

· 论著 ·

手术室路径化护理联合多模式疼痛护理对子宫肌瘤手术效果及疼痛程度的影响*

尚小巧* 张玲玲 陈 晶

南阳市第二人民医院妇科(河南 南阳 473000)

【摘要】目的 探究手术室路径化护理联合多模式疼痛护理对子宫肌瘤手术效果及疼痛程度的影响。**方法** 选取2019年7月至2024年7月期间于本院接受手术治疗的子宫肌瘤患者110例, 按护理方案分为两组, 对照组(n=60)患者接受常规护理, 观察组(n=50)患者接受手术室路径化护理联合多模式疼痛护理。比较两组患者的围术期手术指标、疼痛程度、负性情绪、舒适度以及并发症发生情况。**结果** 干预前, 两组SAS、SDS及GCQ评分差异均不显著($P>0.05$)。干预后, 观察组排气时间、排便时间、下床时间、住院时间、术后各时间点的VAS评分、SAS评分、SDS评分、并发症总发生率均显著低于对照组($P<0.05$); GCQ评分显著高于对照组($P<0.05$)。**结论** 在接受手术治疗的子宫肌瘤患者中, 实施手术室路径化护理联合多模式疼痛护理, 可有效改善患者的疼痛程度及负性情绪, 显著提高患者的舒适度, 明显减少并发症的发生, 利于患者术后恢复。

【关键词】 手术室路径化护理; 多模式疼痛护理; 子宫肌瘤; 手术效果; 疼痛程度

【中图分类号】 R737.33

【文献标识码】 A

【基金项目】 2022年河南省医学科技攻关计划联合共建项目(LHGJ20220103)

DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2025.1.065

The Effect of Operating Room Pathway Care Combined with Multimodal Pain Care on the Outcome and Pain Level of Uterine Fibroid Surgery*

SHANG Xiao-qiao*, ZHANG Ling-ling, CHEN Jing.

Department of Gynecology, Nanyang Second General Hospital, Nanyang 473000, Henan Province, China

Abstract: Objective To investigate the effect of pathologized nursing care in the operating room combined with multimodal pain care on the surgical effect and pain level of uterine fibroids. **Methods** 110 patients with uterine fibroids who underwent surgical treatment in our hospital from July 2019 to July 2024 were selected and divided into two groups according to the care plan, the control group (n=60) patients received conventional care, and the observation group (n=50) patients received operating room pathway care combined with multimodal pain care. The perioperative surgical indexes, pain level, negative emotions, comfort level, and complication occurrence were compared between the two groups. **Results** Before intervention, the differences in SAS, SDS and GCQ scores between the two groups were not significant ($P>0.05$). After the intervention, the observation group's time to defecation, time to defecation, time to get out of bed, hospitalization time, VAS score, SAS score, SDS score, and total incidence of complications at each postoperative time point were significantly lower than those of the control group ($P<0.05$); and the GCQ score was significantly higher than that of the control group ($P<0.05$). **Conclusion** In patients with uterine fibroids undergoing surgical treatment, the implementation of operating room pathway nursing combined with multimodal pain care can effectively improve the degree of pain and negative emotions of patients, significantly improve the comfort of patients, significantly reduce the occurrence of complications, and facilitate patients' postoperative recovery.

Keywords: Operating Room Pathway Care; Multimodal Pain Care; Uterine Fibroids; Surgical Effect; Pain Level

子宫肌瘤作为一种临床常见的妇科疾病, 好发于中年群体, 具有较高的发病率, 以阴道出血、腹胀、不育为主要表现, 对患者的工作和日常生活造成了很大的影响^[1]。近年来在多种因素的共同作用下, 子宫肌瘤的发病率居高不下, 若不及时进行有效治疗, 病情会持续恶化, 对患者的预后不利^[2]。目前, 子宫肌瘤的治疗仍以外科手术为主, 于腹腔镜下进行子宫肌瘤剔除术为首选术式, 可有效地清除病灶, 改善患者的临床症状^[3]。为了更好地改善患者的预后, 除外科手术外, 还应进行有效的护理干预。其中, 手术室路径化护理是基于围手术期不同阶段实施个性化的护理措施, 对于保障手术顺利进行、减少并发症的发生具有重要意义^[4]。此外, 多模式疼痛护理是通过结合多模式镇痛机制提高镇痛效果, 能显著提高术后患者的生活质量, 并能有效减轻患者的疼痛程度, 相较于单模式镇痛更具优势^[5]。鉴于此, 本研究将观察手术室路径化护理联合多模式疼痛护理对子宫肌瘤手术效果及疼痛程度的影响, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年7月至2024年7月期间于本院接受手

