

# 神经外科术后疼痛管理实施综合性疼痛护理

朱云娇

航天中心医院神经外科，北京，100049；

**摘要：**目的：探究综合性疼痛护理在神经外科术后患者疼痛管理中的应用效果。方法：选择我院 2024 年 10 月至 2025 年 10 月收治的 80 例神经外科手术患者作为研究对象，按手术顺序分为对照组（n=40）与试验组（n=40），对照组采用术后常规护理，试验组在此基础上实施综合性疼痛护理，比较两组患者术后不同时间点疼痛评分、疼痛缓解时间、护理满意度及术后并发症发生率。结果：术后 6h、12h、24h、48h 试验组的 VAS 评分低于对照组（P<0.05）；试验组疼痛缓解时间短于对照组（P<0.05）；护理满意度为 95.00%，高于对照组的 77.50%（P<0.05）；并发症发生率为 7.50%，低于对照组的 27.50%（P<0.05）。结论：在神经外科术后患者疼痛管理中，综合性疼痛护理有利于缓解患者疼痛感，避免其疼痛缓解时间较长，也使患者护理满意度较高，减少了头痛加重、恶心呕吐等症状出现的可能性，值得推广应用。

**关键词：**神经外科；手术；疼痛管理；综合性疼痛护理

**DOI：**10.69979/3029-2808.25.12.072

神经外科手术因涉及颅脑、脊髓等特殊解剖部位，手术创伤常引发中至重度术后疼痛，发生率高达 70%以上<sup>[1]</sup>。此类疼痛不仅会导致患者出现血压升高、心率加快等生理应激反应，还可能加剧颅内压波动，延缓神经功能恢复进程。当前临床对神经外科术后疼痛的管理往往从常规护理模式入手，依据遵医嘱给药、基础生命体征监测、并发症预防、基础护理的顺序完成，未对患者疼痛情况进行评估和针对性的干预，从而导致患者的疼痛管理效果欠佳。随着临床护理向“人文关怀与精准干预”转型，综合性疼痛护理凭借“动态评估-多维度干预-心理支持”的整合优势，逐渐成为术后疼痛管理的重要方向<sup>[2]</sup>。因此，本文针对综合性疼痛护理在神经外科术后患者疼痛管理中的应用效果展开研究，现报告如下：

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

研究对象来源于 2024 年 10 月至 2025 年 10 月在我院接受神经外科手术的患者，依据手术顺序分为例数一致的两组，其中对照组 40 例，男 22 例，女 18 例；年龄 28~65 岁，平均 (45.32±6.78) 岁；手术类型：颅脑肿瘤切除术 15 例，脑血管畸形切除术 12 例，脑外伤清创术 13 例。试验组 40 例，男 23 例，女 17 例；年龄 29~66 岁，平均 (46.15±7.02) 岁；手术类型：颅脑肿瘤切除术 14 例，脑血管畸形切除术 13 例，脑外伤清创术 13 例。两组患者上述信息均衡可比（P>0.05）。

纳入标准：①符合神经外科手术指征且无禁忌证；②机体无术后严重并发症；③未合并感染类、精神类特殊疾病；④入组对象对本研究知情同意。

排除标准：①术后生命体征不稳定；②术后发生严

重并发症；③认知能力、沟通能力异常或合并精神疾病。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组

对照组接受术后常规护理，由护理人员利用临床专业方式对患者体温、呼吸、血压等指标值进行密切监测、记录；在立足医嘱的基础上提供布洛芬、曲马多等止痛药物，为患者讲解术后疼痛的原因、应对措施、注意事项，告知患者翻身的要求及咳嗽的正确方式，避免出现牵拉伤口的情况；评估患者有无出现并发症，依据实际情况进行处理，并介入饮食指导、基础干预。

#### 1.2.2 试验组

试验组在对照组基础上采用综合性疼痛护理，具体如下：（1）动态化疼痛评估：护理人员在患者术后 6 小时内启动首次疼痛评估，采用视觉模拟评分法（Visual Analogue Scale, VAS）结合面部表情疼痛量表（Faces Pain Scale-Revised, FPS-R），每 2 小时评估 1 次患者疼痛程度，同时记录疼痛的具体部位、性质及诱发因素；根据评估结果划分疼痛等级：VAS 评分 1~3 分为轻度疼痛、4~6 分为中度疼痛、7~10 分为重度疼痛，并将评分及疼痛细节实时记录在护理单上<sup>[3]</sup>。（2）多维度非药物镇痛：针对轻度至中度疼痛患者，实施多维度非药物干预。护理人员每日定时为患者播放舒缓的古典音乐或自然音效，每次 20min，播放期间调暗病房灯光、拉上窗帘，减少外界干扰，通过听觉放松缓解疼痛感知；告知患者渐进式肌肉放松训练对缓解疼痛的作用，阐明此种训练的正确流程，引导患者从脚趾开始逐步收紧再放松全身肌肉，最后聚焦头部与颈部肌肉，每次 15min，每日 3 次；护理人员及时为患者准备温毛巾，较小力度敷在伤口敷料外侧，温度以 38~40℃ 为标准值，每次热

