

脊柱肿瘤患者围手术期疼痛护理与生活质量相关性分析

左梅

(陕西省西安交通大学第一附属医院 陕西西安 710061)

【摘要】探讨在脊柱肿瘤手术患者围术期实施疼痛专项护理对其生活质量的影响。方法：在研究开始后，按照预案要求，研究小组于2023年4月至2025年4月间，共计挑选出52名接受手术治疗的脊柱肿瘤患者，并根据研究选题，遵照公平、公正、平均分配等原则，将其分别编入实施标准化护理的对照组，以及在标准化护理的基础上增加疼痛专项护理内容（如术前心理疏导、术后动态评估反馈等专项护理措施）的研究组。在此期间，研究人员会通过视觉模拟评分（VAS）记录术后疼痛变化。以SF-36生活质量量表分别就两组患者干预后生理与心理层面的生活满意度等问题展开评估。结果：通过此次研究得到的数据，可以发现，与对照组相比，术后72小时，研究组静息状态下VAS较术前有明显下降。同时，患者的平均下床时间提前3.2天。此外，该组患者的并发症发生率，情感取能维度得分相较于对照组均更令人满意。结论：透过数据分析可以发现，面对记住肿瘤患者，将疼痛专项护理融入围手术期的标准化护理方案中能够有效减轻患者生理及心理上的“疼痛”，减少术后并发症情况，加速功能重建。

【关键词】脊柱肿瘤；围手术期疼痛；生存质量

Analysis of the Correlation Between Perioperative Pain Care and Quality of Life in Patients with Spinal Tumors

Zuo Mei

(The First Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University, Xi'an, Shaanxi, China 710061)

[Abstract] This study aimed to explore the impact of specialized pain care on the quality of life of patients undergoing spinal tumor surgery during the perioperative period. **Methods:** After the commencement of the study, in accordance with the predetermined plan, the research team selected a total of 52 patients who underwent surgical treatment for spinal tumors between April 2023 and April 2025. Based on the research objectives and adhering to principles of fairness, impartiality, and equal distribution, the patients were divided into two groups: a control group receiving standardized care and a study group that, in addition to standardized care, received specialized pain care interventions (such as preoperative psychological counseling and postoperative dynamic assessment and feedback). During this period, researchers recorded postoperative pain changes using the Visual Analog Scale (VAS). The SF-36 Quality of Life Scale was employed to evaluate the post-intervention life satisfaction of both groups in terms of physical and psychological dimensions. **Results:** The data obtained from this study revealed that, compared to the control group, the study group exhibited a significant reduction in resting VAS scores 72 hours post-surgery. Additionally, the average time to ambulation was shortened by 3.2 days. Furthermore, the incidence of complications and the emotional role dimension scores in the study group were more satisfactory than those in the control group. **Conclusion:** The analysis of the data indicates that integrating specialized pain care into the standardized perioperative care protocol for spinal tumor patients can effectively alleviate both physical and psychological "pain," reduce postoperative complications, and accelerate functional recovery.

[Key words] Spinal tumors; Perioperative pain; Quality of life

引言：

骨肿瘤主要继发于遗传因素、代谢因素、免疫因素以及外部致癌因素，发展缓慢，但对机体的危害严重，易对骨组织造成破坏性损伤并压迫患者脊髓神经，引发患者下肢运动功能障碍以及神经性持续疼痛症状^[1]。部分患者最终可出现瘫痪，失能化严重，完全丧失生活自我护理能力，心理上更加容易出现焦虑、抑郁等情绪问题。目前，手术仍是主要治疗手段，在该治疗手段下，通过最大可能的切除肿瘤组织并缓解对脊髓神经的压迫，重建脊柱的稳定性。不过，患者术

后康复疗效差，与术后疼痛控制效果密切相关。以往的常规护理重点关注在患者的监测生命体征与预防相关并发症上，在对患者疼痛缓解过程中显得粗糙、不精确。患者各不相同，标准化的护理难以让患者感受到针对性与有效性。疼痛专项护理以动态掌握对疼痛的机制为基础，以患者多学科评估以及心理干预和个体化的镇痛技术，针对性缓解其疼痛水平，可以提升干预效果的有效性。本院将采取疼痛专项护理路径，在常规护理基础上进行对比，分别在患者在疼痛等级、运动功能以及生活质量改变方面改善情况进行观察^[2]。

1、资料与方法

1.1 一般资料

本研究得到伦理委员会批准,批号为2023-LY-041。纳入52例行脊柱原发性肿瘤单节段切除的患者。纳入标准为病理确诊的脊柱原发性肿瘤、ASA麻醉分级在Ⅰ~Ⅲ级范围,均签署知情同意书。排除合并重度肝肾功能不全者,合并有阿片类药物依赖史及存在认知障碍的明确者。