术治疗的子宫肌瘤患者110例, 按护理方案分为两组, 对照组(n=60)患者接受常规护理, 观察组(n=50)患者接受手术室路径化护理联合多模式疼痛护理。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准: 符合子宫肌瘤的诊断标准^[6], 并经临床相关检查确诊; 具备腹腔镜下子宫肌瘤切除术手术指征; 年龄在35~70岁之间; 患者及其家属对本次研究知情且同意参加; 临床资料完整。排除标准: 伴有心肝肾等功能异常者; 伴有凝血功能异常者; 伴有精神疾病或认知障碍者^[7]; 伴有心脑血管性疾病者; 基础病控制不佳者; 伴有恶性肿瘤者; 合并其他妇科疾病者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 接受常规护理。术前常规进行健康宣教, 包括疾病相关知识、手术治疗方法、可能出现的不良反应等, 并解答患者相关疑惑, 促使患者保持良好的心态; 常规指导患者于术前6h禁食、2h禁饮。术中配合好手术医师, 并做好器械的清点、清洁及回收工作。术后密切监测患者心率、体温、血压等生命指征, 指导患者尽量采用听音乐、深呼吸、冥想等非药物的方法来缓解疼痛, 提高疼痛耐受力; 也可以利用子宫平滑肌对物理作用敏感

【第一作者】尚小巧, 女, 主管护师, 主要研究方向: 妇科护理。E-mail: 15893539717@163.com

【通讯作者】尚小巧

的特性，对患者小腹实施适度按摩及热敷，促使局部毛细血管扩张，增加局部组织的疼痛阈值；对于疼痛剧烈的患者，遵医嘱给予镇痛药物。

1.3.2 观察组 接受手术室路径化护理联合多模式疼痛护理。(1)手术室路径化护理：①成立手术室路径化护理小组：小组成员包括1名护士长和4名责任护士，组长由护士长担任，所有成员均经相关培训及考核后上岗；②术前：患者入院后，在护理人员的带领下，熟悉医院环境，完善各项检查。护理人员加强与患者的沟通交流，详细了解患者既往病史、治疗史、过敏史等病理及生理信息，经小组讨论后制定出个性化的护理方案，并告知患者，取得患者及其家属认可后，签署同意书，准备手术。同时，根据患者的文化水平对其进行健康宣教，宣教内容包括子宫肌瘤的发病原因、高危因素、腹腔镜手术治疗过程、注意事项等，详细解答患者疑问，提高患者对疾病的认知水平。评估患者的心理状态，适时疏导患者，帮助患者以积极的心态面对疾病。常规禁饮禁食，于术前2h给予患者葡萄糖溶液口服；③术中：对手术室进行彻底消毒，调整手术室的温湿度在合适范围内，准备好手术所需的所有器械，严格按照无菌操作规程进行。麻醉前，指导患者摆正体位、身体放松等。术中协助医生进行手术，对医生需求作出正确的判断，协助医生调节手术室内的设备、仪器光源等，并做好手术记录，确保手术的顺利进行。在手术前后对所用器械进行检查，保证所用器械的数量准确无误。密切观察患者术中情况，避免不良事件的发生；④术后：术后麻醉清醒阶段，护理人员需要积极地与患者进行交流，告知患者手术情况，耐心解答患者疑问，安抚患者，同时密切观察患者的各项生命体征。术后4h指导患者少量饮水、咀嚼无糖口香糖；术后6h指导患者适量进食流食，每2h饮水一次，遵循少食多餐原则，并逐步过渡至正常饮食。护理人员主动与患者沟通，鼓励患者说出内心困扰，适时进行心理疏导，帮助患者缓解不良情绪。术后6h在护理人员的指导下，患者抬高四肢，并对各关节进行简单活动，每次5分钟，每天进行2~3次。指导患者尽早下床活动，可靠墙站立1min、缓慢行走100m等，每天3次，叮嘱患者多下床活动，运动时间和运动强度需遵循循序渐进原则，以无痛感为宜。出院时，发放健康手册，告知患者出院后的相关注意事项，并叮嘱患者定时来院复查。(2)多模式疼痛护理：①术前：术前1d基于患者的认知水平、性格特点、对疼痛知识的了解情况等，对患者进行针对性的疼痛教育，通过视频、图片、宣传册等方式向患者讲解疼痛知识、术后镇痛方法、疼痛自评方法等，并对患者的疼痛耐受度进行预测，对于存在严重手术恐惧情绪的患者，做好心理疏导，缓解其心理压力；②术后：实施分层镇痛护理，术后每隔8h采用视觉模