敷时间控制在 10min 即可，每日 2 次。（3）个体化药物镇痛管理：对中度疼痛患者，采用“按时给药”模式，按医嘱给予非甾体类抗炎药，用药后 30 分钟再次评估疼痛评分，若 VAS 评分未下降至 3 分以下，及时与医生沟通调整用药剂量或种类；对重度疼痛患者，优先采用静脉滴注镇痛药物，滴注期间高度关注患者心率、呼吸情况，并明确血压有无较大波动，警惕药物引发的呼吸抑制、低血压等不良反应；倘若患者年龄偏大或肝肾功能异常，则适当减少药物剂量，延长给药间隔时间。（4）体位护理与活动指导：护理人员需将患者手术类型作为参考因素，对卧床体位展开调整；在颅脑手术患者中，采取床头抬高 15~30° 的斜坡卧位，减轻颅内压对脑组织的压迫，避免患者的前额部胀痛感较强；在颈椎相关神经外科手术患者中，通过颈托对颈部展开固定，协助翻身时保持头、颈、躯干呈一条直线，避免颈部扭转牵拉伤口引发疼痛<sup>[4]</sup>。从患者术后恢复的层面来看，护理人员遵循分阶段的原则指导其参与至床上活动，在术后 1~2 天，鼓励患者完成四肢关节被动活动，每次 10min，开展频率为 2 次/日；术后 3~4 天指导患者自主进行缓慢的翻身、坐起动作，动作幅度控制在患者可耐受范围内<sup>[5]</sup>。（5）疼痛相关心理干预与健康宣教：护理人员每日与患者展开 20min 左右的倾心交谈，了解患者对疼痛的观点和担忧，询问患者“疼痛是否影响睡眠”“是否担心疼痛会持续很久”，通过共情式回应缓解患者焦虑、恐惧情绪，告知患者术后疼痛是暂时的，随着伤口愈合会逐渐减轻；为患者及家属阐明神经外科手术后疼痛感

的影响因素、预防措施、控制方法，提出有效控制减轻疼痛感的案例，对患者和家属的疑问做到耐心、专业的解答。

### 1.3 观察指标

（1）VAS 评分：将患者术后 6h、12h、24h、48h 作为评估该指标的时间点，利用视觉模拟评分法（Visual Analogue Scale, VAS）<sup>[6]</sup>完成，最低值、最高值为 0 分、10 分，分值越高，提示患者疼痛感越强。

（2）疼痛缓解时间：从术后首次主诉疼痛至 VAS 评分降至 3 分及以下且持续 2h 的时间。

（3）护理满意度：术后 7d 采用医院自制护理满意度量表评估，100 分为满分，对于 80~100 分的患者，判定其对本次护理非常满意；60~79 分代表满意；60 分以下代表不满意。

（4）术后并发症发生率：记录每组分别多少例患者出现头痛加重、恶心呕吐、伤口感染情况，将总发生率作为对比的重要指标。

### 1.4 统计学方法

通过 SPSS26.0 软件处理数据，计量资料以（ $\bar{X} \pm S$ ）表示，组间比较用 t 检验；计数资料以[n (%)]表示，组间比较用  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者术后不同时间点 VAS 评分比较

试验组术后不同时间点 VAS 评分较对照组低 ( $P < 0.05$ )，见表 1。

表 1 两组患者术后不同时间点 VAS 评分比较(分,  $\bar{X} \pm S$ )

组别	例数	术后 6h	术后 12h	术后 24h	术后 48h
对照组	40	6.84±1.24	5.76±1.05	4.70±0.95	3.69±0.82
试验组	40	4.20±1.05	3.16±0.88	2.56±0.72	1.95±0.60
t 值		10.276	12.003	11.354	10.831
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

### 2.2 两组患者疼痛缓解时间及护理满意度比较

从两组疼痛缓解时间的比较分析，更短的组别为试验组 ( $P < 0.05$ )；且该组的护理满意度超过了对照组 ( $P < 0.05$ )，见表 2。

表 2 两组患者疼痛缓解时间及护理满意度比较

组别	例数	疼痛缓解时间(h, $\bar{X} \pm S$ )	护理满意度[n (%)]
对照组	40	26.77±4.52	31 (77.50)
试验组	40	18.23±3.20	38 (95.00)
t/ $\chi^2$ 值		9.753	5.165
P 值		0.000	0.023

### 2.3 两组患者术后并发症发生率的比较

两组术后并发症发生率差异较大，其中试验组更低 ( $P < 0.05$ )，见表 3。

表3 两组患者术后并发症发生率的比较[n (%) ]

组别	例数	头痛加重	恶心呕吐	伤口感染	总发生率
对照组	40	5 (12.50)	3 (7.50)	3 (7.50)	11 (27.50)
试验组	40	1 (2.50)	1 (2.50)	1 (2.50)	3 (7.50)
$\chi^2$ 值					5.541
P值					0.019

