

慢性伤口疼痛管理的最佳证据总结

罗智燕¹, 徐泽俊², 杨学芳³, 王丽⁴, 李萍⁵, 蒋晓华⁴

摘要: **目的** 评价和整合慢性伤口疼痛管理的最佳证据,为临床实践提供参考。**方法** 按照“6S”证据金字塔模型,通过检索国内外专业网站以及数据库中关于慢性伤口疼痛评估与管理的相关证据。检索时间范围为建库至 2024 年 4 月。**结果** 共纳入文献 12 篇,包括 1 篇指南,4 篇证据总结,3 篇最佳临床实践,2 篇系统评价,1 篇专家共识,1 篇类试验研究。从疼痛管理总原则、疼痛评估内容、疼痛评估时机和工具、非药物干预措施、药物干预措施 5 个维度 32 个条目总结了慢性伤口疼痛管理策略。**结论** 总结目前关于慢性伤口疼痛管理的最佳证据,可为临床医护人员科学管理慢性伤口疼痛提供循证依据,减轻患者痛苦和疾病负担,提升患者生活质量。

关键词: 慢性伤口; 疼痛; 评估; 管理; 生活质量; 证据总结; 循证护理

中图分类号: R471 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2025.04.051

Summary of the best evidence for chronic wound pain management Luo Zhiyan, Xu Zejun, Yang Xuefang, Wang Li, Li Ping, Jiang Xiaohua. Department of Nursing, Chengdu Integrated TCM & Western Medicine Hospital, Chengdu 610041, China

Abstract: **Objective** To evaluate and integrate the best evidence on chronic wound pain management, providing reference for clinical practice. **Methods** Domestic and international specialized websites and databases were searched for evidence on chronic wound pain assessment and management in accordance with the "6S" evidence pyramid model. The time frame of the search was from the establishment of the database to April 2024. **Results** A total of 12 papers were included, including 1 guideline, 4 evidence summaries, 3 best clinical practices, 2 systematic evaluations, 1 expert consensus, and 1 pilot study. Chronic wound pain management strategies were summarized in 32 entries in 5 dimensions: general principles of pain management, content of pain assessment, timing and tools for pain assessment, nonpharmacological interventions, and pharmacological interventions. **Conclusion** This study summarizes the current best evidence on chronic wound pain management, which can provide an evidence-based basis for clinical healthcare professionals to scientifically manage chronic wound pain, reduce patients' pain and disease burden, and improve patients' quality of life.

Keywords: chronic wounds; pain; assessment; management; quality of life; evidence summary; evidence-based nursing

慢性伤口是指受各种因素的影响无法通过正常伤口愈合阶段,超过 1 个月仍未愈合或无愈合倾向的伤口,主要包括动静脉溃疡、糖尿病足溃疡、压力性损伤以及慢性感染性伤口等^[1]。一项系统回顾显示,全球慢性伤口总患病率约为 2.21/1 000 人^[2],由于人口老龄化的加重,以及全球糖尿病和肥胖发病率急剧上升,预计未来慢性伤口总患病率还将不断增高。慢性伤口患者在治疗期间常面临疼痛、渗液、异味、睡眠障碍等多重症状困扰,其中疼痛作为第五大生命体征,是影响患者身心健康不可忽视的重要问题^[3]。研究发现,有 95.4% 慢性伤口患者在休息或日常生活时有过疼痛,其中慢性伤口创面操作性疼痛的发生率

高达 94.3%^[4],不仅严重影响伤口愈合的进程,还会导致患者产生焦虑、抑郁等一系列心理问题,为患者及其家庭带来沉重的精神和经济压力^[5-8]。因此疼痛管理是慢性伤口高质量护理的重要组成部分,医护人员应在提高慢性伤口愈合率的同时,兼顾疼痛管理,注重提高患者整体生活质量。而目前临床上的慢性伤口护理主要集中于伤口愈合而往往忽略了伤口疼痛这一关键问题。虽然国内外关于伤口护理的指南、共识等指导性文件越来越多,但针对慢性伤口疼痛管理的最佳证据分布零散,不够聚焦。因此,本文基于循证对慢性伤口疼痛管理的相关证据进行总结与质量评价,旨在为临床医护人员进行科学规范的疼痛管理,减轻患者的不良体验提供参考。该研究已通过复旦大学循证护理中心注册(ES20233337)。

