

# 围术期疼痛护理干预在结直肠癌患者术后的应用效果

高磊 宋贵平\*

中日友好医院

DOI:10.32629/carnc.v4i1.19783

**[摘要]** 目的: 浅析结直肠癌手术患者采用疼痛护理进行围术期护理优化, 进一步提高患者的康复效率。方法: 选取2023年6月至2025年6月本院接受治疗的结直肠癌手术患者50例, 采取数字随机法分组, 对照组为常规护理, 观察组为疼痛护理, 对比护理方案优化后患者的康复效果。结果: 观察组患者术后康复用时短于对照组, 对比差异显著( $P < 0.05$ ); 此外, 观察组患者术后疼痛度评分和出院指导质量评分高于对照组, 对比差异显著( $P < 0.05$ )。最后, 观察组患者术后并发症率低于对照组, 对比差异显著( $P < 0.05$ )。结论: 针对结直肠癌手术患者实施疼痛护理的效果显著, 有助于缩短患者的康复用时, 减轻疼痛感, 干预效果理想。

**[关键词]** 疼痛护理; 结直肠癌手术患者; 出院指导; 舒适度

中图分类号: R473.7 文献标识码: A

## The Application Effect of Perioperative Pain Care Intervention in Patients with Colorectal Cancer after Surgery

Lei Gao, Guiping Song\*

China-Japan Friendship Hospital (Beijing)

**Abstract:** Objective: To analyze the application effect of pain care in optimizing perioperative nursing for patients undergoing colorectal cancer surgery, and further improve the rehabilitation efficiency of patients. Methods: 50 patients who underwent colorectal cancer surgery in our hospital from June 2023 to June 2025 were selected and grouped by digital randomization. The control group received routine care, and the observation group received pain care. The rehabilitation effect of patients after the optimized nursing plan was compared. Results: The postoperative rehabilitation time of the observation group was shorter than that of the control group, and the difference was significant ( $P < 0.05$ ); in addition, the postoperative pain score and discharge guidance quality score of the observation group were higher than those of the control group, and the difference was significant ( $P < 0.05$ ). Finally, the postoperative complication rate of the observation group was lower than that of the control group, and the difference was significant ( $P < 0.05$ ). Conclusion: The effect of implementing pain care for patients undergoing colorectal cancer surgery is significant, which helps to shorten the rehabilitation time of patients, reduce pain, and the intervention effect is ideal.

**Keywords:** Pain care; Patients with colorectal cancer surgery; Discharge guidance; Comfort level

## 引言

结直肠癌作为全球范围内高发的消化道恶性肿瘤, 其发病率逐年攀升, 手术切除目前仍是根治该病的主要手段。然而, 由于手术创伤大、持续时间长以及术后引流管刺激等因素, 术后疼痛成为患者面临的最普遍且棘手的护理问题。研究表明<sup>[1]</sup>, 高达70%的结直肠癌患者在术后经历中重度疼痛, 剧烈的疼痛不仅导致患者生命体征波动、睡眠障碍及免疫功能下降, 更会限制患者早期下床活动, 增加深静脉血栓、肺部感染及肠粘连等并发症的发生风险, 严重阻碍术后康复进程的实施。传统的疼痛护理模式往往侧重于“按需给药”或单纯的药物镇痛, 缺乏对患者围术期全程、多维度的疼痛评估与干预, 难以满足现代医疗对舒适化护理的需求<sup>[2]</sup>。因此,

探索一套科学、系统且涵盖生理、心理及社会支持的围术期疼痛护理干预模式, 对于有效缓解患者术后疼痛、减轻应激反应、缩短住院时间及提升生活质量具有重要的临床现实意义。鉴于此, 选取2023年6月至2025年6月本院接受治疗的结直肠癌手术患者50例, 现将内容报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2023年6月至2025年6月本院接受治疗的结直肠癌手术患者50例, 依照数字随机分组法分为2组。对临床资料进行整理分析, 观察组男13例, 女12例; 年龄在45-76岁, 平均年龄( $62.34 \pm 7.56$ )岁。对照组男14例, 女11例; 年龄在47-79岁, 平均年龄( $63.89 \pm 7.23$ )岁。两组患者一

# Clinical Application Research of Nursing Care

般临床资料比较，均无统计学差异。

**纳入标准：**经病理组织学确诊为结直肠癌且拟行择期根治性手术；意识清晰，沟通理解能力正常，能配合完成疼痛评分及量表调查；患者及家属知情同意。

**排除标准：**术前已发生远处转移或行姑息性手术者；合并严重心、肝、肾等重要脏器功能障碍或凝血异常；既往有精神病史、认知障碍或长期服用镇痛药物及阿片类药物依赖史。

## 1.2 干预方法

对照组采用常规围术期护理模式，提供常规手术宣教，在术后需等待肛门排气或肠鸣音恢复后，才可逐步从流质饮食过渡到半流质饮食，并鼓励患者在床上活动，术后24-48小时后方可尝试下床。其镇痛方式多依赖阿片类药物的静脉自控镇痛。