### 3 讨论

神经外科术后疼痛问题在目前临床受到广泛关注，该问题与多因素密切相关。研究指出，手术创伤直接损伤头皮、颅骨、硬脑膜及周围神经，引发组织炎症反应，释放前列腺素等致痛物质<sup>[7]</sup>。且术后颅内压波动刺激脑膜与脑血管，导致患者面临不同程度的胀痛感<sup>[8]</sup>；切口牵拉、引流管刺激及体位不当，同样使患者陷入局部疼痛的困境中。在此背景下，对神经外科手术患者的术后疼痛管理尤为重要。从生理层面分析，术后疼痛管理可减轻疼痛引发的血压升高、心率加快等应激反应，避免颅内压骤升，防止脑血管痉挛、脑水肿等加剧患者术后不适感。

术后常规护理以基础保障为切入点，在降低患者疼痛感方面作用有限。而综合性疼痛护理以“精准镇痛、多维度干预”为核心，包括动态化评估，用VAS结合FPS-R定时评估疼痛，记录性质、诱因与部位，动态调整方案；多手段干预，融合药物与非药物措施等<sup>[9]</sup>。此种护理具有精准匹配需求的优势，转变之前“一刀切”的方式，通过不同措施保障镇痛效果；心理干预对于神经外科手术患者同样彰显出较大价值，可以降低情绪对疼痛的放大作用，使患者耐受度达到相对理想的状态。

本研究结果显示，在术后不同时间点VAS评分的对比中，表现为试验组比对照组低( $P<0.05$ )，原因在于动态化疼痛评估能实时捕捉疼痛变化，避免疼痛加剧后再干预；多维度非药物镇痛通过音乐、放松训练调节神经感知，热敷促进局部循环，从非药物层面减轻疼痛；从个体化药物镇痛的角度分析，其依据患者不同疼痛程度采取相匹配的给药方式，确保药物达到显著效果减轻疼痛感；体位护理以调整卧位为主，减轻颅内压或伤口牵拉，在控制疼痛诱因方面作用显著。本研究结果还显示，试验组的疼痛缓解时间为(18.23±3.20) h，相比对照组的(26.77±4.52) h更具优势( $P<0.05$ )，主要因为非药物干预与药物协同作用，加速疼痛缓解；体位护理减少疼痛诱因，避免疼痛反复。多手段协同，从“早发现、精准干预、减少诱因”缩短疼痛缓解时间<sup>[10]</sup>。与对照组77.50%的护理满意度相比，试验组的95.00%更高( $P<0.05$ )，主要因为开展综合性疼痛护理的过程中，动态评估使患者感受到疼痛被关注，多维度干预避免其康复期间面临较强疼痛感，机体舒适感更强，心理干预对患者扮演着倾听者、引导者的角色，落实了情

感支持，所以患者对护理内容、护理效果更加认可。此外，两组术后并发症发生率区别较大，主要是试验组比对照组低( $P<0.05$ )，这源于疼痛缓解减少因疼痛引发的应激反应，如血压升高、心率加快，降低颅内压波动风险，减少脑血管痉挛等并发症。

综上所述，在神经外科术后疼痛管理中，综合性疼痛护理实现了减轻患者疼痛感的目标，解决患者护理满意度偏低的问题，防止较多并发症影响患者康复效率。

### 参考文献

- [1]樊燕琼,傅京华,刘小惠等.以护士为主导的多学科围术期疼痛护理在ICU重症颅脑损伤手术患者中的应用效果[J].当代医药论丛,2025,23(13):186-189.
- [2]刘明香,彭灿,吴秋萍等.神经外科重症监护室患者的疼痛管理策略与护理实践[J].中华神经外科疾病研究杂志,2024,18(05):54-56.
- [3]邓梅荣.神经外科术后疼痛管理实施综合性疼痛护理的效果分析[J].中外医药研究,2024,3(12):112-114.
- [4]李丹,姚莉莉,张倩如等.循证护理用于神经外科患者术后疼痛管理效果[C]//榆林市医学会.第四届全国医药研究论坛论文集(下).上海市普陀区利群医院;,2024:543-547.
- [5]蓝妍琼,孙美珍,姚月莲等.疼痛护理模式在颅脑术后患者中的临床应用[J].吉林医学,2023,44(12):3593-3595.
- [6]王明珠.疼痛护理干预对改善轻型颅脑损伤患者睡眠质量的效果评价[J].世界睡眠医学杂志,2023,10(06):1381-1383.
- [7]赵晓丹.神经外科术后疼痛管理中应用综合性疼痛护理的效果及对生活质量的影响[J].河北医药,2022,44(19):3031-3034.
- [8]韦宝珍.疼痛护理干预对改善神经外科颅脑外伤患者生活质量的效果评价[J].外科研究与新技术,2022,11(01):73-76.
- [9]王丽芳,林枚,周彩云等.疼痛护理对神经外科颅脑损伤患者睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2021,8(10):1831-1832.
- [10]陈璐,王芳,狄恒丹等.颅内肿瘤患者围手术期疼痛管理方案的构建及应用研究[J].中华护理杂志,2021,56(06):824-830.