拟评分(Visual analogy score, VAS)量表对患者的疼痛程度进行评估，在30min内持续测定3次，取平均值作为最终得分，VAS评分在3分以下者，应用听音乐、深呼吸、冥想放松训练、按摩等非药物镇痛法；VAS评分在3~6分者，应用非药物镇痛法，必要时给予少量药物镇痛；VAS评分大于6分者，应用药物进行镇痛；③记录疼痛：术后指导患者写疼痛日志，每2h进行一次自我评估，以了解患者的疼痛程度和具体的疼痛情况，以便对疼痛护理干预方案进行实时调整，达到更好的镇痛效果。

1.4 观察指标

1.4.1 围术期手术指标 统计并比较两组患者的排气时间、排便时间、下床时间以及住院时间。

1.4.2 疼痛程度 统计并比较两组术后4h、12h、24h以及48h的VAS评分，总分10分，得分与疼痛程度呈正相关^[8]。

1.4.3 负性情绪 分别在干预前后采用焦虑自评量表(Self-rating anxiety scale, SAS)和抑郁自评量表(Self-rating depression scale, SDS)评估患者的焦虑抑郁严重程度，总分均为100分，得分与焦虑抑郁严重程度呈正相关^[9]。

1.4.4 舒适度 分别在干预前后采用Kolcaba舒适状况量表(general comfort questionnaire, GCQ)评估患者的舒适度，总分28~112分，得分与舒适度呈正相关^[10]。

1.4.5 并发症 统计并比较两组恶心呕吐、切口感染、皮下气肿、低体温的发生率。

1.5 统计分析 采用SPSS 21.0统计软件分析数据，计量资料、计数资料分别以 $\bar{x} \pm s$ 和 % 表示，组间比较分别采用独立样本t检验和 χ^2 检验。P<0.05，则差异显著。

2 结 果

2.1 两组一般资料比较 结果显示，两组一般资料差异比较不显著(P>0.05)，见表1。

2.2 两组围术期手术指标比较 结果显示，观察组排气时间、排便时间、下床时间、住院时间均显著低于对照组(P<0.05)，见表2。

2.3 两组疼痛程度比较 结果显示，观察组术后4h、12h、24h、48h的VAS评分均显著低于对照组(P<0.05)，见表3。

2.4 两组SAS、SDS及GCQ评分比较 结果显示，干预前，两组SAS、SDS及GCQ评分差异均不显著(P>0.05)；干预后，观察组SAS、SDS评分均显著低于对照组(P<0.05)，GCQ评分显著高于对照组(P<0.05)，见表4。

2.5 两组并发症发生情况比较 结果显示，观察组并发症总发生率显著低于对照组(P<0.05)，见表5。

表1 两组一般资料比较

组别	年龄(岁)	肌瘤直径(cm)	病程(月)	肌瘤类型(例)		肌瘤位置(例)		文化程度(例)	
				单发	多发	肌壁间	浆膜下	初中及以下	高中及以上
观察组(n=50)	46.58±5.64	5.46±0.24	8.24±0.65	31	19	29	21	17	33
对照组(n=60)	46.87±5.72	5.48±0.27	8.31±0.67	38	22	36	24	21	39
χ^2/t	0.267	0.407	0.553	0.021		0.045		0.012	
P	0.790	0.685	0.581	0.886		0.832		0.912	

表2 两组围术期手术指标比较

组别	排气时间(h)	排便时间(h)	下床时间(h)	住院时间(d)
观察组(n=50)	12.54±3.42	15.58±4.29	13.25±3.38	3.14±1.02
对照组(n=60)	14.42±3.76	17.72±4.84	15.82±3.67	4.15±1.14
t	2.720	2.430	3.790	4.852
P	0.008	0.017	0.000	0.000

表3 两组疼痛程度比较(分)

组别	VAS评分			
	术后4h	术后12h	术后24h	术后48h
观察组(n=50)	2.22±0.38	2.96±0.52	2.50±0.46	0.56±0.11
对照组(n=60)	2.89±0.49	3.84±0.67	3.36±0.52	1.81±0.34
t	7.890	7.577	9.097	24.916
P	0.000	0.000	0.000	0.000

