

多模式疼痛管理在甲乳外科术后患者中的应用效果研究

刘 纯

华中科技大学同济医学院附属同济医院甲乳外科 湖北武汉

【摘要】目的 探讨多模式疼痛管理在甲乳外科术后患者中的应用效果，评估其对疼痛控制、康复指标及术后并发症的影响。**方法** 选取 2025 年某院甲乳外科 100 例手术患者，分为两组对照。对照组 50 例常规镇痛，观察组 50 例采用多模式疼痛管理，包括术前预防、术中阻滞、术后药物与非药物干预。比较两组术后 VAS 评分、PONV 发生率、首次下床时间、住院天数、用药量及满意度。**结果** 观察组术后各时间点 VAS 评分、PONV 发生率均显著低于对照组。观察组首次下床时间和住院天数更短，阿片类药物用量减少 36.7%，满意度更高。两组并发症发生率无显著差异。**结论** 多模式疼痛管理可减轻甲乳外科术后疼痛，减少药物不良反应，促进康复并提高满意度，值得临床推广。

【关键词】 多模式镇痛；甲乳外科；术后疼痛；加速康复；护理

【收稿日期】 2026 年 5 月 5 日

【出刊日期】 2026 年 6 月 2 日

【DOI】 10.12208/j.ijnr.20260311

Application effect of multimodal pain management in postoperative patients of thyroid and breast surgery

Chun Liu

Department of Thyroid and Breast Surgery, Tongji Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan, Hubei

【Abstract】Objective To explore the application effect of multimodal pain management in postoperative patients of thyroid and breast surgery, and evaluate its impact on pain control, rehabilitation indicators and postoperative complications. **Methods** 100 patients undergoing thyroid and breast surgery in a certain hospital in 2025 were selected and divided into two groups for control. 50 patients in the control group received conventional analgesia, while 50 patients in the observation group received multimodal pain management, including preoperative prevention, intraoperative block, and postoperative drug and non-drug intervention. The postoperative VAS scores, PONV incidence, first time to get out of bed, hospital stay days, medication dosage and satisfaction were compared between the two groups. **Results** The VAS scores and PONV incidence at each time point after surgery in the observation group were significantly lower than those in the control group. The first time to get out of bed and hospital stay days in the observation group were shorter, and the dosage of opioid drugs was reduced by 36.7%, with higher satisfaction. There was no significant difference in the incidence of complications between the two groups. **Conclusion** Multimodal pain management can alleviate postoperative pain, reduce adverse drug reactions, promote rehabilitation and improve satisfaction, and is worthy of clinical promotion.

【Keywords】 Multimodal analgesia; Thyroid and breast surgery; Postoperative pain; Accelerated rehabilitation; Nursing

术后疼痛管理是外科康复的核心环节，直接影响患者活动能力、住院时间及并发症风险。约 30%-50% 患者术后出现中重度疼痛，镇痛不足会加重痛苦、延缓康复并增加慢性疼痛风险^[1]。甲乳外科患者中，中青年女性占比较高，对疼痛敏感且重视术后美观及社会回归。颈部胸部神经丰富，术后疼痛可能影响排痰和活动，增加肺部感染和肩关节功能障碍风险^[2]。传统术后镇痛多采用阿片类药物自控镇痛，但存在恶心、呕吐、呼吸

抑制和肠麻痹等副作用，影响患者康复。近年研究还表明，阿片类药物可能抑制免疫功能，增加肿瘤复发风险。因此，减少阿片类药物用量并确保有效镇痛成为围术期疼痛管理的核心问题^[3]。多模式疼痛管理指联合使用不同机制的镇痛方法，通过协同作用增强镇痛效果并减少不良反应。它与加速康复外科理念契合，被推荐为术后镇痛首选^[4]。本研究旨在探讨甲乳外科术后患者的多模式疼痛管理方案，并通过与常规镇痛

方案的比较, 评估其在疼痛控制、康复指标、并发症及患者满意度等方面的应用效果, 为临床护理实践提供循证依据。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选取 2025 年 1 月至 2025 年 12 月本院甲乳外科收治的 100 例患者。随机分为对照组和观察组, 每 50 例, 对照组采用常规镇痛方案; 观察组采用多模式疼痛管理方案。两组患者在年龄、性别、手术类型、麻醉方式、手术时间等基线资料方面比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

纳入标准: 18-75 岁患者, 择期甲状腺或乳腺手术, ASA 分级 I-III 级, 意识清晰能配合疼痛评估, 知情同意。

排除标准: 术前慢性疼痛或长期镇痛药使用者, 精神或认知障碍者, 严重器官功能障碍者, 药物过敏者, 术中转入 ICU 者。

1.2 研究方法

对照组采用常规镇痛方案: 术前仅简单告知术后疼痛及镇痛方法。术中全身麻醉, 使用芬太尼或瑞芬太尼镇痛, 未行区域神经阻滞。术后按需给药, 患者主诉疼痛时评估后使用地佐辛、曲马多或非甾体抗炎药, 必要时采用 PCIA。

