

# 骨科患者术后疼痛管理现状及优化策略研究

薛惠娟

定州市人民医院 河北 定州 073000

**摘要:**目的:分析骨科患者术后的疼痛管理现状,探讨如何优化策略,旨在提高疼痛控制效果,从而提升患者的生活质量。方法:在2023年1月至12月,我院骨科共挑选了80名手术患者。将这80名患者随机分为两组,观察组和对照组,每组各40人。对照组采用常规疼痛管理方法,而观察组则实行多模式镇痛和个性化方案,并加强疼痛教育。术后24小时、48小时和72小时,使用视觉模拟评分法(VAS)来评估患者的疼痛程度,并通过问卷调查了解疼痛控制的满意度,同时记录并发症的发生情况。结果:观察组在术后24小时、48小时、72小时的VAS评分表现优异,分别为 $3.21 \pm 1.02$ 、 $2.54 \pm 0.88$ 、 $1.84 \pm 0.62$ ,均显著低于对照组的 $4.88 \pm 1.37$ 、 $3.92 \pm 1.20$ 、 $3.02 \pm 0.98$  ( $P < 0.05$ )。观察组对疼痛控制的满意度高达95.0%,相比之下对照组仅为83.5% ( $P = 0.006$ )。观察组的并发症发生率仅为15.0%,远低于对照组的55.0% ( $P < 0.001$ )。结论:多模式镇痛和个体化镇痛,结合加强疼痛教育,显著减轻了骨科患者术后的疼痛。这不仅提升了患者的满意度,还减少了并发症的发生。这一策略为临床疼痛管理提供了有效的手段。

**关键词:**骨科;术后疼痛;疼痛管理;优化策略

骨科患者术后常受疼痛困扰,这不仅令他们身体痛苦,还可能引发心理压力、睡眠问题,并限制活动能力<sup>[1]</sup>。这些因素综合作用,大大降低了患者的生活质量,阻碍了康复进程。骨科手术由于涉及骨骼、关节和软组织的创伤,术后疼痛往往较为剧烈,对患者的影响尤为显著。尽管国内外对于术后疼痛管理的研究已取得一定成果,但在实际临床工作中,骨科患者术后疼痛管理仍存在诸多问题<sup>[2]</sup>。为了提高骨科患者术后疼痛控制效果,本研究旨在分析骨科患者术后疼痛管理的现状,探讨优化疼痛管理策略。经过梳理现有疼痛管理方法,并结合国内外最新研究成果,提出了针对性的优化措施。本研究期望为临床骨科术后疼痛管理提供参考,从而提高患者疼痛控制满意度,促进患者康复。近年来,随着疼痛管理理念的更新和镇痛技术的不断发展,多模式镇痛、个体化镇痛等新型疼痛管理策略逐渐应用于临床。多模式镇痛方法,即结合不同作用机制的镇痛药,旨在降低单一药物用量,从而减少副作用,并显著提升镇痛效果。针对患者个体差异,依据其年龄、性别、疼痛级别和手术种类,量身定制镇痛方案。加强患者及家属疼痛教育,提高疼痛管理依从性,也是优化疼痛管理策略的重要环节<sup>[3]</sup>。本研究将围绕骨科患者术后疼痛管理的现状及优化策略展开讨论,旨在为临床疼痛管理工作提供有益借鉴,进一步提高骨科患者术后疼痛控制效果,改善患者生活质量。

## 1 资料及方法

### 1.1 一般资料

本研究选取了2023年1月至12月期间,在我院骨科接受手术的患者作为研究对象。纳入标准包括:年龄18岁以上,65岁以下;骨科手术后预计住院时间超过72小时;意识清楚,能够正确表达疼痛感受。排除标准包括:患有严重心肺功能障碍、肝肾功能不全、认

知功能障碍、慢性疼痛病史或长期服用镇痛药物的患者。共收录了80名患者,用随机数字表法将其分为观察组和对照组,每组40人。性别比例上,观察组有22名男性和18名女性;对照组则由24名男性和16名女性组成。年龄分布上,观察组的患者年龄介于22岁至64岁之间,平均年龄是(45.3±12.6)岁;对照组的年龄则在24岁至63岁之间,平均年龄为(44.8±11.9)岁。在本研究中,观察组和对照组在性别、年龄、手术类型等基本资料上进行了对比,结果显示差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。两组患者的基线资料保持均衡,这为后续疼痛管理效果的对比提供了一个坚实的依据。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组

