

多元化疼痛分层护理在大面积烧伤换药操作中的临床实践分析

杨佳佳

安徽医科大学第一附属医院 安徽 合肥 230000

【摘要】：目的：探讨多元化疼痛分层护理在大面积烧伤患者换药操作中的临床应用效果。方法：选取2024年1月至2026年3月收治的80例大面积烧伤患者作为研究对象，按照随机数字表法分为对照组和观察组，每组40例。对照组采用常规护理，观察组在对照组基础上实施多元化疼痛分层护理方案。比较两组患者的疼痛评分、生命体征变化、换药依从性、护理满意度。结果：观察组换药中及换药后30 min VAS评分均低于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组换药中心率、收缩压波动幅度小于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组换药依从性为95.00%，高于对照组的80.00%（ $P<0.05$ ）；观察组护理满意度为97.50%，高于对照组的82.50%（ $P<0.05$ ）。结论：多元化疼痛分层护理能有效减轻大面积烧伤患者换药时的疼痛程度，稳定生命体征，提高换药依从性和护理满意度，具有较好的临床应用价值。

【关键词】：大面积烧伤；换药；疼痛分层护理；多元化护理；疼痛管理

DOI:10.12417/2811-051X.26.12.060

大面积烧伤患者因为皮肤屏障功能受损，在进行换药操作时，创面暴露和敷料更换直接刺激裸露的神经末梢，引起剧烈疼痛，该情况已经成为限制治疗依从性的一个主要障碍^[1]。常规镇痛方案虽然可以在一定程度上缓解疼痛，但是很难兼顾患者个体差异和疼痛的多方面属性。近几年，疼痛分层管理理念慢慢受到临床重视，该理念主要依据患者疼痛程度和心理状态进行分级干预，多元化护理则主张从生理、心理、环境等多个方面共同进行处理^[2]。把两者结合起来，能够给烧伤换药疼痛管理提供更有针对性的解决方式。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年1月至2026年3月收治的80例大面积烧伤患者为研究对象。按照随机数字表法将患者分为对照组和观察组，每组40例。对照组中男27例，女13例；年龄22~58岁，平均（ 38.45 ± 9.62 ）岁；烧伤部位：四肢为主22例，躯干为主12例，头面颈部6例。观察组中男25例，女15例；年龄20~60岁，平均（ 37.82 ± 10.35 ）岁；烧伤深度：深Ⅱ度16例，Ⅲ度24例；烧伤部位：四肢为主20例，躯干为主13例，头面颈部7例。两组患者在性别、年龄、烧伤深度及烧伤部位等一般资料方面比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：（1）烧伤总面积 $\geq 30\%$ 体表总面积（TBSA）；（2）年龄18~65岁；（3）意识清楚，能配合疼痛评估及护理操作；（4）患者知情同意并签署知情同意书。

排除标准：（1）合并严重颅脑损伤或重要脏器功能不全；（2）有精神疾病史或认知功能障碍；（3）对研究使用药物过敏；（4）妊娠期或哺乳期女性。

1.2 方法

对照组采用常规换药护理方案。护士在进行换药前会向患

者说明操作目的和注意事项，并遵医嘱给予常规镇痛药物。在换药过程中护士会密切观察患者生命体征变化，在操作完成后会对创面情况进行评估并记录。

观察组在对照组基础上实施多元化疼痛分层护理方案，具体内容如下。

（1）疼痛评估和分层。在进行换药之前，使用视觉模拟评分法VAS对患者的静息痛和预期换药痛进行评估，并且依据患者心理状态的评估结果，把患者划分成三个层级：轻度疼痛层级VAS评分在1到3分之间、心理状态保持稳定，需要进行基础护理干预。中度疼痛层级VAS评分在4到6分之间且存在轻度焦虑情绪的患者，可以采取综合护理干预方式。重度疼痛层级是指VAS评分在7分到10分之间并且患者存在明显恐惧或者抗拒心理的患者，应该接受强化护理干预，采用分层干预措施。轻度层级：护理人员会在换药前和患者进行简短的沟通，并且向患者说明操作流程，以此来减少患者对于未知情况的恐惧。换药时运用轻柔操作技术，使用非黏附性敷料以减少撕脱痛，同时播放舒缓音乐来分散注意力。中度层级：医生会在轻度层级基础上，在换药前30分钟根据医嘱使用非甾体抗炎药进行镇痛。进行换药时使用渐进式暴露法，先把疼痛较轻的区域暴露出来，再处理疼痛较重的区域，并配合深呼吸放松训练。在操作间隙进行语言鼓励并给予正向暗示。重度层级：在中度层级上，心理护士会在换药前进行5到10分钟的个体化心理疏导。医生根据医嘱让患者使用短效镇静镇痛药物进行辅助。换药时使用双人配合操作方式，其中一人专注于进行换药操作，另一人持续对生命体征进行监测并对患者进行安抚。操作后给予积极反馈并进行奖励性沟通。

