

神经内科患者疼痛管理现状及优化策略研究

黄冀蕾 王雪民

河北省邯郸市魏县人民医院 河北 邯郸 056800

摘要: 本文聚焦神经内科患者疼痛管理, 阐述其现状, 包括疼痛发生机理复杂, 涉及多层面神经系统; 管理方法有药物、物理治疗及心理干预等, 且部分医院开展实践探索。同时指出面临疼痛评估不准确全面、管理方法单一、护理措施落实差、患者及家属认知不足等挑战。最后提出提升评估准确性、制定个体化方案、加强跨学科合作等优化策略, 旨在改善神经内科患者疼痛管理效果。

关键词: 神经内科; 疼痛管理; 现状; 优化策略

引言: 神经内科患者常遭受疼痛困扰, 疼痛不仅影响患者生活质量, 还可能延缓疾病康复进程。然而, 当前神经内科患者疼痛管理存在诸多问题, 从疼痛评估到治疗方法, 再到护理措施及患者认知等方面, 均有待改进。深入探究神经内科患者疼痛管理现状, 剖析面临的挑战, 并提出针对性的优化策略, 对于提高疼痛管理水平、改善患者预后具有重要的现实意义。

1 神经内科患者疼痛管理的现状

1.1 疼痛的发生机理

神经内科患者的疼痛发生机理复杂多样, 涉及神经系统的多个层面。从外周神经来看, 神经损伤或病变可导致神经传导异常, 产生异常的神经冲动, 进而引发疼痛。例如, 三叉神经痛患者, 其三叉神经受到血管压迫或其他病变刺激, 导致神经兴奋性增高, 产生剧烈的面部疼痛。在中枢神经系统方面, 脑卒中、脑肿瘤等疾病可影响大脑的疼痛调节中枢, 使疼痛的感知和调控出现异常。一些患者在脑损伤后, 可能会出现中枢性疼痛, 这种疼痛往往难以用常规的止痛药物缓解, 且疼痛性质多样, 可表现为刺痛、烧灼痛等^[1]。神经内科患者还可能因神经炎症、神经退行性病变等原因导致疼痛。神经炎症会引起神经周围组织的充血、水肿, 刺激神经末梢产生疼痛; 而神经退行性病变如帕金森病、阿尔茨海默病等, 在疾病进展过程中也可能伴随疼痛症状, 其发生机制与神经递质失衡、神经细胞损伤等因素有关。

1.2 疼痛管理方法

1.2.1 药物治疗

药物治疗是神经内科疼痛管理的主要手段之一。常用的药物包括非甾体类抗炎药 (NSAIDs)、阿片类药物、抗癫痫药物和抗抑郁药物等。NSAIDs如布洛芬、阿司匹林等, 主要通过抑制前列腺素的合成, 发挥抗炎、镇痛作用, 适用于轻至中度疼痛的患者。但对于神经内

科患者, 尤其是存在胃肠道疾病或肾功能不全的患者, 使用NSAIDs需谨慎, 以避免不良反应的发生。阿片类药物如吗啡、芬太尼等, 具有强大的镇痛作用, 常用于中重度疼痛的治疗。然而, 阿片类药物也存在一些严重的不良反应, 如呼吸抑制、成瘾性等, 因此在使用过程中需要严格掌握剂量和用药时间, 并进行密切的监测。抗癫痫药物如卡马西平、加巴喷丁等, 对神经病理性疼痛有较好的疗效。它们通过调节神经递质的释放和神经元的兴奋性, 减轻疼痛症状。抗抑郁药物如阿米替林、度洛西汀等, 也可用于神经病理性疼痛的治疗, 其作用机制可能与调节神经递质如5-羟色胺和去甲肾上腺素的水平有关。

1.2.2 物理治疗

物理治疗在神经内科疼痛管理中也发挥着重要作用。常见的物理治疗方法包括热敷、冷敷、按摩、针灸、电疗等。热敷可以促进局部血液循环, 缓解肌肉痉挛, 减轻疼痛。对于因肌肉紧张或血液循环不畅引起的疼痛, 如颈肩痛、腰腿痛等, 热敷往往能取得较好的效果。冷敷则适用于急性损伤后的疼痛, 通过降低局部温度, 减少炎症反应和肿胀, 缓解疼痛。按摩可以放松肌肉, 改善局部血液循环, 减轻神经压迫, 从而缓解疼痛。针灸是中医传统疗法之一, 通过刺激穴位, 调节人体的气血运行和脏腑功能, 达到止痛的目的。研究表明, 针灸对于一些神经内科疼痛疾病, 如偏头痛、三叉神经痛等, 具有一定的疗效。电疗包括经皮神经电刺激 (TENS)、干扰电疗法等, 通过电流刺激神经, 阻断疼痛信号的传导, 从而达到镇痛的效果。

