



神经外科术后 如何预防头痛、恶心

①玉林市中医医院 刘丽贤

神经外科术后头痛、恶心是常见并发症，发生率高达30%~50%，不仅加重患者痛苦，还可能影响进食、睡眠及康复进程，严重时甚至诱发颅内压波动、伤口裂开等危险情况。本文结合神经外科护理规范与病理生理机制，从病因干预、体位管理、饮食调节等维度，详解头痛、恶心的科学预防策略，为临床护理及家庭照护提供专业指导。

术后头痛的预防

预防术后疼痛，关键是明确核心诱因，精准规避风险。神经外科术后头痛主要与三类因素相关：一是颅内压变化，术后脑水肿、脑脊液引流异常均会引发，需针对性防控，如将脑脊液引流速度控制在2~5ml/h，避免短时间大量引流；二是创伤与牵拉，手术对头皮、脑膜的牵拉及切口疼痛会放射至头部；三是环境与情绪，强光、噪声及焦虑情绪会加重感知。

以下是科学预防措施。

体位管理：术后6~8小时麻醉苏醒且生命体征平稳时，抬高床头15~30°以促进颅内静脉回流、降低颅内压。避免突然坐起、低头或剧烈转头，防止颅内压波动。卧床时颈下垫软枕，维持颈椎自然生理曲度，减轻颈部肌肉紧张对头部的牵拉。

环境与情绪调控：保持病房噪音≤40分贝、光线柔和，避免强光直射。集中进行护理操作，减少频繁打扰。通过沟通了解患者心理，用通俗语言解释病情缓解焦虑，必要时遵医嘱播放舒缓音乐转移注意力。

疼痛超前干预：术前有头痛史或手术时间较长者，术后48小时内遵医嘱用布洛芬等非甾体类镇痛

药超前镇痛。禁用吗啡等强效镇痛药，以防抑制呼吸中枢或掩盖颅内病变。

术后恶心的预防

术后恶心与麻醉残留（阿片类、吸入麻醉药刺激延髓呕吐中枢）、颅内压增高（脑水肿压迫呕吐中枢）、胃肠功能紊乱（蠕动减弱、排空延迟）及前庭功能敏感（体位变化耐受低）相关，儿童、女性及有晕动病史者为高发人群，需重点关注。

以下是科学预防策略。

麻醉后早期干预：麻醉苏醒后避免立即进食，待肠鸣音恢复（术后6~12小时）、患者有饥饿感时，先给予少量温凉流质饮食（如米汤、稀藕粉）。进食时采取半坐卧位，降低食物反流风险。对于高危人群，术后可遵医嘱预防性使用止吐药（如昂丹司琼），降低恶心的发生率。

颅内压与胃肠功能维护：密切监测颅内压（正常成人70~200mmH₂O），若出现颅内压升高（>200mmH₂O），及时遵医嘱使用甘露醇脱水降颅压，从源头减少恶心诱因。术后24小时可协助患者床上翻身、活动四肢，促进胃肠蠕动，必要时给予胃肠动力药

（如莫沙必利），促进胃排空。

体位与感官护理：避免患者长时间处于平卧位，可每2小时协助调整体位（从半坐卧到坐起过渡），但动作需轻柔缓慢。若患者出现恶心先兆（如咽部不适、胃部反酸），立即协助其取侧卧位，头偏向一侧，防止呕吐物误吸。同时，避免在患者面前提及刺激性话题或摆放异味物品，减少感官刺激。

综合照护与并发症预警

针对性预防能有效降低术后头痛、恶心的发生风险，而科学的综合照护与并发症预警，更是助力患者平稳康复的重要保障。

1.整体照护要点

生命体征监测：持续监测体温、血压、心率及血氧饱和度，若出现血压骤升、心率减慢伴剧烈头痛、喷射性呕吐，提示颅内压急剧增高，需立即报告医生。

液体与营养管理：术后严格控制输液速度（成人40~60滴/分），避免短时间内大量输液加重脑水肿。饮食逐步从流质过渡到半流质、软食，保证蛋白质（如鱼泥、蛋羹）及维生素摄入，增强机体修复能力。

2.异常情况处理

若患者出现持续性头痛（休息后无缓解）或频繁恶心呕吐，需及时完善头颅CT检查，排查脑水肿、颅内出血等器质性病变。不可自行加大镇痛药或止吐药剂量，需在医生指导下根据病因调整治疗方案。

神经外科术后头痛、恶心的预防需以“病囯防控为核心、分层干预为重点”，结合患者个体情况制定个性化的方案，医护人员需强化早期评估与精准干预，家属则需做好照护配合与异常信号识别，通过多维度、科学化的预防措施，可有效降低并发症发生率，减轻患者痛苦，保障术后康复进程的顺利推进。😊