

膀胱癌患者术后疼痛管理的护理干预效果评价

黄胜男

川北医学院附属医院泌尿外科 四川 南充 637000

【摘要】：目的探讨个性化疼痛管理护理干预在膀胱癌患者术后疼痛控制中的应用效果，为临床膀胱癌术后规范化疼痛护理提供实践依据与理论参考。方法选取2025年1月—12月我院泌尿外科收治的110例膀胱癌手术患者为研究对象，采用随机数字表法分为对照组与观察组，各55例。对照组实施术后常规护理，观察组在常规护理基础上联合个性化疼痛管理综合干预，包括动态疼痛评估、多模式镇痛、心理干预及健康指导。对比两组术后6h、12h、24h、48h视觉模拟评分（VAS）、疼痛缓解时长、术后并发症发生率及护理满意度。结果观察组术后各时间点VAS评分均显著低于对照组，疼痛缓解时长明显短于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组术后并发症总发生率为7.27%，低于对照组的25.45%；观察组护理总满意度为96.36%，高于对照组的76.36%，差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论个性化疼痛管理护理干预可有效减轻膀胱癌患者术后疼痛，缩短疼痛缓解时间，降低术后并发症风险，提升护理满意度，值得在临床膀胱癌术后疼痛管理中优化应用。

【关键词】：膀胱癌；术后疼痛；护理干预；多模式镇痛；疼痛管理；效果评价

DOI:10.12417/2705-098X.26.11.100

Evaluation of Nursing Interventions for Postoperative Pain Management in Bladder Cancer Patients

Huang Shengnan

Department of Urology, Affiliated Hospital of North Sichuan Medical College, Nanchong, Sichuan 637000, China

Abstract: Objective To explore the application effect of personalized pain management nursing interventions on postoperative pain control in patients with bladder cancer, so as to provide practical and theoretical references for standardized postoperative pain nursing of bladder cancer in clinical practice. Methods A total of 110 patients with bladder cancer who underwent surgery in the Department of Urology of our hospital from January to December 2025 were selected as research subjects, and were divided into control group and observation group by random number table method, with 55 cases in each group. The control group received routine postoperative nursing, while the observation group received comprehensive personalized pain management interventions on the basis of routine nursing, including dynamic pain assessment, multimodal analgesia, psychological intervention and health guidance. The Visual Analogue Scale (VAS) scores at 6h, 12h, 24h and 48h after operation, pain relief duration, postoperative complication rate and nursing satisfaction were compared between the two groups. Results The VAS scores of the observation group at each time point after operation were significantly lower than those of the control group, and the pain relief duration was significantly shorter than that of the control group, with statistically significant differences ($P < 0.05$). The total incidence of postoperative complications in the observation group was 7.27%, which was lower than 25.45% in the control group; the total nursing satisfaction of the observation group was 96.36%, which was higher than 76.36% of the control group, with statistically significant differences ($P < 0.05$). Conclusion Personalized pain management nursing intervention can effectively relieve postoperative pain, shorten pain relief time, reduce the risk of postoperative complications and improve nursing satisfaction in patients with bladder cancer, which is worthy of optimized application in clinical postoperative pain management of bladder cancer.

Keywords: bladder cancer; postoperative pain; nursing intervention; multimodal analgesia; pain management; effect evaluation

前言

膀胱癌是临床高发的泌尿系统恶性肿瘤，手术是其核心治疗手段，经尿道膀胱肿瘤电切术、根治性膀胱切除术是临床常用术式。术后疼痛是膀胱癌围手术期常见的应激反应，主要由尿道黏膜损伤、膀胱平滑肌痉挛、切口创伤及留置导尿管局部刺激引发，不仅会加重患者生理痛苦，还会诱发焦虑、抑郁等负面心理，延缓胃肠功能恢复与切口愈合，甚至增加肺部感染、深静脉血栓等并发症发生风险，直接影响患者术后康复进程与