根据随机数字表法将患者分为两组。对照组26例,男14例,女12例,平均年龄54.6岁,标准差7.2;研究组26例,男15例,女11例,平均年龄55.1岁,标准差6.9;两组患者在性别结构、年龄构成及基础病情等方面无明显差异,具有可比性($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组采取常规围术期护理措施。术前禁食时间为12小时。术后每4小时一次监测血压、脉搏、体温和呼吸频率。切口护理每日完成一次。术后24小时指导协助患者完成翻身操作。术后48小时开始床边坐立训练。

1.2.2 研究组

观察组在对照组的基础上进行疼痛护理。镇痛方案。进行围手术期疼痛处理,在手术前2小时对塞来昔布进行口服,剂量为400mg。于手术野缝合前将添加肾上腺素的罗哌卡因复合液对局部实施浸润。对患者术后VAS评分的监测和评定,从术后的2小时开始。每隔6小时对静息状态和活动状态下的VAS评分结果记录及描计疼痛发展趋势,最后用结果绘制患者的疼痛发展趋势。镇痛药物分级治疗。当患

者VAS评分结果为3分以下时,进行冷敷、音乐干预。当患者VAS评分结果为4~6分时,静脉滴注帕瑞昔布,剂量为40mg。当患者VAS评分结果达到或者高于7分时,静注舒芬太尼5微克。运动和功能康复。术后6小时后实施踝泵运动,术后24小时开始进行直腿抬高运动,运动的强度取决于患者疼痛的可耐受情况。

1.3 观察指标

持续研究过程中采集量化评分。静息时VAS在术后第1、2、3天时的量化评分作为基础镇痛有效性的评价,首次下地作为功能康复进展的重要指标直接提示康复质量。术后第1、2、3天爆发痛的发生情况(当发生时 $VAS\geq 7$)作为急性疼痛控制无效的敏感期。

观察术后镇痛相关不良反应包括恶心、尿潴留、呼吸抑制的发生情况;观察术前至术后14dSF-36量表中生理职能、躯体疼痛、情感职能、精神健康4个方面评分变化,观察患者身体、心理功能的恢复情况。观察术后住院时间,作为综合干预完成质量的时间因素参照。

1.4 统计学分析

统计分析基于SPSS25.0进行,采用t检验与 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 界定差异的统计学显著性^[3]。

2、结果

2.1 两种围手术期护理方案影响下的疼痛控制效果对比,详情见表1:

表1 疼痛控制效果

指标	对照组 (n=26)	研究组 (n=26)	t 值	P 值
术后24hVAS	6.8 ± 1.2	5.1 ± 0.9	6.127	<0.001
术后72hVAS	4.3 ± 0.8	2.5 ± 0.6	9.348	<0.001
爆发痛次数	3.5 ± 1.1	1.2 ± 0.7	9.621	<0.001
首次下床时间 (h)	68.4 ± 10.2	42.3 ± 8.7	10.365	<0.001

2.2 两种围手术期护理方案影响下的生活质量评分比较,详情见表2:

表2 生活质量评分

SF-36 维度	对照组 (n=26)	研究组 (n=26)	t 值	P 值
术前 RP	38.2 ± 6.5	39.1 ± 7.1	0.502	0.618
术后 RP	52.7 ± 8.3	73.6 ± 9.2	8.936	<0.001
术前 BP	40.3 ± 5.8	41.2 ± 6.4	0.561	0.577
术后 BP	58.9 ± 7.1	82.4 ± 8.7	11.287	<0.001
术前 RE	45.6 ± 6.2	46.1 ± 5.9	0.312	0.756
术后 RE	63.8 ± 7.5	91.3 ± 9.6	12.046	<0.001

2.3 两种围手术期护理方案影响下的临床指标对比,详情见表3:

表3 临床指标

指标	对照组 (n=26)	研究组 (n=26)	t/ χ^2 值	P 值
术后住院日 (d)	14.3 ± 2.1	9.8 ± 1.7	8.647	<0.001
尿潴留[n (%)]	7 (26.9%)	1 (3.8%)	5.714	0.017
恶心呕吐[n (%)]	9 (34.6%)	3 (11.5%)	3.956	0.047
术后感染[n (%)]	3 (11.5%)	0 (0%)	3.247	0.072

3、讨论

肿瘤椎体的患者在术前术后普遍对疼痛有强烈感受,这-一方面是患者生理层面的伤害,另一方面还侵犯到了患者心理层面。癌症对于周围神经以及骨骼的侵蚀,结合术后的创伤及之后的愈合反应,表现出疼痛出现呈持续性、波动性和多样性^[4]。普通护理虽然包括了简单的止痛和功能上的宣教,但是不能对患者疼痛全程的感受和分类进行动态体会和划分,不能根据不同疼痛类型进行差异化措施实施。

