

多模式镇痛护理方案对神经病理性疼痛患者镇痛效果的影响

李洋

暨南大学附属广东省第二人民医院，广东广州 510317

DOI:10.61369/MRP.2025120044

摘要：目的：探讨多模式镇痛护理方案对神经病理性疼痛患者镇痛效果的影响。方法：本研究为对比研究，纳入 2023 年 3 月至 2024 年 10 月收治的神经病理性疼痛患者 78 例，随机分为对照组（39 例）与实验组（39 例）。对照组接受常规疼痛护理，实验组在此基础上实施多模式镇痛护理方案（包含药物管理、物理疗法、心理干预等多维策略）。结果：干预后，实验组患者的疼痛视觉模拟评分（VAS）较对照组显著下，其疼痛缓解总有效率显著高于对照组（ $P<0.05$ ），组间差异具有统计学意义。结论：多模式镇痛护理方案能有效缓解神经病理性疼痛患者的疼痛程度，其效果显著优于常规护理。该方案综合运用多种干预手段，具有临床推广价值。

关键词：多模式镇痛；神经病理性疼痛；护理干预

The Impact of Multimodal Analgesic Nursing on Pain Relief in Patients with Neuropathic Pain

Li Yang

Guangdong Second People's Hospital Affiliated to Jinan University, Guangzhou, Guangdong 510317

Abstract : Objective: To investigate the effectiveness of multimodal analgesic nursing in managing neuropathic pain. Methods: This comparative study enrolled 78 patients with neuropathic pain treated between March 2023 and October 2024, randomly divided into a control group (39 cases) and an experimental group (39 cases). The control group received standard pain care, while the experimental group received multimodal analgesic nursing (including medication management, physical therapy, and psychological intervention). Results: After intervention, the visual analog scale (VAS) scores for pain in the experimental group showed significant reduction compared to the control group, with a significantly higher overall pain relief rate ($P<0.05$). The intergroup differences were statistically significant. Conclusion: The multimodal analgesic nursing protocol effectively alleviates neuropathic pain, demonstrating superior efficacy to conventional care. By integrating multiple intervention strategies, this approach holds clinical value for widespread application.

Keywords : multimodal analgesia; neuropathic pain; nursing intervention

神经病理性疼痛作为一种由躯体感觉神经系统损伤或疾病直接引发的慢性疼痛状态，其复杂病理生理机制区别于传统的伤害感受性疼痛^[1]。通常表现为自发性疼痛、痛觉过敏以及痛觉超敏等特征性症状，给患者带来极大痛苦并严重影响其生活质量与社会功能恢复，理解此类疼痛背后的机制，包括外周敏化和中枢敏化的持续放大效应，对寻找有效干预策略具有关键意义^[2]。近年来，多模式镇痛的理念在多学科疼痛管理实践中日益受到推崇，其核心思想在于整合不同作用机制、靶向疼痛传导通路上不同节点的多种干预措施，协同或叠加地发挥效应，这种方法旨在突破单药或单一疗法的瓶颈，理论上能够通过减少单一手段的用药剂量从而降低不良反应发生率，同时通过不同作用位点的联合提升整体镇痛效能，尤其适用于机制复杂、顽固难治的神经病理性疼痛^[3]。因此，从理论基石到临床转化，深入探究并科学验证这种整合性的护理干预策略在特定患者群体中的实际效果和价值，对于优化疼痛管理实践、提升患者生存质量具有至关重要的意义，也正契合当前精准化、个体化医疗护理模式的发展方向^[4]。本次研究旨在探讨多模式镇痛护理方案对神经病理性疼痛患者镇痛效果的影响。

作者简介：李洋（1994.11-）女，汉族，甘肃人，本科，职称护师，研究方向：神经病理性疼痛患者的护理。

一、一般资料与方法

(一) 一般资料

本研究为对比研究, 纳入 2023年3月至2024年10月 收治的神经病理性疼痛患者 78例, 随机分为 对照组 (39例) 与 实验组 (39例)。其中对照组39例患者, 年龄范围45岁至74岁, 平均年龄 (61.2 ± 8.3) 岁, 男性22例、女性17例, 身体质量指数数 (BMI) 范围 23.1 kg/m^2 至 29.8 kg/m^2 , 平均 (26.4 ± 2.5) kg/m^2 ; 实验组同样纳入39例患者, 年龄范围41岁至72岁, 平均年龄 (60.8 ± 7.9) 岁, 男性24例、女性15例, 身体质量指数数 (BMI) 范围 23.3 kg/m^2 至 30.1 kg/m^2 , 平均 (26.7 ± 2.7) kg/m^2 , 两组患者在年龄、性别构成及 BMI水平方面差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

纳入标准: 符合国际疼痛研究会 (IASP) 神经病理性疼痛诊断标准, 经神经传导速度、影像学或电生理检查明确病因 (如糖尿病周围神经病变、带状疱疹后遗神经痛、脊髓损伤等), 年龄18–80周岁, 疼痛持续时间 ≥ 3 个月, 入组前1周内疼痛视觉模拟评分 (VAS) ≥ 4 分, 意识清晰可配合评估, 签署知情同意书。