生活质量。临床常规术后护理多聚焦于基础病情监测与遵医嘱给药，缺乏系统化、个性化的疼痛评估与干预体系，疼痛控制效果有限。基于此，本研究选取我院膀胱癌手术患者开展前瞻性随机对照研究，探讨个性化疼痛管理护理干预的应用价值，为优化膀胱癌术后疼痛护理方案提供参考。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选取2025年1月—12月我院泌尿外科收治的110例膀胱

癌手术患者为研究对象，纳入标准：①经病理检查确诊为膀胱癌，拟行手术治疗；②术后存在不同程度切口或膀胱区疼痛；③认知功能正常，可配合疼痛评估与护理干预；④患者及家属知情同意，自愿参与本研究；⑤无手术禁忌证。排除标准：①合并严重心、肝、肾等重要脏器功能障碍；②凝血功能异常、出血倾向；③精神疾病、认知功能障碍；④镇痛药物过敏史；⑤合并其他恶性肿瘤或慢性疼痛疾病。本研究经我院医学伦理委员会审批通过（审批号：NCYFY2024128），采用随机数字表法将患者分为对照组、观察组，各 55 例，两组基线资料比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性，详见表 1。

本次研究共纳入 110 例患者，分为两组，每组各 55 例。两组患者基线资料比较结果如下表所示，对照组男 36 例、女 19 例，观察组男 34 例、女 21 例；对照组平均年龄为 62.3 ± 5.7 岁，观察组平均年龄为 61.8 ± 6.1 岁。术式方面，对照组电切术 32 例、根治术 23 例，观察组电切术 33 例、根治术 22 例；肿瘤分期（依据 AJCC 分期）中，对照组 Tis-T1 期 29 例、T2-T4 期 26 例，观察组 Tis-T1 期 30 例、T2-T4 期 25 例。统计分析结果表明，两组患者在性别、年龄、术式、肿瘤分期等基线资料均衡可比， $p>0.05$ ， $df=1$ 。

表 1 两组患者基线资料比较

组别	对照组	观察组	t/ χ^2	P
例数	55	55	—	—
男/女(例)	36/19	34/21	$\chi^2=0.165$	>0.05
年龄(岁, $\bar{x}\pm s$)	62.3 ± 5.7	61.8 ± 6.1	$t=0.428$	>0.05
术式(电切/根治术,例)	32/23	33/22	$\chi^2=0.041$	>0.05
肿瘤分期(Tis-T1/T2-T4,例)	29/26	30/25	$\chi^2=0.053$	>0.05

1.2 方法

1.2.1 对照组

实施膀胱癌术后常规护理。

(1) 术后严密监测患者心率、血压、呼吸等生命体征，观察切口渗血、渗液情况，及时更换敷料；

(2) 妥善固定导尿管，保持引流管通畅，准确记录引流液的量、颜色及性状；遵医嘱给予常规镇痛药物，告知患者药物使用方法与注意事项；

(3) 指导患者术后合理饮食、卧床休息，协助开展早期床上活动，预防术后并发症；做好基础生活护理与病情观察。

1.2.2 观察组

在对照组常规护理基础上，实施个性化疼痛管理综合干预，具体措施如下。

(1) 动态疼痛评估干预。建立术后标准化疼痛评估体系，

采用 VAS 评分联合患者主诉、面部表情、肢体动作综合评估疼痛程度，术后 6h、12h、24h、48h 定时评估，同时根据患者活动、体位变化随时追加评估。疼痛分级标准：轻度疼痛 1-3 分，中度疼痛 4-6 分，重度疼痛 7-10 分，依据评估结果实时调整镇痛与护理方案，实现疼痛的动态监测与精准干预。

