

内科住院患者疼痛管理的护理干预研究进展

沈洁

上海市宝山区吴淞中心医院 上海 200940

摘要:疼痛是内科住院患者常见不适,心血管疾病、神经系统疾病、肿瘤疾病等患者,都可能受疼痛困扰,疼痛除引发身体不适,还会干扰睡眠,改变正常进食状态,诱发焦虑情绪,拖慢康复进程。科学的疼痛护理干预,不止单纯控制疼痛症状,覆盖内容包括常规护理、疼痛评估、合理镇痛、疼痛知识讲解等多项内容,可减轻患者身体痛苦,优化护理工作水平。本文梳理现有相关护理方法,整理应用效果,分析当前存在的不足,对未来发展方向做出判断,为内科疼痛规范管理整理实用参考。

关键词:内科住院患者;疼痛管理;护理干预;疼痛评估;健康宣教

引言:

内科病房中,疼痛是患者最为常见的主诉,急性病症发作产生的剧痛,慢性病长期存在的隐痛,都给患者带来困扰。冠心病引发的胸痛,脑卒中患者的肢体疼痛,肿瘤发展带来的癌痛,患者要承受身体方面的折磨,还会诱发焦虑抑郁等负性情绪,干扰睡眠与饮食状态,形成疼痛带来不适、不适延缓恢复的循环,拉长患者住院时长,增加患者及家属承受的经济压力。“以患者为中心”护理理念不断普及,疼痛管理成为内科护理的重要组成部分,临床已形成多维综合护理模式,不同机构不同护理人员的管理水平有高低区别,部分护理措施无法贴合患者个体需求。梳理内科住院患者疼痛管理护理干预相关研究进展,汇总可直接应用的操作方法,可提高临床管理质量,优化患者就医体验,具备重要现实意义。

1 常规护理干预

1.1 病房护理

病房是患者住院过程中停留时间最长的空间,环境质量直接关联患者的疼痛感受,噪音、光线、温度这类细节因素,会提高患者对疼痛的敏感程度。如病房内仪器发出的报警声、陪护家属的交谈声,还有夜间病房留存的强光,都会干扰患者睡眠,睡眠不足会降低人体对疼痛的耐受程度,原本程度轻微的痛感,也会让患者难以承受。

病房护理工作核心,是为患者建立舒适安静整洁的休息空间^[1]。护理人员可结合季节变化调整病房的温度和湿度,将温度稳定在22~24℃,湿度控制在50%~60%;日常采光优先选用柔和的自然光线,夜间拉起遮光帘,仅开启光线柔和的夜灯,同时满足患者起身活动与睡眠两方面需求;护理人员还会提醒进入病房的医护人员陪同探视的家属,交流时控制音量,将病房内噪音维持在45分贝以下。

日常护理操作关乎患者状态,打针输液换药过程中,控制动作幅度,保持操作轻柔,可避免牵拉身体加

重痛感;长期卧床的患者,护理人员需定时帮其改变躺卧方向,整理床铺用品,维持床铺整洁干燥,可预防压疮生成,也可缓解身体组织受压产生的隐痛,从源头减少疼痛的诱发因素。

1.2 心理疏导

疼痛感知和人体心理状态存在明确关联,焦虑或紧张情绪,会扩大人体对疼痛的感知范围,疼痛程度上升,会让负性情绪进一步累积,循环往复之下,状态持续恶化。内科住院患者治疗周期普遍偏长,身体长期处于不适状态,更容易催生负面情绪,负面情绪会让人体对疼痛的耐受能力下降。

心理疏导是疼痛管理的重要环节,护理人员主动接触患者进行沟通,沟通过程不会止步于简单询问疼痛状态,会耐心接纳患者讲述自身感受,梳理心中顾虑^[2]。患者常担心疼痛干扰康复进程,也会对止痛药的副作用心存疑虑,护理人员结合这些具体内容展开解释说明,用正向语言鼓励患者,帮患者强化治疗信心。

结合患者性格心理特点进行个性化疏导,内向性格的患者,医务人员多主动关心,引导这类患者表达自

身感受；存在焦虑状态的患者，可学习深呼吸、聆听舒缓音乐这类放松方法，切断疼痛和负性情绪之间的循环，帮助患者以平和心态面对疼痛，提高疼痛耐受度。

1.3 饮食护理

合理饮食可为患者补充充足营养，强化身体抵抗力，间接减轻疼痛，加快身体恢复。内科患者病情各有区别，饮食需求存在差异，饮食护理的核心方向为个性化，要结合患者实际病情制定专属饮食方案。举例来讲，冠状动脉疾病患者需严格控制每日摄入的盐、脂肪与糖分，这一做法可避免血管负荷上升，减少胸部疼痛发作。肿瘤患者接受治疗时，会消耗大量能量，患者需保证每日摄入足量蛋白质和维生素，调整自身身体状态，耐受疼痛与治疗流程^[3]。护理人员会明确告知患者饮食禁忌。辛辣食物低温食物、其他带有刺激性的品类，都需避开，此举可避免消化道受到刺激，减少疼痛出现。

