

赋能理论的多维护理对肝癌围术期疼痛程度的影响研究

肖 欣

西安交通大学医学院第一附属医院 陕西西安

【摘要】目的 探讨基于赋能理论构建的多维护理模式对肝癌患者围术期疼痛管理的效果。**方法** 将 90 例肝癌手术患者随机分为对照组（常规护理）与实验组（赋能多维护理），每组 45 例。多维护理涵盖信息赋能、心理赋能、社会赋能。采用视觉模拟评分法（VAS）评估术前 1 天、术后 24h、48h、72h 的静息与活动性疼痛程度，并记录术后 72h 内额外镇痛药物使用率及患者护理满意度。**结果** 两组术前 VAS 评分无显著差异（ $P>0.05$ ）。实验组术后各时点静息及活动 VAS 评分均显著低于对照组，且实验组额外镇痛药物使用率显著低于对照组，护理满意度显著高于对照组（均 $P<0.05$ ）。**结论** 赋能理论指导的多维护理能有效缓解肝癌患者围术期疼痛，提升治疗舒适度与参与度，为优化疼痛管理提供了新的理论实践路径。

【关键词】 赋能理论；多维护理；肝癌；围术期护理；疼痛管理；疼痛程度

【收稿日期】 2025 年 7 月 13 日

【出刊日期】 2025 年 8 月 28 日

【DOI】 10.12208/j.jacn.20250441

To study the effect of multi-dimensional nursing based on empowerment theory on perioperative pain degree of liver cancer

Xin Xiao

The First Affiliated Hospital of Xi 'an Jiaotong University, Xi'an, Shaanxi

【Abstract】 Objective To explore the effect of multi-dimensional nursing model based on empowerment theory on perioperative pain management in patients with liver cancer. **Methods** A total of 90 patients with liver cancer surgery were randomly divided into a control group (routine nursing) and an experimental group (empowerment multi-dimensional nursing), 45 cases in each group. Multi-dimensional nursing covers information empowerment, psychological empowerment and social empowerment. The visual analogue scale (VAS) was used to evaluate the degree of rest and active pain at 1 day before operation and 24h, 48h and 72h after operation. The use of additional analgesics and patient satisfaction were recorded within 72h after operation. **Results** There was no significant difference in VAS score between the two groups before operation ($P>0.05$). The VAS scores at rest and during activity in the experimental group were significantly lower than those in the control group at each time point after operation, and the use of additional analgesics in the experimental group was significantly lower than that in the control group, and the nursing satisfaction was significantly higher than that in the control group (all $P<0.05$). **Conclusions** Multi-dimensional nursing guided by empowerment theory can effectively relieve perioperative pain of patients with liver cancer, improve treatment comfort and participation, and provide a new theoretical and practical path for optimizing pain management.

【Keywords】 Empowerment theory; Multidimensional nursing; Liver cancer; Perioperative nursing; Management of pain; Degree of pain

肝癌手术作为重要的治疗手段，伴随的围术期疼痛不仅会加剧生理应激反应，延缓康复进程，更会深层次地影响着患者的心理状态与生活质量^[1]。当前临床疼痛管理多聚焦于药物干预，在患者主动参与及个体化需求响应层面存在明显不足^[2]。赋能理论强调通过知识

传递、技能培养及资源连接提升患者的自我管理能力与控制感^[3]，其核心与疼痛管理中对患者主体性的呼唤高度契合。这促使我们思考：将赋能理念融入多维度护理实践中，能否更有效地缓解肝癌患者的围术期疼痛？本研究旨在构建并验证赋能导向的多维护理模式，探