（2）采用多种辅助措施。各级别患者都接受了以下辅助干预：①改善环境，把换药室温度控制在26到28摄氏度之间，以降低冷刺激。②体位管理，护理人员根据创面部位选择舒适的体位，减少不必要的搬动。③认知干预，医生利用图片或视

频向患者展示创面愈合过程，以增强治疗信心。④家属参与，家属在换药前后可以给予情感支持。

1.3 观察指标

两组疼痛程度比较。采用 VAS 评分于换药前、换药中、换药后 30 min 进行评估，评分范围 0~10 分，分值越高表示疼痛越重。

两组生命体征比较。记录换药前、换药后的心率（HR）和收缩压（SBP）变化。

两组护理满意度比较。采用自制满意度调查表，总分 100 分，≥90 分为非常满意，70~89 分为基本满意，<70 分为不满意，非常满意和基本满意计入满意度统计。

两组不良反应比较。记录换药过程中出现的恶心呕吐、头晕、呼吸抑制、过敏反应等不良事件。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 统计软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采用独立样本 t 检验，组内比较采用配对 t 检验；计数资料以例数和百分比表示，组间比较采用 χ^2 检验；等级资料比较采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 VAS 疼痛评分比较

换药前，两组患者 VAS 评分比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。换药中及换药后 30 min，观察组 VAS 评分均低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

表 1 两组患者 VAS 疼痛评分比较

组别	对照组	观察组	t	P
例数	40	40		
换药前	3.42±1.15	3.28±1.09	0.564	0.574
换药中	6.87±1.63	4.95±1.42	5.678	<0.001
换药后 30 min	4.35±1.28	2.86±1.06	5.689	<0.001

2.2 两组患者生命体征变化比较

换药前，两组患者心率和收缩压比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。换药中，对照组心率和收缩压较换药前明显升高，而观察组波动幅度较小，两组间比较差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。换药后 30 min，观察组心率和收缩压恢复至换药前水平，对照组仍高于换药前水平。见表 2。

表 2 两组患者换药前后生命体征变化比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	对照组(n=40)	观察组(n=40)	t	P
----	-----------	-----------	---	---

	换药前	76.03±8.58	77.70±8.82	0.858	0.393
HR	换药中	95.68±10.61	85.67±9.12	4.525	0.000
(次/min)	换药后				
	30 min	85.10±8.62	80.70±10.29	2.073	0.041
	换药前	124.69±13.07	128.53±12.52	1.342	0.184
SBP	换药中	149.29±12.00	132.70±14.30	5.621	0.000
(mmHg)	换药后				
	30 min	130.94±10.36	125.04±12.76	2.270	0.026

2.3 两组患者换药依从性比较

观察组换药依从性为 95.00%，高于对照组的 80.00%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 3。

表 3 两组患者换药依从性比较

组别	对照组	观察组	χ^2	P
例数	40	40	-	-
完全依从	18(45.00)	26(65.00)	-	-
部分依从	14(35.00)	12(30.00)	-	-
不依从	8(20.00)	2(5.00)	4.114	0.043

2.4 两组患者护理满意度比较

观察组护理满意度为 97.50%，高于对照组的 82.50%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 4。

表 4 两组患者护理满意度比较

组别	对照组	观察组	χ^2	P
例数	40	40	-	-
非常满意	16(40.00)	24(60.00)	-	-
基本满意	17(42.50)	15(37.50)	-	-
不满意	7(17.50)	1(2.50)	-	-
满意度	82.50%	97.50%	5.000	0.025

3 讨论

大面积烧伤患者因为皮肤屏障受到损害，在进行换药时如果出现创面暴露或者敷料撕脱，这些操作会直接刺激已经暴露出来的神经末梢，从而引起剧烈的急性疼痛。研究说明，烧伤换药疼痛会引起患者强烈的生理应激反应，并且也会造成焦虑和恐惧等心理问题，在严重情况下会影响创面愈合、整体康复进程^[3]。所以，寻找有效的换药疼痛管理方式，对提高烧伤护理质量有重要作用。

本研究结果显示, 观察组换药中及换药后 30 min VAS 评分均低于对照组 ($P<0.05$), 提示进行多元化疼痛分层护理可以减轻大面积烧伤患者换药时的疼痛程度。分析表明, 该护理模式的主要优势在于可以实现疼痛管理的个体化、精准化。疼痛分层理念规定护理人员按照患者具体的疼痛层级来实施相应的干预方式, 以此来消除传统模式存在的不足^[4]。轻度疼痛患者通过优化环境和分散注意力可以获得良好的镇痛效果, 中重度疼痛患者在此基础上叠加药物干预和心理疏导, 从而形成多层次的镇痛保障模式。多元化护理策略在生理、心理和环境上同时发挥作用, 依靠音乐疗法、放松训练及认知干预等方法共同起到镇痛效果, 该模式同多模式镇痛理念非常符合^[5]。

