多模式疼痛管理联合个体化干预对术后患者疼痛控制研究

钟樟桂

深圳市人民医院南方科技大学附属第一医院疼痛科　广东深圳

【摘要】**目的** 探究多模式疼痛管理联合个体化干预对术后患者疼痛控制效果。**方法** 前瞻性选择本院行手术患者 86 例（2025 年 3 月至 2026 年 3 月）。采用随机数字表法将患者分为 A 组（43 例，常规护理模式）与 B 组（43 例，多模式疼痛管理联合个体化干预），以此比较两组患者干预后各项指标变化情况。**结果** 与 A 组相比，B 组患者的术后 24 小时、48 小时、72 小时视觉模拟评分法（VAS）评分显著更低，差异具有统计学意义（P＜0.05）；B 组患者睡眠质量优于 A 组（P＜0.05）；B 组术后并发症发生率显著低于 A 组（P＜0.05）。**结论** 针对术后患者的疼痛管理采用多模式疼痛管理联合个体化干预，即通过主动性优化镇痛方式，提高镇痛药物使用效率，增强物理干预作用，促使患者有效缓解疼痛，提高睡眠质量，降低并发症发生率。

【关键词】多模式疼痛管理；个体化干预；术后护理；疼痛控制；并发症发生率

【收稿日期】2026 年 9 月 3 日　　【出刊日期】2026 年 10 月 5 日　　【DOI】10.12208/j.ijnr.20260524

A study on multimodal pain management combined with individualized interventions for postoperative pain control

Zhanggui Zhong

Pain Department, Shenzhen People's Hospital First Affiliated Hospital of Southern University of Science and Technology, Shenzhen, Guangdong

【**Abstract**】**Objective** To explore the efficacy of multimodal pain management combined with individualized intervention in postoperative pain control. **Methods** A prospective study was conducted on 86 surgical patients (March 2025 to March 2026) from our hospital. The patients were randomly divided into Group A (43 cases, conventional nursing model) and Group B (43 cases, multimodal pain management combined with individualized intervention) using a random number table method. The changes in various indicators after intervention were compared between the two groups. **Results** Compared with Group A, Group B showed significantly lower Visual Analogue Scale (VAS) scores at 24 hours, 48 hours, and 72 hours postoperatively (P < 0.05); better sleep quality in Group B (P < 0.05); significantly lower postoperative complication rates in Group B (P < 0.05). **Conclusion** For postoperative pain management, the combined approach of multimodal pain management and individualized intervention—actively optimizing analgesic methods, improving drug efficiency, enhancing physical interventions—effectively alleviates pain, improves sleep quality, reduces complication rates.

【**Keywords**】Multimodal pain management; Individualized intervention; Postoperative care; Pain control; Complication incidence

针对患者术后疼痛管理，需要采取全面性、针对性、多模式的策略，依据患者具体情况为其制定疼痛管理策略，通过个体化心理疏导、健康教育帮助患者提升护理依从性。通过药物镇痛、物理治疗、非药物镇痛技术等有效缓解患者疼痛感[1]。与常规护理模式相比较，多模式疼痛管理联合个体化干预能够更精准识别疼痛诱因，动态调整干预的强度，且减少阿片类药物的使用量，有效降低并发症发生率[2]。基于此开展本次研究，具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

前瞻性选择于本院行手术患者 86 例（2025 年 3 月至 2026 年 3 月）。采用随机数字表法将患者分为 A 组（43 例，常规护理模式）与 B 组（43 例，多模式

疼痛管理联合个体化干预），其中 A 组中男性患者、女性患者分别为 23 例、20 例，年龄分布在 35 至 72 岁之间，平均为（53.52±6.21）岁；B 组男性患者、女性患者分别为 22 例、21 例，年龄分布在 36 岁至 72 岁之间，平均为（53.98±6.28）岁。P＞0.05，可比较。

1.2 纳入、排除标准

1.2.1 纳入标准：所有患者均需要在手术后进行疼痛管理；患者无精神类疾病，能够有效配合术后护理；患者均已签署知情同意书，属于自愿参与本次研究。

1.2.2 排除标准：患者意识不清醒，不能配合护理；患者患有恶性肿瘤；患者资料不完整，选择中途退出。

1.3 方法

1.3.1 A 组：采用常规护理模式（1）术后对患者生命体征进行密切监测。（2）按照医嘱安排患者用药，均采用阿片类药物作为主疼痛管理药物，非甾体抗炎药作为辅助药物。（3）服药后观察患者疼痛反应，观察患者是否存在药物不良反应。（4）对患者进行基础生活照料，并进行健康宣教[3]。

1.3.2 B 组：采用多模式疼痛管理联合个体化干预（1）术前需要对患者进行健康宣教，主要围绕围手术期疼痛程度、预期管理效果、应对方式，并结合个体化心理疏导，帮助患者缓解不良情绪，以此提升患者对手术治疗和疼痛管理的依从性；术中，为患者邀请经验丰富的麻醉医师，结合先进设备控制麻醉剂量；术后，开展药物镇痛、物理治疗，并采取心理干预，例如呼吸放松训练、认知行为疗法。（2）依据患者的年龄、手术类型、药物耐受程度、慢性疾病史等对患者进行评估，实时调整镇痛方案。

1.4 观察指标

1.4.1 观察两组患者术后疼痛程度：对患者术后 24 小时、48 小时和 72 小时疼痛进行评估（视觉模拟评分法，VAS 评分[5]），总分为 10 分，分数越高表示患者疼痛感越强烈。

