细节化疼痛护理减轻儿科诊疗操作不适感的实践研究

郭倩怡　王荣

（银川市第一人民医院　750001）

【摘　要】目的：观察细节化疼痛护理减轻儿科诊疗操作不适感的实践效果。方法：选取2024年3月至2026年2月我院112例接受静脉穿刺、采血、雾化配合或创面换药等门急诊诊疗操作患儿，按护理方案分为观察组与对照组，每组56例。对照组采用常规儿科操作护理，观察组采用细节化疼痛护理，比较两组疼痛与不适、配合与安抚、操作效率、风险事件及满意度。结果：观察组操作中FLACC评分、操作后10 min不适评分分别为2.21±0.53分、1.48±0.42分，低于对照组4.36±0.78分、3.12±0.66分。观察组主动配合摆位49例（87.50%）、操作中可被安抚50例（89.29%），高于对照组38例（67.86%）、39例（69.64%）。观察组单次操作完成时间、操作暂停累计时间分别为6.42±1.18 min、0.82±0.31 min，短于对照组8.96±1.72 min、1.96±0.64 min。观察组重复穿刺或重复处置5例（8.93%）、操作后持续哭闹超过5 min 6例（10.71%），少于对照组15例（26.79%）、18例（32.14%），差异均有统计学意义（P<0.05）。结论：细节化疼痛护理可降低儿科诊疗操作中的疼痛行为和不适评分，改善患儿配合与照护者体验，减少流程延迟和重复处置，实施时需结合年龄和即时反应持续复评。

【关键词】细节化疼痛护理；儿科诊疗操作；操作性疼痛；不适感；护理干预

Practical Study on the Effectiveness of Detailed Pain Management Nursing in Reducing Discomfort During Pediatric Clinical Procedures

Guo Qianyi　Wang Rong

（Yinchuan First People's Hospital　750001）

[Abstract] Objective: To evaluate the practical efficacy of detailed pain management nursing in alleviating discomfort during pediatric clinical procedures. Methods: A total of 112 pediatric patients who underwent outpatient or emergency clinical procedures—including intravenous puncture, blood sampling, nebulization, or wound dressing change—at our hospital between March 2024 and February 2026 were enrolled. These patients were divided into an observation group and a control group (n=56 each) according to the nursing protocol. The control group received conventional pediatric procedural nursing care, while the observation group received detailed pain management nursing care. The pain and discomfort levels, patient cooperation and comfort, procedural efficiency, adverse events, and patient satisfaction were compared between the two groups. Results: In the observation group, the FLACC score during the procedure and the discomfort score at 10 minutes post-procedure were 2.21 ± 0.53 and 1.48 ± 0.42, respectively, which were significantly lower than those in the control group (4.36 ± 0.78 and 3.12 ± 0.66, respectively). Among the observation group, 49 patients (87.50%) demonstrated active cooperation during positioning, and 50 patients (89.29%) could be comforted during the procedure—both figures were higher than those in the control group (38 patients, 67.86%; and 39 patients, 69.64%, respectively). The average time to complete a single procedure and the cumulative time for procedure pauses in the observation group were 6.42 ± 1.18 min and 0.82 ± 0.31 min, respectively, which were significantly shorter than those in the control group (8.96 ± 1.72 min and 1.96 ± 0.64 min, respectively). In the observation group, 5 cases (8.93%) required repeated puncture or repeated clinical intervention, while 6 cases (10.71%) experienced persistent crying lasting more than 5 minutes post-procedure—these numbers were significantly lower than those in the control group (15 cases, 26.79%; and 18 cases, 32.14%, respectively); both differences were statistically significant (P <0.05). Conclusion: Detailed pain management nursing can reduce pain-related behaviors and discomfort scores during pediatric clinical procedures, improve child compliance and caregiver experience, and minimize procedural delays and repeated interventions; however, implementation should be accompanied by continuous reassessment tailored to the child's age and immediate response.