观察组为疼痛护理。术前阶段，护理人员需在入院24小时内对患者进行疼痛认知评估，通过一对一宣教纠正“术后疼痛是必然且需忍受”的错误观念，详细讲解疼痛评分量表的使用方法，并指导患者练习腹式呼吸与放松训练，以建立超前镇痛意识；同时，评估患者心理状态，利用音乐疗法或正念冥想缓解其术前焦虑，降低痛阈敏感度。术中阶段，严格执行保暖措施，调节手术室温度至22℃-24℃，使用加温毯覆盖非手术区域，输入加温液体，避免术中低体温导致的寒战及痛觉敏感；配合麻醉师实施多模式镇痛方案，在手术结束缝合前遵医嘱给予切口局部浸润麻醉或非甾体抗炎药，以此阻断疼痛信号的传导，实现“无痛苏醒”。术后阶段是干预的核心，采取多模式、个体化的镇痛策略：首先，术后6小时内每小时评估一次疼痛评分，之后每4小时评估一次，若VAS评分>3分，立即启动疼痛处理流程；其次，指导患者采取半卧位以减轻腹部切口张力，在咳嗽、翻身或深呼吸时用双手或软枕按压切口两侧，减少牵拉痛；再次，实施非药物镇痛干预，包括每日两次的穴位按摩（选取足三里、合谷等穴），操作者双手拇指指腹垂直按压穴位，力度由轻至重，以患者产生酸、麻、胀、痛感（得气）为宜。每穴按揉3~5分钟，频率约60次/分，避免损伤皮肤。通过疏通经络、调和气血，刺激内源性阿片肽释放，辅助缓解术后疼痛及腹胀不适。同时，利用视听分散法转移患者注意力，即术后在患者疼痛评分较高或换药期间，协助其佩戴耳机或使用平板观看，音量调至40-50分贝，每次持续20—30分钟。期间引导患者跟随音乐节律调整呼吸或沉浸于视频情节，利用感官替代机制阻断痛觉信号传递，有效转移对切口疼痛的注意力，缓解身心应激。最后，密切监测镇痛泵（PCA）的使用情况及不良反应，鼓励患者早期下床活动，促进肠道蠕动恢复，减少因腹胀引起的内脏痛，确保护理措施落实到位，实现全程无缝隙的疼痛管理。

## 1.3 评价标准

1.3.1 对比术后康复用时，包括拔管时间、完全清醒时间、自由呼吸恢复时间、进食时间、住院时间。

1.3.2 对比疼痛度，采用视觉模拟评分法（Visual Analogue Scale, VAS）进行评估，分值在0-10分之间，分值高则疼痛感强，反之疼痛感较弱。

1.3.3 对出院治疗质量进行评价，采用出院指导质量量表（Quality Of Discharge Teaching Scale, QDTS），分为指导内容和指导技巧两大模块分数高，则说明服务质量高。

1.3.4 对比术后并发症率。主要包括肺部感染、腹腔出血、腹胀、切口感染。

## 1.4 统计方法

运用SPSS 23.0 统计软件统计数据，对计量资料（ $\bar{x} \pm s$ ）用t检验，对计数资料（%）用 $\chi^2$ 检验，当结果 $P < 0.05$ ，则有统计学差异。

## 2 结果

### 2.1 术后康复用时

观察组患者术后康复用时短于对照组，即观察组拔管时间为（32.58±3.62）min、完全清醒时间为（54.40±6.67）min、自由呼吸恢复时间为（6.21±0.42）min，进食时间为（24.13±0.87）min，住院时间为（5.13±0.97）d；对照组拔管时间为（40.25±4.17）min、完全清醒时间为（67.74±7.58）min、自由呼吸恢复时间为（7.16±0.58）min，进食时间为（24.96±1.12）min，住院时间为（6.67±1.39）d，对比差异显著（ $P < 0.05$ ）。

### 2.2 术后疼痛度

观察组患者术后疼痛度评分低于对照组，即术后24小时观察组疼痛为（3.71±0.48）分，对照组为（5.69±0.53）分；术后48小时观察组疼痛为（3.86±0.34）分，对照组为（1.87±0.21）分，对比差异显著（ $P < 0.05$ ）。

### 2.3 术后出院指导质量

观察组患者出院指导质量评分高于对照组，对比差异显著（ $P < 0.05$ ）。见表1。

表1 两组患者出院指导质量对比分析（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	指导内容		指导技巧	
	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组 (n=25)	35.32±4.34	43.22±5.45	80.45±6.54	90.23±6.53
观察组 (n=25)	35.67±5.02	49.76±3.19	80.54±6.40	96.55±4.19
t	0.035	5.546	0.066	5.461
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

