

髓核摘除术患者围术期实施标准化疼痛护理的应用效果研究

赵思涵

上海中医药大学附属龙华医院 200032

【摘要】目的：探讨标准化疼痛护理在髓核摘除术患者围术期的应用效果。**方法：**回顾性选取 2024 年 9 月-2025 年 7 月上海中医药大学附属龙华医院收治的髓核摘除术患者 58 例，采用随机数字表法分为对照组和观察组各 29 例。对照组进行常规护理，观察组进行标准化疼痛护理。对比疼痛评分、腰椎活动度、腰椎功能障碍。**结果：**干预后，观察组 NRS/VAS 评分为（ 2.52 ± 1.48 ）分，低于对照组的（ 3.28 ± 1.42 ）分；观察组 ODI 评分为（ 5.08 ± 2.06 ）分，低于对照组的（ 6.18 ± 2.08 ）分；观察组腰椎侧屈、旋转、后伸活动度均大于对照组，差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。**结论：**髓核摘除术患者围术期实施标准化疼痛护理可降低术后疼痛，改善腰椎功能，效果显著。

【关键词】腰椎间盘突出症；髓核摘除术；围术期；标准化疼痛护理

椎间盘突出症是脊柱外科常见疾病，髓核摘除术作为其有效治疗手段，可显著缓解神经压迫症状，但围术期疼痛管理仍面临重大挑战。研究表明，约 30%~50% 的患者术后存在中重度疼痛，不仅延缓康复进程，还可能诱发焦虑、睡眠障碍等并发症，甚至导致慢性疼痛综合征。传统疼痛护理多依赖药物镇痛，缺乏系统化、个体化干预，难以满足患者快速康复的需求。标准化疼痛护理通过多学科协作，整合术前评估、术中保护及术后多模式镇痛策略，可达到优化疼痛控制并改善预后的效果。本研究探讨标准化疼痛护理对髓核摘除术患者围术期的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性选取 2024 年 9 月-2025 年 7 月上海中医药大学附属龙华医院收治的髓核摘除术患者 58 例。纳入标准：①符合腰椎间盘突出症诊疗指南标准，确诊腰椎间盘突出症；②年龄 18~80 岁；③符合髓核摘除术适应证；④意识清醒，能够进行疼痛评估及康复训练；⑤签署知情同意书。排除标准：①合并腰椎滑脱；②合并精神疾病或认知功能障碍；③临床资料不完整；④中途退出研究。采用随机数字表法分为对照组和观察组各 29 例。对照组男 13 例，女 16 例；年龄（ 60.38 ± 2.34 ）岁；腰椎间盘突出类型：脱出型 15 例，突出型 14 例；病程（ 1.52 ± 0.56 ）年。观察组男 14 例，女 15 例；年龄（ 60.42 ± 2.28 ）岁；腰椎间盘突出类型：脱出型 16 例，突出型 13 例；病程（ 1.48 ± 0.58 ）年。两组患者一般资料比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

对照组实施常规护理。术前向患者解释手术流程，完善术前检查；术中保持正确体位并保护受压部位；术后密切观察切口情况，遵医嘱给予镇痛药物。观察组实施标准化疼痛护理，具体如下：（1）疼痛教育：发放图文手册，告知术后 24~48h 疼痛最明显，3d 后逐渐减轻；解释疼痛来源为神经根水肿、切口牵拉。教会腹式呼吸法、侧卧屈膝减轻腰部压力。指导填写疼痛日记，每日核查反馈。（2）多模式镇痛：术后预防性使用地塞米松、甘露醇减少炎症反应。轻度疼痛用非甾体抗炎药，冰敷切口每次 15min；中重度疼痛用曲马多或镇痛泵。术后 6h 轴线翻身，24h 指导踝泵运动，48h 佩戴腰围下床活动（每次 ≤ 5 min）。老年患者减少阿片剂量，慢性疼痛者联合普瑞巴林。（3）心理支持：纠正“疼痛等于手术失败”的错误信念；告知术后放射痛是神经恢复过程；播放舒缓音乐，指导放松训练；家属协助记录疼痛变化。

1.3 观察指标

(1) 疼痛评分：采用 NRS 数字评分或 VAS 视觉模拟评分评估疼痛，0~10 分，分数越高疼痛程度越严重。(2) 腰椎功能障碍：采用 Oswestry 功能障碍指数 (ODI) 评估，量表共包括 10 项内容，采用 5 级评分法，分值越高腰椎功能障碍越严重。(3) 腰椎活动度：采用通用量角器测定两组腰椎侧屈、腰椎旋转、腰椎后伸活动度。

1.4 统计学方法

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

2 结果

2.1 两组患者疼痛及腰椎功能障碍评分比较

干预前，两组 NRS/VAS 评分、ODI 评分差异无统计学意义 (P>0.05)。干预后，两组两项评分均较干预前降低，且观察组低于对照组，差异有统计学意义 (P<0.05)。见表 1。

