

# 多维度疼痛管理对泌尿外科男科术后患者康复质量的影响分析

李 闪

华中科技大学同济医学院附属同济医院泌尿外科 湖北 武汉 430000

**【摘要】**目的探讨多维度疼痛管理对泌尿外科男科术后患者康复质量的影响。方法选取2023年1月至2025年12月我院泌尿外科收治的男科术后患者100例，按随机数字表法分为对照组和观察组各50例。对照组实施常规术后护理，观察组在此基础上实施多维度疼痛管理。比较两组疼痛程度、早期下床活动时间、排尿恢复时间、并发症发生率、康复质量评分及护理满意度。结果观察组术后6h、24h和48h疼痛评分均低于对照组，首次下床活动时间和排尿恢复时间更短，并发症发生率低于对照组，康复质量和护理满意度高于对照组，差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。结论多维度疼痛管理可有效减轻泌尿外科男科术后患者疼痛，促进早期康复，提高康复质量，具有较好的临床应用价值。

**【关键词】**多维度疼痛管理；泌尿外科；男科手术；术后恢复；护理干预

DOI:10.12417/2705-098X.26.13.005

泌尿外科男科术后患者常同时面临切口疼痛、排尿不适、活动受限和睡眠干扰等问题，疼痛一旦处理不足，不仅会影响患者翻身、咳嗽和早期下床，还可能增加焦虑、延迟导尿管拔除和延长住院时间。传统常规护理通常强调生命体征观察和医生医嘱执行，但对于疼痛这种主观感受强、波动明显、受情绪影响大的问题，仅靠单一镇痛措施往往不足以恢复患者的整体康复节律。因此，将评估、干预、宣教和活动指导整合为多维度疼痛管理，更符合术后恢复期的实际需求。围术期疼痛管理理论的持续更新，也提示护理干预已从单纯“减痛”转向“减痛与促恢复并重”的综合模式<sup>[1]</sup>。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2023年1月至2025年12月我院泌尿外科收治的男科术后患者100例，按随机数字表法分为对照组和观察组各50例。对照组年龄32~73岁，平均(58.7±7.9)岁；观察组年龄31~72岁，平均(59.1±8.1)岁。两组在年龄、BMI、手术类型、麻醉方式及术前疼痛基线等方面比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

纳入标准：(1)行泌尿外科男科相关手术并顺利返回病房；(2)术后意识清楚，能够配合疼痛评估及护理；(3)签署知情同意并愿意完成随访。

排除标准：(1)合并严重心肺功能不全或感染性休克者；(2)术前长期慢性疼痛或长期应用镇痛药物者；(3)精神认知障碍、沟通困难或转入重症监护者。

### 1.2 方法

对照组给予常规术后护理，包括生命体征监测、切口观察、医生医嘱下的基础镇痛处理、饮食和排尿指导及出院常规宣教。观察组在此基础上实施多维度疼痛管理：术前完成疼痛风险评估和宣教，帮助患者了解术后疼痛的来源、持续时间和可预期变化；术后根据疼痛评分动态调整镇痛观察频次，结合体

位调整、切口保护、呼吸放松、分散注意力和睡眠维护等措施减轻不适；同时针对排尿疼痛、导尿管牵拉感和活动恐惧分别制定处理方案，如协助调整体位、减少无效牵拉、指导分段下床活动和缓慢起立；对疼痛明显或焦虑较重者，增加床旁沟通并解释疼痛与康复之间的关系，鼓励其在护士陪同下逐步增加活动量。护理执行中同步观察切口渗血、尿潴留、恶心及睡眠质量，必要时与医生协同调整镇痛与活动计划，使疼痛管理、功能恢复和心理支持形成连续闭环。

### 1.3 观察指标

观察两组术后疼痛评分(6h、24h、48h)、首次下床活动时间、排尿恢复时间、并发症发生率、康复质量评分及护理满意度。疼痛评分采用NRS 0~10分法，分值越高表示疼痛越明显；康复质量评分包括活动耐受、睡眠质量、排尿舒适度和恢复信心等内容。

### 1.4 统计学方法

采用SPSS 26.0统计学软件进行分析。计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示，组间比较采用t检验；计数资料以例数和百分比表示，组间比较采用 $\chi^2$ 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组一般资料比较

两组患者在年龄、BMI、手术类型、麻醉方式及术前疼痛基线等方面比较差异均无统计学意义( $P>0.05$ )，说明两组术前情况较为一致，便于评价多维度疼痛管理的真实效果。见表1。

表1 两组一般资料比较

指标	观察组(n=50)	对照组(n=50)	t/ $\chi^2$	P
年龄(岁)	59.1±8.1	58.7±7.9	0.25	0.80
BMI(kg/m <sup>2</sup> )	23.6±2.4	23.7±2.6	0.20	0.84
手术类型(例)			0.14	0.93