### 2.4 术后并发症率

观察组患者术后并发症率低于对照组，其中，观察组有1例腹胀，发生率为4.00%，对照组切口感染、腹腔出血、

## Clinical Application Research of Nursing Care

腹部感染均有1例,腹胀有3例,发生率为24.0%,对比差异显著( $P<0.05$ )。

### 3 讨论

据悉,结直肠癌患者术后围术期护理的要点应从单一的“按需镇痛”转向“超前、多模式、个体化”的全程疼痛管理。护理方向需重点关注以下几方面:一是建立疼痛评估常态化机制,动态监测并及时干预爆发性疼痛;二是强化多学科协作,将镇痛与早期康复外科理念深度融合,通过有效镇痛促进早期进食与活动;三是重视心理-生理双重护理,通过健康教育与心理疏导降低患者对疼痛的灾难化认知<sup>[1]</sup>。

本研究深入探讨了围术期疼痛护理干预在结直肠癌患者术后的应用,结果充分证实了该管理模式相较于传统护理具有显著优势。首先,其核心优势在于实现了疼痛管理的“主动性”与“精准性”。传统护理往往是被动响应患者的疼痛诉求,而围术期疼痛护理强调超前镇痛与多模式镇痛,通过术前教育降低恐惧、术中联合用药减少刺激、术后定时评估与个体化给药,有效避免了疼痛剧烈波动对患者生理机能的冲击,显著降低了术后中重度疼痛的发生率<sup>[4]</sup>。其次,该模式极大地促进了术后机体功能的快速复原。良好的镇痛效果打破了“疼痛-制动-并发症”的恶性循环,患者因痛感减轻而更愿意配合早期下床活动和呼吸功能训练,这直接加速了胃肠蠕动的恢复,并有效预防了深静脉血栓及肺部感染等并发症<sup>[5]</sup>。再者,疼痛护理管理显著改善了患者的心理效能与整体就医体验。长期的疼痛折磨易引发焦虑与抑郁,而系统的干预措施不仅缓解了躯体痛苦,更通过心理疏导给予患者情感支持,提升了其治疗依从性与满意度<sup>[6]</sup>。

本研究结果显示,观察组在术后康复进程、疼痛控制及并发症预防方面的数据均优于对照组( $P<0.05$ ),究其原因:首先,观察组康复用时显著短于对照组,其根本原因在于有效的疼痛管理阻断了手术创伤引起的强烈神经内分泌应激反应。疼痛是导致术后胃肠功能麻痹的主要因素,通过精准干预减轻了交感神经兴奋对胃肠蠕动的抑制,使患者能更早下床活动,从而加速了肛门排气与排便,直接缩短了住院时长<sup>[7]</sup>。其次,观察组在疼痛相关指标及出院指导质量评分上的优势,归因于护理干预将镇痛与宣教的深度融合。多模式镇痛方案避免了爆发痛的折磨,而良好的舒适度极大地提升了患者的认知配合能力,使其在无痛状态下更专注地接受出院指导,从而掌握了造口护理等关键技能<sup>[8]</sup>。最后,观察组

并发症率降低,直接佐证了“无痛即康复”的病理生理逻辑。术后疼痛常致患者不敢咳嗽排痰或拒绝活动,易诱发肺炎及血栓,而观察组通过确切的镇痛消除了患者的活动顾虑,打破了“疼痛-制动-并发症”的恶性循环,有效促进了机体机能的全面复原。

综上所述,围术期疼痛护理管理凭借其科学性、系统性与人文性,在减轻患者痛苦、加速康复进程及优化医疗资源利用方面展现出不可替代的临床价值。未来的护理实践应致力于构建以患者为中心、以无痛为基础的舒适化护理模式,旨在通过精细化管理减少围术期应激,最终实现加速康复与生活质量提升的双重目标。

### [参考文献]

[1]黄慧琼,陈元杏.基于瑞士奶酪模型的护理干预在腹腔镜结直肠癌根治术围术期的应用[J].腹腔镜外科杂志,2025,30(8):631-633.

[2]孙敏,陈思妍,韦瑞丽,等.整合性护理策略融合Orem自主护理模型在促进结直肠癌患者术后康复中的效果研究[J].结直肠肛门外科,2025,31(2):168-173.

[3]郭亚辉,钱春格.护理程序导向的系统护理干预对结直肠癌根治术患者术后恢复情况及并发症发生率的影响[J].慢性病学杂志,2025,26(4):634-637.

[4]王建敏,刘迎.基于恐惧-回避理论的护理干预在结直肠癌根治术患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2024,30(24):9-12.

[5]李伟伟.基于健康促进管理模式结合个体化疼痛护理对结直肠癌根治术后患者胃肠功能及应激反应的影响[J].青海医药杂志,2024,54(11):27-31.

[6]胡蓉.薄弱环节护理干预结合无痛化管理对老年结直肠癌根治术患者疼痛及并发症的影响[J].中国社区医师,2022,38(22):97-99.

[7]黄璐,肖璐璐,谢佳旭.围术期疼痛护理干预对结直肠癌患者术后疼痛及睡眠质量的影响[J].中外医疗,2022,41(6):153-157.

[8]周荣,康荣.基于精细化理念的护理干预在结直肠癌病人围术期护理中的应用[J].全科护理,2022,20(1):52-55.

### 作者简介:

高磊(1986-),女,汉族,黑龙江人,本科,主管护师,研究方向为综合外科护理。