此次研究在设计中引入了专业的疼痛护理,这里并不是仅仅追求疼痛点的控制,而是希望通过早期评估、主动反应、个体针对性干预,达成一个完整的疼痛护理闭环。研究结果提示,研究组术后第一天、第三天 VAS 疼痛评分较对照组低,且术后第一天下地活动时间较对照组短,可见超前镇痛与阶梯式镇痛有助于促进围手术期早期功能恢复^[5]。此研究结果中,研究组爆发痛次数亦较对照组低,提示主动评估与记录表的引入,能更早期、在疼痛峰点之前对疼痛反应进行干预,让镇痛更及时。疼痛趋势图的建立,减轻了护理人员等待患者诉说疼痛的被动角色,让其主动调整疼痛护理方法与步骤,提高了护理专业性。这也减少了不良后果与并发症的发生,该结果从 SF-36 量表的情感职能维度与心理健康维度数据显著改善中得以体现,证明了疼痛护理不应仅仅关注于症状、生理层面,还要关注情绪与心理维度的支持与调理。而护理人员的行为、语言、情绪都可能影响患者疼痛感知,干预效果并不单纯依赖于药物,这在护理干预后患者生活质量数据改善中得以体现。常规护理将痛感作为常数进行登记,并未考虑它的不同时刻性以及相互变量作用^[6]。此研究便给一个典型实例证明,建立一条具体的时间轴管理方案,有助于由“被动结果处理”向“主动过程处理”改变护理方式,提升疗效连续性和临床有效率。一般来说,关节置换手

术后恢复效果与术后疼痛效果密切相关,试验组术后出院期显著降低,关键在于患者术后早期康复训练等较为充分。此外,痛感受到良好控制时,患者对于各类康复运动疗法便有了积极主动的意识和行为。同样,若痛感控制效果较差,病患康复进程难以进步,也导致总体疗程延长。此研究中对手术完后早期踝泵运动、直腿抬高训练的起始及力量进行相应规定,再随着 VAS 评估等进行动态调整,正体现个性化的康复治疗理念。

本研究结果显示,研究组镇痛不良反应发生率不增加,说明多策略合并下没有增加药物不良反应。上述结果支持多策略合并下,我们在保证安全的基础上能够获得更好的疗效。不同镇痛方式策略合并还需要我们做更进一步的分类研究,区分具体病理类型、术式,及术后康复计划。原发性脊柱肿瘤类型繁多,肿瘤本身位置及邻近关系复杂,各肿瘤病人本身对于疼痛耐受阈值以及心理反应的个体差异亦大不相同,因此其个性化护理开发具有重要意义。护理技术日臻完善的今日,不能再把止痛看作是我们独立的目标了。疼痛同样成为评估和衡量病人生命质量的重要指标之一,应该如同生理、心理、社会参与程度一样被纳入综合整体护理中予以考虑^[7]。疼痛护理也绝对不仅仅是护理技术的执行问题,护理技术上的学习目标不仅是对手术的执行,是患者疼痛经验真正的理解与动作流程的巧妙调控。

总之,在本研究的基础上通过基于疼痛特异性护理理念制定的途径能够得到较好的应用于脊柱肿瘤患者外科治疗的疼痛管理中,缓解疼痛程度,加快康复的时间,提高患者的心理和生活质量,应该转变被动的观念成为术中术后重要的干预路径之一,需要今后在临床实践的指导基础上进一步加以完善并延伸护理的范畴,让疼痛管理更好地融入到临床康复治疗中。

参考文献:

- [1]刘慧娟,谢菲.疼痛控制护理用于脊柱转移癌患者护理管理的效果观察[J].肿瘤基础与临床,2023,36(04):358-360.
- [2]时琳,阎虹,陈小璐等.疼痛护理干预对脊柱肿瘤患者术后疼痛和应激反应的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2022,29(09):1106-1109.
- [3]张珍,何磊,柏晓燕等.脊髓肿瘤患者住院期间疼痛管理方案的构建与应用[J].中国脊柱脊髓杂志,2022,32(04):333-339.
- [4]陈淑娟.综合康复护理用于脊柱骨折术后患者的效果观察[J].医学理论与实践,2021,34(16):2908-2910.
- [5]朱英杰,王文利.多学科协作疼痛管理模式对老年胸腰段脊柱肿瘤患者术后疼痛和生活质量的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2021,28(01):95-97.
- [6]雷勇.整体护理对降低脊柱肿瘤术后患者相关并发症及焦虑、抑郁情绪的影响[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(46):67-68.
- [7]王欢,张勤,张静.优质护理在减轻特发性脊柱侧弯术后疼痛的效果及对护理满意度的影响[J].世界最新医学信息文摘,2019,17(37):232+234.