

疼痛管理与心理护理对骨肿瘤疼痛程度及不良心理状态的影响

杨雁绒

解放军第九六零医院，山东济南，251400；

摘要：目的：探讨疼痛管理联合心理护理对骨肿瘤患者疼痛程度及不良心理状态的改善效果。方法：选取2024年6月至2025年10月在我院骨科治疗的50例骨肿瘤疼痛患者，采用随机数字表法分为两组。对照组实施常规护理，观察组应用疼痛管理联合心理护理干预。比较两组疼痛评分、疼痛缓解时间、心理状态、睡眠质量。结果：观察组VAS、SAS、SDS、PSQI评分低于对照组，疼痛缓解时间短于对照组（P<0.05）。结论：疼痛管理联合心理护理可有效减轻骨肿瘤患者疼痛程度，缩短疼痛缓解时间，改善焦虑抑郁情绪与睡眠质量，具有推广价值。

关键词：骨肿瘤；疼痛管理；心理护理

Effect of pain management and psychological nursing on pain degree and adverse psychological state of bone tumor

Yang Yanrong

The 960th Hospital of PLA, Jinan, Shandong 251400;

Abstract: Objective: To investigate the combined effect of pain management and psychological nursing on pain severity and psychological well-being in bone tumor patients. Methods: A total of 50 bone tumor patients receiving orthopedic treatment at our hospital from June 2024 to October 2025 were enrolled. Participants were randomly assigned to two groups using a random number table. The control group received standard nursing care, while the observation group underwent pain management combined with psychological nursing intervention. Pain scores, pain relief duration, psychological status, and sleep quality were compared between groups. Results: The observation group demonstrated significantly lower VAS, SAS, SDS, and PSQI scores compared to the control group, with shorter pain relief duration (P<0.05). Conclusion: The integrated approach of pain management and psychological nursing effectively alleviates pain severity, shortens pain relief duration, improves anxiety/depression symptoms, and enhances sleep quality in bone tumor patients, demonstrating significant clinical value for clinical application.

Keywords: Bone tumor; Pain management; Psychological nursing

DOI: 10.69979/3029-2808.26.01.046

骨肿瘤是骨科常见恶性疾病，疼痛是其最突出的临床症状，发生率高达90%以上，多为持续性钝痛或爆发痛，随病情进展逐渐加剧，不仅导致躯体痛苦，还易引发焦虑、抑郁等不良心理状态，形成“疼痛-负性情绪-疼痛加剧”的恶性循环^[1]。长期疼痛会严重影响睡眠质量，削弱机体免疫力，进一步加重病情进展。心理护理多为泛化性安慰，未能针对患者负性情绪根源进行精准干预，导致疼痛控制效果不佳，不良心理状态持续存在^[2]。随着“生物-心理-社会”医学模式的普及，疼痛管理与心理护理的协同干预逐渐成为骨肿瘤护理的核心方向，其通过整合躯体疼痛控制与心理情绪疏导，实现“标本兼治”的护理目标^[3]。本研究聚焦疼痛管理联合

心理护理在骨肿瘤患者中的效果，报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年6月至2025年10月在我院治疗的50例骨肿瘤疼痛患者，采用随机数字表法分为两组各25例。对照组男14例，女11例；年龄22-73岁，平均（52.65±8.35）岁；观察组男13例，女12例；年龄20-75岁，平均（53.15±7.95）岁；两组一般资料比较（P>0.05）。

1.2 方法

对照组实施常规护理：按医嘱给予镇痛药物，告知

用药注意事项：每日监测生命体征，观察疼痛部位、性质及持续时间；协助调整舒适体位，保持病室安静；讲解骨肿瘤疾病知识，告知疼痛缓解的相关注意事项；简单安抚情绪，鼓励积极配合治疗^[4]。