1 资料与方法

1.1 文献检索 按照循证检索的“6S”^[9] 金字塔模型进行检索,包括 BMJ 最佳临床实践网站、UpToDate、JBI 图书馆、英国国家卫生与临床优化研究所(NICE)网站、苏格兰院际间指南网(SIGN)、加拿大安大略省

作者单位:1. 成都市中西医结合医院护理部(四川 成都, 610041);2. 四川省人民医院伤口护理中心;3. 宜宾市第二人民医院神经外科;4. 四川省人民医院神经外科;5. 电子科技大学医学院

通信作者:徐泽俊,570358845@qq.com

罗智燕;女,硕士,护师,1608756884@qq.com

科研项目:2023 年四川省干部保健科研项目(川干研 2023-226)

收稿:2024-09-22;修回:2024-11-22

注册护士协会(RNAO)网站、医脉通;检索的相关专业协会网站包括:世界伤口愈合协会、欧洲伤口管理协会、美国伤口造口失禁护士协会、加拿大伤口护理协会、国际伤口组织、爱尔兰国家医疗中心、加州惩戒保健服务、PubMed、Web of Science、Cochrane Library、Embase、中国知网、万方数据知识服务平台、中国生物医学文献数据库、维普网。采用主题词与自由词相结合的检索方法,检索时限为建库至 2024 年 4 月。中文检索词:伤口,慢性伤口,难愈性伤口;疼痛,疼痛管理,疼痛护理,慢性疼痛;英文检索词:wound, chronic wound, chronic refractory wound; pain, pain management, pain care, chronic pain。检索策略以中国知网为例,检索式为 SU=(‘伤口’+‘慢性伤口’+‘难愈性伤口’+‘难愈性创面’) AND SU=(‘疼痛’+‘疼痛管理’+‘疼痛护理’) AND SU=(‘临床决策’+‘最佳实践’+‘指南’+‘证据总结’+‘系统评价’+‘临床决策’+‘专家共识’+‘随机对照试验’+类实验研究)。

1.2 文献纳入及排除标准 纳入标准:①研究对象为慢性伤口患者;②研究主题涉及慢性伤口疼痛的评估与管理;③研究类型包括最佳临床实践、指南、临床决策、证据总结、系统评价、专家共识、实验性研究;④文献语言为中文或英文;⑤对已修订或更新的文献,纳入最新版本。排除标准:①重复发表文献;②文献信息不全或无法获取全文;③文献为计划书、报告书、草案或摘要;④质量较低的文献。

表 1 纳入文献的一般特征

作者/机构	文献主题	文献来源	证据类型
The Office of Nursing and Midwifery Services Director ^[14]	HSE(Health Service Executive)国家伤口管理指南	爱尔兰国家医疗中心	指南
中国老年医学学会烧创伤分会 ^[15]	急慢性创面的光照治疗全国专家共识	中国生物医学文献数据库	专家共识
Slads ^[16]	伤口护理:标准化护理	JB I	证据总结
The JB I ^[17]	改变伤口敷料;减少疼痛	JB I	证据总结
Johal ^[18]	伤口处理:换药过程中的疼痛评估	JB I	证据总结
Pamaiahgari ^[19]	伤口护理的疼痛管理:换药期间的疼痛药理学管理	JB I	证据总结
Orated ^[20]	预防和处理伤口的最佳实践建议	加拿大伤口护理协会	临床最佳实践
Holloway ^[21]	伤口相关疼痛的整体管理	欧洲伤口管理协会	临床最佳实践
NICE ^[22]	慢性伤口:先进的伤口敷料和抗菌敷料	NICE	临床最佳实践
Admassie 等 ^[23]	与伤口相关的程序性疼痛管理:系统回顾	Embase	系统评价
Chang 等 ^[24]	低频超声清创术在慢性伤口愈合中的应用	PubMed	系统评价
Nair ^[25]	电刺激可减轻难愈合伤口的疼痛愈合	PubMed	类实验性研究

