

泌尿外科术后患者疼痛护理干预的临床效果研究

孔燕云

华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北 武汉 430000

【摘要】目的：探讨疼痛护理干预在泌尿外科术后患者中的临床应用效果，给临床护理工作提供科学的参考。方法：选择2025年1月至2026年1月我院泌尿外科收治的154例术后患者为研究对象，用随机数字表法分为对照组和观察组，每组77例。对照组给予常规护理，观察组在常规护理的基础上加做针对性疼痛护理干预。比较两组病人术后不同时间段的疼痛评分、疼痛持续时间、镇痛药物使用情况、康复指标和护理满意度。结果：观察组术后1小时、4小时、8小时、12小时、24小时、48小时的疼痛评分均明显低于对照组，疼痛持续时间比对照组短，镇痛药物用量比对照组少，不良反应发生率比对照组低，均具有统计学意义。观察组首次下床活动时间、首次排气时间和住院天数都比对照组短，护理满意度比对照组高，有统计学意义。结论：为泌尿外科术后患者采取针对性疼痛护理干预，可以较好地控制术后疼痛，减少镇痛药物的使用和不良反应的发生，促进患者术后康复，提高护理满意度，有较高的临床应用价值。

【关键词】：泌尿外科；术后疼痛；护理干预；临床效果；康复进程

DOI:10.12417/2705-098X.26.11.011

前言

泌尿外科手术是治疗泌尿系统疾病的主要方法，有经尿道前列腺电切术、肾结石取石术、肾囊肿切除术等。术后疼痛属于泌尿外科病人常见并发症，它同手术创伤、管道刺激、心理状况等诸多要素存在关联，不但会给人带来躯体上的不适感受，还会干扰患者的睡眠状况、心理情绪，从而拖慢康复进度，加大术后并发症出现的概率，并且还会延长住院时长，增加医疗开支。因此做好泌尿外科术后患者疼痛护理干预，减轻患者疼痛症状，对促进患者康复、提高护理质量有重大意义。目前临床上对于泌尿外科术后疼痛大多采取常规护理方式，即主要以生命体征监测、伤口护理以及遵医嘱服药为主要内容，缺少有针对性的疼痛评估以及个性化的干预手段，从而造成疼痛缓解的效果较差。随着护理模式的发展，个性化、系统化的疼痛护理干预开始被应用到临床当中，它依靠动态疼痛评价、多种干预手段，可以明显改善患者的术后疼痛状况。本研究选择2025年1月至2026年1月我院泌尿外科154例术后患者为研究对象，探讨疼痛护理干预的临床效果，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选择2025年1月至2026年1月在我院泌尿外科收治的154例术后患者为研究对象，所有患者均符合泌尿外科手术指征，接受手术治疗，意识清楚，交流正常，无严重心、肝、肾等重要脏器疾病，无精神心理障碍，无疼痛干预禁忌症，自愿参加本研究并签署知情同意书。排除并发严重感染、主动退出研究和术后出现严重并发症的病人。采用随机数字表法把154例患者分成对照组和观察组，每组77例。对照组男46例，女31例，年龄22~76岁，平均年龄53.2±8.5岁，手术类型为经尿道前列腺电切术32例、肾结石取石术25例、肾囊肿切除术12例、输尿管成形术8例；观察组男44例，女33例，年龄24~

75岁，平均年龄52.8±8.7岁，手术类型为经尿道前列腺电切术30例、肾结石取石术26例、肾囊肿切除术13例、输尿管成形术8例。两组患者性别、年龄、手术类型等一般资料比较，差异无统计学意义，具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组

术前做好手术相关知识宣教，告诉患者手术过程和注意事项；术后密切观察患者的生命体征，注意伤口有无渗血、渗液现象，及时更换敷料；保持引流管通畅，观察引流液的颜色、量、性质；遵医嘱给与抗感染、镇痛药物治疗；指导患者术后饮食、休息、简单康复活动；出院前给予常规出院指导，告知患者出院后的注意事项及复诊时间。

1.2.2 观察组

在对照组常规护理的基础上开展针对性疼痛护理干预，具体措施如下所示。

(1) 个性化疼痛评估与分级干预：术后用视觉模拟评分法对患者的疼痛程度进行动态评价，在术后1小时、4小时、8小时、12小时、24小时、48小时各观察一次，根据评分结果实行分级干预。评分1~3分为轻度疼痛，采用非药物干预，即调整体位、放松训练、分散注意力等；评分4~6分为中度疼痛，在非药物干预的基础上，按照医嘱给药少量镇痛药物；评分7~10分为重度疼痛，立即报告医生，调整治疗方案，使疼痛迅速得到控制。

