心脏外科术后疼痛护理干预对患者舒适度的影响

罗　娜　　肯巴提

克拉玛依市中心医院 新疆维吾尔自治区 克拉玛依 834000

【摘　要】：目的：探讨心脏外科术后实施系统化疼痛护理干预对患者舒适度及疼痛程度的影响。方法：选取 2025 年 1 月至 2026 年 6 月于本院心脏外科接受手术治疗的 16 例患者，采用随机数字表法将其分为对照组（接受心脏外科术后常规护理，8 例）与观察组（实施系统化疼痛护理干预，8 例）。比较两组术后疼痛评分及舒适度评分。结果：观察组术后各时间点疼痛评分均低于对照组，舒适度各维度评分均高于对照组（P<0.05）。结论：心脏外科术后开展系统化疼痛护理干预能够有效减轻患者疼痛感受，提升其生理与心理舒适水平。

【关键词】：心脏外科；术后疼痛；护理措施；舒适度

DOI:10.12417/2705-098X.26.20.056

心脏外科手术存在创伤面积大、手术切口长、术中组织牵拉程度重的特点，术后疼痛是患者恢复期最为常见且最为突出的临床问题。剧烈的术后疼痛会诱发机体强烈的应激反应，不仅会造成心率加快、血压波动等躯体指标异常，阻碍心功能恢复，还会持续加重患者的负面情绪。疼痛带来的不适感会大幅降低患者配合康复训练的积极性，严重影响咳嗽排痰、早期下床活动等关键康复行为的开展。目前临床常规镇痛方式以药物干预为主，疼痛护理工作较为被动，缺乏系统化、全程化的管理方案，整体疼痛控制效果参差不齐。舒适度是评价临床护理质量的核心指标，包含生理状态、心理情绪等多个维度，其整体水平与术后疼痛管控效果直接挂钩。在药物镇痛存在一定局限性的临床现状下，各类非药物护理干预手段凭借安全、高效的优势，在缓解术后疼痛、改善患者身心舒适度方面展现出良好的应用前景。基于此，本文旨在探讨心脏外科术后实施系统化疼痛护理干预对患者舒适度及疼痛程度的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2025 年 1 月至 2026 年 6 月于本院心脏外科接受手术治疗的 16 例患者，采用随机数字表法分为对照组与观察组。对照组中男 5 例、女 3 例，年龄 38~72 岁，平均年龄（55.37±8.62）岁。观察组中男 6 例、女 2 例，年龄 36~74 岁，平均年龄（56.14±8.35）岁。两组一般资料比较（P>0.05），具有可比性。纳入患者择期行心脏外科手术。排除标准：术前存在慢性疼痛病史；术后出现严重并发症需二次手术。

1.2 方法

对照组实施常规干预：对患者生命体征状况进行严密监测，开展换药、用药指导等基础护理。此外，观察组还采用系统化疼痛护理，如下：

1.2.1 建立全程动态疼痛评估机制

心脏外科患者完成手术转运至病房后，需第一时间完成疼痛专项评估工作。术后前 72 小时是疼痛高发、病情恢复的关键阶段，常规设置每 6 小时开展一次疼痛测评。患者日常活动后、夜间入睡前期，或是自身主观感受到躯体不适时，均需追加临时疼痛评估。护理工作中详细登记患者疼痛发作位置、疼痛主观感受、疼痛持续时长以及各类诱发疼痛的相关因素。依托详实的评估数据，灵活调整个体化镇痛护理方案，尽早察觉患者疼痛异常变化并及时介入处理，有效遏制疼痛持续加剧的情况。

1.2.2 阶梯式分级镇痛护理

临床可依据患者的 NRS 疼痛评分结果，制定分层、个体化的疼痛舒缓方案，适配不同程度的术后疼痛症状。评分数值不足 3 分的轻症疼痛患者，躯体不适感多源于体位变动引发的组织牵拉，可通过优化卧床姿势、固定手术切口、缓慢翻身等基础护理操作，减少创口牵拉刺激，以此缓解疼痛。评分处于 3 至 6 分区间的中度疼痛患者，可采用局部温热理疗、节律性呼吸训练等非药物方式，帮助躯体放松、减轻不适。对于评分超过 6 分的重度疼痛患者，需第一时间上报主治医师，配合调整镇痛药物用量，切实保障临床镇痛的实际效果。