索其在改善肝癌患者围术期疼痛体验中的价值。

1 对象和方法

1.1 研究对象

选取纳入 2024 年 6 月至 2025 年 3 月我院收治的原发性肝癌行手术治疗的患者共 90 例,采用随机数字表法(由独立统计师使用 SAS 9.4 生成随机数字序列,区组长度设为 4。将分配方案装入密封不透光信封,信封编号与患者筛查序号对应,研究者拆解对应编号信封,按内藏卡片标记干预组或对照组)分为对照组($n=45$,年龄 61.31 ± 7.57 岁)与实验组($n=45$,年龄 60.86 ± 7.37 岁),两组患者的年龄、性别比例、病程等基线资料差异无统计学意义($P>0.05$),详见表 1。本试验所有患者或其家属均已签署知情同意书,本院伦理委员会也已知情且批准本次试验(伦理号 20240201)。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:

- (1) 经病理或影像学确诊为原发性肝癌;
- (2) 拟行肝部分切除术;
- (3) 年龄 18~75 岁;
- (4) 意识清楚,具备基本沟通能力。

排除标准:

- (1) 合并严重心、肺、肾功能不全;
- (2) 存在严重认知障碍或精神疾病史;
- (3) 长期服用镇痛药物或药物依赖史;
- (4) 对镇痛药物过敏。

1.3 干预方法

(1) 对照组干预方法

对照组患者接受围术期常规护理,涵盖术前宣教、术后生命体征监测、遵医嘱给予镇痛药物、切口护理及康复指导。

(2) 干预组干预方法

实验组则在常规护理基础上,实施一套整合了赋能理论精髓的多维护理干预方案,干预的核心在于从信息、心理、社会三个相互关联的维度对患者进行系统性赋能。该方案贯穿术前准备至术后 72 小时的关键恢复期。具体实施如下:

患者信息赋能:该措施从术前开始,通过评估个体对疼痛的既有认知和恐惧程度,提供高度个体化的图文手册与视频资料,深入浅出地解释疼痛产生的生理机制、可用的药物与非药物干预手段、视觉模拟评分法(Visual analogue scales, VAS)的正确使用方法、围术期可能经历的疼痛轨迹预测以及切实可

行的应对策略,旨在消除信息壁垒,建立合理的疼痛预期。术后阶段则延续这一过程,护理人员每日与患者共同回顾其 VAS 疼痛评分,分析疼痛波动的原因,并据此动态调整后续的疼痛管理计划,确保干预的实时响应性。

心理赋能:主要侧重于构建患者的内在应对方式,一方面,引入认知行为疗法核心理念与技巧,引导患者识别自身可能存在的将疼痛灾难化解读的消极思维模式,并通过认知重构技术帮助其建立更积极、更具掌控感的应对信念。另一方面,在术前至少 3 天即开始教授患者简易实用的自我调节技术,包括正念呼吸和渐进性肌肉放松法,每日由护士引导进行两次标准化练习,术后则鼓励患者在有疼痛预感或实际感受疼痛时自主应用这些技巧,将学习成果转化为实际的自我管理行为。

社会维度赋能:社会维度赋能旨在将患者的支持网络转化为有效的镇痛管理资源。首先,制定一份《家庭疼痛照护指南》,并由护士对患者指定的一名主要家庭照顾者进行专门培训,内容不仅包括疼痛观察要点,更重要的是传授实用的非药物疼痛缓解技巧,使家属成为患者床边可靠的支持者和协助者。其次,建立术后同伴支持机制,根据患者意愿和条件,组建线上交流群或安排线下小型分享会,邀请术后恢复良好、疼痛管理经验丰富的康复期患者加入,分享其真实的疼痛经历、有效应对策略以及在康复过程中克服疼痛挑战的心路历程,通过榜样效应和经验传递,增强新手术患者的信心和自我效能感。

1.4 观察指标

本研究需要观察两组患者在经过护理干预之后的疼痛程度变化、额外镇痛药物使用率以及护理满意度。

疼痛程度:使用视觉模拟评分法(VAS)评估患者术前 1 天(T_0)、术后 24h(T_1)、48h(T_2)、72h(T_3)的静息状态及咳嗽/翻身时的活动性疼痛程度,分数为 0~10 分,得分越高代表患者感觉越疼痛。