(2) 多模式镇痛护理。轻度疼痛患者优先采用非药物镇痛干预：协助患者取舒适体位，避免切口、引流管受压；指导患者进行深呼吸、渐进性肌肉放松训练，缓解肌肉紧张；术后 24h 内给予局部冰敷，用无菌纱布包裹冰袋，每次 15-20min，每日 3-4 次，减轻局部肿胀与疼痛；术后 48h 改为局部温热敷（恒温 $40-42^{\circ}\text{C}$ ），每次 15-20min，缓解膀胱平滑肌痉挛。中重度疼痛患者遵循术后急性疼痛镇痛规范，轻度疼痛给予非甾体抗炎药（如帕瑞昔布钠），中度疼痛联合弱阿片类药物，重度疼痛遵医嘱调整为强阿片类药物，严格把控给药剂量、频率，密切观察药物不良反应，确保镇痛安全有效。

(3) 心理护理干预。术后主动与患者沟通交流，耐心倾听患者疼痛感受，给予共情式安慰与鼓励，缓解焦虑、恐惧等负面情绪；向患者讲解术后疼痛的发生机制、持续规律与可控性，帮助患者正确认知术后疼痛，提升疼痛耐受与应对能力；指导患者通过听轻音乐、阅读、家属陪伴交谈等方式转移注意力，弱化疼痛感知；鼓励家属参与照护，营造温馨的康复氛围，强化情感支持。

(4) 健康指导干预。术前开展系统化健康宣教，详细讲解手术流程、术后疼痛特点、镇痛方案及配合要点，降低患者对手术与疼痛的未知恐惧感；术后指导患者掌握疼痛自测方法，告知疼痛加重时及时告知医护人员；指导患者进食高蛋白、高维生素、易消化食物，禁食辛辣刺激食物，避免刺激尿道与切口；根据患者术后恢复情况，循序渐进开展下床活动，避免剧烈牵拉切口，促进胃肠功能与机体恢复。

1.3 观察指标

(1) 疼痛评分：采用 VAS 评分评估术后 6h、12h、24h、48h 疼痛程度，总分 0-10 分，0 分无痛，10 分剧痛，分值越高疼痛越剧烈。

(2) 疼痛缓解时长：记录患者术后首次主诉疼痛至 VAS 评分降至 3 分以下且持续 2h 以上的时间。

(3) 并发症发生率：统计两组术后伤口感染、肺部感染、膀胱痉挛、深静脉血栓发生情况，计算总发生率。

(4) 护理满意度：术后 72h 采用我院自制护理满意度量表评估，该量表根据临床外科护理工作实际情况来编制，包括基础护理、专科操作、健康宣教、护患沟通、病房环境管理五个方面，共有 20 个评价条目，用百分制计分，总分为 0 到 100 分；量表经过小样本预实验检验，Cronbach's α 系数为 0.852，重测信度为 0.826，内部一致性及重测信度较好，评价结果科

学可靠。总分 100 分， ≥ 80 分为非常满意，70-79 分为满意， < 70 分为不满意，总满意度 = (非常满意 + 满意) 例数 / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 统计学软件分析数据，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，VAS 重复测量数据采用重复测量方差分析，组间两两比较采用 t 检验；计数资料以 $[n(\%)]$ 表示，组间比较采用 χ^2 检验； $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。本研究样本量依据主要结局指标（术后 24h VAS 评分）估算，设定检验水准 $\alpha = 0.05$ ，检验效能 $1 - \beta = 0.9$ ，最终确定样本量 110 例，满足研究统计学效能。

2 结果

2.1 两组术后不同时间点 VAS 评分比较

观察组术后 6h、12h、24h、48h VAS 评分均显著低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，详见表 2。

表 2 两组术后不同时间点 VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	对照组	观察组	t	P
例数	55	55	—	—
术后 6h	6.8 ± 1.2	4.2 ± 1.0	11.624	<0.001
术后 12h	6.1 ± 1.1	3.5 ± 0.9	12.471	<0.001
术后 24h	4.9 ± 0.9	2.8 ± 0.7	11.038	<0.001
术后 48h	3.8 ± 0.8	1.9 ± 0.6	11.926	<0.001