2.2 纳入文献的质量评价

2.2.1 指南的质量评价 共纳入指南 1 篇^[14],该指南在范围和目的、参与人员、严谨性、清晰性、应用性、独立性领域的标准化百分比分别为 95.83%、87.50%、91.66%、93.50%、72.91%、75.00%,各领域百分比均>60%,文献质量为 A 级。

2.2.2 专家共识和最佳临床实践的质量评价 共纳

1.3 文献质量评价标准 ①指南采用 2017 版临床指南研究与评估系统 II (AGREE II)^[10]评价;②系统评价采用 JB I 循证卫生保健中心制订的相应质量评价标准(2016)^[11]进行评价;③实验性研究采用 JB I 循证卫生保健中心制订的相应评价标准^[12]进行质量评价;④专家共识和临床最佳实践采用 JB I 循证卫生保健中心制订的相应质量评价标准(2016)^[13]进行评价;⑤对于来源于国际权威数据库 JB I 的证据总结则认定为高质量证据直接纳入。

1.4 文献质量评价过程 由 2 名经过系统循证培训且具有循证实践经验的研究者独立进行,如遇分歧,由第 3 名研究者检查核对。证据整合遵循以下原则:合并意见一致的证据,对于意见不一致的证据严格遵循高质量证据优先、循证医学证据优先、最新发表的最权威的证据优先的原则。

1.5 证据汇总与分级 采用 2014 版 JB I 证据预分级系统对纳入的证据进行质量等级划分,根据研究设计类型的不同将证据划分为 1a~5c 级。

2 结果

2.1 文献检索结果 初步检索获得文献共 5 525 篇,去掉重复文献 1 543 篇,阅读标题和摘要去除文献 3 761 篇,根据文献纳入与排除标准进行筛选,排除文献 209 篇(研究内容不符合 145 篇,研究对象不符合 21 篇,研究类型不符合 41 篇,无法获取全文 2 篇),最终纳入 12 篇文献,文献的基本特征见表 1。

入 1 篇专家共识^[15]和 3 篇最佳临床实践^[20-22],所纳入的专家共识和最佳临床实践除 NICE^[22]条目 6“所提出的观点是否与以往文献有不一致的地方”评价为“不确定”,其余条目均评价为“是”,4 篇文献总体质量较高,均纳入研究。

2.2.3 系统评价的质量评价 纳入 2 篇系统评价^[23-24],其中 Chang 等^[24]的研究除条目 5“采用的文

献质量评价标准”为“否”,其余条目均为“是”,2 篇研究整体质量较高,准予纳入。

2.2.4 类实验性研究质量评价 纳入 1 篇类实验研究^[25],11 个条目评价均为“是”,质量较高予以纳入。

2.2.5 其他 纳入 4 篇证据总结^[16-19],来源于国际权威数据库 JBI,为高质量证据直接纳入。

2.3 证据汇总 经过系统文献检索,质量评价、证据提取及分级,从疼痛管理总原则、疼痛评估内容、疼痛评估时机和工具、非药物干预措施、药物干预措施 5 个方面进行证据总结,最终形成 32 条证据,见表 2。

