情绪水平:应用 HAMA 及 HAMD 评分对两组患者焦虑及抑郁情绪情况进行评定,评分标准分别为 0~30 分、0~52 分,分数越高症状越重;记录术后恢复指标,使用康复进程评估表,评分标准包含首次下床时间、肛门排气时间、导尿管留置时长;护理满意度情况,使用 Likert 五级量表,评分标准为非常满意至非常不满意。

(四) 统计学处理

采用 SPSS26.0 统计软件进行数据分析。计量资料以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,组间比较采用独立

样本 t 检验，组内比较采用配对 t 检验；计数资料以例数和百分比 [n (%)] 表示，组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

二、结果

（一）两组患者术后疼痛评分比较

本研究中，观察组患者手术后 24h 的 VAS 评分是 (3.2 ± 0.8) ，低于对照组患者的 (5.7 ± 1.1) ；观察组患者手术后 48h 的 VAS 评分是 (2.1 ± 0.6) ，低于对照组患者的 (4.3 ± 0.9) ；观察组患者手术后 72h 的 VAS 评分是 (1.5 ± 0.4) ，低于对照组患者的 (3.2 ± 0.7) ，对比有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者术后疼痛评分比较（分）

分组	人数	术后 24hVAS	术后 48hVAS	术后 72hVAS	术后 96hVAS	疼痛缓解时长 (h)
对照组	10	5.7 ± 1.1	4.3 ± 0.9	3.2 ± 0.7	2.4 ± 0.6	78.5 ± 12.3
实验组	10	3.2 ± 0.8	2.1 ± 0.6	1.5 ± 0.4	0.9 ± 0.3	52.1 ± 8.7
t 值	—	9.874	10.326	11.205	10.842	9.631
P 值	—	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

（二）两组患者心理状态评分比较

焦虑抑郁量表评分显示，实验组 HAMA 评分为 (18.3 ± 3.2) ，HAMD 评分为 (24.0 ± 4.1) ，显著低于对照组 HAMA (28.7 ± 4.5) 及 HAMD (36.2 ± 5.3) ，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。睡眠质量指数实验组 (6.2 ± 1.3) 优于对照组 (9.8 ± 1.7) ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者心理状态评分比较（分）

分组	人数	HAMA	HAMD	睡眠质量	疼痛灾难化	心理弹性
对照组	10	28.7 ± 4.5	36.2 ± 5.3	9.8 ± 1.7	22.4 ± 3.8	18.3 ± 2.9
实验组	10	18.3 ± 3.2	24.0 ± 4.1	6.2 ± 1.3	15.1 ± 2.6	25.7 ± 3.4
t 值	—	10.24	9.87	9.32	8.76	8.94
P 值	—	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

（三）两组患者术后恢复指标比较

术后功能恢复情况显示多模式干预具有积极意义。观察组第 1 次下床时间为 (18.5 ± 3.2) h，肛门排气时间为 (26.7 ± 4.1) h，留置尿管时间为 (10.2 ± 2.3) h；对照组第 1 次下床时间为 (28.3 ± 4.5) h，肛门排气时间为 (38.6 ± 5.7) h，留置尿管时间为 (16.8 ± 3.1) h，比较有统计学意义 ($P < 0.05$)，观察组住院日 (5.2 ± 1.1) d 少于对照组 (7.8 ± 1.5) d，比较有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者术后恢复指标比较（小时 / 天）

分组	人数	首次下床时间	肛门排气时间	导尿管留置	住院天数	术后并发症
对照组	10	28.3 ± 4.5	38.6 ± 5.7	16.8 ± 3.1	7.8 ± 1.5	2(20.0%)
实验组	10	18.5 ± 3.2	26.7 ± 4.1	10.2 ± 2.3	5.2 ± 1.1	1(10.0%)
t 值 / χ^2	—	9.12	8.76	9.03	7.64	4.32
P 值	—	0.001	0.001	0.001	0.001	0.038