表 1 两组患者疼痛及腰椎功能障碍评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	NRS/VAS 评分		ODI 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	29	6.42±1.34	3.28±1.42*	22.18±3.18	6.18±2.08*
观察组	29	6.18±1.52	2.52±1.48* [△]	22.26±3.22	5.08±2.06* [△]
t 值		0.635	2.008	0.095	2.022
P 值		0.528	0.049	0.925	0.048

注：与本组干预前比较，*P<0.05；与对照组干预后比较，[△]P<0.05

2.2 两组患者腰椎活动度比较

干预前，两组腰椎侧屈、旋转、后伸活动度差异无统计学意义 (P>0.05)。干预后，两组各项活动度均较干预前提高，且观察组大于对照组，差异有统计学意义 (P<0.05)。见表 2。

表 2 两组患者腰椎活动度比较 (°, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	腰椎侧屈		腰椎旋转		腰椎后伸	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	29	23.06±4.28	27.88±4.2 2*	32.68±3.5 2	36.28±3.54* 2	12.42±2.5 8	27.32±2.4 8*
观察组	29	22.92±4.32	32.52±4.1 8* [△]	32.74±3.4 8	40.92±3.26* [△]	12.38±2.6 2	30.42±2.3 2* [△]
t 值		0.123	4.142	0.065	5.142	0.058	4.872
P 值		0.903	<0.001	0.948	<0.001	0.954	<0.001

注：与本组干预前比较，*P<0.05；与对照组干预后比较，[△]P<0.05

3 讨论

髓核摘除术虽能有效解除神经压迫，但术中不可避免地出现软组织牵拉、神经根刺激及术后炎症反应，这些仍是导致疼痛的重要因素。传统观点认为术后疼痛主要源于机械性损伤，但近年研究指出，神经敏化和炎症介质的释放在术后慢性疼痛中起关键作用。常规护理模式往往侧重于药物镇痛，而忽视了个体化评估、多模式镇痛及心理支持，导致疼痛控制不理想。

本研究结果显示，干预后观察组 NRS/VAS 评分、ODI 评分均低于对照组 (P<0.05)。分析原因：常规护理依赖单一药物镇痛，镇痛效果有限且易引发副作用。观察组通过术前疼痛认知教育和术后康复指导，帮助患者正确应对疼痛，减少因恐惧导致的肌肉紧张。标准化护理采用预防性镇痛，术前预镇痛结合术中神经保护及术后阶梯给药，有效控制疼痛。观察组结合硬膜外阻滞或局部浸润麻醉，使术后疼痛评分显著降低。ODI 评分的改善进一步证实了疼痛控制对功能恢复的促进作用。本研究结果显示，干预后观察组腰椎侧屈、旋转、后伸活

动度均大于对照组（ $P<0.05$ ）。表明标准化疼痛护理可有效改善腰椎活动度。分析原因：疼痛得到有效控制后，患者更愿意早期进行功能锻炼，减少了因疼痛导致的活动回避。踝泵运动、佩戴腰围下床活动等早期康复措施，促进了腰椎功能的恢复。心理支持缓解了患者对活动的恐惧，提高了康复训练的依从性。多模式镇痛策略确保了患者在无痛或轻微疼痛状态下完成康复训练，避免了因疼痛导致的肌肉保护和关节僵硬。

综上所述，髓核摘除术患者围术期实施标准化疼痛护理可降低术后疼痛，改善腰椎功能障碍，增大腰椎活动度，效果显著，具有临床推广价值。

参考文献：

[1]韩多.图画式护理准备清单联合认知-情感-行为一体化干预模式在经皮脊柱内窥镜下腰椎间盘突出髓核摘除中的作用[J].中华养生保健,2025,43(05):168-170+174.

[2]李晨.预见性护理结合康复训练对后路腰椎间盘突出镜椎间盘髓核摘除术围手术期疼痛症状及腰椎功能的影响[J].中国现代药物应用,2025,19(04):177-180.

[3]邢丰娟.经皮椎间孔镜椎间盘髓核摘除术围术期系统和常规康复护理干预的对比研究[J].河南外科学杂志,2023,29(01):174-177.

[4]王欢.髓核摘除术患者围术期实施标准化疼痛护理的应用效果研究[J].中国标准化,2026,(04):306-310.

[5]曾晨.多学科协作式快速康复理念在椎间孔镜髓核摘除术围手术期护理中的应用[J].微创医学,2025,20(05):593-597.

[6]刘琦,孙秋宁,张岚,等.多维度协同管理在腰椎间盘突出症经皮内镜椎板间入路髓核摘除术患者围术期中的应用效果[J].中国社区医师,2025,41(26):79-81.