表 2 慢性伤口疼痛管理最佳证据汇总

证据主题	证据内容	证据等级
疼痛管理总原则	1. 管理伤口医护人员应具备伤口疼痛管理基本知识和相关技能,并接受持续的培训和教育 ^[18]	5b
	2. 采取药物和非药物干预联合管理疼痛,且慢性持续疼痛优先考虑采用非药物干预措施 ^[17]	5b
	3. 应为患者制订个体化的疼痛管理方案,对于存在持续慢性疼痛的患者,应联合疼痛管理专家共同管理 ^[18]	5b
	4. 应授权患者自身参与优化疼痛管理计划 ^[14]	1c
疼痛评估内容	5. 疼痛评估应全面化和标准化,包括生理、心理、社会整体评估。结合患者的年龄、认知程度、疼痛的行为反馈、疼痛既往史(疼痛类型、发作时间、频率和严重程度)、评估患者过去采取何种措施控制疼痛,以及措施的有效性 ^[14]	5b
	6. 当疼痛评估结果发生变化时需要调整疼痛管理措施和评估时机 ^[20]	5b
	7. 评估患者对慢性伤口疼痛管理的态度,以及药物(局部/全身药物)和非药物策略的需求和偏好 ^[14]	5b
	8. 定期评估疼痛的存在,根据疼痛管理效果来评估是否咨询或转介至疼痛管理专家 ^[21]	5b
疼痛评估时机和工具	9. 在疼痛管理干预前后,以及更换伤口敷料前、中、后,应使用标准化、经过验证的疼痛评估工具进行疼痛评估并记录 ^[14]	5b
	10. 疼痛评估频率需根据疼痛管理效果和管理目标决定 ^[14]	5b
	11. 当慢性伤口疼痛类型/性质发生改变或出现新的疼痛体验时,需要重新评估 ^[14]	5b
	12. 视觉模拟评分(Visual Analogue Scale,VAS)是最简易的疼痛评估方法,疼痛数字表法(Numerical Rating Scale,NRS)、主诉疼痛分级法(Verbal Rating Scale,VRS)、Wong-Baker 面部表情法等是其他基础量表,使用疼痛日记也可作为一种评估疼痛如何影响患者的方法 ^[14]	2c
	13. 疼痛评估的单维测量量表应结合社会功能和心理状况评估综合考虑,或使用包含生活质量测量的多维工具,如简明疼痛量表(Brief Pain Inventory,BPI),麦吉尔疼痛问卷(McGill Pain Questionnaire,MPQ),健康调查量表(36-Item Short Form,SF-36),整体疼痛评估量表(Global Pain Scale,GPS)等 ^[18, 21]	5b
	14. 评估老年人和语言障碍的慢性伤口人群使用 VAS 和面部量表(Faces Scale)等主观工具比较有效 ^[20]	5b
	15. 患者对疼痛的自我报告是最可靠的疼痛指标,鼓励患者及时表达疼痛感受 ^[18]	5b
非药物干预措施	16. 红蓝光联合治疗可减轻慢性创面局部疼痛,尤其是自身免疫系统疾病所致的难愈性皮肤溃疡 ^[15]	1c
	17. 光照治疗如患者无不适可持续治疗 20~30 min,每天 1~2 次,对大范围伤口应分区治疗。如创面覆盖药物或敷料时,需在常规治疗时间上延长 5~10 min;如敷料为不透光时,建议打开敷料进行光照治疗 ^[15]	3c
	18. 保持伤口湿性环境,避免不必要的伤口裸露,防止浸渍和减少伤口周围皮肤刺激疼痛的风险 ^[14]	5b
	19. 及时治疗与慢性伤口疼痛相关的潜在病因,如感染、缺血等 ^[20]	5b
	20. 推荐伤口重度疼痛患者使用经皮神经电刺激缓解伤口疼痛 ^[25]	2d
	21. 伤口换药操作者应提高换药技术,动作轻柔,在伤口换药过程中,当患者疼痛难忍时,可以先暂停换药,待患者疼痛程度缓解后再开始操作 ^[14]	5b
	22. 选择接近体温的清洁溶液或无菌溶液清洗伤口可减轻疼痛严重程度 ^[14]	5b
	23. 使用超声清创术可减轻慢性伤口患者因伤口清创导致的疼痛 ^[24]	1b
	24. 敷料的选择:a. 应根据伤口的基本情况、位置、肢体活动度等,敷料的应用时间、水分平衡、愈合潜力和伤口周围浸渍情况等选择适当的敷料,以最大限度地减少应用和取出敷料有关的创伤和疼痛 ^[14] ;b. 选择非黏性敷料,如纱布、水凝胶类、硅酮类、藻酸盐与亲水纤维类等 ^[20, 23]	5b
	25. 含布洛芬的泡沫敷料可以缓解渗出物较多的慢性伤口疼痛 ^[22]	1c
	26. 敷料的移除:移除敷料前使用林格溶液浸泡至少 30 min,或移除前用浸过橄榄油或软膏的敷布软化痂皮,可以减轻敷料去除时的疼痛感 ^[14]	3c
药物干预措施	27. 采取转移注意力、芳香疗法、音乐疗法可减轻慢性伤口换药操作时的疼痛严重程度 ^[17]	5b
	28. 建议采取 WHO 三阶梯镇痛原则口服给药持续管理伤口相关疼痛,根据患者疼痛评估和疼痛病史为患者制订个体化的药物干预措施 ^[19]	5b
	29. 与换药程序相关的疼痛,可在换药操作前或后足够时间内给予药物管理措施 ^[17]	5b
	30. 推荐在伤口换药操作前 1 h 服用弱阿片类药物,强阿片类药物如吗啡用于剧烈疼痛,非阿片类作为辅助用药(非甾体类抗炎药,对乙酰氨基酚),必要时可加用镇静药物。应提前告知患者阿片类镇痛的潜在不良反应和风险 ^[19, 23]	3c
	31. 推荐伤口换药操作前 10~15 min 局部浸润利多卡因或丙洛卡因,或多利多卡因和丙洛卡因局局部麻醉涂抹至少 60 min,可减轻因换药操作所致疼痛感 ^[23]	2b
	32. 推荐 5%复方利多卡因麻醉乳膏包裹 20 min 用于慢性创面的疼痛管理,如 20 min 后仍有疼痛,允许延长使用时间到 45~60 min ^[17, 19]	5b