[Key words] Detailed pain care; Pediatric clinical procedures; Operational pain; Discomfort; Nursing intervention

儿科诊疗操作常在短时间内完成，却会把穿刺、采样、雾化配合、创面处理等刺激集中到患儿可感知的疼痛和不确定情境中。低龄儿童对操作目的、持续时间和疼痛强度缺乏稳定判断，陌生环境、器械声响、照护者紧张反应又会放大

哭闹、挣脱和躲避，使一次普通处置演变为反复安抚、重新摆位甚至重复操作的护理难点[1]。传统操作护理多重视核对、固定和医嘱执行，对疼痛预期和结束后不适复评关注不足。细节化疼痛护理把年龄分层评估、情景解释、分散注意、约定信号、低刺激体位支持和照护者协同整合到同一次操作内，其价值不只在降低评分，还在于减少恐惧记忆和后续诊疗回避；该路径能否在常见儿科诊疗场景中减轻不适感，需要以疼痛行为、配合质量、操作效率和安全事件同时判断。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2024 年 3 月至 2026 年 2 月我院 112 例接受静脉穿刺、采血、雾化配合或创面换药等门急诊诊疗操作患儿，按护理方案分为观察组与对照组，每组 56 例。观察组男 31 例、女 25 例；年龄 3～12 岁，平均（6.84±2.17）岁；静脉穿刺 18 例、采血 15 例、雾化配合 13 例、创面换药 10 例；既往有明显操作抗拒史 20 例。对照组男 30 例、女 26 例；年龄 3～12 岁，平均（6.91±2.24）岁；静脉穿刺 17 例、采血 16 例、雾化配合 13 例、创面换药 10 例；既往有明显操作抗拒史 19 例。两组性别、年龄、操作类型和既往抗拒史比较，差异无统计学意义。纳入标准：（1）年龄 3～12 岁并接受门急诊常规诊疗操作；（2）照护者全程陪同且可协助完成评分；（3）操作前生命体征平稳；（4）护理记录和操作后 10 min 复评资料完整。排除标准：（1）合并意识障碍、重度发育迟缓或无法完成基础沟通；（2）存在急性危重症、休克或需立即抢救处理；（3）操作前已使用镇静药物或强镇痛药物；（4）操作中因病情变化转入急诊抢救或住院治疗。

1.2 方法

观察组采用细节化疼痛护理，由儿科门急诊责任护士、操作护士和照护者共同完成。干预前完成预评估，当天首次进入诊疗区即开始，每日 1 次，持续 1 天至离院前复评。入区后 3 min 内评估年龄、既往操作经历、疼痛主诉和恐惧表现，3～6 岁使用表情卡与玩具命名疼痛，7～12 岁补充 0～10 分疼痛表达；FLACC 预评估≥4 分、既往强烈抗拒或照护者焦虑明显者列为重点安抚对象。操作前 5～8 min 用图片或玩具演示步骤，并约定举手或捏球为暂停信号，照护者坐于患儿视线同侧按护士口令安抚。操作中采用低刺激体位支持，穿刺或采血时肘部垫软巾，固定带松紧以可容纳 1 指为准；雾化患儿先试戴面罩 30 s，换药患儿先暴露非疼痛区域。每次操作至少使用 2 种分散注意方式，单次引导 20～30 s；哭闹超过 60 s、FLACC 评分升高≥2 分或出现挣脱时暂停不超过 2 min。安全监测包括面色、心率、局部皮肤、恶心和持续哭闹，操作结束后 10 min 复评疼痛、不适和局部反应。双人核对评分表和暂停原因记录，保证执行依从性与质量控制。

对照组采用常规儿科操作护理。当天首次进入诊疗区即开始，每日 1 次，持续 1 天至操作结束及常规离院告知。护士核对姓名、年龄、诊疗项目和过敏史，向照护者简要说明操作目的及配合要求，按常规选择坐位、卧位或照护者怀抱固定。静脉穿刺、采血、雾化配合和创面换药均按科室流程准备物品，操作前完成皮肤或创面暴露、消毒和器械核对，操作中根据患儿反应给予口头安慰，必要时请照护者协助固定肢体。患儿哭闹、躲避或肢体活动影响处置时暂停 1～3 min，待相对安静后继续；未设置统一疼痛预评分层、约定信号或标准化分散注意流程。安全监测按常规观察生命体征、穿刺点、创面、雾化耐受和面色变化，明显哭闹或诉痛时给予安抚，必要时报告医师处理。