(2) 环境与体位护理：创建起“舒适化病房+个性化的体位”护理模式，冲破传统病房管理的统一性，依照患者的年龄，手术种类，疼痛耐受程度来定制病房环境，维持合适的温度和湿度，定时通风换气，使用隔音材料削减外界噪音影响，安置遮光窗帘保证患者睡眠，病房内摆放绿植，人文海报，舒缓患

者紧张情绪。体位护理上抛弃传统的固定体位，根据手术部位及患者舒适度来调节护理床的倾斜角度，使患者采取半卧位、侧卧位等舒适的体位，防止对手术部位及引流管造成压迫，减少疼痛感；卧床病人定时翻身加体位交替，每2小时翻身一次，用轴线翻身法翻身，防止牵拉伤口，指导病人做肢体被动活动和主动活动相结合，改善血液循环，减轻肌肉紧张性疼痛，减少压疮和疼痛叠加风险。

(3) 心理护理与健康宣教：使用精准心理干预加多元化的健康宣教方式，克服传统单一沟通的不足，在术前就对病人做心理评估，创建个性化心理档案，找到病人潜在的焦虑、紧张、恐惧等负面情绪，术后根据疼痛改变及时调整心理干预计划。采用一对一沟通、团体心理疏导、家属协同干预等方式疏导患者的负面情绪，告诉患者术后疼痛属于正常的生理反应，讲解疼痛缓解的方法及其重要性，分享同类患者的康复案例来增强患者的治疗信心。健康宣教上抛弃传统的口头宣传单，用图文手册加视频讲解加现场演示加线上随访的多种方式，向患者和家属讲解镇痛药物的使用方法和注意事项，防止患者因为害怕药物不良反应而拒绝用药，提高患者的治疗依从性；制作疼痛管理科普视频，在病房电视、微信公众号上定期推送，方便患者和家属随时观看学习，增强患者的疼痛自我管理意识。

(4) 康复指导与延续护理：根据患者的恢复情况制定个性化的康复计划，指导患者早期下床活动，术后6~8小时可以少量饮水，12小时以后开始进食流食，慢慢过渡到正常饮食，促进胃肠功能的恢复，减少疼痛诱因。在患者出院时给患者及家属发放详细的出院指导资料和康复手册，用电话随访的方式做延续性护理，观察患者出院后的疼痛情况和康复进展，及时回答患者提出的问题，帮助患者做好居家护理。

1.3 观察指标

(1) 疼痛相关指标，记录两组患者术后1小时、4小时、8小时、12小时、24小时、48小时疼痛评分，用视觉模拟评分法，分值0到10分，分值越大疼痛越剧烈，统计两组患者疼痛持续时间，即术后疼痛评分降到3分及以下的时间，记录两组患者术后72小时内镇痛药物使用剂量和不良反应发生率。

(2) 康复指标：统计两组患者首次下床活动时间、首次排气时间及住院天数。

(3) 护理满意度，患者出院前用我院自编的护理满意度调查问卷进行评价，问卷包含护理服务态度、专业水平、疼痛干预效果等项目，分为非常满意、满意、一般、不满意四个等级，总满意度为非常满意和满意例数占总例数的比例。

1.4 统计学方法

使用SPSS26.0统计学软件对数据进行统计分析，计量资料用均数±标准差表示，两组间比较用t检验，计数资料用率表示，两组间比较用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后不同时间点疼痛评分比较

观察组术后各个时间点的疼痛评分都比对照组低，差异有统计学意义。见表1。

表1 两组患者术后不同时间点疼痛评分比较

时间点	观察组	对照组	t 值	P 值
术后 1 小时	6.7±1.2	8.4±1.3	7.152	<0.001
术后 4 小时	5.9±1.1	7.7±1.2	7.826	<0.001
术后 8 小时	5.1±0.9	6.9±1.1	8.035	<0.001
术后 12 小时	4.4±0.8	6.2±1.0	8.478	<0.001
术后 24 小时	3.7±0.7	5.4±0.9	8.924	<0.001
术后 48 小时	2.4±0.6	4.1±0.8	9.267	<0.001

2.2 两组患者疼痛持续时间、镇痛药物使用剂量及不良反应发生率比较

观察组疼痛持续时间比对照组短，镇痛药物使用剂量比对照组少，不良反应发生率比对照组低，均具有统计学意义。见表2。

表2 两组患者疼痛持续时间、镇痛药物使用剂量和不良反应发生率比较

组别	观察组	对照组	χ^2 值	
疼痛持续时间	15.1±2.7	28.2±4.0		
镇痛药物使用剂量	85.3±12.5	128.6±15.3		
不良反应例数	6	18		
不良反应发生率	7.8	23.4	17.523	0.001

