

集束化疼痛护理干预理念在多发性骨髓瘤护理管理中的运用及对患者疼痛的影响

谢 青

赣州市肿瘤医院内科三区 江西 赣州 341000

【摘要】目的：分析集束化疼痛护理干预理念应用于多发性骨髓瘤患者护理管理中的临床价值，探究其对患者疼痛、睡眠质量的改善作用。方法：选取 60 例多发性骨髓瘤患者，来源于医院收治患者，时间段 2024 年 10 月-2025 年 12 月。依据随机数字表法进行分组，对照组 29 例实施血液科常规疼痛护理，观察组 31 例联合集束化疼痛护理干预。对干预前后癌性疼痛、睡眠质量与护理满意度进行对比。结果：两组干预后 VAS 癌性疼痛评分、PSQI 评分均比干预前低，且观察组两项评分均比对照组低（ $P < 0.05$ ）。观察组护理总满意度（96.77%）比对照组（75.86%）高（ $P < 0.05$ ）。结论：将集束化疼痛护理干预理念融入多发性骨髓瘤患者护理管理工作中，可系统性缓解患者癌性骨痛，改善因疼痛引发的睡眠障碍，同时优化护患关系，提升整体护理满意度，值得在血液内科临床推广。

【关键词】：集束化疼痛护理干预理念；多发性骨髓瘤；护理管理；癌性疼痛；睡眠质量

DOI:10.12417/2705-098X.26.15.075

多发性骨髓瘤是高发的血液系统恶性克隆性肿瘤，在中老年人中多见。肿瘤细胞会侵袭骨髓、破坏骨质，引发持续性骨痛、病理性骨折、贫血、肾功能损伤等并发症，患者预后较差^[1]。目前，临床针对该病的主流治疗方案以蛋白酶体抑制剂联合免疫调节剂化疗为主，可有效抑制肿瘤细胞增殖、控制病情进展^[2]。但化疗无法彻底消除骨质破坏带来的疼痛，多数患者会出现中重度持续性癌性骨痛，降低治疗依从性，打乱睡眠节律，形成恶性循环，不利于化疗顺利实施，故需探索有效的护理干预方案^[3]。集束化疼痛护理整合多项循证护理措施，是一种系统化的护理干预模式，可全方位管控疼痛诱因。本研究将该护理理念应用于多发性骨髓瘤患者的护理管理中，探讨其临床应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究时间段 2024 年 10 月-2025 年 12 月，选取此期就诊于医院的多发性骨髓瘤患者，共计 60 例。以随机数字表法为依据进行分组。对照组（29 例）中男女各 16 例、13 例；年龄 48~76（ 62.37 ± 5.42 ）岁；病程 3~18（ 9.46 ± 2.15 ）个月；伴随疾病：高血压、2 型糖尿病、冠心病、其他各 11 例、7 例、4 例、7 例。观察组（31 例）中男女各 17 例、14 例；年龄 46~78 岁，平均年龄（ 63.11 ± 5.29 ）岁；病程 2~19（ 9.52 ± 2.08 ）个月；伴随疾病：高血压、2 型糖尿病、冠心病、其他各 12 例、6 例、5 例、8 例。以上基线资料两组无显著差异（ $P > 0.05$ ），可比。

纳入标准：与《多发性骨髓瘤骨病外科治疗专家共识（2022 版）》中相关描述一致^[4]；确诊经骨髓穿刺、免疫固定电泳、影像学骨质检查；入院后有骨痛症状，视觉模拟评分法评分 ≥ 4 分；意识清晰，能正常沟通交流，独立完成疼痛、睡眠质量

评估；预计生存期不少于 6 个月，对护理干预与临床随访全程配合；具备完整的临床资料，中途未退出或转院治疗。

排除标准：伴随其他恶性肿瘤、自身免疫性疾病、严重器质性脏器功能衰竭者；入院前已存在腰椎间盘突出、关节炎等慢性疼痛疾病者（非骨髓瘤引发）；合并精神疾病，如精神分裂症、重度焦虑抑郁等，不具备配合能力者；对阿片类、非甾体类常规止痛药物过敏，无法使用者；发生病理性骨折，正在卧床制动、四肢活动完全受限，无法行康复护理者。

1.2 方法

对照组护理方案：血液科多发性骨髓瘤常规疼痛护理，包括：入院后的基础健康宣教，如疾病、疼痛相关知识；患者主诉疼痛时遵医嘱行药物止痛治疗，观察用药情况；指导患者卧床休息，勿剧烈活动；监测生命体征，处理化疗常见不良反应；在疼痛干预方面遵循对症处理原则。