经尿道前列腺手术	28	27		
精索静脉曲张手术	14	15		
其他男科手术	8	8		
术前疼痛基线(分)	1.6±0.5	1.5±0.4	1.03	0.30

注：续表 1。

## 2.2 两组疼痛程度及活动恢复比较

观察组术后 6 h、24 h、48 h 疼痛评分均低于对照组，首次下床活动时间和排尿恢复时间也更短，说明多维度疼痛管理能够在术后早期同步减轻疼痛感和活动顾虑，使患者更快进入康复节律。见表 2。

表 2 两组疼痛程度及活动恢复比较

指标	观察组(n=50)	对照组(n=50)	t 值	P
术后 6 h NRS 评分(分)	4.6±0.8	5.9±1.0	7.24	<0.001
术后 24 h NRS 评分(分)	3.1±0.7	4.4±0.8	8.77	<0.001
术后 48 h NRS 评分(分)	2.0±0.5	3.0±0.6	9.08	<0.001
首次下床活动时间(h)	13.8±2.6	18.9±3.1	8.93	<0.001
排尿恢复时间(d)	2.6±0.7	3.8±0.9	7.34	<0.001

## 2.3 两组并发症、康复质量及满意度比较

观察组并发症发生率低于对照组，康复质量评分和护理满意度更高，提示多维度疼痛管理不仅有助于减轻疼痛本身，也能改善患者对排尿、活动和整体恢复过程的体验。见表 3。

表 3 两组并发症、康复质量及满意度比较

指标	观察组(n=50)	对照组(n=50)	t/x <sup>2</sup>	P
并发症发生率(%)	8.0	24.0	4.38	0.036
尿潴留(例)	2	6		
切口不舒适(例)	1	4		
恶心/睡眠受扰(例)	1	2		
康复质量评分(分)	86.4±5.8	77.2±6.1	7.78	<0.001
护理满意度(%)	96.0	82.0	6.78	0.009

## 3 讨论

泌尿外科男科术后患者的疼痛表现往往具有持续时间长、受活动影响明显和与排尿感受叠加的特点，尤其在导尿管留置、切口牵拉和首次下床阶段更为突出。如果护理措施只停留在常规镇痛观察和口头提醒，患者容易因担心疼痛而回避活动，进而影响肺功能恢复、排尿恢复和整体康复质量。多维度

疼痛管理的价值就在于将疼痛看作一个与活动、睡眠、心理和排尿共同变化的过程，而不是单纯等待镇痛药起效。相关研究提示，围术期疼痛管理模式需要兼顾评估、过程干预和结果反馈，才能真正提升术后恢复体验<sup>[2]</sup>。

本研究结果显示，观察组在 6 h、24 h 和 48 h 疼痛评分均低于对照组，且首次下床活动时间和排尿恢复时间均更短，说明多维度疼痛管理能够在术后早期起到明显的减痛和加速康复的作用。其关键不只是增加镇痛措施，而是将体位调整、切口保护、呼吸放松、分段活动和睡眠维护整合起来，使患者在疼痛波动时仍能保持较好的活动耐受度。对于泌尿外科男科术后患者来说，疼痛如果无法及时缓解，常会连带导致排尿恐惧和活动减少，而分层化、连续化的护理管理能够有效打断这一不良循环。

术后恢复质量的提升还与患者对疼痛的预知和掌控感有关。护理人员在术前对疼痛来源、持续时间和恢复过程进行解释，在术后再根据疼痛评分及时调整干预节奏，能够减少患者对疼痛的陌生感和夸大性担忧。当患者知道什么时候需要翻身、什么时候可以下床、导尿管牵拉感如何缓解时，其对整个恢复过程的掌控感会明显提升，康复配合度也更高。与泌尿外科男科术后并发排尿困难或恢复延迟的报道相结合看，排尿恢复不只是生理恢复问题，也与疼痛控制和护理节律密切相关<sup>[3]</sup>。

多维度疼痛管理之所以能够改善康复质量，还在于它把“疼痛管理”从被动观察转变为主动支持。护士在床旁进行动态评估后，可将疼痛程度、睡眠状况和活动意愿串联起来，及时发现患者因疼痛产生的回避行为，并通过床旁指导、陪同起立、分段步行和排尿引导逐步降低患者的顾虑。这样的处理方式比单纯依赖医嘱镇痛更具连续性，也更容易让患者接受。对于男科术后患者而言，切口、排尿与活动三者之间本来就相互影响，若护理节奏能够提前前移，患者通常能更快恢复自主活动能力。疼痛管理并不只是为了把分值降下来，更重要的是促进整体功能重建。患者在疼痛减轻后，更愿意完成翻身、站立、步行和排尿训练，这种主动行为会进一步改善睡眠和情绪，最终反哺康复质量。也就是说，疼痛是康复质量的入口，而不是终点。将疼痛评估、活动指导和心理支持同时纳入护理流程，可以让患者在住院期间建立更稳定的恢复预期，从而在较短时间内完成从“疼痛受限”到“自主恢复”的转变。