观察组实施疼痛管理联合心理护理干预：

疼痛管理：组建由骨科医生、疼痛专科护士组成小组，采用 VAS 评分+疼痛日记双重评估模式，每日早晚两次记录 VAS 评分，同时指导患者记录疼痛发作时间、诱因、性质、缓解方式，结合疼痛影响因素制定个体化镇痛方案。药物镇痛遵循 WHO 三阶梯镇痛原则，轻度疼痛 (VAS 4~6 分) 选用非甾体类抗炎药 (如塞来昔布)，中度疼痛 (VAS 7~8 分) 采用弱阿片类药物 (如可待因)，重度疼痛 (VAS 9~10 分) 使用强阿片类药物 (如吗啡)；同时采用按时给药+按需给药结合模式，避免疼痛加剧后再用药，减少药物用量；对药物不良反应提前干预，如使用阿片类药物时同步给予止吐药、缓泻剂^[5]。物理镇痛 (如疼痛部位冷敷/热敷，急性期 48 小时内冷敷减轻炎症，慢性期热敷促进血液循环)、经皮神经电刺激 (TENS，通过低频电流刺激神经，阻断疼痛信号传导)、音乐镇痛 (选择患者偏好的舒缓音乐，每日 2 次，每次 30 分钟，分散疼痛注意力)；指导患者进行放松训练 (如腹式呼吸、渐进式肌肉放松)，每日 1 次，每次 20 分钟，通过降低肌肉紧张度减轻疼痛感知。每周召开小组会议，根据 VAS 评分变化、疼痛日记内容及药物不良反应，调整镇痛方案，如 VAS 评分持续下降，逐渐减少药物剂量；若出现疼痛反弹，分析诱因并及时调整药物种类或剂量^[6]。

心理护理：通过一对一访谈，纠正患者对疼痛的错误认知，讲解疼痛与情绪的相互关系，帮助建立疼痛可控制、情绪能调节的正确认知；采用问题解决法，引导

患者分析疼痛相关的心理困扰，共同制定应对策略 (如选择床上温和运动替代下床活动)。情绪疏导：每周 2 次，每次 30 分钟，护士以倾听为主，鼓励患者表达疼痛带来的恐惧、焦虑、抑郁等情绪，给予共情回应，避免否定或忽视患者情绪。指导患者进行正念冥想，每日 1 次，每次 15 分钟，通过专注于呼吸、身体感受，减少对疼痛的过度关注，缓解负性情绪；借助 VR 虚拟场景技术，让患者沉浸于自然场景，通过感官转移减轻疼痛与心理压力。邀请患者家属参与心理护理，指导家属给予情感支持，避免因家属的焦虑情绪影响患者；组织骨肿瘤患者互助小组，每周开展 1 次线上交流会，分享疼痛管理与心理调节经验，增强治疗信心，减少孤独感^[7]。

1.3 观察指标

疼痛相关指标：疼痛程度采用 VAS 量表评估；疼痛缓解时间：从干预开始到 VAS 评分稳定降至 3 分以下的时间。

心理状态：采用 SAS、SDS 量表评估，SAS 量表 (20 项，标准分 ≥ 50 分提示焦虑)、SDS 量表 (20 项，标准分 ≥ 53 分提示抑郁)，分数越高不良心理状态越严重。

睡眠质量：采用匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI) 评估，包括入睡时间、睡眠时长、睡眠效率等 7 个维度，总分 0~21 分，分数越高睡眠质量越差。

1.4 统计学方法

所有数据纳入 SPSS27.0 软件中比较分析，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，t 检验，以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

观察组 VAS、SAS、SDS、PSQI 评分低于对照组，疼痛缓解时间短于对照组 ($P < 0.05$)，见表 1：

表 1 两组 VAS、SAS、SDS、PSQI 评分及疼痛缓解时间比较 ($\bar{x} \pm s$ ，分)

组别	数量	VAS	SAS	SDS	PSQI	疼痛缓解时间 (d)
观察组	25	2.35 \pm 0.65	36.85 \pm 3.25	35.65 \pm 2.95	5.25 \pm 1.15	2.15 \pm 0.42
对照组	25	4.85 \pm 0.95	46.25 \pm 3.85	45.95 \pm 3.65	8.65 \pm 1.55	4.65 \pm 0.75
t	-	6.952	5.892	6.874	5.391	5.256
P	-	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

3 讨论

骨肿瘤疼痛作为贯穿疾病全程的核心症状，其特殊性在于兼具生理伤害性疼痛与心理相关性疼痛的双重属性，肿瘤组织浸润骨膜、压迫神经引发的器质性疼痛，会通过神经传导激活机体应激反应。肿瘤进展不同阶段