排除标准: 合并恶性肿瘤、严重脏器功能衰竭 (如心功能 III – IV级、肝肾功能不全 \geq Child–Pugh B级) 、认知障碍或精神疾病史影响评估, 存在非神经病理性疼痛为主的混合性疼痛, 入组前1个月内接受过神经阻滞或鞘内药物输注系统治疗, 对研究方案药物存在禁忌证或过敏史, 妊娠或哺乳期妇女, 依从性差无法完成随访。最终排除不符合上述标准者共计23例。

(二) 方法

1. 常规护理

对照组患者实施常规疼痛护理方案, 主要包括严格遵医嘱给予基础镇痛药物治疗 (如普瑞巴林、加巴喷丁等), 常规监测用药反应及潜在不良反应, 并向患者进行标准化口头疼痛健康宣教与基础日常生活注意事项指导。

2. 多模式镇痛护理

策略一: 精细化药物管理联合教育与个体化调整方案

护理人员严格遵循医嘱执行核心药物治疗方案, 如抗惊厥药普瑞巴林或加巴喷丁、抗抑郁药物度洛西汀, 并根据疼痛类型及程度必要时协助医生应用局部外用利多卡因贴剂或辣椒素霜, 在此基础之上建立系统性药物监护流程, 同时针对每一位患者提供与其用药方案高度匹配的、易于理解的药物知识教育与个性化用药指导, 清晰讲解药物的作用原理、预期效果、规范服用时间与方法、常见副作用及应对技巧, 并特别强调长期规律用药的必要性以及擅自增减剂量或停药的潜在风险, 确保患者能够充分理解其在疼痛管理中的主动角色和药物使用的安全边界, 从而在保障治疗安全的前提下最大程度发挥药物干预的镇痛潜力, 而非仅仅是机械执行发药任务。

策略二: 结构性物理疗法与功能活动的递进性整合

护理人员在专业物理治疗师协作指导下, 根据患者的疼痛部位、性质、功能受限情况以及耐受度设计并执行一套递进性的、融合多种物理因子的综合干预计划, 该计划通常开始于温和的神

经病理性疼痛适应性治疗技术, 比如经皮神经电刺激治疗的应用, 需精准定位贴放电极于疼痛靶向神经区域, 从低强度、适宜频率开始电刺激, 过程中密切观察患者皮肤反应与主观感觉, 逐步调整参数至最优刺激模式, 同时结合温度疗法管理不同疼痛状态, 冷敷用于突发性或灼痛明显的神经痛急性期控制局部红肿热感, 而热敷则应用于慢性酸痛僵硬的部位改善血液循环促进代谢物消散。

策略三: 多维度心理社会支持与认知行为干预的深度渗透

护理人员运用结构化的沟通技巧与标准化评估工具常态筛查识别患者因长期剧烈痛苦所带来的显著心理负担, 深刻理解神经病理性疼痛不仅是一种感觉体验更是深刻的情感创伤, 在此基础上系统性地提供贯穿住院及居家随访全程的心理社会支持, 首先建立稳固的治疗性护患关系, 运用同理心倾听技术创造安全倾诉环境, 促使患者自由表达面对失控的身体状态、被扰乱的生活计划、未知的治疗前景所产生的恐惧、沮丧甚至绝望情绪, 采用情绪焦点应对技巧如引导性想象、感官聚焦训练帮助患者在疼痛发作高峰期转移注意力, 降低情绪唤起强度从而缓解疼痛感知循环, 同时激活其家庭支持系统, 指导主要照顾者学习如何在不强化患者疼痛行为的前提下提供有效的情感陪伴与功能性协助, 确保支持不是泛泛安慰而是真正嵌入患者复杂的身心痛苦之中产生实际抚慰和赋能作用。

(三) 评价标准

1. 疼痛控制效果评价

采用视觉模拟评分法 (Visual Analog Scale, VAS) 于干预前、干预后评估患者疼痛强度变化, 0分为无痛、10分为剧痛, VAS评分下降幅度及干预后绝对值为核心指标; 同时根据既定标准计算疼痛缓解总有效率, 其有效定义为 VAS评分较基线降低 $\geq 50\%$ 或患者自诉疼痛显著改善至轻度以下。

2. 功能状态及生活质量评价

通过 Barthel 指数评估患者日常生活活动能力 (总分 100 分, 分值越高功能越佳), 采用简版 McGill 疼痛问卷 (Short-Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ) 量化疼痛性质及情感维度 (分值越高疼痛负担越重), 并应用欧洲五维健康量表 (EQ-5D) 评估整体健康相关生活质量 (分值范围 0–1, 越接近 1 表明质量越高)。