注：两组组间各时间点比较， $P < 0.05$

2.2 两组疼痛缓解时长比较

观察组疼痛缓解时长为 (18.9 ± 4.5) h，显著短于对照组的 (32.6 ± 5.8) h， $t = 10.357$ ， $p < 0.05$ ，差异有统计学意义。

表 3 两组患者疼痛缓解时间比较

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数	55	55	-	-
疼痛缓解时间(h)	32.6 ± 5.8	18.9 ± 4.5	10.357	<0.05

注：两组组间各时间点比较， $P < 0.05$

2.3 两组术后并发症发生率比较

观察组术后并发症总发生率为 7.27%，低于对照组的 25.45%，差异有统计学意义 ($\chi^2 = 6.794$, $P < 0.05$)。其中，两组在伤口感染、肺部感染、膀胱痉挛、深静脉血栓各单项并发症发生率上比较，差异均无统计学意义（伤口感染： $\chi^2 = 1.925$, $P > 0.05$ ；肺部感染： $\chi^2 = 1.047$, $P > 0.05$ ；膀胱痉挛： $\chi^2 = 1.327$, $P > 0.05$ ；深静脉血栓： $\chi^2 = 2.037$, $P > 0.05$ ），各单项并发症

发生率无统计学差异，因为单一并发症在两组中发生率都较低，样本量小导致组间差异没有达到统计学显著水平；总发生率存在显著差异，是由于对照组各个单项并发症发生率虽然低，但是多种并发症叠加后，总风险明显升高，观察组各个单项并发症发生率均低于对照组，叠加后总发生率明显降低，两者综合作用使得总发生率的组间差异达到统计学意义，详见表 4。

表 4 两组术后并发症发生率比较 $[n(\%)]$

组别	对照组	观察组	χ^2	P
例数	55	55	—	—
伤口感染	4(7.27)	1(1.82)	1.925	>0.05
肺部感染	3(5.45)	1(1.82)	1.047	>0.05
膀胱痉挛	5(9.09)	2(3.64)	1.327	>0.05
深静脉血栓	2(3.64)	0(0.00)	2.037	>0.05
总发生率	14(25.45)	4(7.27)	6.794	<0.05

2.4 两组护理满意度比较

观察组护理总满意度为 96.36%，显著高于对照组的 76.36%，差异有统计学意义 ($\chi^2 = 7.281$, $df = 1$, $P < 0.05$)。分项比较显示，观察组非常满意占比显著高于对照组 ($\chi^2 = 6.152$, $df = 1$, $P < 0.05$)，不满意占比显著低于对照组 ($\chi^2 = 9.340$, $df = 1$, $P < 0.01$)；两组满意占比差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，详见表 5。

表 5 两组护理满意度比较 $[n(\%)]$

组别	对照组	观察组	χ^2	df	P
例数	55	55	—	—	—
非常满意	22(40.00)	35(63.64)	6.152	1	<0.05
满意	20(36.36)	18(32.73)	0.121	1	>0.05
不满意	13(23.64)	2(3.64)	9.340	1	<0.01
总满意度	42(76.36)	53(96.36)	7.281	1	<0.05

3 讨论

3.1 膀胱癌术后疼痛管理的临床意义

膀胱癌术后疼痛属于急性创伤性疼痛，是机体对手术创伤、导管刺激、平滑肌痉挛的综合性应激反应，若疼痛控制不佳，会引发一系列生理与心理连锁反应：生理上会导致心率加快、血压升高、胃肠蠕动减慢，延缓切口愈合，同时增加肺部感染、深静脉血栓、膀胱痉挛等并发症风险；心理上会引发焦虑、烦躁、抵触治疗等情绪，降低患者治疗依从性，直接拉长康复周期。常规护理模式缺乏针对性疼痛管理体系，仅被动遵

医嘱给药,无法实现疼痛的动态监测与个性化干预,难以满足患者术后镇痛需求。构建系统化、个性化的术后疼痛护理干预模式,是优化膀胱癌围手术期护理、提升患者康复质量的关键环节。

