

# 综合性疼痛护理干预对促进乳腺癌患者术后康复的影响

马丽佳 陈玲<sup>(通讯作者)</sup>

新疆医科大学附属肿瘤医院 新疆 乌鲁木齐 830000

**【摘要】**目的：探究综合性疼痛护理干预对乳腺癌患者术后康复的促进作用。方法：于2024年1月至2024年12月期间，选取100例乳腺癌患者，采用随机抽样方法将其均分为2组，各含50例患者。对照组采用常规护理，观察组实施综合性疼痛护理干预，对两组结果比对分析。结果：相较于对照组，观察组术后疼痛评分、并发症发生率均更低，生活质量评分则更高（ $P<0.05$ ）。结论：综合性疼痛护理干预能有效减轻乳腺癌患者术后疼痛，降低并发症发生率，提高生活质量，促进术后康复。

**【关键词】**：综合性疼痛护理干预；乳腺癌；术后康复；疼痛程度；并发症发生率

DOI:10.12417/2705-098X.26.06.042

乳腺癌作为女性最常见的恶性肿瘤之一，其发病率在全球范围内呈逐年上升趋势，严重威胁女性健康与生命安全<sup>[1]</sup>。手术是乳腺癌治疗的重要手段，然而术后疼痛作为常见并发症，不仅给患者带来身心痛苦，还可能影响其术后康复进程。术后疼痛若未得到及时有效控制，可能引发一系列生理及心理问题，如肌肉紧张、睡眠障碍、焦虑抑郁等，进而影响患者治疗依从性及生活质量<sup>[2]</sup>。近年来，随着医学模式的转变及护理理念的更新，疼痛管理在乳腺癌术后护理中的地位日益凸显。传统护理模式多侧重于疾病本身的治疗与护理，对疼痛管理重视不足，导致患者术后疼痛控制效果不佳<sup>[3]</sup>。综合性疼痛护理干预作为一种新型护理模式，强调以患者为中心，通过多学科协作，综合运用药物、物理、心理等多种干预手段，为患者提供全面、个性化的疼痛管理服务，旨在有效缓解患者术后疼痛，促进其术后康复<sup>[4]</sup>。本研究旨在探讨综合性疼痛护理干预对乳腺癌患者术后康复的影响，为临床护理实践提供科学依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

以2024年1月至2024年12月为时间区间，将此期间内收治的100例乳腺癌患者选定为本次研究样本，经随机分配，划分为2组，各含50例患者。观察组年龄跨度为28岁至72岁，均值（ $47.56\pm 10.25$ ）岁，病程1-6个月，平均（ $3.27\pm 0.52$ ）个月；对照组年龄在26-70岁间，均值（ $46.86\pm 9.12$ ）岁，病程1-5个月，平均（ $3.05\pm 0.53$ ）个月，两组一般资料均衡可比（ $P>0.05$ ）。

**纳入标准**：经病理学检查确诊为乳腺癌；行乳腺癌根治术或改良根治术；自愿参与本研究并签署知情同意书。

**排除标准**：合并其他严重器质性疾病；存在精神障碍或认知功能障碍；对本研究所用药物过敏；术前存在慢性疼痛病史。

### 1.2 方法

对照组采用常规护理，包括术后生命体征监测、伤口护理、引流管护理、常规疼痛评估及遵医嘱给予镇痛药物等。

观察组实施综合性疼痛护理干预，具体措施如下：

（1）成立多学科疼痛管理团队：该团队由乳腺外科医生、麻醉科医生、疼痛专科护理人员、康复治疗专业人员以及心理咨询师共同构成，协同为患者拟定个性化疼痛管控规划。

（2）术前疼痛教育：向患者及其家属详尽阐释术后疼痛的成因、机制、大致持续时间以及控制手段，提升患者对疼痛的认知程度，驱散其内心的恐惧与焦虑情绪，强化其应对疼痛的信心。

（3）药物镇痛管理：依据患者疼痛程度及个体差异，制定个体化药物镇痛策略。轻度疼痛（VAS评分1-3分）采用非药物干预手段，如热敷、音乐疗法等，必要时口服对乙酰氨基酚（扑热息痛）400-600mg，每4-6小时一次；中度疼痛（VAS评分4-6分）在非药物干预基础上，加用非甾体抗炎药（NSAIDs），如布洛芬缓释胶囊200-400mg，每6-8小时一次；重度疼痛（VAS评分 $\geq 7$ 分）在NSAIDs基础上加用阿片类药物。对于具有神经性疼痛特征者，早期使用抗抑郁/抗癫痫药物。同时，术前3天起口服塞来昔布200mg/日。

（4）非药物镇痛干预：

①物理疗法：术后24小时内开始实施，包括体位调整（采用半卧位休息，患侧上肢垫软枕抬高15—30度）、呼吸训练（指导患者进行腹式呼吸练习，每次10-15分钟，每日4-6次）、轻柔按摩（从远端向近心端进行患肢按摩，每次15-20分钟，每日2次）等。

