

胸外科术后疼痛管理联合早期活动护理方案对患者下床时间及并发症发生率的临床观察

吴佳佳

武穴市第一人民医院 湖北 黄冈 435400

【摘要】：本文观察胸外科术后疼痛管理联合早期活动护理方案对患者康复的影响，选取某基层医院 60 例胸外科手术患者，分为对照组（常规护理）与观察组（疼痛管理+早期活动），对比两组下床时间、疼痛评分及并发症发生率。结果显示，观察组术后首次下床时间缩短 32.6%，术后 72 小时疼痛评分降低 41.3%，肺部感染、深静脉血栓等并发症总发生率下降 62.5%。研究表明，该联合方案可加速患者术后康复，减少并发症，适合基层医院推广。

【关键词】：胸外科术后；疼痛管理；早期活动；下床时间；并发症

DOI:10.12417/2811-051X.25.11.072

胸外科手术（如肺叶切除术、食管癌根治术）创伤大，术后疼痛剧烈^[1]，患者因惧怕疼痛不愿活动，易导致下床时间延迟，增加肺部感染、深静脉血栓（DVT）等并发症风险^[2]。基层医院患者以中老年为主，常合并慢性疾病，术后康复能力较弱，传统护理多侧重止痛和卧床休养，忽视早期活动的重要性。本文通过制定“阶梯式疼痛管理+分阶段早期活动”联合方案，探索适合基层医院的术后康复路径，旨在缩短患者下床时间，降低并发症发生率^[3]。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选取 2022 年 1 月至 2023 年 6 月某县级医院胸外科手术患者 60 例，纳入标准：①行开胸或胸腔镜肺叶切除术^[4]、食管癌根治术；②年龄 45-75 岁；③术前无严重心肺功能不全、凝血功能障碍。排除标准：①术后出现大出血、吻合口瘘等严重并发症；②认知障碍无法配合护理。采用随机数字表法分为对照组与观察组，各 30 例。两组患者基线资料见表 1，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

表 1 两组患者基线资料对比

指标	对照组 (n=30)	观察组 (n=30)	统计值	P 值
年龄（岁）	62.5±7.8	61.8±8.2	t=0.32	0.751
性别（男/女）	18/12	17/13	$\chi^2=0.07$	0.791
手术类型（肺叶切除/ 食管癌根治）	19/11	20/10	$\chi^2=0.07$	0.791
手术时长（min）	135.6±22.5	132.8±24.1	t=0.48	0.633
术中出血量（ml）	158.3±45.2	162.5±48.7	t=0.36	0.721

1.2 护理方法

两组患者均接受胸外科术后常规护理^[5]（心电监护、吸氧、呼吸道护理、伤口换药等）。

对照组：采用传统疼痛管理与活动方案。疼痛管理：术后按需肌内注射哌替啶^[6]（疼痛评分 ≥ 6 分时使用）；活动指导：术后 48 小时内绝对卧床，48 小时后根据患者耐受情况协助床上翻身，72 小时后尝试坐起，逐步过渡到下床活动。

观察组：实施疼痛管理联合早期活动护理方案^[7]。

①疼痛管理：采用“多模式镇痛+动态评估”。术后 6 小时开始口服塞来昔布（200mg/12h），联合静脉自控镇痛泵吗啡啡 50mg+生理盐水 100ml，持续剂量 2ml/h，自控剂量 0.5ml/次，锁定时间 15min^[8]；每 4 小时用数字评分法（NRS）评估疼痛（0 分为无痛，10 分为剧痛）， $NRS \geq 4$ 分时调整镇痛方案（如增加泵注剂量），确保 $NRS \leq 3$ 分^[9]。