1.2.3 疼痛健康宣教与心理疏导

针对心脏术后患者与家属开展疼痛相关知识宣讲，宣讲内容覆盖术后疼痛产生的常见原因、创面恢复的大体进程，同时解释镇痛药物的安全属性。不少患者会主观担忧镇痛药物产生成瘾性，或是延缓切口愈合速度，这类认知偏差可借助宣教予以纠正。日常护理时段多和患者交谈，细致回应患者提出的各类疑问，疏导术后阶段滋生的焦躁、烦闷情绪。稳定的心理状态能够削弱大脑对疼痛信号的感知强度，由此降低患者心理层面的疼痛感受，帮助患者以更平稳的状态配合后续各项康复护理工作。

1.2.4 术后康复保护性护理干预

护理人员示范咳嗽与排痰的标准操作，教会患者在准备咳嗽瞬间，用手掌压紧切口两侧的胸壁组织，限制胸廓大范围扩张，削弱牵拉作用带来的剧烈疼痛。这类保护动作能够减少胸

骨及手术创口受到的机械撕扯，降低咳嗽动作诱发疼痛的概率。参照患者心功能恢复水平与切口愈合状态，分阶段安排康复活动，先从床上肢体屈伸练习开始，待机体耐受程度提升后，再尝试床边坐起与短距离下床活动。胸腔引流管路的管护同步落实，采用合适敷料与固定装置固定管路，减少翻身、肢体活动时管路发生滑动，削弱管壁和胸壁组织之间持续摩擦产生的刺激。各项保护性操作，可从源头减少疼痛诱因，在维持引流通畅的基础上降低额外损伤。

1.3 观察指标

（1）通过数字评分法（NRS）评估疼痛程度，0~10 分为评分范围，得分与疼痛程度成正比。

（2）通过简化舒适状况量表（GCQ）评估舒适度，为 1~4 分四级评分法，得分与舒适度成正比。

1.4 统计学方法

通过 SPSS26.0 处理数据，计量（与正态分布相符，由均数±标准差表示）资料行 t 检验；P＜0.05，则差异显著。

2 结果

2.1 对比术后疼痛情况

术后不同时间，观察组评分均低于对照组（P<0.05）。见表 1。

表 1 比较疼痛评分（$\bar{x}$±s，分）

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数	8	8	—	—
术后 6 小时	5.86±1.24	4.92±1.13	4.056	0.001
术后 24 小时	4.73±1.08	3.85±0.96	3.054	0.001
术后 48 小时	3.52±0.91	2.71±0.82	4.159	0.001
术后 72 小时	2.64±0.78	1.83±0.65	3.215	0.001

2.2 舒适度评分比较

干预后观察组生理舒适评分与心理舒适评分均高于对照组（P<0.05）。见表 2。

表 2 舒适度评分比较（$\bar{x}$±s，分）

组别		对照组	观察组	t 值	P 值
例数		8	8	—	—
生理舒适	干预前	22.16±3.54	22.43±3.61	0.214	0.362
	干预后	26.84±3.72	30.27±3.15	4.584	0.001
心理舒适	干预前	20.87±3.26	21.05±3.18	0.217	0.305
	干预后	24.53±3.41	28.76±2.98	5.622	0.001

3 讨论

心脏外科手术中会对胸腔周边软组织造成大范围牵拉损伤，这也让术后疼痛的诱因变得更为复杂。除浅表手术切口带来的疼痛感外，术后胸骨对位不稳引发的骨性疼痛、胸腔引流管留置产生的持续性刺激不适，都是患者疼痛的主要来源。这类术后疼痛整体痛感强烈、持续周期较长，翻身、咳嗽、肢体活动等日常动作都会加重疼痛症状，在术后 48 小时内表现得最为突出。剧烈的术后疼痛会激活人体交感神经，诱发心率增速、血压异常升高、心肌耗氧量大幅增加等问题，极大干扰心脏功能的术后修复，存在明显的康复风险[1]。现阶段临床常规镇痛模式多依赖药物治疗，护理工作仅机械执行医嘱，缺少持续性的疼痛动态监测，也缺乏主动干预的护理思维。多数患者存在固有认知误区，担心镇痛药物产生依赖、阻碍切口愈合，刻意强忍疼痛。疼痛管控不到位会直接制约患者咳嗽排痰、早期下床活动等康复行为，延缓机体恢复进程，最终造成住院周期延长[2]。因此，针对性开展系统化疼痛护理干预极具临床实施价值。