的疼痛性质存在差异，早期多为间歇性钝痛，晚期则发展为持续性剧烈疼痛，且常伴随爆发痛^[8]。疼痛管理与心理护理的协同干预，本质是通过生理镇痛+心理调节的双路径干预，实现从控制疼痛到改善整体痛苦体验的转变。系统化疼痛管理通过多模式镇痛与动态评估，既能针对不同疼痛类型精准用药，又能通过物理手段辅助

缓解疼痛，减少药物依赖；同时，通过疼痛日记记录疼痛发作时间、诱因、程度，为镇痛方案调整提供客观依据，避免盲目加药或镇痛不足，使疼痛控制更具针对性与科学性。

心理护理对骨肿瘤患者的价值，不仅在于改善情绪，更在于通过心理干预调节疼痛感知通路。患者因疾病本身的严重性、治疗过程中的痛苦，易产生强烈的无助感与恐惧感，这种负性情绪会通过下丘脑-垂体-肾上腺轴激活应激反应，导致体内儿茶酚胺等致痛物质释放增加，进一步加剧疼痛感受^[9]。专业化心理护理通过认知行为疗法、正念减压训练等方式，从认知与行为双层面打破疼痛-焦虑的关联：通过认知重构帮助患者纠正疼痛即病情恶化的错误认知，建立疼痛可通过综合干预控制的信心，减少因认知偏差引发的焦虑；通过正念训练引导患者专注于当下感受，降低对疼痛的过度关注，增强对疼痛的耐受能力。家庭支持与社会支持的融入，能缓解患者的孤独感，使心理干预效果更持久，间接提升疼痛管理的整体效果。双路径干预通过有效缓解疼痛、改善情绪，能帮助重建治疗信心，主动配合抗肿瘤治疗与康复训练，进而延缓疾病进展，形成疼痛缓解-情绪改善-依从性提高-预后优化的良性循环。这种协同效应不仅提升了疼痛控制的短期效果，更对患者的长期预后产生积极影响，体现了生物-心理-社会医学模式在骨肿瘤护理中的实践价值^[10]。

综上，疼痛管理联合心理护理可有效减轻骨肿瘤患者疼痛程度，改善焦虑抑郁情绪，值得推广。

参考文献

[1] 李彩虹, 古晨玉, 荆真真. 疼痛管理与心理护理对骨

肿瘤疼痛程度及不良心理状态的影响[J]. 罕少疾病杂志, 2025, 32(3): 174-175.

[2] 李乃静, 李雪婧, 顾宁, 等. 叙事心理护理联合快速康复护理对股骨上段骨肿瘤手术患者负性情绪及疼痛的影响[J]. 生命科学仪器, 2024, 22(5): 249-251.

[3] 胡乐, 王念念. 疼痛改善性干预结合个性化心理护理对良性骨肿瘤患者睡眠质量与疼痛评分的影响[J]. 肿瘤基础与临床, 2024, 37(4): 476-478.

[4] 张宏, 贾琴琴. 心理护理与人文关怀对提高骨肿瘤患者希望水平和应对方式的效果[J]. 吉林医学, 2024, 45(8): 1970-1973.

[5] 黄富群, 陈剑, 冯菊, 等. 晚期骨肿瘤患者居家疼痛护理进展[J]. 医药前沿, 2020, 10(34): 8-10.

[6] 何兰. 贝克认知疗法在恶性骨肿瘤保肢术患者心理护理中的应用分析[J]. 养生大世界, 2024(8): 219-220.

[7] 周燕, 王艳敏, 崔双鑫. 疼痛改善性干预对恶性骨肿瘤患者术后疼痛、睡眠质量、心理状态及生活质量的影响[J]. 癌症进展, 2022, 20(8): 832-835.

[8] 熊莉, 程益菲, 郭艳. 生理-心理-社会视角的专案护理在机器人辅助恶性骨肿瘤保肢术中的应用[J]. 机器人外科学杂志(中英文), 2025, 6(8): 1310-1314.

[9] 罗思斯, 陈婷, 杨艳. 姑息性心理干预在转移性恶性骨肿瘤患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(4): 11-13.

[10] 张慧, 史黎, 徐保秀, 等. 基于心理-社会-生物角度出发的专案护理对恶性骨肿瘤保肢术患者术后心理状态与功能康复的影响[J]. 新疆医科大学学报, 2023, 46(11): 1553-1557, 1562.