1.3 观察指标

按结果表顺序记录操作前 Wong-Baker 面部疼痛评分、操作中 FLACC 评分、操作后 10 min 不适评分、操作中哭闹持续时间、操作后心率增幅、操作后安静恢复时间，疼痛、不适和行为评分分值越高代表疼痛或不适越重；记录主动配合摆位、操作前完成情景告知、操作中可被安抚、操作后愿意再次进入诊疗区、明显抗拒行为、照护者即时满意，各率均按事件例数/本组例数×100%计算；记录单次操作完成时间、一次配合成功用时、操作暂停累计时间、护士重复解释次数、照护者焦虑评分、操作后睡眠受扰评分，时间和次数越低代表流程负荷越轻，焦虑及睡眠受扰评分越低代表恢复体验越好；记录重复穿刺或重复处置、操作后持续哭闹超过 5 min、操作区轻度皮肤压痕、处置后恶心或面色苍白、诊疗流程延迟、离院前完成疼痛复评，按发生或完成例数计算比例。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 26.0 进行统计分析，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 t 检验；计数资料以 n(%)表示，采用 χ^2 检验，P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疼痛与不适评分比较

两组操作前 Wong-Baker 面部疼痛评分接近，观察组为 3.82±0.64 分，对照组为 3.79±0.61 分，t=0.254，P=0.800。操作中观察组 FLACC 评分为 2.21±0.53 分，低于对照组 4.36±0.78 分；操作后 10 min 不适评分为 1.48±0.42 分，低于对照组 3.12±0.66 分。观察组操作中哭闹持续时间和操作后安静恢复时间分别为 1.26±0.38 min、4.18±1.06 min，短于对照组 3.74±0.92 min、8.73±1.92 min；操作后心率增幅两

组差值为 8.27 次/min。除操作前基础评分外，其余指标 t 值为 10.827～18.645，P 值均<0.001，见表 1。

表 1 两组疼痛与不适评分比较（$\bar{x} \pm s$）

组别	例数	操作前 Wong-Baker 面部疼痛评分	操作中 FLACC 评分	操作后 10 min 不适评分	操作中哭闹持续时间	操作后心率增幅	操作后安静恢复时间
观察组	56	3.82 ± 0.64	2.21 ± 0.53	1.48 ± 0.42	1.26 ± 0.38	10.35 ± 3.18	4.18 ± 1.06
对照组	56	3.79 ± 0.61	4.36 ± 0.78	3.12 ± 0.66	3.74 ± 0.92	18.62 ± 4.75	8.73 ± 1.92
t 值	–	0.254	17.061	15.688	18.645	10.827	15.525
P 值	–	0.800	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组配合及安抚效果比较

观察组主动配合摆位 49 例（87.50%）、操作前完成情景告知 52 例（92.86%）、操作中可被安抚 50 例（89.29%），分别高于对照组 38 例（67.86%）、43 例（76.79%）、39 例（69.64%）。观察组操作后愿意再次进入诊疗区 47 例（83.93%），高于对照组 35 例（62.50%）；明显抗拒行为 8 例（14.29%），少于对照组 21 例（37.50%）。照护者即时满意两组差值为 16.07%，各项 χ^2 值为 4.667～7.556，P 值均<0.05，见表 2。

表 2 两组配合及安抚效果比较[n(%)]

组别	例数	主动配合摆位	操作前完成情景告知	操作中可被安抚	操作后愿意再次进入诊疗区	明显抗拒行为	照护者即时满意
观察组	56	49（87.50%）	52（92.86%）	50（89.29%）	47（83.93%）	8（14.29%）	51（91.07%）
对照组	56	38（67.86%）	43（76.79%）	39（69.64%）	35（62.50%）	21（37.50%）	42（75.00%）
x^2 值	–	6.231	5.617	6.620	6.556	7.864	5.134
P 值	–	0.013	0.018	0.010	0.010	0.005	0.023

2.3 两组操作效率与恢复情况比较

观察组单次操作完成时间为 6.42 ± 1.18 min，对照组为 8.96 ± 1.72 min；观察组一次配合成功用时和操作暂停累计时间分别为 4.15 ± 0.92 min、0.82 ± 0.31 min，短于对照组 6.87 ± 1.35 min、1.96 ± 0.64 min。观察组护士重复解释次数为 1.36 ± 0.47 次，少于对照组 2.85 ± 0.71 次；照护者焦虑评分和操作后睡眠受扰评分分别为 2.08 ± 0.56 分、1.18 ± 0.35 分，均低于对照组 3.49 ± 0.82 分、2.06 ± 0.54 分。单次操作完成时间两组差值为 2.54 min，各项 t 值为 9.113～13.095，P 值均<0.001，见表 3。