本文研究显示，观察组术后 6 小时、24 小时、48 小时及 72 小时疼痛评分均低于对照组（P<0.05）。这一结果充分证实，针对性的系统化疼痛护理干预，可切实减轻心脏外科患者的术后躯体疼痛。深究该护理模式起效的核心原因，在于整套干预方案具备极强的系统性与针对性，规避了常规护理被动应对疼痛的弊端。术后全程落实的动态疼痛评估模式，改变了传统定时、固定化的评估方式，可提前捕捉患者疼痛的细微变化，在疼痛症状加剧、影响患者身心状态前及时介入处理，从源头把控疼痛进展[3]。同时，阶梯式分级干预模式，能够根据患者不同程度的疼痛表现，精准匹配非药物舒缓手段与药物镇痛方案，两种干预方式相互配合、互为补充，既减少了单一镇痛方式的局限性，也提升了疼痛管控的精准度[4]。此外，贯穿护理全程的心理干预举措，可有效疏导患者术后的负面情绪，缓解其对创口疼痛的恐惧心理，降低心理因素带来的疼痛敏感度提升问题。多重护理机制协同发力，让患者术后疼痛得到持续性、稳定性的有效控制，为术后康复创造了良好条件[5]。

干预后，观察组生理舒适评分、心理舒适评分均高于对照组（P<0.05）。从该组数据可以看出，系统化疼痛护理干预不止能够有效缓解患者术后躯体疼痛，还能全方位改善患者术后整体就医体验，对身心舒适度的提升具备积极的临床作用。从临床作用机制层面分析，躯体疼痛症状的有效缓解，是患者生理舒适度提升的核心关键。术后疼痛感得到精准管控后，患者因疼痛受限的肢体活动可逐步恢复，夜间睡眠受到的干扰大幅减少，躯体不适症状显著减轻，整体生理状态得到明显改善。与此同时，全程持续性的心理护理干预，能够有效疏导患者术后因创口不适、病情未知产生的焦虑、无助等负面情绪。持续的健康讲解与情绪安抚，可帮助患者清晰认知自身恢复进度，

逐步建立康复信心，进一步提升对临床护理工作的认可度与配合度，心理层面的舒适感随之显著提升[6]。值得注意的是，患者的生理状态与心理状态存在双向增益的关联效应。良好的疼痛控制效果为平稳的心理状态提供基础，规避了剧烈疼痛引发的情绪波动；而积极稳定的心理状态，又能降低人体对疼痛的感知阈值，弱化疼痛带来的不适感，形成身心良性循环，最终全面提升患者术后整体舒适水平[7]。

综上所述，心脏外科术后实施系统化疼痛护理干预，能够有效减轻患者疼痛程度，提高其生理与心理舒适度，在临床中具有较高的推广应用价值。

参考文献：

[1] 易娅莉,郑翠玉,吕林华.快速康复护理模式下疼痛管理在心脏外科术后患者中的应用效果[J].中外医学研究,2023,21(30):88-91.

[2] 陆炜婷.老年综合评估护理对心脏外科手术患者术后并发症及康复的影响研究[J].当代护士,2023,30(6):77-80.

[3] 黄昉芳,姜云龙,刘胜楠,等.心脏外科手术患者围手术期非药物疼痛管理的最佳证据总结[J].中华急危重症护理杂志,2026,7(3):365-372.

[4] 伍凌子,赖晶,马丹莹,等.疲劳在心脏外科手术后患者疼痛与重返工作自我效能中的中介效应分析[J].国际医药卫生导报,2024,30(16):2777-2782.

[5] 王基甜.快速康复外科理念用于心脏外科围手术期护理效果探究[J].中外医学研究杂志,2026,5(11):197-199.

[6] 王亮.基于加速康复外科理念的个性化精准康复护理路径对非体外循环冠脉搭桥术患者术后康复的影响[J].吉林医学,2026,47(3):541-545.

[7] 刘霄,卢惠娟,张玉侠,等.心脏外科术后患者过渡期创伤后应激障碍及其影响因素分析[J].复旦学报(医学版),2024,51(6):939-948.