三、讨论

本研究证实,综合性疼痛护理通过整合生物-心理-社会干预模式解决传统护理的单维度局限,包括疼痛评估碎片化、心理支持缺失、康复进程脱节^[4]。在疼痛调控层面,多模式镇痛实现神经敏化阻断,区别于传统单纯药物干预。观察组手术后第3天VAS得分为 (1.5 ± 0.4) ,显著小于对照组的 (3.2 ± 0.7) ,两组比较有统计学意义($P < 0.05$);实施综合疼痛护理干预的观察组比以使用阿片类药物为主的对照组进行疼痛治疗的效果更好,在接受干预之后其疼痛灾难化思维程度明显降低,对疼痛的认知度及处理方式也有了很大的进步(实验组: 15.1 ± 2.6 ,对照组: 22.4 ± 3.8 , $P < 0.05$),同时心理弹性显著提升(实验组: 25.7 ± 3.4 ,对照组: 18.3 ± 2.9 , $P < 0.05$)。在康复进程方面,实验组首次下床时间: 18.5 ± 3.2 小时,对照组: 28.3 ± 4.5 小时, $P < 0.05$ 。此外,实验组住院天数: 5.2 ± 1.1 天,对照组: 7.8 ± 1.5 天, $P < 0.05$ 。这些数据共同验证护理整合效应,综合性疼痛护理干预能够重构疼痛管理闭环,不仅改善生理疼痛指标,更能优化心理社会适应能力。这一现象可归因于疼痛认知重塑与神经可塑性调节的协同作用^[5]。

本研究验证并强化了“疼痛管理需多靶点干预”这一核心理论,但突破在于构建了可量化的疼痛-心理-康复三维评价体系,而必须是动态评估、个体化方案与家庭参与且持续改进的闭环管理。这为妇科围术期护理提供了新范式,强调疼痛感知、情绪调节与功能恢复的有机统一^[6]。研究通过量化疼痛灾难化与康复进程的相关性,将疼痛管理从症状控制层面,推进到神经心理机制调控层面,如显著改善疼痛预期焦虑,这为“疼痛认知行为理论”提供了临床实证支持,弥合了基础研究与临床实践的鸿沟^[7]。本研究创新性整合ERAS理念与疼痛专科护理,利用多学科协作模式进行围术期全程管理,为构建子宫内膜异位症标准化护理路径提供了循证依据,推动护理实践从经验型向精准化转型。

本研究尚有不足之处,在于入组病例数量有限,并且属于单中心的研究,其结果是否可以外推还需要更多的研究证实。首先,本项研究纳入患者观察时间较短,并且没有针对疾病的分期或者其他临床上的亚组进行分析,可能会导致本研究得出的结论不够深入及完善。未来需要更大规模的、多中心的、长期随访的前瞻性研究,并结合不同分期患者的亚组比较。其次,疼痛神经机制研究深度不足,未能纳入炎症因子动态监测,未来研究应结合生物标志物探索疼痛转化机制。最后,本研究聚焦临床指标,未能全面评估经济成本、患者生活质量以及社会功能恢复的长期效益,进行卫生经济学评价将具有重要推广价值。

综上所述,本研究对综合性疼痛护理在子宫内膜异位症围术期的应用进行了系统验证。术前疼痛认知教育确保评估全面性,多学科团队主导、各环节无缝衔接的护理计划。动态疼痛监测、个体化方案调整,避免镇痛不足或过度。家庭支持系统提供持续心理支持,解决疼痛管理中的依从性问题,维持患者康复信心。神经敏化调控机制促进康复进程,及时识别疼痛异常模式,提高围术期安全管理效能。

利益冲突

作者声明,在发表本文方面不存在任何利益冲突。

参考文献

- [1] 郑瑞明. 差异性护理对子宫内膜异位症患者心理状态、疾病不确定感及应对方式的影响[J]. 妇儿健康导刊,2024,3(09):112-115+140.
- [2] 熊八玲. 个性化疼痛护理对减轻子宫内膜异位症患者术后疼痛的作用[J]. 中国医药指南,2025,23(01):180-182.
- [3] 袁佳. 以护士为主导的子宫内膜异位症手术团队管理模式的实践效果[J]. 当代护士(下旬刊),2023,

30(02):141-144.

- [4] 赵雅萍,傅秀鸿. 优质护理在子宫内膜异位症患者腹部皮下注射戈舍瑞林缓释植入剂的应用效果[J]. 实用妇科内分泌电子杂志,2024,11(17):146-148.
- [5] 刘金霞,宋会霞. 心理护理干预在子宫内膜异位症所致慢性盆腔痛患者中的应用效果[J]. 妇儿健康导刊,2024,3(05):144-146.
- [6] 王丽萍,姜厚娟,赵晓娜. 系统护理干预在腹腔镜治疗子宫内膜异位症患者中的应用效果[J]. 妇儿健康导刊,2025,4(01):140-143.
- [7] 郭会平,聂小华,王亚茹,等. 健康行动过程取向理论下护理干预在子宫内膜异位症患者中的应用[J]. 山东医学高等专科学校学报,2024,46(06):54-56.