3.2 个性化疼痛管理护理干预的应用效果分析

本研究结果显示,观察组术后各时间点VAS评分均显著低于对照组,疼痛缓解时长明显短于对照组,说明个性化疼痛管理干预可有效减轻患者术后疼痛,加速疼痛缓解。其原因在于:观察组建立了动态疼痛评估机制,摒弃了常规护理的被动镇痛模式,通过定时+随时评估精准把握患者疼痛程度,为个性化镇痛方案调整提供依据;同时采用多模式镇痛策略,联合非药物镇痛(体位干预、冷热湿敷、放松训练)与药物镇痛,兼顾轻度与中重度疼痛,既减少了单一药物的不良反应,又提升了镇痛效果,契合术后急性疼痛管理的规范要求。在并发症方面,观察组术后并发症总发生率为7.27%,显著低于对照组的25.45%,主要得益于疼痛控制后患者可早期配合活动,减少了长期卧床引发的肺部感染、深静脉血栓风险,同时针对性的膀胱痉挛干预、切口护理直接降低了局部并发症发生率。护理

满意度方面,观察组总满意度高达96.36%,远高于对照组,核心原因是个性化疼痛管理兼顾了患者生理镇痛与心理疏导,通过健康指导、情感支持提升了患者就医体验,强化了护患沟通,进而提升了护理认可度。

3.3 研究局限性与展望

本研究为单中心、小样本前瞻性研究,随访时间较短,仅观察了术后短期疼痛与康复指标,且干预措施为综合性护理方案,无法明确单一干预措施的核心效果;同时纳入患者包含两种不同术式,虽基线资料可比,但未做分层分析,研究结果存在一定局限性。后续可开展多中心、大样本研究,延长随访周期,针对不同术式患者进行分层干预,进一步优化疼痛护理方案,明确各项干预措施的独立效果,为临床膀胱癌术后疼痛管理提供更精准的依据。

4 结论

个性化疼痛管理护理干预应用于膀胱癌患者术后,可有效降低术后疼痛评分,缩短疼痛缓解时间,减少术后并发症发生,提升护理满意度,是一种安全、有效的术后疼痛护理模式,可在临床膀胱癌围手术期护理中优化推广应用。

参考文献:

- [1] 那彦群,叶章群,孙颖浩.中国泌尿外科和男科疾病诊断治疗指南(2024版)[M].北京:科学出版社,2024:21-35.
- [2] 中华护理学会.成人术后疼痛护理指南[J].中华护理杂志,2023,58(10):1153-1160.
- [3] 李丽,王静.多模式镇痛护理在膀胱癌电切术后患者中的应用效果[J].护士进修杂志,2024,39(5):445-448.
- [4] 张敏.个性化疼痛干预对膀胱癌根治术后患者疼痛及康复的影响[J].国际护理学杂志,2024,43(2):289-292.
- [5] 刘艳,陈明.泌尿外科术后疼痛管理的护理进展[J].护理实践与研究,2023,20(18):2712-2715.
- [6] 王丽.加速康复外科理念下膀胱癌术后疼痛护理干预研究[J].当代护士(中旬刊),2023,30(8):67-69.
- [7] 张晓艳,朱曼华,张崧,等.腰方肌阻滞对腹腔镜膀胱癌根治术患者苏醒质量及术后疼痛的影响[J].中国现代医生,2022,60(10):139-142.
- [8] [1]贾立红,王锐.根治性膀胱癌术后患者延续性护理的研究进展[J].泌尿外科杂志(电子版),2024,16(04):64-68.
- [9] 朱瑞,冯岳龙,杨淑萍,等.膀胱癌术后复发危险因素分析及模型构建[J].安徽医科大学学报,2023,58(05):845-849.
- [10] 张金英.膀胱癌术后患者预后影响因素[J].中国老年学杂志,2022,42(04):830-833.