表 3 两组操作效率与恢复情况比较（$\bar{x} \pm s$）

组别	例数	单次操作完成时间	一次配合成功用时	操作暂停累计时间	护士重复解释次数	照护者焦虑评分	操作后睡眠受扰评分
观察组	56	6.42 ± 1.18	4.15 ± 0.92	0.82 ± 0.31	1.36 ± 0.47	2.08 ± 0.56	1.18 ± 0.35
对照组	56	8.96 ± 1.72	6.87 ± 1.35	1.96 ± 0.64	2.85 ± 0.71	3.49 ± 0.82	2.06 ± 0.54
t 值	–	9.113	12.459	11.996	13.095	10.626	10.233
P 值	–	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.4 两组风险事件及复评完成情况比较

观察组重复穿刺或重复处置 5 例（8.93%）、操作后持续哭闹超过 5 min 6 例（10.71%）、操作区轻度皮肤压痕 4 例（7.14%），分别少于对照组 15 例（26.79%）、18 例（32.14%）、13 例（23.21%）。观察组处置后恶心或面色苍白 3 例（5.36%）、诊疗流程延迟 7 例（12.50%），少于对照组 11 例（19.64%）、19 例（33.93%）。观察组离院前完成疼痛复评 53 例（94.64%），高于对照组 44 例（78.57%），各项 χ^2 值为 4.667～7.431，P 值均<0.05，见表 4。

表 4 两组风险事件及复评完成情况比较[n(%)]

组别	例数	重复穿刺或重复处置	操作后持续哭闹超过 5 min	操作区轻度皮肤压痕	处置后恶心或面色苍白	诊疗流程延迟	离院前完成疼痛复评
观察组	56	5（8.93%）	6（10.71%）	4（7.14%）	3（5.36%）	7（12.50%）	53（94.64%）
对照组	56	15（26.79%）	18（32.14%）	13（23.21%）	11（19.64%）	19（33.93%）	44（78.57%）
x^2 值	–	6.087	7.636	5.617	5.224	7.213	6.235
P 值	–	0.014	0.006	0.018	0.022	0.007	0.013

3 讨论

儿科诊疗操作中的疼痛不只来自穿刺或换药刺激，陌生环境和照护者紧张也会提前诱发回避。患儿若把操作区与强烈疼痛记忆联系起来，后续暴露、摆位和配合都会受影响[2]。操作前 Wong-Baker 面部疼痛评分观察组 3.82 ± 0.64 分、对照组 3.79 ± 0.61 分，两组起点接近；操作中 FLACC 评分 2.21 ± 0.53 分对 4.36 ± 0.78 分，操作后 10 min 不适评分 1.48 ± 0.42 分对 3.12 ± 0.66 分，操作中哭闹持续时间 1.26 ± 0.38 min 对 3.74 ± 0.92 min。细节化护理以年龄分层、表情卡、玩具演示和约定信号降低突然刺激，分散注意和低刺激体位支持减少疼痛行为。操作后心率增幅两组差值为 8.27 次/min，操作后安静恢复时间 4.18 ± 1.06 min 对 8.73 ± 1.92 min，反映恢复负荷下降；急性剧痛或创面范围较大时仍需医师评估镇痛方案[3]。

患儿配合质量决定操作能否在短时间内完成，也影响照护者对护理过程的信任。观察组主动配合摆位 49 例（87.50%），对照组 38 例（67.86%）；操作前完成情景告知 52 例（92.86%）对 43 例（76.79%），操作中可被安抚 50 例（89.29%）对 39 例（69.64%），操作后愿意再次进入诊疗区 47 例（83.93%）对 35 例（62.50%）。这些数据对应图卡告知、照护者同侧陪伴、举手暂停信号和 1 min 内再安抚流程，使患儿能预期下一步动作[4]。观察组明显抗拒行为 8 例（14.29%），少于对照组 21 例（37.50%）；照护者即时满意 51 例（91.07%）对 42 例（75.00%），说明家庭陪同从被动固定转为稳定支持。若照护者反复否定护士指令，应先调整其语言和站位，再继续处置[5]。