表4 两组SAS、SDS及GCQ评分比较(分)

组别	SAS		SDS		GCQ	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组(n=50)	57.82±5.63	39.52±4.65	61.75±6.42	41.18±5.04	63.57±6.81	80.55±7.92
对照组(n=60)	58.13±5.69	43.51±4.79	61.43±6.37	45.28±5.26	63.84±6.87	76.54±7.53
t	0.286	4.408	0.261	4.148	0.206	2.716
P	0.776	0.000	0.794	0.000	0.837	0.008

表5 两组并发症发生情况比较[n(%)]

组别	恶心呕吐	切口感染	皮下气肿	低体温	总发生
观察组(n=50)	1(2.00)	2(4.00)	0(0.00)	1(2.00)	4(8.00)
对照组(n=60)	5(8.33)	5(8.33)	2(3.33)	3(5.00)	15(25.00)
χ^2			-		5.516
P			-		0.019

3 讨 论

子宫肌瘤是女性生殖器官中最常见的一种良性疾病，好发于30~50岁的女性，对育龄期女性的卵巢及生育功能产生较大的危害。子宫肌瘤的发病原因尚未完全清楚，可能与女性激素相关。据统计，育龄期女性中有80%患有子宫肌瘤^[11]。近年来，子宫肌瘤的发病率有逐年升高的趋势，且呈年轻化的趋势，在疾病的早期，一般采用药物治疗，但疗程较长。腹腔镜下子宫肌瘤切除是一种创伤小、恢复快的术式，在临床上得到广泛应用，但手术作为应激反应源，可引起机体的应激反应指标升高^[12]。此外，尽管子宫肌瘤为良性肿瘤，手术治疗技术也取得很大进步，但接受手术治疗的患者由于对手术治疗认识不足、对手术过程的不确定、是否能保持生育能力、潜在的并发症、术后恢复情况等原因，容易出现焦虑、恐惧、紧张等不良情绪^[13-14]。因此，在治疗期间，辅有效的护理干预具有积极意义。

本研究中，观察组排气时间、排便时间、下床时间、住院时间均显著低于对照组(P<0.05)，表明手术室路径化护理联合多模式疼痛护理的实施，有利于子宫肌瘤患者术后恢复。分析原因：与常规的护理方法相比，手术室路径化护理可以为患者提供更加系统和全面的护理计划，使手术期间的各种护理工作更加科学和规范，从而为患者的术后康复打下坚实的基础。在手术室路径化护理干预中，术后4h指导患者少量饮水，并建议患者咀嚼无糖口香糖，有利于患者术后胃肠道功能的恢复；指导患者尽早下床活动，有利于患者各项身体机能的恢复，从而可有效加快患者术后康复。同时，实施多模式疼痛护理，可有效提高患者的疼痛阈值，加快患者神经功能和免疫系统功能的恢复，对机体的全面恢复也具有一定的促进作用。

结果还显示，观察组术后4h、12h、24h、48h的VAS评分均显著低于对照组(P<0.05)，表明手术室路径化护理联合多模式疼痛护理显著改善子宫肌瘤患者的术后疼痛程度。原蕊^[15]在其研究中也指出在接受腹腔镜手术的子宫肌瘤患者中，实施多模式疼痛管理可有效降低术后疼痛。这是由于通过实施多模式疼痛护理，结合多模式镇痛机制，可有效提升镇痛效果，对患者的疼痛程度起到直接缓解作用；同时，手术室路径化护理通过全面、系统的护理干预措施，有利于提高患者对疼痛的耐受能力，从而也有利于疼痛程度的降低。

此外，在干预后，观察组SAS、SDS评分均显著低于对照组(P<0.05)，GCQ评分显著高于对照组(P<0.05)，提示行手术治疗的子宫肌瘤患者接受手术室路径化护理联合多模式疼痛护理，其负性情绪及舒适度得到显著改善。王星等^[16]也证明了在行腹腔镜下子宫肌瘤切除术的患者中实施手术室路径化护理，可减轻患者负性情绪，提高患者舒适度。究其原因，一方面，手术室路径化护理在围术期对患者进行针对性的心理干预，并进行健康宣教，可有效避免因患者认知不足导致的过度焦虑、恐惧等不良情绪，从而有利于改善患者的负性情绪；同时，通过术前2h给予患者