我院骨科对照组的患者,严格按照常规术后疼痛管理流程操作。这一流程涵盖了术后24小时、48小时和72小时三个时间点,对患者进行VAS评分,以监测疼痛程度。患者可根据疼痛程度,服用标准剂量的非甾体抗炎药(NSAIDs)和弱阿片类药物以缓解疼痛。如有需要,及时调整药物剂量和服用频次。采取常规护理措施,包括保持病房环境舒适、指导患者采取正确体位、进行局部冷热敷等操作。向患者及家属提供术后疼痛相关健康教育,以及药物使用和副作用的信息;对于疼痛较重的患者,使用PCA泵进行患者自控镇痛。对照组的方案着重于基础疼痛控制,相较于观察组的个性化疼痛管理,对照组在疼痛评估的频次、药物调整的灵活性和个体化干预方面较为常规。

#### 1.2.2 观察组

观察组采用了更细致、更具针对性的疼痛管理方法,目的是提升患者对疼痛控制的满意度。增加了疼痛评估的次数,确保评估更具个性化,考虑到了每位患者的年龄、性别、疼痛耐受度以及手术种类。还采用了多

模式镇痛策略。制定的方案涵盖了术前使用非甾体抗炎药预防疼痛，术中实施局部麻醉，术后则依赖患者自控镇痛泵。此外联合多种镇痛药物，以减少单一药物用量，避免潜在副作用。目的是提高镇痛效果，降低风险。根据患者的疼痛反应，对镇痛药物的种类和剂量进行优化，以达到最佳镇痛效果。针对医护人员加强疼痛管理知识的培训，显著提高了他们的疼痛处理技能。也不忘教育患者和家属，传授正确的疼痛观念、镇痛药物的正确使用，以及冷敷、热敷、放松训练等非药物镇痛方法。通过定期的术后随访，根据患者的疼痛控制情况及时调整镇痛方案，确保疼痛管理的持续性和有效性。

### 1.3 观察指标

#### 1.3.1 术后疼痛程度

术后疼痛的管理效果，关键在于疼痛程度的评价。研究采用了视觉模拟评分法（VAS），对患者术后的疼痛进行评估。VAS 是一种广泛使用的疼痛评估工具，具有较高的信度和效度。患者根据自己的疼痛感受在一条标有 0（无疼痛）到 10（最剧烈疼痛）的直线上标记，数值越高表示疼痛程度越严重。术后 24 小时、48 小时和 72 小时，分别记录了两组患者的 VAS 评分。这么做是为了评估他们在不同时间点的疼痛感受。

#### 1.3.2 疼痛控制满意度

患者满意度是评价疼痛管理质量的关键。对疼痛控制的满意度，是衡量标准之一。本研究采用问卷调查的方式，在患者出院前对其进行疼痛控制满意度的评估。问卷包含了对疼痛控制效果、医护人员服务态度、疼痛教育等方面的满意度评价。满意度分为非常满意、满意、一般、不满意、非常不满意。将非常满意和满意视为高满意度，而一般、不满意和非常不满意则归类为低满意度。

#### 1.3.3 并发症发生率

术后并发症发生率，是评估疼痛管理策略的关键指标。本研究记录了两组患者在术后住院期间出现的并发症，包括恶心呕吐、便秘、尿潴留、呼吸抑制、过度镇静等。计算每组并发症的发生率，并比较两组之间的差异。

### 1.4 统计学方法

使用 SPSS 22.0 软件进行统计分析。计量数据用 ( $\bar{x} \pm s$ ) 展示，并用 t 检验进行组间比较。计数数据则用百分比表示，通过  $\chi^2$  检验来比较组间差异。若  $P < 0.05$ ，认为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 术后疼痛程度比较

表 1 展示了两组病患在术后 24 小时、48 小时及 72 小时的 VAS 评分。观察组的评分在每个时间点都低于对照组，差异显著，具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

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

时间点	术后 24 小时	术后 48 小时	术后 72 小时
观察组	3.215 ± 1.024	2.543 ± 0.875	1.836 ± 0.624
对照组	4.875 ± 1.365	3.924 ± 1.204	3.015 ± 0.975
t	-5.236	-5.412	-6.024
P	0.000	0.000	0.000

### 2.2 疼痛控制满意度比较

表 2 展示了两组患者的疼痛控制满意度。观察组的满意度明显优于对照组，差异具有统计学意义 ( $P = 0.006$ )。

### 2.3 并发症发生率比较

表 3 展示了两组病人在术后住院期间并发症的情况。观察组的并发症发生率明显低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.001$ )。