1.2.3 心理干预

神经内科患者由于长期遭受疼痛的折磨, 往往会出现焦虑、抑郁等心理问题, 而这些心理问题又会进一步加重疼痛的感受, 形成恶性循环。因此, 心理干预在

疼痛管理中不可或缺。心理干预的方法包括认知行为疗法、放松训练、心理支持等。认知行为疗法可以帮助患者正确认识疼痛,改变对疼痛的错误认知和不良行为模式,提高患者对疼痛的应对能力。放松训练如深呼吸、渐进性肌肉松弛等,可以帮助患者放松身心,减轻紧张和焦虑情绪,从而缓解疼痛。心理支持则通过与患者建立良好的沟通关系,给予患者情感上的支持和鼓励,增强患者战胜疼痛的信心。

1.3 疼痛管理的实践探索

在实际的临床工作中,许多医院和科室都在积极探索神经内科患者疼痛管理的有效模式。一些医院建立了疼痛管理团队,由医生、护士、康复治疗师、心理医生等多学科人员组成,共同为患者制定个性化的疼痛管理方案。通过多学科协作,可以充分发挥各学科的优势,提高疼痛管理的效果^[2]。例如,医生根据患者的病情选择合适的药物治疗方案,护士负责疼痛的评估和护理措施的实施,康复治疗师开展物理治疗,心理医生进行心理干预,各学科之间密切配合,为患者提供全方位的疼痛管理服务。另外,一些医院还引入了信息化管理系统,用于记录患者的疼痛信息、治疗效果等,方便医生及时调整治疗方案,提高疼痛管理的科学性和规范性。

2 神经内科患者疼痛管理面临的挑战

2.1 疼痛评估的准确性与全面性不足

准确的疼痛评估是有效疼痛管理的基础。然而,在神经内科患者的疼痛评估中,存在诸多困难,导致评估的准确性和全面性不足。一方面,神经内科患者的疼痛表现复杂多样,有些患者的疼痛症状不典型,难以用常规的疼痛评估工具进行准确评估。例如,一些中枢性疼痛患者可能表现为疼痛感觉异常,如麻木、刺痛、烧灼感等交织在一起,患者难以准确描述疼痛的性质和程度。另一方面,目前常用的疼痛评估工具如数字评分法(NRS)、视觉模拟评分法(VAS)等,主要依赖于患者的主观描述,容易受到患者的文化程度、心理状态、表达能力等因素的影响。对于一些认知功能障碍或语言表达困难的患者,如老年痴呆患者、失语患者等,疼痛评估更加困难。疼痛评估往往只注重疼痛的强度,而忽视了疼痛的其他方面,如疼痛的性质、部位、持续时间、伴随症状等,导致评估不够全面。

2.2 疼痛管理方法的单一性与缺乏针对性

目前,神经内科疼痛管理方法相对单一,缺乏针对性。在药物治疗方面,医生往往习惯于使用传统的止痛药物,而对于一些新型的止痛药物和治疗方法的了解和应用不足。例如,对于神经病理性疼痛,除了常用的

抗癫痫药物和抗抑郁药物外,一些新型的离子通道调节剂、神经营养因子等药物也具有一定的疗效,但在临床应用并不广泛。在非药物治疗方面,虽然物理治疗、心理干预等方法在疼痛管理中具有重要作用,但在实际工作中,由于各种原因,如设备不足、专业人员缺乏等,这些方法的应用并不充分。疼痛管理方案往往缺乏个性化,没有根据患者的具体病情、疼痛特点、身体状况等因素制定个体化的治疗方案,导致治疗效果不佳。

2.3 护理措施落实不到位与个性化关怀缺失

护理在神经内科患者疼痛管理中起着至关重要的作用。然而,目前护理措施落实不到位的情况较为普遍。一方面,护士对疼痛管理的重视程度不够,缺乏疼痛管理的专业知识和技能,不能及时、准确地评估患者的疼痛情况,也不能有效地实施护理措施。例如,在患者疼痛发作时,护士不能及时给予药物止痛或采取其他缓解疼痛的措施,导致患者疼痛加重^[3]。另一方面,护理工作繁忙,护士往往难以有足够的时间和精力为患者提供个性化的护理服务。在疼痛管理中,患者不仅需要疼痛的缓解,还需要心理上的支持和安慰。然而,由于护理资源的有限,护士往往只能关注患者的生理需求,而忽视了患者的心理需求,导致个性化关怀缺失。

2.4 患者及家属对疼痛管理的认知不足与配合度不高

患者及家属对疼痛管理的认知不足也是影响疼痛管理效果的重要因素。许多患者及家属认为疼痛是疾病不可避免的症状,对疼痛的危害认识不足,缺乏主动寻求疼痛治疗的意识。在疼痛发作时,患者往往选择忍受疼痛,而不是及时告知医护人员。此外,一些患者及家属对疼痛治疗方法存在疑虑和担忧,如担心药物的副作用、对物理治疗和心理干预的效果不信任等,导致对疼痛管理的配合度不高。例如,对于阿片类药物的使用,患者及家属往往担心成瘾性问题,不愿意接受药物治疗,从而影响了疼痛的控制效果。