3 讨论

3.1 科学规范的总原则是疼痛管理的指导方向 疼痛作为慢性伤口最令人痛苦的症状之一不仅严重影响患者的身心健康和生活质量,也不利于伤口的愈合进程^[26]。证据 1~4 归纳了制订个性化疼痛管理方案的关键,也就是科学规范的疼痛管理总原则,其中包括进行伤口管理的医护人员和患者自身。首先建议从事伤口管理的医护人员应进行伤口疼痛管理相关知识和技能的培训,不断学习伤口疼痛管理的最新指南、共识或规范等,以提高医护人员对于伤口的疼痛管理意识和水平^[18]。医护人员在全面掌握患者疼痛状况后,建议优先考虑非药物干预措施并结合患者自身需求制订个性化的疼痛干预方案^[17]。且由于慢性伤口种类的复杂性,因此对于存在持续疼痛的患者,必要时需联合疼痛管理专家共同管理^[18]。最后,患者自身作为伤口管理的重要角色,医务人员需要授权和鼓励患者参与到优化疼痛管理方案中,提供个性化的方法来帮助患者进行积极的疼痛自我管理^[14]。只有在科学规范的总原则指导下,从多方角度入手,实施专业化的疼痛管理方案,才能最终改善患者结局。

3.2 全面准确的评估是疼痛管理的基础 由于慢性伤口病因复杂,其相关疼痛来源和类型也多样,包括操作性疼痛、神经性疼痛、组织损伤性疼痛、精神性疼痛等^[26]。而全面准确的评估是开展有效疼痛管理的基础,证据 5~8 阐述了关于慢性伤口疼痛评估的具体内容。推荐进行慢性伤口疼痛评估时应全面化和标准化,选用合适的评估工具并结合患者的心理、社会状况整体实施以人为本的疼痛评估^[14]。当疼痛评估水平发生变化时则需要重新选择疼痛评估时机和管理措施^[20]。除此之外,患者关于疼痛药物和非药物管理措施的需求和偏好也是需要评估和关注的,在满足患者伤口管理需求的基础上进行干预,可提高患者对伤口疼痛管理的依从性和满意度^[14]。最后,在给予疼痛管理措施后还需要进行干预措施有效性的评估,如疼痛管理干预效果不理想,应及时调整疼痛管理的策略,并建议患者及时咨询或转介至疼痛管理专家^[21]。由于慢性伤口类型以及个体对于疼痛的感受和体验不同,因此选择正确的评估时机和合适的工具则是有效评估的前提^[27]。既往研究发现,医护人员对疼痛评估和记录的知晓率和依从性较低,对于慢性伤口疼痛评估的知识缺乏,使慢性伤口患者对伤口的疼痛产生过度表达或错误表达,导致疼痛管理决策困难,最终使得疼痛缓解无效^[28-30]。Lentssck 等^[31]在对慢性伤口患者生活质量的研究中也提出,对疼痛的正确认知和准确评估是有效控制的前提。因此证据 9~15 总结了慢性伤口患者疼痛评估的时机和工具选择。疼痛的评估是连续、动态的过程,需要在推荐的时机使用标准化、经过验证的疼痛评估工具持续、准确、规

