

门诊手术中患者疼痛的观察与护理

李方俭

吉林省德惠市人民医院 吉林 德惠 130300

【摘要】：门诊手术具有流程紧凑、患者当日离院等特点，疼痛控制是否及时会影响术后活动及居家恢复。部分患者进入手术室前已经存在紧张的心理，使注意力持续集中在疼痛上，疼痛加重后又反过来影响情绪，降低治疗配合度。基于此，本文围绕门诊手术患者疼痛观察中存在的问题展开探讨，从统一观察方法、配合疼痛治疗及完善离院评估三方面提出护理策略，旨在为门诊手术室建立连续性的疼痛护理路径。

【关键词】：门诊手术；疼痛观察；疼痛护理

DOI:10.12417/2811-051X.26.12.025

引言

随着微创技术及短效麻醉药物不断应用，越来越多患者可在门诊完成手术，并在短时间观察后回家休养。门诊手术减少了住院时间，也给疼痛护理带来新的问题，患者在院时间有限，护理人员既要判断疼痛是否处于可接受范围，还要分清疼痛加重是普通术后反应，还是出血、肿胀等问题的早期表现。部分患者离院后缺少现场观察，如果不会正确使用镇痛药物或不知道什么情况需要复诊，容易出现镇痛不足或延误处理等情况，护理人员需把疼痛强度、焦虑程度、身体反应及活动能力放在同一条观察路径中。在此之前，需要了解门诊手术患者疼痛观察中存在的问题。

1 门诊手术患者疼痛观察中存在的问题

1.1 评估标准不一，容易误判疼痛程度

门诊手术具有治疗时间短、患者周转快等特点，护理人员需要在有限时间内完成疼痛评估，但实际工作中，不同护理人员对疼痛的判断依据存在差异，容易造成评估结果缺乏一致性^[1]。一些护理人员侧重询问疼痛感受，却未综合分析患者的情绪反应、活动能力等情况；另一些则更多依赖自身临床经验，缺乏对患者口述疼痛的足够重视，使相同疼痛程度得到不同评分。同时，由于门诊患者术后很快进入离院准备阶段，疼痛观察只会集中于某一时间点，缺少连续追踪，对疼痛发展趋势掌握不足，导致未能及时识别部分患者疼痛加重的初期。此外，对于老年患者、儿童等语言表达能力受限者，若未建立针对性的评估模式，仅采用单一评价方式，容易出现疼痛程度判断失真的现象^[2]。

1.2 焦虑影响疼痛，容易忽视情绪问题

患者进入门诊手术室后，会面对陌生环境及手术结果的不确定性，有些患者担心术中清醒害怕术后剧烈疼痛，还可能因过去的不良就医经历产生明显紧张。焦虑可使患者呼吸加快、肌肉紧绷，注意力长期集中在伤口部位，进而放大疼痛感受。近年研究也提示，术前恐惧、焦虑以及较高的疼痛预期，都是日间手术后急性疼痛的预测因素^[3]。实际护理中，患者可能表

面安静，但反复确认流程、抓紧床栏或拒绝配合等表现已经体现出其焦虑的特点，若未及时识别，患者在术后活动时更容易紧张，疼痛评价也可能持续偏高。

1.3 离院评估不足，容易忽略居家管理

门诊手术强调快速诊疗和当日离院，患者在医疗机构接受护理的时间相对较短，护理工作的重点集中于手术期安全，而离院后的疼痛管理容易成为薄弱环节。部分护理人员在患者达到基本离院条件后，未进一步评估其疼痛耐受能力及健康教育掌握情况，使患者回家后面面对疼痛变化时缺乏正确应对措施^[4]。同时，由于不同患者对疼痛的认知和处理方式存在明显差异，一些患者认为术后疼痛属于正常现象，即使疼痛持续加重也不会主动就医，并且居家环境缺少医护人员持续观察，一旦出现伤口异常、疼痛性质改变等不良反应，患者无法及时辨别是否属于正常恢复过程。对于高龄患者、基础疾病较多患者及照护支持不足的人群，这一问题更加突出，若医院未建立离院指导和术后随访机制，院内疼痛护理与居家康复之间便容易出现脱节，疼痛管理的连续性也会受到一定影响。