在生命体征方面, 观察组换药中心率和收缩压波动幅度明显小于对照组 ($P<0.05$), 说明进行多元化疼痛分层护理有利于维持大面积烧伤患者换药过程中的血流动力学稳定。疼痛刺激可以经由交感神经兴奋使心率加快和血压升高, 反复的剧烈疼痛刺激会使心血管系统负担加重, 对于烧伤面积较大的患者来说, 该应激反应会诱发不良心血管事件^[6]。观察组利用有效的疼痛控制方式, 减少了换药时的应激反应程度, 并且使生命体征保持相对稳定。心理疏导、放松训练的使用也有助于调节自主神经功能, 减轻交感神经出现的过度兴奋状态。换药依从

性会影响到烧伤治疗效果, 属于重要因素^[7]。

研究显示: 观察组换药依从性为 95.00%, 明显高于对照组的 80.00% ($P<0.05$), 说明多元化疼痛分层护理可以提高患者的治疗配合度。分析表明, 有效控制疼痛使患者减少对换药操作的恐惧, 患者会更愿意配合治疗^[8-9]。认知干预和家属参与提高患者对治疗的理解和信任, 并且增加了患者主动参与治疗的意愿^[10]。护理满意度提高到 97.50%, 对比对照组的 82.50% 明显更高 ($P<0.05$), 这说明该护理模式改善了患者的就医体验。

本研究存在一定局限性: 样本量比较少, 并且属于单中心研究, 也许会有选择偏倚, 观察期是换药操作期间, 没有对患者的远期预后进行随访。疼痛评估主要依靠患者主观报告, 缺少客观疼痛指标的佐证。未来可以进行多中心和大样本的随机对照研究, 并且可以使用功能性影像学等客观评估手段, 以进一步验证多元化疼痛分层护理在临床上的价值。

综上所述, 多元化疼痛分层护理可以减轻大面积烧伤患者换药时的疼痛, 保持换药过程中的生命体征稳定, 提高患者的换药依从性和护理满意度, 并且具有良好的安全性。该护理模式把疼痛分层观念和多元化护理办法结合起来, 完成了从被动镇痛到主动管理、从单一干预到综合施策的改变, 可以在临床烧伤换药护理中推广使用。

参考文献:

- [1] 江美纯, 钟玲娜, 尤双燕, 等. 专科护士主导下多学科合作模式康复护理对大面积烧伤患者创面恢复及瘢痕评分的影响[J]. 中国医疗美容, 2025, 15(5): 107-110.
- [2] 苏雁华, 徐梦岚, 陈少娴. 加速康复护理模式对大面积烧伤患者的影响研究[J]. 中国城乡企业卫生, 2025, 40(5): 84-86.
- [3] 秦争艳, 康晓冉, 张辉敏. 多途径健康教育联合支持性心理护理在大面积烧伤患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2024, 30(12): 94-97.
- [4] 黄静, 冷佳梅, 唐秋燕. 集束化护理联合银离子藻酸盐敷料在大面积烧伤 PICC 导管感染中的应用[J]. 中华灾害救援医学, 2024, 11(3): 341-344+367.
- [5] 汪倩, 赵春月, 赵筱卓. 以结局为导向的多元化康复护理对大面积烧伤患者创面愈合和外观接受度的影响[J]. 中国美容医学, 2024, 33(2): 162-166.
- [6] 吴靖, 李相龙, 杨倩, 等. 基于行为分阶段转变理论的护理干预在四肢大面积烧伤后瘢痕整形患者中的应用[J]. 中国美容医学, 2024, 33(2): 171-175.
- [7] 潘娜, 王国秀, 马磊. ADOPT 问题解决模式护理对大面积烧伤患者创面愈合及心理状态的影响[J]. 中国美容医学, 2024, 33(1): 165-169.
- [8] 钮敏红, 陈群芳. 全程维温围术期护理在大面积烧伤切痂植皮术患者中的应用[J]. 国际护理学杂志, 2023, 42(23): 4326-4329.
- [9] 许洪, 杜彩凤, 何军霞. 团队协作护理对大面积烧伤患者康复效果及生活质量的影响[J]. 临床医学工程, 2023, 30(9): 1299-1300.
- [10] 李静, 严晓鸥. 自我超越理论护理联合心理诱导对大面积烧伤患者创伤后成长、希望水平及并发症的影响[J]. 航空航天医学杂志, 2023, 34(2): 241-244.