范地评估并记录,为镇痛措施的实施与效果评价提供准确、可靠的依据^[14]。其中视觉模拟评分由于操作简易在临床应用最为广泛,其他工具还包括疼痛数字量表、主诉疼痛分级法、Wong-Baker 面部表情法、疼痛日记等^[14]。需要注意的是导致慢性伤口患者疼痛的因素多而复杂,疼痛的来源不仅限于伤口局部,还包括全身和心理方面。因此单维测量量表应结合社会功能和社会心理评估综合考虑,或使用包含生活质量测量的多维工具,如 BPI、MPQ、SF-36、GPS 等^[18, 21]。而对于老年人和语言障碍等特殊人群,使用视觉模拟量表和面部量表等主观工具比较有效。此外多项证据指出患者对疼痛的自我报告是最可靠的疼痛评估指标,提示临床医护人员应通过选择合适量表、注重行为观察并鼓励和帮助患者及时表达疼痛体验^[20]。综上所述,临床医护人员应重视对慢性伤口的疼痛评估,根据患者选择合适的时机和个性化的评估工具,但研究中发现目前尚缺乏慢性伤口患者疼痛的特异性评估工具,未来可以进一步探索开发出更全面、更科学针对慢性伤口特异性的疼痛评估工具。

3.3 非药物干预措施是疼痛管理的优先方案 证据 16~27 汇总了多项慢性伤口疼痛管理的非药物干预措施。多数迁延不愈的慢性伤口患者常伴有其他系统疾病,由于非药物干预措施不良反应少,风险低,适用的人群更为广泛,因此指南也推荐尽可能优先考虑非药物干预措施,包括光照疗法、保持伤口湿性环境、神经电刺激治疗潜在病因以及与换药程序相关的疼痛管理措施。共识中指出红蓝光联合治疗可有效减轻慢性创面局部疼痛,尤其是自身免疫系统疾病所致的难愈性皮肤溃疡,但由于慢性伤口成因复杂以及该方法的安全性方面有待进一步研究,因此共识暂未对光照疗法镇痛的波长参数选择作出具体推荐^[15]。其次保持好慢性伤口愈合的湿性环境,尽可能避免不必要的伤口裸露,既可防止浸渍和减少伤口周围皮肤刺激疼痛感,还可加速伤口的愈合^[14]。除了以上局部干预措施外,还包括控制感染,改善缺血等整体干预措施,需要临床医护人员及时识别和处理可能导致伤口疼痛的潜在病因。其中证据 21~27 则总结了如何管理与伤口换药程序相关的疼痛。据研究显示,在慢性伤口患者中有 74% 以上存在中度至重度的创面操作性疼痛^[32],因此缓解此类疼痛迫在眉睫。提高医护人员疼痛管理意识和操作技术是前提,在进行换药操作时动作轻柔,如患者疼痛难忍时,可先暂停换药操作,待患者疼痛程度缓解后再开始操作^[14]。其次,清洗与清创是伤口管理的关键技术之一。在伤口清洗时要选择接近体温的清洁溶液或无菌溶液进行冲洗,传统的纱布或棉球擦洗法会对伤口内肉芽组织造成机械性损害作用,增加伤口局部疼痛的概率^[14, 33]。因此证据推荐使用超声清创术来减轻由于伤口清洗和清创