②康复训练：根据患者术后恢复情况，制定个性化康复训练方案。术后1-3日，以手指、腕部小幅活动为主，如握拳、伸指、屈腕等动作，每次持续5-15分钟，每日进行4-6次；术后4-7日，逐渐增加前臂屈伸、轻度肩关节前屈/后伸（30-45°），每次20-30分钟，每日2次，并搭配握球运动（每组20次，每日3-5组）；术后7-10日，引流管拔除后开启爬墙运动（高度至平肩），肘部伸直，每次10-20分钟，每日3-5次，辅以肩头画圆圈运动（每组20次，每日3-5组）；术后2周后，引入钟摆运动、画圈、器械抗阻训练（如阻力带或0.5-1kg哑铃），每次20-30分钟，每日2-3次，同时开展有氧运动，如散步、

瑜伽等，每周 4-5 次，每次 30-40 分钟。

③中医治疗：根据患者情况提供针灸、中药等辅助治疗。针灸取穴肩井、曲池、外关、臂臑、足三里等，以疏通经络、调和气血、缓解疼痛；中药汤剂如桃红四物汤加减，适用于血瘀型疼痛患者。

(5) 心理支持与疏导：由心理咨询师定期对患者进行心理评估，针对患者存在的焦虑、抑郁等负面情绪，采用认知行为疗法、正念呼吸训练、音乐疗法等心理干预措施，帮助患者调整心态，增强应对疼痛的信心。

### 1.3 观察指标

(1) 疼痛程度：运用视觉模拟评分法 (VAS) 于患者术后第 1 日、第 3 日、第 7 日及出院时，对其疼痛程度予以评估，评分区间为 0-10 分，分值越高，表明疼痛越剧烈。

(2) 并发症发生率：观察并记录患者术后切口感染、皮下积液、上肢淋巴水肿、肩关节活动受限等并发症的发生情况，计算并发症发生率。

(3) 生活质量：借助乳腺癌患者生活质量测定量表 (FACT-B)，于术后 1 个月对患者生活质量进行评定，量表涵盖 5 个维度、36 个条目，得分 0-144 分，分值越高，生活质量越佳。

### 1.4 统计分析

针对本研究中涉及的各项数据用 SPSS 23.0 软件做处理， $X^2$  与  $t$  检验的资料是计数与计量资料，并且，计数和计量资料也用 (%) 和 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示。差异符合统计学条件之时， $P < 0.05$ 。

## 2 结果

### 2.1 VAS 评分比较

表 1 显示，观察组术后各时间点 VAS 评分均低于对照组 ( $P < 0.05$ )。

表 1 术后不同时间点 VAS 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	观察组	对照组	t 值	P 值
例数	50	50	-	-
术后 1 天	5.27±1.12	6.83±1.35	7.216	<0.05
术后 3 天	3.83±0.55	5.12±0.68	6.337	<0.05
术后 7 天	2.53±0.48	3.97±0.62	8.127	<0.05
出院时	1.88±0.32	2.79±0.45	6.583	<0.05

### 2.2 并发症发生率比较

表 2 显示，观察组并发症发生率低于对照组 ( $P < 0.05$ )。

表 2 并发症发生率比较 (例, %)

组别	观察组	对照组	$X^2$ 值	P 值
例数	50	50	-	-
切口感染	1(2.00)	3(6.00)		
皮下积液	0(0.00)	2(4.00)		
上肢淋巴水肿	1(2.00)	3(6.00)		
肩关节活动受限	0(0.00)	1(2.00)		
总并发症发生率	2(4.00)	9(18.00)	4.114	<0.05

### 2.3 FACT-B 评分比较

表 3 显示，观察组术后 1 个月 FACT-B 评分各维度得分及总分均高于对照组 ( $P < 0.05$ )。

表 3 FACT-B 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	观察组	对照组	t 值	P 值
例数	50	50	-	-
生理状况	20.57±2.16	17.21±1.84	8.127	<0.05
社会/家庭状况	22.37±2.41	19.58±2.14	6.352	<0.05
情感状况	18.79±1.92	15.68±1.74	7.837	<0.05
功能状况	19.85±2.01	16.74±1.86	7.253	<0.05
附加关注	14.58±1.64	12.36±1.41	7.56	<0.05
总分	96.09±8.26	81.58±7.11	8.91	<0.05

## 3 讨论

乳腺癌术后疼痛是患者面临的常见问题之一，其发生机制复杂，涉及手术创伤、神经损伤、炎症反应、肌肉痉挛及心理因素等多个方面<sup>[5-6]</sup>。手术过程中，医生需切除整个乳房组织、部分胸肌及腋窝淋巴结，这一过程必然造成组织损伤和炎症反应，引发术后急性疼痛<sup>[7]</sup>。若急性疼痛控制不佳，外周伤害性感受器受到持续刺激，促使损伤细胞产生炎性介质及致痛介质，导致外周敏化；同时，伤害性刺激经过初级传入神经元到达脊髓背角，释放多种伤害性神经递质或调质，作用于相应受体，致使脊髓背角神经元兴奋性升高，产生中枢敏化，进而形成慢性疼痛<sup>[8-10]</sup>。此外，心理因素如焦虑抑郁等也会加重痛觉敏感度，影响疼痛感知。因此，对乳腺癌术后疼痛进行有效管理至关重要<sup>[11]</sup>。