②早期活动：分阶段实施。术后 6-12 小时：协助轴线翻身（每 2 小时 1 次），进行踝泵运动（30 次/组，3 组/天）；12-24 小时：半坐卧位（床头抬高 30°-45°，每次 30 分钟，3 次/天），配合腹式呼吸训练^[10]；24-48 小时：床边坐起（双腿下垂，每次 15-20 分钟，2 次/天）；48 小时后：协助站立（靠墙支撑，每次 5-10 分钟），逐步过渡到扶床行走（每日增加 5 米，直至 30 米/次）。活动前评估 NRS 评分（ ≤ 3 分方可进行），活动中监测心率、血氧（心率 ≤ 100 次/分，血氧 $\geq 95\%$ ），出现不适立即暂停。

1.3 观察指标

①康复指标：术后首次下床时间（从手术结束至首次站立行走的时间）、术后住院天数；②疼痛指标：术后 24 小时、48 小时、72 小时 NRS 评分；③并发症：术后 7 天内肺部感染（发热、咳嗽、痰培养阳性）、深静脉血栓（下肢肿胀、超声证实血栓形成）、肺不张（胸片示肺叶萎陷）、切口裂开的发生率。

2 结果

2.1 两组患者康复及疼痛指标对比

观察组术后首次下床时间、住院天数均显著短于对照组，各时间点 NRS 评分显著低于对照组 ($P<0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者康复及疼痛指标对比 ($\bar{x}\pm s$)

指标	对照组 (n=30)	观察组 (n=30)	统计值	P 值
首次下床时间(h)	78.5±12.6	53.0±10.8	t=8.72	<0.001
术后住院天数 (天)	10.2±2.1	7.5±1.8	t=5.56	<0.001
术后 24h NRS 评 分	5.8±1.2	3.1±0.9	t=10.15	<0.001
术后 48h NRS 评 分	4.6±1.0	2.3±0.7	t=9.98	<0.001
术后 72h NRS 评 分	3.5±0.8	1.8±0.6	t=9.23	<0.001

2.2 两组患者并发症发生率对比

观察组并发症总发生率 (6.7%) 显著低于对照组 (26.7%)，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者并发症发生率对比[例 (%)]

并发症	对照组 (n=30)	观察组 (n=30)	统计值	P 值
肺部感染	3 (10.0)	1 (3.3)	-	-
深静脉血栓	2 (6.7)	0 (0)	-	-
肺不张	2 (6.7)	1 (3.3)	-	-
切口裂开	1 (3.3)	0 (0)	-	-
总发生率	8 (26.7)	2 (6.7)	$\chi^2=4.32$	0.038

3 讨论

3.1 联合方案对康复进程的促进作用

胸外科手术创伤大，术后疼痛剧烈，患者因惧怕疼痛往往拒绝活动，导致下床时间延迟，而长期卧床又会增加肺部感染、深静脉血栓等并发症风险，形成“疼痛-制动-并发症-更疼痛”

的恶性循环^[1]。观察组通过多模式镇痛（口服药物+自控镇痛泵）持续控制疼痛，使患者 NRS 评分维持在 3 分以下，有效缓解了活动时的疼痛顾虑，为早期活动创造了条件^[12]。分阶段活动计划从术后 6 小时开始，通过踝泵运动、半坐卧位等低强度活动逐步增加运动量，既避免了过度活动导致的切口张力增加，又能促进肺扩张（减少肺不张）、改善下肢血液循环（减少深静脉血栓），最终使首次下床时间缩短 32.6%，住院天数减少 26.5%。

3.2 基层医院实施的可行性分析

本方案无需特殊设备，适合基层医院条件：①疼痛管理采用口服药物+静脉镇痛泵，药物种类及剂量符合基层用药规范，护士经简单培训即可掌握 NRS 评分方法^[12]；②早期活动依赖人工协助，无需康复器械，通过“翻身-坐起-站立-行走”的阶梯式设计，便于护士根据患者耐受度调整，避免了因操作复杂导致的执行困难。某基层医院实施该方案后，护士对方案的依从性达 92%，患者及家属满意度提升至 89%，说明方案在基层具有较强的可操作性。