葡萄糖溶液口服、术中调整好温湿度、术后实施饮食指导等干预措施，均有助于提高患者的舒适度。另一方面，多模式疼痛护理后，患者疼痛程度得到明显缓解，有助于改善患者的负性情绪；且在痛感减弱后，患者休息、睡眠、食欲、精神状态等均有明显改善，从而舒适度也有明显提高。

最后，观察组并发症总发生率显著低于对照组(P<0.05)，提示手术室路径化护理联合多模式疼痛护理还可有效减少子宫肌瘤患者术后并发症的发生情况。这是因为手术室路径化护理中，于术前2h给予患者葡萄糖溶液口服、术中确保手术室温湿度适宜、术后饮食及运动指导、全程心理疏导等，有利于减轻患者的应激反应，从而减少并发症的发生。

综上所述，在接受手术治疗的子宫肌瘤患者中，实施手术室路径化护理联合多模式疼痛护理，可有效改善患者的疼痛程度及负性情绪，显著提高患者的舒适度，明显减少并发症的发生，利于患者术后恢复。

参考文献

[1]He M,Tong L,Zou Y,et al.Effect of 5A nursing mode combined with fine nursing management on perioperative self-efficacy and living quality of hysteromyoma[J].Am J Transl Res.2021,13(9):10737-10743.

[2]王英杰.针对性护理干预在子宫肌瘤合并糖尿病围手术期的应用[J].罕少疾病杂志,2021,28(2):80-82.

[3]高辉玲,金钊,郑国,等.血管造影技术引导下超选择性子宫动脉栓塞对子宫肌瘤患者卵巢功能、生育功能及远期复发的影响[J].中国CT和MRI杂志,2024,22(3):141-144.

[4]李冬菊,崔广丽,陈媛媛,等.围术期思维导图无缝隙护理模式联合手术室路径化护理对子宫肌瘤手术效果的影响[J].中国计划生育学杂志,2023,31(9):2095-2099.

[5]倪逸斐,薛茵,陈琳.多模式镇痛护理对肝癌开腹术后患者疼痛控制情况的研究[J].中国肿瘤临床与康复,2022,29(4):488-490.

[6]子宫肌瘤的诊治中国专家共识专家组.子宫肌瘤的诊治中国专家共识[J].中华妇产科杂志,2017,52(12):793-800.

[7]武爱品.术前病友志愿者团队干预对子宫肌瘤患者心理状况及术后康复的影响[J].罕少疾病杂志,2021,28(3):75-76.

[8]刘琳琳,黄小梅.硬膜外麻醉联合多模式镇痛对全身麻醉腹腔镜妇科手术患者免疫功能及高迁移率族蛋白B1的影响[J].中国现代医学杂志,2022,32(24):79-84.

[9]柏璐,白淑芳,卓娜,等.换位思考护理对微创子宫肌瘤切除患者生活质量及满意度的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2021,28(10):1255-1258.

[10]王秀娟,徐云,李明,等.子宫肌瘤切除术围术期路径式护理措施对患者应激反应及舒适度效果[J].中国计划生育学杂志,2024,32(3):583-588.

[11]王俊蕊,丁玉兰,刘芳,等.耳穴埋豆联合"呵"字诀对全子宫切除术患者围术期应激反应的影响[J].护理学杂志,2021,36(1):44-46,49.

[12]孟倩.腹腔镜子宫肌瘤切除术患者采用NLP的效果[J].罕少疾病杂志,2023,30(8):68-70.

[13]Liu L,Xiao YH,Zhou XH.Effects of humanized nursing care on negative emotions and complications in patients undergoing hysteromyoma surgery[J].World J Clin Cases.2023,11(28):6763-6773.

[14]杜丹丹.情境代入式的床旁体验护理模式对子宫肌瘤切除患者治疗依从性及手术知识掌握度的影响[J].中国药物与临床,2021,21(12):2204-2206.

[15]原蕊.多模式疼痛管理对腹腔镜子宫肌瘤切除患者术后疼痛及生活质量的影响[J].贵州医药,2024,48(6):994-996.

[16]王星,潘琴芬,潘磊.手术室路径化护理对腹腔镜下子宫肌瘤切除术患者舒适度与应激反应的影响[J].护理实践与研究,2022,19(10):1549-1553.

(收稿日期:2024-04-25)

(校对编辑:翁佳鸿)