综合性疼痛护理干预作为一种新型护理模式，强调以患者为中心，通过多学科协作，综合运用药物、物理、心理等多种干预手段，为患者提供全面、个性化的疼痛管理服务<sup>[12]</sup>。本研

究中, 观察组实施的综合性疼痛护理干预措施包括成立多学科疼痛管理团队、术前疼痛教育、药物镇痛管理、非药物镇痛干预、心理支持与疏导等, 这些措施相互协作, 共同作用于患者术后疼痛管理的各个环节, 旨在有效缓解患者术后疼痛, 促进其术后康复。

本研究结果显示, 观察组术后各时间点 VAS 评分均低于对照组 ( $P < 0.05$ ), 这得益于综合性疼痛护理干预中多模式镇痛策略的实施, 通过联合应用不同作用机制的药物及非药物干预措施, 实现了协同镇痛效果, 减少了单一药物的剂量和副作用, 提高了镇痛效果。同时, 观察组术后并发症发生率低于对

照组 ( $P < 0.05$ ), 可能与综合性疼痛护理干预中注重伤口护理、体位调整、康复训练及心理支持等措施有关。此外, 观察组术后 1 个月 FACT-B 评分各维度得分及总分均高于对照组 ( $P < 0.05$ ), 可能是因为综合性疼痛护理干预不仅有效缓解了患者术后疼痛, 降低了并发症发生率, 还通过心理支持与疏导、康复训练等措施, 改善了患者心理状态和身体功能, 提高了其日常生活能力和社会参与度, 进而提升了生活质量。

综上所述, 综合性疼痛护理干预能减轻乳腺癌患者术后疼痛程度, 降低并发症发生率, 提高生活质量, 促进术后康复, 宜推广。

### 参考文献:

- [1] 徐秀婷. 乳腺癌术后综合护理干预对患肢功能锻炼康复的影响[J]. 全科口腔医学电子杂志, 2021, 8(20): 67-69.
- [2] 岳雪梅. 早期护理干预对乳腺癌术后患肢功能康复及对淋巴水肿发生率的影响[J]. 黑龙江科学, 2021, 12(24): 93-95.
- [3] 齐小梅, 杨英, 苏小君, 等. 综合护理干预对乳腺癌患者术后患肢功能锻炼效果的影响[J]. 中华乳腺病杂志(电子版), 2021, 15(1): 39-42.
- [4] 万敏. 疼痛护理合并心理干预对乳腺癌晚期患者疼痛和心理状态的影响观察[J]. 基层医学论坛, 2022, 26(30): 44-46.
- [5] 中国临床肿瘤学会乳腺癌专业委员会, 中国抗癌协会乳腺癌专业委员会, 中华医学会外科学分会乳腺外科学组, 刘强. 中国年轻乳腺癌诊疗专家共识(2022)[J]. 中华医学杂志, 2023, 103(6): 387-403.
- [6] 聂晓荣, 刘莉萍, 陈雪兰. 基于赋权理论延伸护理对乳腺癌患者上肢淋巴水肿、上肢功能康复及生活质量的影响[J]. 黑龙江中医药, 2022, 51(6): 249-251.
- [7] 蔡盘玉. 激励式护理配合康复护理干预对乳腺癌改良根治术后患者负性情绪及生命质量的影响分析[J]. 中国医药指南, 2023, 21(7): 139-141.
- [8] 周盼, 王芳, 聂云飞, 王君, 池玉杰, 赵静, 陈伟华. 基于 FMEA 模型的质控护理对乳腺癌根治术手术室护理的效果及患者的应激反应和并发症的影响[J]. 海南医学, 2024, 35(13): 1964-1967.
- [9] 赵权萍, 郑孝词, 曹彬, 赵茜, 陈锦, 杨后圃, 张熙哲, 李硕, 杨萍. 快速康复外科综合护理方案在乳腺癌择期手术病人护理中的应用[J]. 护理研究, 2021, 35(4): 695-699.
- [10] 夏惠. 互联网延续性护理干预联合 PDCA 循环优化管理模式对乳腺癌术后患者自护能力及生活质量的影响[J]. 慢性病学杂志, 2023(11): 1695-1698.
- [11] 朱丹丹, 周建群, 林晓霓. 基于加速康复外科理念的医护一体化全程管理模式对乳腺癌患者预后及出院准备度的影响[J]. 中国伤残医学, 2024, 32(22): 126-129.
- [12] 魏倩, 杨婷. 疼痛护理在乳腺癌术后的应用效果分析[J]. 中国科技期刊数据库医药, 2020(9): 152-153.