观察组护理方案：对照组护理方案+基于集束化疼痛护理干预理念的护理。组建专项疼痛护理小组，结合多发性骨髓瘤疾病特点（骨质破坏、体位性疼痛、化疗后疼痛加重）制定护理方案，具体内容：

（1）动态分层疼痛评估：患者入院 2 h 内，完成首次疼痛评估；每日按早中晚三次行定时疼痛评估，并在活动前后、夜间睡前追加动态评估；根据患者视觉模拟评分法（VAS）评分进行疼痛分级，包括轻度、中度、重度疼痛，据此建立个体化疼痛干预档案，同时动态记录患者疼痛所在部位、性质、持续时间及诱因。

（2）阶梯化药物止痛干预：严格遵循 WHO 关于癌痛三阶梯的止痛原则，即轻度疼痛给予非甾体抗炎药，中重度给予阿片类缓释剂，同时规范剂量、用药时间，并对爆发痛行提前

干预，避免疼痛发作后再干预的情况^[5]。

(3) 非药物疼痛干预：干预措施包括局部热敷、穴位按摩、放松呼吸法，每日实施2次；指导患者取正确体位卧床，规避翻身过猛，做弯腰等诱发骨痛的动作，预防病理性骨折。

(4) 疼痛专项心理干预：如患者因疼痛引发负面情绪，每日给予一对一的心理疏导，持续15 min；借助音乐疗法、转移注意力缓解患者疼痛感知，纠正其忍痛、拒绝使用止痛药物等错误认知。

(5) 延续性疼痛管理：患者出院前，实施居家疼痛干预指导。建立微信随访群，每周开展2次线上随访，及时调整居家止痛方案，实现院内-院外全程的疼痛管控。

两组护理周期均为4周。

1.3 观察指标

(1) 疼痛程度：评估工具VAS，疼痛程度从0分到10分逐渐加重，10分为剧痛。测评时间为干预前、干预4周后。

(2) 睡眠质量：评估工具匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)，睡眠质量从0分到21分逐渐变差。测评时间为干预前、干预4周后。

(3) 护理满意度：评估工具科室自制满意度问卷，百分制，按得分分为非常满意(90~100分)、满意(70~89分)、不满意(<70分)；满意度=1-不满意率。

1.4 统计学方法

用SPSS 21.0统计学软件进行数据分析，计量、计数资料分别以 $\bar{x} \pm s$ 、%表示，依次行t、 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为有显著差异。

2 结果

2.1 干预前后 VAS 癌性疼痛评分

两组干预后VAS癌性疼痛评分均比干预前低，且观察组比对照组低($P < 0.05$)。见表1。

表1 干预前后VAS癌性疼痛评分(分， $\bar{x} \pm s$)

组别	观察组	对照组	t 值	P 值
例数	31	29	-	-
干预前	6.84 $\pm$ 1.02	6.79 $\pm$ 1.05	0.183	0.855
干预后	2.16 $\pm$ 0.53	3.97 $\pm$ 0.61	12.136	0.000

2.2 干预前后 PSQI 评分

两组干预后PSQI评分均比干预前低，且观察组比对照组低($P < 0.05$)。见表2。

表2 干预前后PSQI评分(分， $\bar{x} \pm s$)

组别	观察组	对照组	t 值	P 值
例数	31	29	-	-
干预前	14.26 $\pm$ 2.17	14.19 $\pm$ 2.23	0.121	0.904
干预后	5.32 $\pm$ 1.14	9.68 $\pm$ 1.35	13.527	0.000

2.3 护理满意度

观察组护理总满意度(96.77%)比对照组(75.86%)高($P < 0.05$)。见表3。

表3 护理满意度[n(%)]

组别	观察组	对照组	χ^2 值	P 值
例数	31	29	-	-
非常满意	20(64.52)	11(37.93)		
满意	10(32.26)	11(37.93)		
不满意	1(3.23)	7(24.14)		
总满意度	30(96.77)	22(75.86)	4.872	0.027