2 门诊手术中患者疼痛的护理方法

2.1 统一观察方法，准确判断疼痛程度

门诊手术患者停留时间短疼痛变化快，容易受麻醉、情绪等因素影响，若观察标准不一致，容易出现评分偏差、异常疼痛识别滞后等问题。统一观察方法的要点，在于形成一致的判断依据，使疼痛主诉、行为表现等信息纳入同一框架分析，并保持评估时点和记录内容的连续性。这种统一并非忽视个体差异，而是减少护理判断中的主观偏差，使不同人员对疼痛程度形成较为稳定的认识，有助于及时发现与常规切口痛不符的异常变化，避免疼痛被低估或过度处理，从而提升护理安全性和规范性^[5]。

护理人员接诊门诊手术患者后，应先了解其术前有无慢性疼痛、近期镇痛药使用等情况及既往术后疼痛经历，并根据患者沟通能力选择合适的评估工具。能够清楚表达的成年患者宜采用0~10分数字评分法，理解数字困难者可使用面部表情量

表,沟通障碍患者则结合表情动作及生命体征综合判断。护理人员在评估时应区分静息痛与活动痛,重点关注坐起、下床及行走后疼痛是否加重,以判断其对早期活动的影响。患者清醒后完成首次评估,下床前再次评估,实施镇痛措施后及时复评,并连续记录时间、诱发因素、护理措施等重要信息。此外,生命体征只能作为辅助依据,不能因指标正常而否定患者主诉,若出现面色苍白、心率增快或呼吸急促等状况,应结合意识和氧合情况作出判断。普通切口痛多局限于手术部位,经休息或镇痛后可慢慢缓解,若出现疼痛短时间内迅速加重、性质与手术情况不符等情况,应警惕活动性出血,并且若出现呼吸困难、口唇发绀等状况时,应优先排查呼吸异常不能简单归因于紧张。护理人员在观察伤口时应检查敷料是否移位,局部皮肤有无发热,若患者同时出现持续恶心、头晕等情况,应考虑麻醉药物残余反应,避免未确定原因即反复追加镇痛药,发现异常疼痛或可疑并发症时,应立即报告医生处理。

2.2 配合疼痛治疗,减轻患者焦虑情绪

患者缺乏对疼痛程度的确定预期,焦虑情绪容易放大疼痛感受,并降低对治疗过程的配合度,疼痛控制若只关注躯体反应而忽视情绪变化,可能造成疼痛评价偏高、治疗体验下降等现象,甚至影响术后活动。护理工作需要将疼痛治疗与心理状态放在同一护理情境中理解,在配合治疗过程中保持信息传递的一致性,使患者清晰疼痛变化及恢复节奏,同时关注紧张、担忧等情绪对主观感受的影响,既能减少焦虑对疼痛感知的强化,也能提升患者对镇痛效果的认可,使疼痛管理更加稳定,进而维护门诊手术护理的安全性^[6]。

手术开始前护理人员应结合手术类型、预计切口范围等信息开展疼痛风险评估,重点关注术前已有疼痛、既往术后镇痛效果不佳等因素,风险识别的目的不是给患者贴上“耐痛差”的标签,而是便于提前确定评估频率和做好镇痛准备。护理人员可询问“您最担心哪个环节”“以前使用过哪些止痛药”“疼痛达到什么程度会影响走路或睡眠”等简短问题,了解患者的疼痛预期和焦虑程度,发现明显焦虑时及时交接手术团队。同时,术前教育应使用通俗语言说明,告知患者术后出现一定疼痛较为常见,持续忍痛会影响日常活动,镇痛目标并非完全无痛,而是使患者能够正常休息,并告知疼痛求助方式及治疗流程,以增强其安全感。术后护理人员应配合医生实施多模式镇痛,根据手术特点联合应用非阿片类镇痛药、局部麻醉浸润或区域阻滞,阿片类药物通常在其他措施效果不足时作为补救。护理人员应严格核对医嘱及用药禁忌,规范给药并观察疗效和不良反应,使用阿片类药物后,重点监测患者嗜睡程度和血氧饱和度等信息。治疗后应及时复评疼痛,若评分改善不明显,需判断药物是否尚未起效,并排查伤口异常,还可用调整体位