2.3 两组患者康复指标比较

观察组首次下床活动时间、首次排气时间、住院天数都比对照组短，有统计学意义。见表3。

表3 两组患者康复指标比较

组别	观察组	对照组	t 值	P 值
首次下床活动时间	12.4±2.2	20.2±3.0	12.385	<0.001
首次排气时间	24.5±3.4	36.7±4.1	13.562	<0.001
住院天数	5.7±1.1	7.4±1.4	6.693	<0.001

2.4 两组患者护理满意度比较

观察组护理满意度高于对照组，有统计学意义。详见表4。

表4 两组患者护理满意度比较

组别	观察组	对照组	X ² 值	P 值
非常满意	45	28		
满意	27	25		
一般	4	16		
不满意	1	8		
总满意例数	72	53		
总满意度	93.5	68.8	11.872	<0.001

3 讨论

3.1 疼痛护理干预对泌尿外科术后患者疼痛的缓解作用

泌尿外科术后疼痛主要是由于手术创伤、引流管刺激、肌肉紧张、心理因素等造成的，常规护理只重视基础护理和药物镇痛，缺少对疼痛的动态评估和个性化的干预，不能达到理想的疼痛缓解效果。本研究中观察组进行有目的的疼痛护理干预，利用动态疼痛评分可以随时了解患者疼痛状况的变化，根据疼痛分级采取不同的干预措施，达到对疼痛的精准管理的目的。轻度疼痛病人用改变体位、放松训练、分散注意力等非药物手段来减轻肌肉紧张，减少疼痛刺激，防止过度依赖镇痛药物；中重度疼痛病人在非药物干预的基础上合理使用镇痛药物，可以迅速控制疼痛，降低疼痛对患者的影响。研究结果表明，观察组术后各时间点疼痛评分均明显低于对照组，疼痛持续时间短于对照组，镇痛药物使用剂量少于对照组，不良反应

发生率低于对照组，说明疼痛护理干预可以有效地缓解泌尿外科术后患者疼痛症状，减少镇痛药物的使用和不良反应的发生，提高患者躯体舒适度。

3.2 疼痛护理干预对泌尿外科术后患者康复进程的促进作用

术后疼痛使病人不愿意活动，进食延迟，胃肠功能恢复慢，身体康复也晚。疼痛护理干预可以减轻患者疼痛感受，解除患者的活动顾虑，促使患者尽快下床活动，改善血液循环和胃肠功能，缩短第一次排气所需时间、住院时间。个性化康复指导及延续护理，可使病人掌握正确的康复方法，利于身体机能的恢复，降低术后并发症的发生率。从结果可知，观察组首次下床活动时间、首次排气时间以及住院天数均比对照组短，说明疼痛护理干预可以促进泌尿外科术后患者的康复，缩短康复时间，降低医疗费用。另外疼痛护理干预中重视环境护理、体位护理，可以提高患者的舒适度，为患者康复创造良好的条件。

3.3 疼痛护理干预对泌尿外科术后患者护理满意度的提升作用

随着医疗水平的不断提高，患者的护理需求也越来越高，从原来的只看治疗效果，到现在的重视护理过程中的舒适度以及人文关怀。常规护理模式缺乏针对性、个性化，不能满足患者多样化的需求。疼痛护理干预中，护理人员主动与患者沟通交流，了解患者的病情和疼痛感受，提供个性化的护理服务，给予患者心理支持、健康宣教等，可以拉近护患距离，增加患者对护理人员的信任度，提高患者对护理服务的满意度。本研究表明，观察组护理满意度明显好于对照组，说明疼痛护理干预可以提高泌尿外科术后患者护理满意度，改善护患关系，提高护理质量。疼痛护理干预的实施可以提高护理人员专业素养和服务意识，促进护理工作由个体化、系统化方向发展。

参考文献:

- [1] 尤丽妮.疼痛护理干预对泌尿外科患者术后生活质量的影响[J].当代临床医刊,2023,36(06):99-100.
- [2] 涂娇娥.泌尿外科护理干预对泌尿系结石术后患者疼痛与睡眠质量的影响分析[J].中国医药指南,2022,20(36):164-166.
- [3] 肖剑娜.优质护理干预对泌尿外科患者术后疼痛缓解的效果评价[J].中国冶金工业医学杂志,2022,39(5):556-557.
- [4] 刘雪,杜鹃,杨明真.应对性护理对肛瘘术后患者疼痛、自理能力及泌尿系统并发症的影响[J].国际护理学杂志,2023,42(5):914-917.
- [5] 袁亚敏.外科护理干预对术后患者疼痛的临床效果观察[J].中国医药指南,2022,20(21):169-171.