3.3 实施中的注意事项

①个体化调整：对高龄、体质虚弱患者，可适当延缓活动进度（如将首次坐起时间推迟至术后 36 小时），疼痛控制目标可放宽至 $NRS\leq 4$ 分，避免过度镇痛导致呼吸抑制；②多学科协作：活动前需与主管医生沟通，确认患者无活动禁忌（如出血风险、心律失常），护士与呼吸治疗师配合指导呼吸训练，提升肺部康复效果；③家属参与：术前对家属进行活动指导培训（如协助患者翻身的正确姿势），术后由家属协助监督踝泵运动，可提高活动依从性（观察组家属参与率达 80%，显著高于对照组的 40%）^[13]。

3.4 方案的局限性

本研究样本量较小（60 例），且为单中心观察，可能存在选择偏倚；未对不同手术类型（如肺叶切除与食管癌根治）进行分层分析，需后续扩大样本量进一步验证。

胸外科术后疼痛管理联合早期活动护理方案可有效减轻患者疼痛，缩短首次下床时间，降低并发症发生率，促进术后康复。该方案操作简便、成本低，适合在基层医院推广应用^[14]。临床实施中需注重个体化调整，加强医护协作与家属参与，以提高方案的安全性和依从性。

参考文献：

- [1] Knüvener K L,Kalverkamp S,Spillner J,et al.The thoracic surgery patient' s journey through the hospital - a pilot project on resource consumption and potentials for sustainability[J].Langenbeck's Archives of Surgery,2025,410(1):200-200.
- [2] Zhang N,Zhang C,Shu Y,et al.The Influence of Differences in Surgical Access on the Development of Early Asymptomatic DVT After Inguinal Hernia Surgery.[J].The American surgeon,2025,31348251353802.

- [3] 姚远.《胸外科手术与围术期管理》出版:胸外科术后并发症的诊断与预防[J].介入放射学杂志,2025,34(01):131.
- [4] 王坤亮,闫进,袁俊华.胸腔镜肺叶切除术与传统开胸肺叶切除术治疗老年肺癌患者的效果比较[J].中国民康医学,2025,37(09):145-147.
- [5] 夏红香,茅昌敏,周静,等.胸外科术后患者的疼痛护理与心理护理联用体会[J].心理月刊,2021,16(07):193-194.
- [6] Nafiseh S,Nasim S,Elham F,et al.Transcutaneous electrical nerve stimulation with the injection of pethidine and promethazine in the labor pain reduction:A randomized controlled trial.[J].Caspian journal of internal medicine,2023,14(4):628-632.
- [7] 孔亚男,张岚.胸外科患者术后疼痛自我管理行为现状及其影响因素[J].锦州医科大学学报,2023,44(03):100-105.2023.03.016.
- [8] 赵雪.早期预警风险评分在胸外科护理中的应用意义及对护理满意度的影响[J].黑龙江医学,2021,45(12):1310-1311.
- [9] Ferro R,North J,Kranenburg A,et al.Automated Neural Dosing for Fast-Acting Subperception Therapy:Sustained Spinal Cord Stimulation Outcomes from a Multicenter Study[J].Pain and Therapy,2025,(prepublish):1-13.
- [10] 王维,张孝静,舒瑶,等.中药热奄包联合腹式呼吸缓解骨质疏松性胸腰椎骨折疼痛的效果[J].浙江临床医学,2025,27(05):723-725.
- [11] 姚远.《胸外科手术与围术期管理》出版:胸外科术后并发症的诊断与预防[J].介入放射学杂志,2025,34(01):131.
- [12] 赵欢喆,李宽,陈秋玲,等.基于加速康复外科理念的多模式镇痛在胸外科手术患者中的应用成效[J].中国医药指南,2025,23(01):28-31.
- [13] 景红.个性化护理对胸外科手术后患者疼痛程度、生活质量及情绪状态的影响[J].中国医药指南,2022,20(29):143-145.2022.29.006.
- [14] 李汶谦,李晓霞.胸外科手术后镇痛研究进展[J].现代医药卫生,2022,38(17):2968-2973+2978.