的方式辅助减轻疼痛,但非药物措施不能替代必要的镇痛治疗。

2.3 完善离院评估,做好居家疼痛管理

门诊手术患者离院较早,疼痛变化常延续至家庭阶段,若评估局限在当下感受,便无法反映麻醉消退后的真实状态,也可能使患者对疼痛风险形成错误判断。离院评估需从即时判断转向恢复过程判断,既要关注当前疼痛是否稳定,也要辨别患者能否正确理解疼痛变化,是否具备持续管理能力。居家疼痛管理则应建立在评估结果之上,使院内信息能够延伸到离院后的恢复阶段,避免护理责任在场景转换中出现断层。这样的安排能够提升患者对术后变化的判断能力,减少不必要的延误处理,增强疼痛控制的连续性,使门诊护理转向全过程支持。

患者从麻醉中清醒后,疼痛可能随着麻醉作用减退而加重,因此护理人员不能仅依据意识恢复情况判断其是否可以离院,还需综合评估生命体征、伤口状态等各项指标。患者意识清楚且能够配合后,应先协助其在床边坐起,观察有无头晕或疼痛突然加重等症状,再在陪同下完成站立和短距离行走。局部麻醉尚未完全消退时,要提醒患者保护麻木部位,避免自行快速下床,若疼痛已经影响穿衣、行走等日常行为,应先采取相应处理重新评估后再决定是否离院,不能为了加快门诊周转要求患者勉强回家。离院前护理人员需按照医嘱核对患者携带的镇痛药物,说明药物用途及主要注意事项,若不同药物含有相同成分,应提醒患者避免重复使用,并且书面指导要减少专业词汇,必要时可请患者或家属复述用药方法,以确认其已经理解。回家后患者可记录疼痛程度及其对日常活动的影响,伤口疼痛缓慢减轻通常属于正常恢复过程,若疼痛突然加重按医嘱处理后仍未缓解,或同时出现持续出血、意识改变等情况,应及时联系门诊或就医。对于独居患者、老年患者及理解能力较弱者,护理人员还应确认是否有家属陪同,并将用药方法、观察重点及危险信号同步告知陪护人员。后续可利用电话或数字平台了解基本情况,从而提高门诊手术患者居家疼痛管理的连续性。

3 结语

门诊手术患者在院时间短,疼痛却可能贯穿术前等待、术中操作、麻醉恢复及离院后的多个阶段,护理人员不能只在患者主动喊痛时处理,也不能把疼痛评分当成唯一依据。规范做法是先识别高风险患者,再结合生命体征及焦虑表现动态观察,配合医生落实镇痛治疗及时评价处理效果,患者离院前需确认疼痛处于可管理范围,讲清用药方法及异常情况处理路径。未来,可进一步统一记录标准完善焦虑筛查,强化电话或数字随访,使疼痛护理从短时观察转向全过程管理。

参考文献:

- [1] 温春收,赵倩,班梦圆,陈海飞.多元化立体护理在门诊手术患者不良情绪及疼痛管理中的应用效果[J].医药前沿,2026,16(18):111-114.
- [2] 孙蕾,王敬.强化疼痛护理在普外科门诊手术患者中的应用价值分析[J].中华养生保健,2023,41(8):111-113.
- [3] 陈建春,马春芳,张向红.预见性程序化护理对行门诊手术麻醉患者的临床干预效果[J].中西医结合护理(中英文),2023,9(3):118-120.
- [4] 张正梅,李茹,邓亚岚.认知和心理干预对妇科门诊手术患者不良情绪和疼痛的影响[J].妇儿健康导刊,2023,2(1):159-161.
- [5] 陈彩云,李炆珈,郭晓杰.细节化护理在提高门诊手术护理工作质量中的效果观察[J].医药前沿,2021,11(33):177-178.
- [6] 王春景,王海英.心理护理在门诊手术患者中的应用效果分析[J].心理月刊,2021,16(7):111-112.