

基于NRS评分的分级疼痛管理应用于蛛网膜下腔出血术后患者的效果

乔兰雅, 郭培培, 苗亚秋

(商丘市第一人民医院, 河南 商丘 476000)

【摘要】目的:探讨基于疼痛数字评定量表(NRS)的分级疼痛管理应用于蛛网膜下腔出血术后患者的效果。**方法:**运用简单随机化法分组原则将98例蛛网膜下腔出血术后患者分为对照和观察两组,各49例;对照组患者给予常规疼痛管理,观察组给予基于NRS评分的分级疼痛管理;以患者疼痛情况、一般自我效能感及并发症发生率为评价指标,对两组进行比较。**结果:**干预30d后观察组患者NRS评分较对照组低($P < 0.05$)、一般自我效能感量表(GSES)评分较对照组高($P < 0.05$);住院期间观察组镇痛药使用次数较对照组少($P < 0.05$);观察组术后并发症发生率较对照组低($P < 0.05$)。**结论:**基于NRS评分的分级疼痛管理能有效改善蛛网膜下腔出血术后患者的疼痛情况,提高患者的一般自我效能感,降低术后并发症的发生。

【关键词】疼痛数字评定量表;蛛网膜下腔出血;疼痛管理;自我效能感

【中图分类号】R473.6 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1008-4983(2025)01-0077-03

蛛网膜下腔出血(SAH)是指脑底或脑浅部的血管破裂,血液直接进入蛛网膜下腔,血液与蛛网膜下腔的脑脊液混合形成蛛网膜下腔出血,严重的还可以形成血肿,病人的首发症状,都是突然发病,头部剧烈疼痛,伴恶心呕吐,颈部僵硬疼痛,严重的有躁动不安,意识障碍,昏迷,甚至危及生命^[1-2]。对于SAH患者除常规手术治疗外,术后的疼痛管理也尤为重要,剧烈的疼痛严重影响患者的日常生活,易使患者情绪低下,暴躁,抑郁等。临床上SAH患者术后常规疼痛管理,大多为单一学科实施镇痛,或方案缺乏循证依据,因此寻找合适、科学的疼痛管理对患者的康复具有重要意义。NRS评分是最常见的评估疼痛强度的方法,NRS方法将最强级别的疼痛描述为数字10,将无痛描述为0,具有简单,患者易表达的特点^[3]。本研究将NRS评分的分级疼痛管理应用于蛛网膜下腔出血术后患者,分析其应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究经医院伦理委员会批准,患者和家属同意后实施。将2021年3月至2023年3月期间在院的98例蛛网膜下腔出血术后患者按照简单随机化法分组。对照组男12例,女37例;年龄42~76岁,平均年龄(61.53±7.82)岁;病因:颅内动脉瘤21例,脑血管畸形14例,高血压12例,脑底异常血管网病2例。观察组男13例,女36例;年龄43~75岁,平均年龄(61.61±9.14)岁;病因:颅内动脉瘤22例,脑血管畸形13例,高血压11例,脑底异常血管网病3例。上述两组患者基线资料具有可比性($P > 0.05$)。纳入标准:(1)符合《中国蛛网膜下腔出血诊治指南2019》^[4]中关于蛛网膜下腔出血的诊断标准;(2)进行介入栓塞治疗者;(3)

无精神疾病术后能配合治疗者。排除标准:(1)术后昏迷者;(2)心、肺功能不全者;(3)患其他严重基础疾病者。

1.2 方法 对照组实施常规疼痛护理。具体内容如下:为避免患者因嘈杂的缓解导致情绪紧张,护理人员应提供一个安静舒适的缓解用于患者的治疗,休息。叮嘱患者根据医嘱进行药物治疗,并密切关注因药物产生的不良反应,并及时处理。进行护理操作时注意动作轻柔,避免由不良体位和护理不当造成患者刺激性伤害。关注患者的心理状态,对产生不良情绪的患者进行心理治疗。

观察组在常规疼痛护理的基础上进行基于NRS的分级疼痛管理。具体内容如下^[5]:(1)组建疼痛管理小组。科室组建疼痛管理小组,成员包括护士长、神经外科主治医师、心理咨询师及多名护士。由护士长带领多名护士进行SAH术后疼痛管理档案的建立。(2)评估疼痛分级。神经外科主治医师带领小组成员采用NRS评分对入院患者进行疼痛分级的评估。共3个部分,分数区间为0~3分、4~6分、7分及以上。①NRS评分为0~3分:主要对患者进行非药物治疗,评估1次/8h,干预30min后对患者进行疼痛复评。本阶段将患者置于安静舒适的环境中,为避免外在因素刺激患者,可对限制其他无关人员进行探视。采用物理疗法(冰敷、按摩等)、放松疗法、音乐疗法等缓解疼痛。②NRS评分为4~6分:采用药物治疗联合非药物治疗,评估2次/d,主要在给药30min后进行疼痛复评,直到复评的分数小于4分。为方便观察,护理人员需在患者疼痛档案上记录完整的疼痛评估过程。③NRS评分为7分及以上:当NRS评分≥7分时,需要由小组成员根据患者实际情况,重新制定管理