1.4.2 观察两组患者睡眠质量：术后第 1 天、第 3 天、第 7 天（采用匹兹堡睡眠质量指数，PSQI 量表[6]）进行评估，总分 21 分，分数越高表示睡眠质量越差。

1.4.3 观察两组术后并发症发生率：涵盖切口感染、深静脉血栓、肺部感染、恶心呕吐。并发症发生率＝该组并发症发生人数总和÷该组总人数×100%[7]。

1.5 统计学方法

运用统计软件 SPSS 26.0 对被测对象的各项指标进行深度分析，经 S-W 法检验符合正态分布，t 检验可用于计量资料的比较、分析；χ^2 检验和[n（%）]可用于计数资料的比对、剖析。当 P<0.05，表明两组间数据存在差异，且具备统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后疼痛程度

与 A 组相比，B 组患者的术后 24 小时、48 小时、72 小时 VAS 评分显著更低，差异具有统计学意义（P＜0.05），见表 1。

2.2 两组患者睡眠质量

B 组患者睡眠质量优于 A 组（P＜0.05），见表 2。

2.3 两组并发症发生率

B 组术后并发症发生率显著低于 A 组（P＜0.05），见表 3。

表 1 两组患者术后疼痛程度比较[分，（$\bar{x}\pm s$）]

组别	例数	术后 24 小时	术后 48 小时	术后 72 小时
A 组	43	8.25±1.21	7.25±2.01	5.02±2.69
B 组	43	6.21±2.02	4.20±2.02	2.03±0.42
t		6.325	6.428	6.148
P		0.000	0.000	0.000

表 2 两组患者睡眠质量比较[分，（$\bar{x}\pm s$）]

组别	例数	术后第 1 天	术后第 3 天	术后第 7 天
A 组	43	17.25±1.02	15.85±1.36	11.85±0.45
B 组	43	15.45±1.06	12.36±0.51	8.21±2.05
t		6.369	6.458	6.358
P		0.000	0.000	*0.000*

表 3 两组并发症发生率[*n*（%）]

组别	例数	切口感染	深静脉血栓	肺部感染	恶心呕吐	发生率
A 组	43	1（2.33%）	1（2.33%）	1（2.33%）	1（2.33%）	4（9.30%）
B 组	43	1（2.33%）	0（0.00%）	0（0.00%）	0（0.00%）	1（2.33%）
χ^2	-	-	-	-	-	1.91
P	-	-	-	-	-	0.034

3 讨论

术后患者常常会经历剧烈疼痛，疼痛感严重影响着患者的身体舒适度，同时还会影响患者的心理状态，患者会出现明显的焦虑和抑郁情绪，导致患者的睡眠质量不佳，部分患者还会出现并发症，例如切口感染、深静脉血栓、肺部感染、恶心呕吐等，促使患者病情加重[8]。多模式疼痛管理通过药物干预、心理支持、早期康复训练等方式提升镇痛效果，帮助患者提升依从性。通过个体化疼痛评估监测患者的情绪状态、生命体征，确保疼痛管理的有效性。

本研究结果显示：与 A 组相比，B 组患者的术后 24 小时、48 小时、72 小时 VAS 评分显著更低，差异具有统计学意义（P＜0.05）；B 组患者睡眠质量优于 A 组（P＜0.05）；B 组术后并发症发生率显著低于 A 组（P＜0.05）。数据充分说明该护理策略起效迅速，且保障护理质量，能够有效缓解患者疼痛感。

综上所述，采取多模式疼痛管理能够有效缓解患者术后疼痛感，改善患者睡眠质量，降低并发症发生率。两者结合发挥系统作用，将患者作为护理核心，避免一刀切形式带来的过度镇痛或镇痛不足，能够提升患者生活质量。

参考文献

[1] 苏珊,李婉双.剖宫产术后快速康复护理模式结合多模式疼痛管理策略对产妇恢复进程的影响研究[J].基层医学论坛,2026,30(10):136-138.

[2] 程凯.认识胸外科术后的疼痛管理[J].药物与人,2026,(03):51-53.

[3] 陈敏,戴洪山,江志伟,等.多模式镇痛方案在腹腔镜袖状胃切除术后疼痛管理中的应用[J].中国药房,2024,35(21):2658-2662.

[4] 陈敏,戴洪山,江志伟,李淑佩,姚妙诗,束雅春.多模式镇痛方案在腹腔镜袖状胃切除术后疼痛管理中的应用[J].中国药房,2024,35 (21):2658-2662.

[5] 刘玲杉,王保国.神经外科术后急性疼痛管理的研究进展[J].临床麻醉学杂志,2026,42(01):85-89.

[6] 叶亚莉,马秋月,黄文香.多模式疼痛干预对腹腔镜胆囊切除术患者心理状态及睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2023,10 (11):2693-2695.

[7] 赖艳芳,金亚茹,李金荣.多模式镇痛管理中麻醉护理专科随访对全膝关节置换术后患者疼痛控制满意度的影响[J].黑龙江中医药,2025,54(05):287-289.

[8] 张远远,李倩,贡书培,等.多模式疼痛管理对硬膜下血肿患者术后疼痛控制和恢复效果的影响[J].中外医药研究,2025,4(26):81-83.

[9] 潘志豪,鞠衍馨.老年患者围术期多模式疼痛管理研究进展[J].中华疼痛学杂志,2025,21(02):307-312.

版权声明：©2026 作者与开放获取期刊研究中心（OAJRC）所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/
OPEN ACCESS