指导患者养成良好饮食习惯，保持规律进食，每日可分多次进食，单次进食量控制在合理范围，避开暴饮暴食。消化内科患者更需留意，暴饮暴食会加重胃肠道负担，诱发腹痛。脑卒中患者多存在咀嚼或吞咽功能障碍，可让家属将食物加工为流质或半流质状态，便于患者进食，降低进食困难引发身体不适的可能性，为疼痛控制和身体康复创造有利条件。

1.4 运动护理

临床护理领域存在一种普遍观点，内科住院患者发病后需卧床静养，从实际诊疗效果看，患者病情处于稳定状态时，配合合理强度的肢体活动，可减轻躯体疼痛，加快身体恢复。患者长期保持卧床状态，肌肉维持同一姿势无法正常活动，血液循环状态受影响，肢体疼痛程度上升，配合适度运动，可带动肌肉活动，优化血液循环状态，放松肌肉，减轻疼痛不适。

运动护理的核心原则为“适度、安全”，护理人员结合患者病情年龄、身体状态，为每一位患者制定专属运动方案^[4]。脑卒中偏瘫患者病情进入稳定阶段后，先做肢体被动运动，再逐步过渡至抬手抬腿一类主动运动，帮助患者恢复肢体功能，缓解肩痛和麻木症状。冠心病患者病情稳定后，可以选择散步太极拳一类温和活动，避开剧烈运动，防止心肌缺血引发胸部疼痛。

患者进行运动过程中，护理人员全程陪护监测，细致观察患者面色、呼吸、疼痛反应，患者出现疼痛加剧、胸闷类不适症状，立刻停止运动，落实对应护理干预。根据患者自身运动耐受水平，逐步调整运动强度和

运动时长，同时覆盖止痛需求、康复需求，兼顾运动过程中的安全性。

2 疼痛评估

疼痛评估是内科住院患者疼痛管理首要关键环节，评估结果的准确性直接影响后续护理干预的方向。评估出现偏差，会加重患者承受的疼痛，临床操作需满足准确、及时、全面三方面要求。

当下临床领域应用的疼痛评估工具包括视觉模拟评分法 VAS，数字疼痛评分法 NRS，面部表情疼痛评分量表 FPS-R，护理人员结合患者自身具体情况，选择对应工具^[5]。数字疼痛评分法 NRS 面向意识清醒，可正常表述感受的成年群体，患者可在 0 至 10 的区间内选出对应数字，0 代表无疼痛感受，10 代表可承受范围内的最高疼痛，可直观准确呈现患者疼痛程度。面部表情疼痛评分量表 FPS-R 面向老年人，认知障碍患者等无法清晰描述自身疼痛感受的群体，通过观察皱眉、咧嘴、流泪等面部表情，判断疼痛等级。

疼痛评估需要覆盖患者住院的整个过程，完成动态监测。患者办理入院时，护理人员会完成第一次全面评估，确定疼痛的基线水平；落实护理干预后，每 2 到 4 小时定期重复评估，疼痛程度较重的对象增加评估次数，同步掌握疼痛的变化情况。详细记录每一次评估结果，内容包括疼痛评分、评估时间、疼痛位置、疼痛性质、落实的干预措施和最终效果，为调整护理方案准备可靠依据。

护理人员专业能力，直接关联疼痛评估结果的准确性，护理人员对评估工具使用不熟练，评估结果易出现偏差。医院定期进行疼痛评估相关培训，培训帮助护理人员熟练掌握各类工具的使用方法，学会结合患者表情行为生命体征判断疼痛情况，缩小主观判断带来的偏差，推动评估工作依照规范进行。精准的疼痛评估，可为后续止痛干预搭建科学支撑框架，提高疼痛管理的针对性有效性。

3 合理止痛

内科住院患者疼痛管理中，合理控制疼痛属于核心内容，操作中以安全减轻患者疼痛、控制疼痛程度为方向，遵循“个体化、多模式”原则，结合患者疼痛程度、疼痛病因、身体状态调整具体方案。同时关注止痛的实际效果，控制相关不良反应发生风险。