作者简介:乔兰雅(1995-),女,护师,主要从事神经外科护理工作及研究。

方案,并由护理人员实施同时密切关注患者的生命体征(心率,血压等)。(3)健康教育。护理人员在术后通过相关知识宣讲、视频播放等方式对患者进行健康教育。帮助患者了解疾病的相关知识。主要将疼痛管理介绍给患者,必要时采用问答的方式对患者的知识掌握程度进行确认。教会患者怎样对疼痛体验进行表达及如何使用NRS自我评估,监督患者每日记录疼痛性质,部位及其时间。同时告知监护人对患者的心理状态、饮食等情况进行观察并记录。

两组观察至出院,术后随访一个月。

1.3 评价指标 (1)疼痛情况:在干预前、干预2 d后、干预4 d后使用NRS对患者进行术后疼痛程度的评定。该量表是通过一条被分为10等份的直线,直观的表现感受疼痛的强度(0~10分),分数越高,代表疼痛的强度越大^[3];记录住院期间患者镇痛药物使用次数。(2)一般自我效能感^[6]:在干预前和干预30 d后(随访1个

月),对患者采用一般自我效能量表(GSES)对患者的一般自我效能感进行评定。该量表包括10个条目,总分10~40分,采用李克特(Likert)四级评分法对每个条目进行评分,分数越高说明自我效能感越强。(3)并发症:记录患者干预30 d内的并发症情况,包括癫痫,脑血管痉挛,再出血等。

1.4 统计学方法 数据录入SPSS22.0软件中分析。计数资料(并发症发生率)用 $[n(%)]$ 表示,采用 χ^2 检验;计量资料(NRS评分、GSES评分、镇痛药使用次数)用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 疼痛情况 干预30 d后,观察组患者NRS评分低于对照组($P < 0.05$);住院期间观察组患者镇痛药使用次数少于对照组($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组患者疼痛情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	NRS评分/分		镇痛药物使用次数/次
	治疗前	干预30 d	
观察组 (n=49)	7.53 ± 0.96	2.31 ± 0.64 *	15.31 ± 4.67
对照组 (n=49)	7.65 ± 0.84	3.12 ± 0.46 *	18.61 ± 5.19
t	0.688	7.651	3.380
P	0.493	<0.001	0.001

注:* $P < 0.05$,与干预前同组比较。

2.2 一般自我效能感 干预前,观察组患者的GSES评分为(15.01 ± 1.82)分,对照组为(15.08 ± 1.84)分,组间差异无统计学意义($t = 0.195, P = 0.846$)。干预30 d后,观察组患者GSES评分为(23.02 ± 1.89)分,高

于对照组的(18.01 ± 1.84)分,组间差异有统计学意义($t = 15.195, P = 0.000$)。

2.3 并发症 表2结果表明,观察组患者并发症发生率低于对照组($P < 0.05$)。

表2 两组患者并发症对比 [n (%)]

组别	癫痫	脑血管痉挛	再出血	总并发症
观察组 (n=49)	2 (4.08)	1 (2.04)	1 (2.04)	4 (8.16)
对照组 (n=49)	7 (14.29)	3 (6.12)	2 (4.08)	12 (24.49)
χ^2				4.781
P				0.029

3 讨论

本研究中,观察组患者的NRS评分低于对照组($P < 0.05$)、住院期间镇痛药使用次数少于对照组($P < 0.05$)的结果,说明基于NRS评分的分级疼痛管理应用于蛛网膜下腔出血术后患者能有效改善患者的疼痛情况。分析原因:通过建立疼痛管理小组,小组成员各司其职,使疼痛管理流程更加完善。小组成员考虑每位患者的基础情况不同,存在个体差异,建立患者术后疼痛管理档案。此举方便观察患者的疼痛情况,每位患者拥有自己档案,具有针对性,以此降低疼痛漏筛的可能性。根据不同的NRS评分采用不同的治疗手段,药物和非药物的联合治疗,降低患者对于用药情况的恐惧与成见。对患

者进行健康教育,强调疼痛管理的重要性,帮助患者树立药物镇痛的正确认识,促进患者术后用药,从而减轻疼痛的程度。

患者的主诉是最好评定疼痛程度的“金标准”,因此提高患者的自我效能感对提高评估疼痛程度的准确度起着积极的作用^[7]。本研究中观察组患者GSES评分高于对照组($P < 0.05$)的结果,说明基于NRS评分的分级疼痛管理应用于蛛网膜下腔出血术后患者能提高患者的自我效能感。究其原因:护理人员根据不同的疼痛程度对患者实行不同的护理,包括药物干预和非药物干预联合,完整的管理流程促使患者与医务人员之间进行密切的交流,使患者更加相信医务人员,通过医务人员的指导,