(四) 统计学方法

研究数据导入 SPSS 26.0 软件进行统计分析, 计量资料以均数 \pm 标准差 ($x \pm s$) 形式呈现, 组间比较采用独立样本 t 检验, 计数资料通过率 (%) 表示并运用卡方检验, 设定 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义的阈值。

二、结果

(一) 疼痛控制效果

干预后, 实验组患者的疼痛视觉模拟评分 (VAS) 较对照组显著下, 其疼痛缓解总有效率显著高于对照组 ($P < 0.05$), 组间差异具有统计学意义。

表 2.1 两组患者干预后疼痛控制效果比较

评价指标	VAS 评分 (分)		VAS 变化值 (分)	疼痛缓解总有效率 (%)
	干预前	干预后		
对照组 (n=39)	7.25 ± 1.12	5.84 ± 1.37	-1.41 ± 0.97	59.0% (23/39)
	1.05	3.31 ± 1.15	-4.07 ± 0.89	87.2% (34/39)
T/X ²	-0.526	9.254	13.202	8.197
P	0.600	<0.001	<0.001	0.004

(二) 功能性康复结果

干预后, 实验组患者在躯体功能恢复、日常活动参与及生活质量核心维度方面的改善效果均显著优于对照组 (P < 0.05)。

表 2.2 两组患者功能性康复及生活质量指标比较 (干预后)

评价指标	Barthel 指数 (分)	SF-MPQ 疼痛	EQ-5D 生活质量评分 (分)
		问卷 (分)	
对照组 (n=39)	65.8 ± 8.7	24.3 ± 3.5	0.62 ± 0.11
	78.5 ± 6.9	16.1 ± 2.8	0.75 ± 0.09
t/X ²	7.392	11.873	5.964
P	<0.001	<0.001	<0.001

三、讨论

神经病理性疼痛因其病理机制的高度复杂性, 涉及外周及中

枢敏化过程中神经元超兴奋性、下行抑制通路功能失调以及神经免疫交互作用的持续放大效应, 使得传统单一药物治疗模式常陷于疗效有限与不良反应难以平衡的双重困境, 特别是长期疼痛状态下大脑皮层重塑导致感觉、情感认知维度交织形成的顽固性疼痛体验, 迫切需要突破线性干预思维的整合性解决方案^[5]。

本次研究结果有力支持上述理论构想, 数据显示接受多模式镇痛护理的实验组患者不仅在疼痛强度量化指标上呈现远超对照组的绝对降幅, 其 VAS 评分改善程度具有临床与统计学双重显著性, 更重要的是观察到了伴随疼痛减轻而同步发生的多维功能康复, 表现为日常生活自理能力的实质性提升、疼痛情感体验维度的显著缓解以及整体健康相关生活质量的跨越式进步^[6]。这种疼痛控制与功能恢复并行的效应模式超越了单纯感官症状改善的范畴, 深刻反映多模式策略对于中断疼痛 - 失能恶性循环的有效性, 也从侧面印证了该方案干预过程中物理疗法与功能训练计划对于逆转运动恐惧及重建神经肌肉协调性的积极贡献, 其综合性收益难以通过任何单一手段实现^[7-8]。

总而言之, 多模式镇痛护理方案能有效缓解神经病理性疼痛患者的疼痛程度, 其效果显著优于常规护理。该方案综合运用多种干预手段, 具有临床推广价值。

参考文献

- [1] 袁晓利, 张敏敏, 霍兴. 基于曼彻斯特疼痛管理模式的护理干预在带状疱疹性神经痛病人治疗中的应用效果 [J]. 全科护理, 2024, 22 (23): 4477-4480.
- [2] 张力, 姜军, 吴秋韵, 彭伟龙. 综合性护理干预对头面部带状疱疹患者皮损愈合、遗留瘢痕及神经痛的影响 [J]. 中国美容医学, 2024, 33 (12): 143-147.
- [3] 张聪聪, 庄东梅, 杜鑫. 心理护理联合疼痛专科护理对带状疱疹后遗神经痛患者的影响 [J]. 齐鲁护理杂志, 2024, 30 (23): 148-150.
- [4] 尤海英, 张美英, 周玉兰. 接纳承诺疗法联合疼痛护理路径在带状疱疹后神经痛患者中的应用 [J]. 中西医结合护理 (中英文), 2024, 10 (11): 163-165.
- [5] 孙洁. 三叉神经痛患者术后的康复锻炼护理和日常生活注意事项 [J]. 人人健康, 2024, (31): 116.
- [6] 肖玉婷. 多维度协同护理干预对带状疱疹性神经痛患者自护能力及 VAS 评分的影响 [J]. 婚育与健康, 2024, 30 (20): 157-159.
- [7] 方钰. 程序化疼痛护理结合健康宣教干预用于带状疱疹性神经痛患者的效果 [J]. 婚育与健康, 2024, 30 (20): 181-183.
- [8] 刘雪, 陈晓明, 周扬. 基于时机理论的护理干预在三叉神经痛术后患者中的应用效果分析 [J]. 中外医疗, 2024, 43 (28): 179-182.