药物止痛是临床应用范围最广，缓解疼痛效果稳定的方式，临床常用药物可分成两类。非甾体类抗炎药

包括布洛芬对乙酰氨基酚,这类药物副作用较小,适用轻度疼痛患者;阿片类药物包括吗啡羟考酮,止痛作用强,适用中重度疼痛。如肿瘤癌术后剧痛。护理人员需严格遵照医嘱用药,精准把控用药剂量用药时间,明确给药途径,绝不擅自调整用药方案。

用药进行阶段,护理人员全程紧盯患者身体反应,留意恶心呕吐便秘等不适症状出现,使用阿片类药物的患者,护理人员会单独监测呼吸状态,提防呼吸抑制情况发生。护理人员会耐心向患者和家属讲解药物相关知识,打消对方对止痛药成瘾的担忧,引导患者按照医嘱用药,防止患者自行调整药量或者中断用药。

非药物止痛属于辅助止痛环节,拥有较高安全性,操作门槛低,放松训练、局部按摩、热敷或冷敷都属于这类方法,可舒缓肌肉紧张状态,降低疼痛感受。护理人员搭配药物与非药物止痛方式,落实多模式镇痛方案,持续追踪患者疼痛程度变化,将相关情况反馈给医生,帮助医生调整方案,可将疼痛控制在可接受范围,充分尊重患者自身的主观感受,落实“以患者为中心”的护理理念。

4 疼痛宣教

疼痛宣教直接关联内科住院患者疼痛管理依从性的提高水平,多数患者对疼痛存有认知偏差。部分人坚信疼痛需要忍耐,部分人担忧止痛药会让人成瘾,还有部分人无法用准确语言描述自身疼痛感受,各类认知偏

差都会作用于管理效果。改变最终结果,疼痛宣教可以引导患者调整对疼痛的认知,掌握疼痛相关知识,主动投入自身疼痛管理过程,提高疼痛干预的实际效果。

健康宣教内容需表述直白清晰,适配患者自身文化程度。不堆砌过多专业术语,护理人员可采用一对一讲解,发放健康手册,播放宣教视频等方式,向患者及其家属普及疼痛相关知识。讲解内容围绕疼痛产生原因,疼痛评估方法,止痛药物相关认知展开,纠正患者及家属对疼痛控制的错误认知。讲解环节明确告知患者,遵医嘱使用止痛药物并不会轻易出现药物成瘾,引导患者主动向医护人员描述自身疼痛情况。

健康宣教覆盖日常疼痛应对技巧,康复锻炼要点,紧急情况处理方法。医护人员教会患者依靠深呼吸,听舒缓音乐等方式缓解疼痛,提醒患者避开容易诱发疼痛的动作,告知患者疼痛程度升高时及时联系医护人员。面对文化水平较低的患者,医护人员会重复讲解内容,做出清晰示范,保证患者掌握相关内容。

家属参与可提高健康宣教的效果,护理人员会把家属纳入宣教范围,指导家属观察患者的疼痛反应,协助完成非药物止痛操作,提醒患者按时用药,形成护理人员、患者、家属三方共同配合的状态。疼痛宣教不会一次性完成,会结合患者病情和疼痛变化持续推进,保证患者一直掌握正确的疼痛管理方法。

结 论 :

内科住院患者的疼痛管理,属于一项系统性工作,包括常规护理疼痛评估合理止痛疼痛宣教等多个核心环节,各环节之间相互配合,依次构成管理进行的基础前提核心与关键。当前临床疼痛护理逐步走向规范化个体化,各类干预措施可减轻患者痛苦,改善患者就医体验,护理人员仍存在评估能力不足,止痛方案针对性不强,患者对宣教内容依从性欠佳等问题。护理人员需接受专业培训,优化疼痛护理流程,结合不同内科疾病特点制定专属方案,加强多学科协作,建立全方位疼痛管理模式,持续调整管理水平,向患者输出更安全舒适高效的护理服务,推动患者快速康复。

参考文献 :

[1] 王梅燕.疼痛护理在冠心病重症监护室中的应

用价值和护理质量的效果评价[J].心血管病防治知识,2022,12(14):71-73.

[2] 夏文祯,何政国.支持性心理护理在缓解冠心病介入术后麻醉复苏患者切口疼痛中的应用[J].心血管病防治知识,2023,13(29):72-75.

[3] 苏晓丽,牛楠楠,周燕芳,等.精细化护理在冠心病心绞痛患者护理中的应用效果[J].婚育与健康,2023,29(21):166-168.

[4] 邢庆,邢慧欣,章丽洋,等.心理护理对肿瘤内科患者癌痛程度、生存质量及焦虑抑郁的影响[J].心理月刊,2022,17(22):120-122.

[5] 成元春,曹萌.人性化护理模式对急诊心绞痛患者心理状态及疼痛程度的影响分析[J].临床医学工程,2022,29(01):81-82.