3 神经内科患者疼痛管理的优化策略

3.1 提升疼痛评估的准确性与全面性

为了提高疼痛评估的准确性和全面性,需要采取一系列措施。首先,应加强对医护人员的培训,提高他们对疼痛评估的认识和技能。培训内容包括疼痛的发生机理、评估方法、评估工具的使用等,使医护人员能够准确、全面地评估患者的疼痛情况。其次,应选择合适的疼痛评估工具,对于不同类型的患者,应选择适合其特点的评估工具。例如,对于认知功能障碍的患者,可以采用行为疼痛评估量表,通过观察患者的行为表现来评估疼痛程度。另外,还应建立多维度的疼痛评估体系,

除了评估疼痛的强度外,还应评估疼痛的性质、部位、持续时间、伴随症状等,以便更全面地了解患者的疼痛情况。同时,应定期对患者的疼痛情况进行评估,及时调整治疗方案。

3.2 制定个体化疼痛管理方案

制定个体化的疼痛管理方案是提高疼痛管理效果的关键。医生应根据患者的具体病情、疼痛特点、身体状况、心理状态等因素,综合考虑各种治疗方法,为患者制定个性化的治疗方案。在药物治疗方面,应根据疼痛的类型和程度选择合适的药物和剂量,同时注意药物的不良反应和相互作用。对于非药物治疗方法,如物理治疗、心理干预等,也应根据患者的具体情况进行选择和应用。例如,对于喜欢中医的患者,可以增加针灸、推拿等中医治疗方法;对于心理问题严重的患者,应加强心理干预的力度。还应根据患者的治疗反应及时调整治疗方案,以达到最佳的疼痛管理效果。

3.3 加强跨学科合作与团队建设

神经内科患者疼痛管理需要多学科的协作,因此应加强跨学科合作与团队建设。建立由医生、护士、康复治疗师、心理医生等多学科人员组成的疼痛管理团队,明确各学科人员的职责和分工,加强团队成员之间的沟通和协作。定期召开团队会议,共同讨论患者的疼痛管理方案,及时解决治疗过程中出现的问题。同时,应加强团队成员之间的培训和交流,提高团队的整体素质和疼痛管理水平。例如,可以组织团队成员参加疼痛管理相关的学术会议和培训课程,学习最新的疼痛管理理念和技术。

3.4 增强患者及家属的教育与指导

提高患者及家属对疼痛管理的认知和配合度是改善疼痛管理效果的重要环节。应加强对患者及家属的教育与指导,通过发放宣传资料、举办健康讲座、开展一对一的健康教育等方式,向患者及家属普及疼痛管理的知识,让他们了解疼痛的危害、疼痛治疗方法的安全性和有效性等^[4]。同时应鼓励患者及家属积极参与疼痛管理,

及时向医护人员反馈患者的疼痛情况,配合医护人员实施疼痛管理措施。例如,指导患者及家属如何正确使用止痛药物,如何进行物理治疗和心理干预等。

3.5 引入新型疼痛管理技术与方法

随着医学技术的不断发展,一些新型的疼痛管理技术和方法不断涌现。神经内科应积极引入这些新型技术和方法,为患者提供更多的疼痛管理选择。例如,神经调控技术如脊髓电刺激、深部脑刺激等,通过植入电极,对神经系统进行电刺激,调节神经功能,从而达到镇痛的目的。这些技术在一些难治性神经病理性疼痛的治疗中取得了较好的效果。另外,一些新型的药物治疗方法如基因治疗、干细胞治疗等,也为神经内科疼痛管理带来了新的希望。虽然这些技术目前还处于研究阶段,但随着技术的不断成熟,有望在临床得到广泛应用。

结束语

神经内科患者疼痛管理是一项复杂且重要的工作。当前虽有一定实践探索,但仍面临诸多挑战。通过提升疼痛评估质量、制定个体化方案、强化跨学科合作、加强患者及家属教育以及引入新型技术方法等优化策略,有望提高神经内科患者疼痛管理的效果,减轻患者痛苦,提升其生活质量,为神经内科疼痛管理领域的发展提供有益参考。

参考文献

- [1]岳佩佩.神经内科患者疼痛管理策略与效果评价研究[J].中外医学研究杂志,2023,2(11):89-91.
- [2]陈蕾,江雪莲.神经内科护士疼痛知识、疼痛护理态度及行为的调查分析[J].湖北医药学院学报,2020,39(2):191-194.
- [3]陈小燕,杨雁,蒋利利.心理护理干预对神经内科患者负性情绪及疼痛缓解率的影响探究[J].养生大世界,2021(2):91,93.
- [4]徐慧敏,文娇,陈建楠.神经内科护士疼痛知识及对患者态度与行为的调查研究[J].中国医药指南,2021,19(12):121-122,133.