观察组采用基于 ERAS 理念的多模式疼痛管理方案, 覆盖三阶段:

术前: 护士进行个性化健康教育, 讲解镇痛措施; 术前 2h 根据手术类型口服镇痛药, 以降低术后疼痛。

术中: 乳腺手术采用神经阻滞注射罗哌卡因, 甲状

腺手术采用切口浸润; 静脉输注镇痛药减少阿片用量; 术中保温维持体温。

术后: 常规口服基础镇痛药, 疼痛加重时静脉注射补救药物; 动态评估疼痛并记录; 采用音乐疗法、心理支持和早期活动等非药物干预; 对有恶心呕吐风险者预防性使用止吐药。

1.3 观察指标

主要指标: 使用 VAS 评估术后 6h、12h、24h、48h 静息痛和运动痛。

次要指标: 记录 24h 内恶心呕吐发生率、首次下床时间、住院天数、24h 阿片类药物用量、患者满意度及并发症。

1.4 统计学方法

使用 SPSS 26.0 分析数据。计量资料用均数±标准差表示, 组间比较用 t 检验; 计数资料用频数和百分率表示, 组间比较用 χ^2 检验或 Fisher 法。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者基线资料比较

对照组甲状腺手术 28 例 (56.0%), 乳腺手术 22 例 (44.0%); 观察组甲状腺手术 26 例 (52.0%), 乳腺手术 24 例 (48.0%)。两组患者基本特征无统计学差异 ($P>0.05$), 具有可比性, 见表 1。

2.2 两组患者术后疼痛评分比较

观察组各时间点 VAS 评分均低于对照组。术后 6h、12h、24h、48h 静息痛评分差异显著 ($P<0.05$); 24h 运动痛评分观察组明显更低, 见表 2。

表 1 两组患者基线资料比较($\bar{x}\pm s$, %)

指标	对照组 (n=50)	观察组 (n=50)	t/ χ^2 值	P 值
年龄 (岁)	47.3±12.6	48.1±13.2	0.312	0.756
性别	女	43 (86.0)	0.088	0.767
	男	7 (14.0)		
手术类型	甲状腺手术	28 (56.0)	0.161	0.688
	乳腺手术	22 (44.0)		
手术时间 24h	112.5±28.6	116.3±30.2	0.650	0.517

表 2 两组患者术后 VAS 评分比较 (分, $\bar{x}\pm s$)

时间点	对照组 (n=50)	观察组 (n=50)	t 值	P 值
术后 6h 静息痛	4.8±1.2	3.9±1.1	3.938	<0.001
术后 12h 静息痛	4.2±1.1	3.4±1.0	3.842	<0.001
术后 24h 静息痛	3.6±0.9	2.8±0.8	4.714	<0.001
术后 48h 静息痛	2.7±0.8	2.1±0.7	4.031	<0.001
术后 24h 运动痛	5.6±1.3	4.2±1.1	5.836	<0.001

2.3 两组患者康复指标及不良反应比较

观察组康复效果优于对照组,首次下床时间提前 8.2 小时,住院天数缩短 1.9 天,恶心呕吐发生率更

低(12.0% vs 32.0%),阿片类药物用量减少 36.7%,满意度更高。两组均无严重并发症,出血、感染发生率无显著差异,见表 3。

表 3 两组患者康复指标及不良反应比较

指标	对照组 (n=50)	观察组 (n=50)	t/ χ^2 值	P 值
首次下床活动时间 (h)	26.8±5.7	18.6±4.3	8.079	<0.001
住院天数 (d)	7.1±1.8	5.2±1.3	6.083	<0.001
PONV 发生率 (n, %)	16 (32.0)	6 (12.0)	5.828	0.016
24h 阿片用量 (ml)	38.7±8.6	24.5±6.2	9.522	<0.001
满意度评分 (分)	7.4±1.2	8.6±1.1	5.211	<0.001
并发症发生率 (n, %)	3 (6.0)	2 (4.0)	0.211	0.646

3 讨论

多模式镇痛的理论基础在于疼痛的传导涉及多个环节和通路,包括外周伤害性刺激的产生、传导、脊髓背角信号整合以及中枢感知等多个层面。单一镇痛药物或技术难以完全阻断这一复杂过程,而联合应用不同作用机制的干预措施则可能实现更完善的镇痛效果^[5-6]。

研究结果显示,采用多模式疼痛管理的观察组患者术后各时间点 VAS 评分均显著低于对照组,表明多模式镇痛方案在控制术后急性疼痛方面具有明显优势。术前预防性镇痛(塞来昔布、对乙酰氨基酚)通过抑制环氧合酶活性、减少外周和中枢前列腺素合成,降低了手术创伤引起的组织敏化和中枢敏化,为术后镇痛奠定了良好基础。术中区域神经阻滞(PECS、TPVB、局部浸润)直接阻断了伤害性刺激向中枢的传导,是多模式镇痛的核心环节。研究证实,PECS 阻滞联合多模式镇痛可显著降低乳腺术后疼痛评分;TPVB 作为乳腺手术区域阻滞的金标准之一,同样显示出良好的镇痛效果。甲状腺手术切口局部浸润麻醉操作简便、安全性高,可有效减轻术后切口疼痛。术后按时给予基础镇痛药物,维持了稳定的镇痛效果,避免了按需给药模式下血药浓度的过大波动^[7-8]。