额外镇痛药物使用率:记录术后 72h 内除基础镇痛方案外,额外使用解救性镇痛药物(如吗啡)的患者比例。

护理满意度:在患者出院前采用自制满意度问卷(分数为 0~100 分, >90 分视为满意)进行调查。

1.5 统计方法

采用 SPSS 26.0 软件,使用 t 和 " $\bar{x} \pm s$ " 表示计量资料,组间比较采用 t 检验及方差分析,诊断效能通过 ROC 曲线评估。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的基线数据指标比较

两组患者在年龄、性别、手术方式及 ASA 分级等基线特征上均无统计学差异 ($P>0.05$), 表明分组随机性良好, 具有可比性, 详细数据见表 1。

2.2 患者的围术期不同时间点静息 VAS 评分指标比较

两组患者在 T0 时的 VAS 评分无显著差异 ($P>0.05$)。在接受干预之后实验组在 T1、T2、T3 时点的静息 VAS 评分均显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 详见表 2。

表 1 两组患者的基线资料数值对比[n,(%)]

组别	实验组	对照组	χ^2	P
例数	45	45	-	-
年龄 (岁)	60.86±7.37	61.31±7.57	0.29	0.39
性别 (男/女)	32/13	29/16	0.46	0.50
手术方式 (开腹/腹腔镜)	20/25	22/23	0.18	0.67
ASA 分级 (II/III)	28/17	31/14	0.44	0.51

表 2 两组患者的围术期不同时间点静息 VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	实验组	对照组	t	P
例数	45	45	-	-
T0	1.85±0.62	1.92±0.71	0.50	0.31
T1	4.23±0.67	5.81±0.92	9.31	0.01
T2	3.15±0.59	4.62±0.84	9.61	0.01
T3	2.41±0.58	3.89±0.75	10.47	0.01

表 3 两组患者的围术期不同时间点活动 VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	实验组	对照组	t	P
例数	45	45	-	-
T0	2.10±0.68	2.18±0.75	0.53	0.30
T1	5.42±0.78	6.87±0.95	7.91	0.01
T2	4.08±0.65	5.71±0.88	9.99	0.01
T3	2.41±0.58	3.89±0.75	10.47	0.01

表 4 两组患者的额外镇痛药物使用与护理满意率对比[n,(%)]

组别	例数	额外镇痛药物使用率	护理满意率
实验组	45	17 (37.78%)	42 (93.33%)
对照组	45	29 (64.44%)	34 (75.56%)
χ^2	-	6.40	5.41
P	-	0.01	0.02

2.3 患者的围术期不同时间点活动 VAS 评分指标比较

两组患者在 T0 时的 VAS 评分无显著差异 ($P>0.05$)。在接受干预之后实验组在 T1、T2、T3 时点的活动 VAS 评分均显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 详见表 3。

2.4 患者的额外镇痛药物使用与护理满意率指标比较

实验组术后 72h 内额外镇痛药物使用率显著低于对照组, 且护理满意率也显著高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 详见表 4。

3 讨论

肝癌手术作为治疗原发性肝癌或符合指征的转移性肝癌的重要手段, 主要术式包括肝部分切除术、肝叶

切除术乃至半肝切除术, 其目标是彻底切除肿瘤组织及安全边缘内的肝实质^[4]。这类手术通常需在全麻下进行开腹或腹腔镜操作, 手术创伤显著, 不仅涉及大范围

肝组织离断,还需处理丰富的脉管系统,并常因牵拉膈肌、挤压邻近脏器或放置腹腔引流管而引发复杂的术后疼痛^[5]。由于肝脏具有极强的再生能力与双重血供特性,术后护理需在保障残肝功能代偿、预防出血/胆漏等并发症与有效控制疼痛之间寻求精细平衡。