表 2 两组患者疼痛控制满意度比较 [n/XX (X%)]

满意度	非常满意	满意	一般	不满意	非常不满意	满意度合计
观察组	18/45.0%	20/50.0%	2/5.0%	0/0.0%	0/0.0%	40/95.0%
对照组	8/20.0%	15/37.5%	10/25.0%	5/12.5%	2/5.0%	33/83.5%
$\chi^2$	5.698	1.270	6.275	5.333	2.051	7.671
P	0.017	0.260	0.012	0.021	0.152	0.006

表 3 两组患者术后并发症发生率比较 [n/XX (X%)]

并发症	恶心呕吐	便秘	尿潴留	呼吸抑制	过度镇静	总计
观察组	3/7.5%	2/5.0%	1/2.5%	0/0.0%	0/0.0%	6/15.0%
对照	8/20.0%	7/17.5%	4/10.0%	1/2.5%	2/5.0%	22/55.0%
$\chi^2$	2.635	3.130	1.920	1.013	2.051	14.066
P	0.105	0.077	0.166	0.314	0.152	0.000

### 3 讨论

本研究发现,观察组采用的多模式镇痛方法大幅减轻了术后疼痛,提升了患者对疼痛控制的满意度,同时降低了并发症的发生率。多模式镇痛策略,通过混合使用不同机制的止痛药,不仅降低了单种药物用量,减少了副作用风险,而且提升了整体的镇痛效果。这与国内外多项研究结论一致,表明多模式镇痛在骨科术后疼痛管理中具有显著优势<sup>[4]</sup>。术前预防性使用NSAIDs、术中局部麻醉以及术后PCA泵的应用,形成了一个连续、全面的镇痛体系,进一步优化了疼痛控制效果<sup>[5]</sup>。本研究观察组采取了个体化镇痛策略,这一策略至关重要。根据患者年龄、性别、疼痛敏感度以及手术种类,量身定制镇痛方案,从而确保疼痛管理既精准又有效。患者术后VAS评分,观察组在各时间点均低于对照组,表明个体化镇痛更有效地满足了患者的镇痛需求。个体化镇痛不仅提高了疼痛控制的效果,还增强了患者对疼痛管理的信任和满意度。这与先前研究推崇的“以患者为中

心”的疼痛管理理念不谋而合,再次验证了在骨科术后疼痛管理中,个体化镇痛的至关重要性<sup>[6]</sup>。在本研究中,对观察组患者及其家属进行了疼痛教育强化。教他们正确认识疼痛、使用镇痛药物以及非药物的镇痛手段。结果发现观察组患者的疼痛控制满意度明显优于对照组,并发症的发生率也明显下降。这一结果说明,疼痛教育对于提升疼痛管理策略至关重要。通过疼痛教育,患者及家属对术后疼痛有了更科学的认识,增强了疼痛管理的依从性,积极参与到疼痛控制过程中。疼痛教育还提高了患者对非药物镇痛方法的掌握程度,如冷敷、热敷、放松训练等,进一步丰富了疼痛管理手段。加强疼痛教育应成为骨科术后疼痛管理的重要组成部分。本研究虽有所得,但仍有限制。样本数量较少,这可能会影响结果的广泛适用性。研究仅在一家医院开展,缺少多中心的资料支持。展望未来,研究应增加样本量,实施多中心、随机对照试验,以加强本研究结论的可靠性和普遍性。

#### 参考文献:

- [1] 钱康琦,陈洁,陈慧.骨科患者术后疼痛管理的研究[J].医学信息,2022,35(3):57-59.
- [2] 褚梅兰.疼痛管理对创伤骨科患者术后疼痛护理满意度的影响[J].科学养生,2020(5):219-220.
- [3] 张小艳,涂红珍.护理干预在骨科术后患者疼痛管理中的应用[J].全科口腔医学杂志(电子版),2019,6(17):142,148.
- [4] 朱庆巍,李彩霞,阎胜娟,等.疼痛管理护理模

式对骨科患者术后疼痛及自我效能的研究[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(88):250-251.

[5] 王艳萍.探讨疼痛护理质量指引下的护理干预在骨科术后患者疼痛管理中的应用效果[J].中国保健营养,2019,29(23):213.

[6] 王军爱.疼痛护理干预对骨科术后患者疼痛及睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2024,11(3):667-669,673.