所产生的疼痛^[14]。最后,敷料的选择与移除是管理伤口相关疼痛的重要内容,不合适的敷料选择和不当的敷料移除操作不仅会加重敷料更换时的疼痛,还会破坏伤口生长,延缓伤口愈合进程^[34]。指南推荐在进行敷料选择时应根据患者伤口基本情况和敷料特点来选择适当的敷料,如材质为非黏性的敷料和含有布洛芬的泡沫敷料的新型敷料;在移除敷料前使用林格溶液浸泡至少 30 min,或移除前用浸过橄榄油或软膏的敷布软化痂皮,可以最大限度地减轻揭除敷料时有关的创伤和疼痛^[14]。除此之外,采取转移注意力、芳香疗法、音乐疗法、经皮神经电刺激也可减轻慢性伤口相关疼痛,但由于当前缺乏更高质量、多中心的大样本研究,具体的推荐意见仍有待进一步探索^[17]。也提示有必要开展更高质量的原始研究来丰富证据,为临床实践提供更具体、更完善的指导。

3.4 必要的药物干预措施是疼痛管理的保障 第 28~32 条证据总结了慢性伤口患者疼痛管理的药物治疗措施。对经过非药物干预疼痛缓解无效的患者可以结合药物干预策略来进行管理,证据建议采取 WHO 三阶梯镇痛原则口服给药持续管理慢性伤口相关疼痛,用药前应充分了解患者疼痛评估结果、疼痛病史、既往病史、服药史,以及在用药过程中加强对不良反应的监测^[19]。在与换药程序相关的药物镇痛方面,主要包括口服给药、局部浸润和涂抹麻醉乳膏等途径^[17]。口服给药时注意要在换药操作前足够时间内实施,且使用阿片类时需提前告知患者潜在不良反应和风险^[17, 19]。但由于目前我国医疗体制下护理人员的权责有限,因此在进行药物干预时需要和医生协作,实现医护一体化,共同管理慢性伤口患者的疼痛。

4 结论

本研究归纳总结了目前慢性伤口疼痛管理的最佳证据,可为慢性伤口患者疼痛评估和管理提供一定的参考。但本研究存在一定的局限性,如大部分证据等级为 5 级,今后需开展更高质量的研究以提供科学系统的证据支持;且本文未对证据作出推荐强度建议,为了促进证据的临床转化和应用,研究团队计划后续开展专家会议确定证据推荐级别,以保障证据的临床适配度。此外,本研究纳入的文献以国外文献居多,考虑到医疗水平和体制存在差异,因此在进行证据临床转化时,需要充分考虑证据的适宜性,结合具体临床情境、医务人员的临床经验和患者自身的意愿来实施个性化的慢性伤口疼痛管理方案,从而全面有效地管理慢性伤口疼痛,提高患者满意度,以促进我国伤口护理专科的高质量发展。

参考文献:

[1] Gupta S, Andersen C, Black J, et al. Management of chronic wounds: diagnosis, preparation, treatment, and follow-up[J]. Wounds, 2017, 29(9): S19-S36.

[2] Martinengo L, Olsson M, Bajpai R, et al. Prevalence of chronic wounds in the general population: systematic review and meta-analysis of observational studies[J]. Ann Epidemiol, 2019, 29: 8-15.

[3] Woo K, Sibbald G, Fogh K, et al. Assessment and management of persistent (chronic) and total wound pain [J]. Int Wound J, 2008, 5(2): 205-215.

[4] 周春兰,刘颖,甄莉,等.慢性伤口患者基础疼痛及换药相关疼痛的调查分析[J]. 护理学杂志, 2016, 31(18): 25-29.

[5] 李静如,王江玲,王蔚.慢性伤口照护的卫生经济学评价研究进展[J]. 护理学杂志, 2022, 37(5): 109-112.

[6] Olsson M, Jarbrink K, Divakar U, et al. The humanistic and economic burden of chronic wounds: a systematic review[J]. Wound Repair Regen, 2019, 27(1): 114-125.