多维度疼痛管理还能够改善患者对病房环境和治疗流程的适应度。泌尿外科男科术后患者常因导尿管存在、伤口刺激和体位受限而产生明显不安，如果护士只在疼痛发生后再干预，患者往往已经形成回避行为，恢复节律也会被打乱。通过提前说明下床时机、导尿管管理要点和夜间休息注意事项，患者更容易预判疼痛变化并主动配合，这种预判式护理比单次镇痛更能减少反复波动。康复质量的提升不仅体现在恢复速度上，也体现在患者对自身功能恢复的信心上。疼痛得到较好控

制后,患者愿意尝试更早的活动、呼吸训练和排尿训练,运动耐受度和情绪稳定性也会同步改善。对于男科术后患者来说,这种从疼痛受限到主动恢复的转变尤为关键,因为它直接关系到住院期间的功能重建和出院后的自我管理能力。

从临床护理执行看,多维度疼痛管理的有效性还在于它能够减少“疼痛—紧张—回避—恢复延迟”的连锁反应。若患者在术后前 48 h 内持续处于担心疼痛和不敢活动的状态,康复进程往往会被明显拖慢;而当护士能够把镇痛观察、舒适体位、早期活动和睡眠支持同步推进时,患者更容易建立起“疼痛可控、恢复可期”的判断,这种认知变化对于康复质量的提升非常关键,也有助于减少患者对疼痛的过度关注,并提高后续康复依从性,进一步巩固恢复节律。多维度疼痛管理也有助于让男科术后患者在心理上更快接受“恢复是渐进过程”这一事实。很多患者一旦出现切口牵拉或排尿不适,就会下意识放慢活动速度,甚至担心轻微活动会造成伤口加重。护理人员如果能够在每个恢复节点上给予明确说明,比如何时可以轻度翻身、何时适合在陪护下行走、何时可以尝试更自然的排尿训练,患者往往更容易按步骤完成恢复任务,这种清晰的节奏感对提高依从性十分重要。

多维度疼痛管理的另一个现实价值,是把疼痛控制与并发症预防连接起来。术后患者若长期处于疼痛和紧张状态,常常会减少有效呼吸、减少下床活动或拖延排尿,从而间接增加不

适和恢复延迟风险。将疼痛评估与活动指导同步进行后,护士能够更早发现风险征象,并及时调整护理重点,使患者在疼痛缓解的同时维持较好的循环、呼吸和排尿状态。对于泌尿外科男科术后患者而言,这种综合管理方式更容易形成“疼痛下降—活动增加—恢复加快”的正向循环<sup>[4]</sup>。

在出院衔接阶段,多维度疼痛管理同样具有延续价值。护士若能把镇痛观察要点、活动节奏和睡眠调整建议同步交给患者与家属,患者回到家庭后就更容易延续住院期间形成的恢复习惯,避免因忽视疼痛变化而再次放慢康复进程。这样一来,疼痛管理就不只是病房内的一次性处理,而是贯穿术后恢复全过程的持续支持<sup>[5]</sup>。疼痛管理对并发症预防也具有间接价值。患者如果因疼痛而长期卧床或不愿深呼吸,容易增加肺部不适、排尿受阻或切口恢复缓慢等风险;而多维度管理通过减轻疼痛、促进早期活动和引导有效排尿,可使患者尽快恢复到较稳定的术后状态。对泌尿外科男科术后患者而言,这种以疼痛为切入点的综合管理,能够让护理目标从单纯“缓解不适”进一步延伸到“保证恢复质量”,更符合术后管理的整体需求。

综上所述,多维度疼痛管理能够有效减轻泌尿外科男科术后患者疼痛,缩短活动和排尿恢复时间,降低并发症发生率,并提升康复质量和护理满意度,适合在此类术后护理中进一步推广。

## 参考文献:

- [1] 任天琪,陈丽丽,李元超,等.围术期疼痛管理理论模式的研究现状[J].护理研究,2026,40(07):1208-1213.
- [2] 陆超,顾欣,李文峰,等.经尿道前列腺激光剝除术后近期发生排尿困难的原因及治疗(附 98 例报告)[J/OL].现代泌尿外科杂志,1-5[2026-03-23].<https://link.cnki.net/urlid/61.1374.r.20260320.1345.002>.
- [3] 李雅楠,王利利,李颖.艾司氯胺酮对脊柱手术病人术后疼痛及炎症和应激反应的影响[J].安徽医药,2026,30(04):824-829.
- [4] 张思宇,王儒蓉,张佩.胸脊柱旁神经阻滞在术后疼痛管理中的研究进展[J].西部医学,2026,38(03):464-469.
- [5] 梁颖,王权,于沛华,等.患者报告结局在腹股沟疝疼痛管理中应用的范围综述[J].中国卫生质量管理,2025,32(12):33-38.