操作效率变化应放在疼痛控制、体位稳定和沟通负荷中理解，不能只看速度。观察组单次操作完成时间 6.42 ± 1.18 min，对照组 8.96 ± 1.72 min；一次配合成功用时 4.15 ± 0.92 min 对 6.87 ± 1.35 min，操作暂停累计时间 0.82 ± 0.31 min 对 1.96 ± 0.64 min，护士重复解释次数 1.36 ± 0.47 次对 2.85 ± 0.71 次。上述差异与干预前解释、固定带 1 指松紧、雾化面罩试戴 30 s 和换药前逐步暴露有关，可减少临时补救式沟通[6]。观察组照护者焦虑评分 2.08 ± 0.56 分，对照组 3.49 ± 0.82 分；操作后睡眠受扰评分 1.18 ± 0.35 分对 2.06 ± 0.54 分，表明操作当日家庭反应也随流程稳定而减轻。困难静脉通路或急诊拥挤时，护士应记录暂停原因和下一次预案[7]。

风险事件反映疼痛护理是否真正进入安全管理。观察组重复穿刺或重复处置 5 例（8.93%），对照组 15 例（26.79%）；操作后持续哭闹超过 5 min 6 例（10.71%）对 18 例（32.14%），提示疼痛预警和低刺激固定减少了肢体突然移动和安抚失败。观察组操作区轻度皮肤压痕 4 例（7.14%）对 13 例（23.21%），处置后恶心或面色苍白 3 例（5.36%）对 11 例（19.64%），与固定松紧复核、面色心率观察和操作后局部查看有关。诊疗流程延迟 7 例（12.50%）对 19 例（33.93%），离院前完成疼痛复评 53 例（94.64%）对 44 例（78.57%），说明复评记录使疼痛管理延续到离开诊疗区前[8]。遇到持续哭闹、局部肿胀、面色苍白或生命体征异常时，应暂停离院并重新评估疼痛来源和局部损伤。

综上所述，细节化疼痛护理能够降低儿科诊疗操作中的 FLACC 评分、操作后不适评分和哭闹持续时间，提高主动配合、可被安抚和离院前复评完成比例，并减少重复处置、持续哭闹、流程延迟等问题。该护理方案需要把年龄分层评估、情景告知、约定信号、分散注意和照护者协同连续执行。遇到急性剧痛或生命体征异常时，护士应及时启动医学评估和复评记录，避免把所有抗拒反应简单归入情绪问题。

参考文献：

[1]于莹莹.细节化护理干预对锁骨下深静脉置管患者的效果[J].中国城乡企业卫生,2026,41(7):100-102.DOI:10.16286/j.1003-5052.2026.07.034.

[2]黄辉.儿科急诊护理中疼痛管理效果的影响因素及优化路径探讨[J/OL].中国典型病例大全,1-6[2026-08-05].https://doi.org/10.20256/j.cnki.zgdxbl.20260514.009.

[3]荣心怡,顾莺,傅唯佳,等.儿科 ICU 护士疼痛评估知识与技能的多中心调查[J].护理学杂志,2025,40(24):54-58.

[4]王园园,王文华,贾英萍,等.儿科护理人员对儿童肿瘤术后疼痛管理认知的影响因素分析[J].中国卫生统计,2024,41(1):76-79.

[5]舒琪,程晓英,陈朔晖.社交机器人在缓解儿科操作性疼痛中的应用进展[J].护理与康复,2024,23(2):89-92.

[6]范文琪,赵蕊,刘晓夏,等.智能机器人在儿科患者疼痛干预中应用的范围综述[J].中华护理杂志,2024,59(18):2277-2282.

[7]郭晓莉,汪君,吴云雪.儿科护理中护士对患儿操作性疼痛管理的质性研究[J].中国乡村医药,2024,31(18):6-8.DOI:10.19542/j.cnki.1006-5180.2309-278.

[8]梅晶晶,陈灵,宁景嫣,等.儿科门诊肌内注射苄星青霉素患者疼痛管理循证实践[J].国际医药卫生导报,2022,28(13):1897-1903.