常规围术期护理模式以医疗安全为核心目标,遵循标准化路径:术前进行基础健康教育;术后密切监测生命体征与切口情况;疼痛管理主要药物,并辅以基础康复指导。该模式虽能保障基本医疗安全,却存在明显局限——患者常被动接受镇痛治疗,对疼痛机制、药物副作用及自我调节策略认知不足,易因预期恐惧放大疼痛体验^[6];护理措施侧重生理指标监测,对疼痛伴随的焦虑、无助感及康复信心缺乏系统性干预且家属参与度低,难以为患者提供有效非药物支持。

针对上述情况,对肝癌围术期患者实施基于赋能理论构建的多维护理模式逐渐受到了业界的关注,本研究观察到,接受赋能多维护理的实验组患者,其术后静息与活动性疼痛强度在各个关键评估时点均呈现显著且持续的降低。这种疼痛缓解效应在术后早期即已显现,并延续至术后72小时。同时,实验组患者对额外镇痛药物的需求明显减少,对护理服务的满意度显著提升。这些数据共同指向一个核心发现:将赋能理念融入多维度护理实践,能够有效改善肝癌患者围术期的疼痛体验^[7]。这种效果的取得,可能源于赋能干预对患者疼痛应对过程的多层次重构。信息维度的个体化教育与预期管理,直接提升了患者对疼痛的认知储备和掌控感,削弱了未知带来的恐惧放大效应,这与疼痛灾难化理论中认知评价的核心作用相呼应。同时,心理维度的认知重构与正念训练,则从内部机制入手,帮助患者修正对疼痛信号的威胁性解读,增强对不适感的耐受力及自我调节能力。社会维度引入的家庭与同伴支持,不仅提供了非药物镇痛的具体方法,更重要的是营造了一种被理解和支持的情感氛围,这种社会连接感本身就可能通过神经内分泌途径调节痛觉传导。多维护理模式正是通过协同作用于患者的认知、情感与行为系统,从而更全面地调节了疼痛感知^[8]。值得注意的是,实验组患者满意度的显著提升,提示疼痛管理的

改善不仅仅是分数的降低,更关联着患者主观体验的优化和医患关系的积极转变。当患者从被动接受治疗转变为疼痛管理的积极参与者,其自主性和尊严感得到尊重,这种内在体验的转变,其价值可能超越了单纯的镇痛效果本身。

综上所述,本研究表明,以赋能理论为基石的多维护理模式,能为缓解肝癌患者围术期疼痛提供一条富有潜力的实践路径,具有较高的临床实用价值。

参考文献

- [1] 陈孝平,张万广.中国腹腔镜肝癌手术 20 年回顾与展望[J].中华普外科手术学杂志(电子版),2021,15(04):355-358.
- [2] 李小侠,毛东方,王文君,等.原发性肝癌手术患者心理弹性状况及集体心理干预效果评价[J].中国健康心理学杂志,2021,29(02):200-203.
- [3] 李雪,崔岩,李少玲,等.赋能教育对 PCI 术后患者运动康复的影响[J].护理学杂志,2021,36(01):80-83.
- [4] 余丽辉,杨美燕,罗魏敏,等.精益管理改进肝癌手术患者体温护理的实践与探讨[J].医院管理论坛,2024, 41(05):71-74.
- [5] 耿寒,孙兆菲,韩倩.活动性疼痛评估联合心理疏导在肝癌手术患者护理中的应用[J].河南医学研究,2022,31(20):3829-3831.
- [6] 齐丽.优质护理在肝癌术后患者护理中的应用研究[J].中国医药指南,2022,20(01):174-176+180.
- [7] 安禹洁.舒适护理在肝癌患者围术期中的效果分析[J].中国城乡企业卫生,2022,37(01):176-177.
- [8] 周曹倜,冯秋琪,张鹏,等.基于赋能理论的多维护理对肝癌患者围术期疼痛及自我效能的影响[J].护理实践与研究,2025,22(06):888-893.

版权声明: ©2025 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