3 讨论

多发性骨髓瘤作为中老年高发血液恶性肿瘤，骨质破坏是其核心病理特征。区别于普通癌痛，该病带来的疼痛具有体位依赖性、夜间加重、爆发痛频发的特点，且疼痛会伴随化疗周期持续存在，不仅加重患者躯体痛苦，还会侵蚀治疗信心，大幅降低患者的化疗耐受性^[6]。现阶段，临床常规采用的化疗方案能够控制骨髓瘤病灶进展，但无法修复受损骨骼组织，疼痛问题依旧是多发性骨髓瘤患者护理管理中的核心难题^[7]。传统的常规疼痛护理模式缺乏统一且标准化的护理流程，护理工作依赖护士临床经验，干预方式多为被动止痛，在疼痛评估、心理干预、体位管理、居家延续护理等关键环节缺乏主动性，导致护理措施碎片化，无法从源头规避疼痛诱因，影响整体止痛效果。

集束化疼痛护理是依托循证医学证据构建的系统化护理模式。区别于单一护理操作，该护理模式对多项针对性疼痛护理措施进行整合，形成闭环式疼痛管理体系，紧密贴合多发性骨髓瘤患者骨痛的发病特点与护理需求^[8]。本研究显示，两组干预后VAS癌性疼痛评分、PSQI评分均比干预前低，且观察组两项评分均比对照组低($P < 0.05$)。观察组护理总满意度(96.77%)比对照组(75.86%)高($P < 0.05$)。印证了集束化疼痛护理干预理念的应用价值。分析原因^[9-10]：(1)动态分层疼痛评估实现了疼痛的早识别、早干预，改变了传统护理等待患者主诉疼痛后再处理的滞后性问题；(2)药物联合非药物的双重止痛方案减少了单纯依赖止痛药物带来的不良反应，

同时缓解了药物无法覆盖的慢性隐痛；（3）针对性体位护理可规避病理性骨折风险，从诱因层面减少疼痛发作；（4）心理干预与延续性护理打通院内与院外护理的壁垒，缓解了患者的主观疼痛感知，有助于解决夜间疼痛、居家疼痛的管控盲区。另外，从护理管理层面，集束化疼痛护理干预理念明确了血液科疼痛护理标准，统一了护理流程，降低了护理人员操作差异，

提升了科室整体疼痛护理规范化水平。

综上所述，在多发性骨髓瘤患者护理管理工作中引入集束化疼痛护理干预理念，构建多维度、闭环式疼痛护理方案，能够精准管控患者癌性骨痛，阻断疼痛与睡眠障碍之间的恶性循环，提升护理管理质量与患者满意度，值得在血液内科临床推广。

参考文献:

- [1] 田春英,李林凤.延续性护理对多发性骨髓瘤化疗患者生活质量及相关并发症的影响[J].中西医结合杂志,2024,33(9):1289-1293.
- [2] 王惠萍,李仙丽.知行信模式 3H 护理对多发性骨髓瘤患者依从性及生存质量的影响[J].基层医学论坛,2025,29(16):113-116.
- [3] 洪玥琰,朱晓玉.隋艳健康宣教联合叙事护理服务方案对多发性骨髓瘤患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2024,30(24):71-73.
- [4] 中国抗癌协会骨肿瘤和骨转移瘤专业委员会.多发性骨髓瘤骨病外科治疗专家共识(2022 版)[J].中国肿瘤临床,2022,49(13):649-659.
- [5] 孙丽媛,王耀美,王亚丹.集束化疼痛干预联合健康信念导向照顾策略对多发性骨髓瘤患者心理弹性及遵医行为的影响[J].癌症进展,2024,22(15):1679-1683.
- [6] 范惠敏,温玉玲.思维导图引导的多元化疼痛护理对多发性骨髓瘤患者骨痛控制、心境状态及睡眠质量的影响[J].国际护理学杂志,2024,43(21):3930-3934.
- [7] 孙亚欣.基于罗森塔尔效应的护理干预对多发性骨髓瘤患者心理弹性、癌因性疲乏及护理满意度的影响[J].中华养生保健,2025,43(4):151-155.
- [8] 严晓琴,王婷,余娟,等.基于行为转变理论的护理模式对多发性骨髓瘤患者疼痛及生活质量的影响[J].保健医学研究与实践,2024,21(1):84-89.
- [9] 卢冰冰.整体性护理干预在多发性骨髓瘤患者中对生活质量的影响[J].实用临床护理学电子杂志,2024,9(2):100-102,99.
- [10] 黄翠华.以目标执行理念为基础的健康宣教联合人文关怀干预在多发性骨髓瘤化疗患者中的应用效果[J].反射疗法与康复医学,2024,5(17):195-198.