观察组术后运动痛评分显著低于对照组,这对于甲乳外科患者尤为重要。乳腺手术涉及胸壁和腋窝,术后肩关节活动受限是常见问题;甲状腺手术虽创伤较小,但颈部活动仍可能因疼痛而受限。良好的运动痛控制有助于患者早期开展功能锻炼,预防关节僵硬和肌肉萎缩。

研究结果显示,观察组首次下床活动时间提前、住院天数缩短、PONV 发生率降低、阿片用量减少,体现了多模式镇痛的综合优势。这些指标的改善相互关联,有效的疼痛控制使患者更愿意早期活动,早期活动促

进胃肠功能恢复和并发症预防,进而缩短住院时间;阿片用量的减少直接降低了 PONV 等药物相关不良反应的发生率^[9-10]。

本研究的多模式疼痛管理方案强调了护理人员在围术期疼痛管理中的主动作用,传统镇痛模式中,护士多被动执行医嘱;而在多模式疼痛管理框架下,护士承担了健康教育、动态评估、非药物干预实施、早期康复指导等多重角色。术前个性化健康教育是护理干预的重要切入点。通过向患者讲解疼痛机制、镇痛方案、评估方法等知识,可有效减轻患者的未知恐惧,提高其对疼痛管理的参与度和满意度。研究表明,健康教育是优化术后恢复的重要非药物干预手段。本研究采用标准化的 NRS 评分工具,在术后关键时间点规律评估静息痛和运动痛,使镇痛方案能够及时调整,实现个体化治疗。疼痛评估不仅是数据采集过程,也是护患沟通的契机,有助于建立信任关系。音乐疗法作为一种安全、便捷、低成本的干预手段,可通过调节情绪、分散注意力、促进内啡肽释放等机制减轻疼痛感知。本研究将音乐疗法纳入常规护理,患者接受度高,反馈良好。此外,心理支持、早期活动指导等干预措施同样对康复起到促进作用^[11-12]。

综上所述,多模式疼痛管理整合术前预防、术中神经阻滞及术后药物与非药物措施,较常规方案更能减轻术后疼痛、减少阿片用量与不良反应,促进康复并提升满意度。支持在甲乳外科护理实践中推广应用多模式疼痛管理理念,以优化术后镇痛效果,促进患者快速康复。

参考文献

- [1] 杨玉帆,高空,秦寿英. 基于加速康复外科理念的多模式镇痛护理在老年髋部骨折患者中的应用[J]. 当代护士

- (中旬刊),2022,29(1):77-80.
- [2] 刘道敏. 疼痛管理在甲状腺与乳腺外科术后患者中的应用价值[J]. 今日健康,2025(3):145-147.
- [3] 王六林,王园园,李珍,等. 麦默通微创旋切术治疗良性乳腺肿物的效果及对术后疼痛症状的影响[J]. 河北医药,2022,44(16):2508-2510.
- [4] 邓作梅,邓清莲,黄冬香,等. 基于 ERAS 理念下的全程化护理管理对甲状腺癌手术患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2021,27(4):29-31.
- [5] 逯超,李金娇,刘谨文,等. 甲状腺术后出血 50 例临床分析[J]. 临床外科杂志,2020,28(8):771-773.
- [6] 方利霞. 阶梯式护理模式干预对甲状腺癌手术患者咽喉疼痛及并发症的影响[J]. 国际护理学杂志,2023,42(23):4385-4388.
- [7] 杨广宇,祁富伟,郑重,等.Pecs II 多模式镇痛在乳腺癌切除术中的应用效果及对术后疼痛-应激因子的影响[J]. 临床误诊误治,2023,36(12):110-115.
- [8] 赵赢,邵安民,冯树全,等. 超声引导下胸壁神经阻滞与胸椎旁神经阻滞用于乳腺癌改良根治术的镇痛效果[J]. 临床麻醉学杂志,2020,36(1):58-62.
- [9] 吴高辉,杨保仲,杨彩霞,等. 耳大神经阻滞联合耳颞神经阻滞在中耳显微手术低阿片化麻醉的应用[J]. 中国现代手术学杂志,2022,26(6):480-485.
- [10] 童静韬,王颖,高露莹,等. 肌内效贴技术在甲状腺癌颈侧区淋巴结清扫手术所致颈部肿痛的疗效观察[J]. 护理与康复,2025,24(11):33-36.
- [11] 张静,夏瑜,陆希,等. 加速康复外科模式下妇科良性疾病腹腔镜手术多模式镇痛与传统镇痛方案效果比较研究[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2024,40(6):657-660.
- [12] 苏琳,杨惠敏. 临床护理路径应用于甲状腺癌手术患者围术期护理中的效果评价[J]. 中外医疗,2023,42(16):168-172.
- 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**