[7] Obilor H N, Adejumo P O, Ilesanmi R E. Assessment of patients' wound-related pain experiences in University College Hospital, Ibadan, Nigeria [J]. Int Wound J, 2016, 13(5): 697-704.

[8] 杨珍,谢志勤.慢性伤口疼痛管理的发展与展望[J]. 全科护理, 2020, 18(36): 5059-5063.

[9] Dicenso A, Bayley L, Haynes R B. Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model[J]. Evid Based Nurs, 2009, 12(4): 99-101.

[10] Brouwers M C, Kerkvliet K, Spithoff K. The AGREE reporting checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines[J]. BMJ, 2016, 352: i1152.

[11] The Joanna Briggs Institute. Checklist for systematic reviews and research syntheses[EB/OL]. [2024-08-18]. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>.

[12] 胡雁,郝玉芳,李晓玲,等.循证护理学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2019: 64-65.

[13] 胡雁,周英凤.循证护理: 证据临床转化理论与实践[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2021: 86-90.

[14] The Office of Nursing and Midwifery Services Director. HSE National Wound Management Guidelines 2018[EB/OL]. (2018-05-01) [2024-08-18]. <https://healthservice.hse.ie/filelibrary/onmsd/hse-national-wound-management-guidelines-2018.pdf>.

[15] 中国老年医学学会烧创伤分会. 急慢性创面的光照治疗全国专家共识(2020 版)[J]. 中华烧伤杂志, 2020, 36(10): 889-891.

[16] Slads S. Wound care: standardized delivery of care[EB/OL]. (2022-07-15) [2024-08-18]. https://ovidsp.dc2.ovid.com/ovidweb.cgi?S=IOBPFPFOOKEBJMOGJPIJJGDGHDLMAA00&Link+Set=S.sh.21|1|sl_190.

[17] The JBI. Wound dressing change: minimizing pain[EB/OL]. (2022-10-18) [2024-08-18]. https://ovidsp.dc2.ovid.com/ovid-new-a/ovidweb.cgi?&S=IOBPFPFOOKEBJMOGJPIJJGDGHDLMAA00&Link+Set=S.sh.42%7c1%7csl_190.

[18] Johal J. Wound management:assessment of pain during dressing change[EB/OL]. (2022-10-14)[2024-08-18]. https://ovidsp.dc2.ovid.com/ovid-new-a/ovidweb.cgi?&S=IOBPFPOOKEBJMOGJPIJJGDGHDLMAA00&Link+Set=S.sh.47%7c1%7csl_190.

[19] Pamaiahgari P. Pain management during wound care: pharmacological management of pain during dressing change[EB/OL]. (2023-04-05)[2024-09-10]. https://ovidsp.dc1.ovid.com/ovid-new-a/ovidweb.cgi?&S=LNHNFPCCNNIACJMKKKPIJFFEMCMMEA00&Link+Set=S.sh.21%7c1%7csl_190.

[20] Orated H. Best practice recommendations for the prevention and management of wounds[EB/OL]. (2017-02-03)[2024-08-18]. <http://www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/bpr-workshop/165-wc-bpr-prevention-and-management-of-wounds/fle>.

[21] Holloway S. Holistic management of wound-related pain[EB/OL]. (2024-01-03)[2024-08-18]. https://ewma.org/wp-content/uploads/2024/04/A4_Holistic-one-page_030424.pdf.

[22] NICE. Chronic wounds: advanced wound dressings and antimicrobial dressings[EB/OL]. (2016-03-30)[2024-08-18]. <https://www.nice.org.uk/advice/esmpb2/chapter/Key-points-from-the-evidence>.

[23] Admassie B, Ferede Y, Tegegne B, et al. Wound-related procedural pain management in a resource limited setting:systematic review[J]. Int J Surg Open, 2022, 47: 100549.

[24] Chang R, Perry J, Cross K. Low-frequency ultrasound debridement in chronic wound healing:a systematic review of current evidence[J]. Plastic Surgery (Oakv), 2017, 25(1):21-26.

[25] Nair H. Microcurrent as an adjunct therapy to accelerate chronic wound healing and reduce patient pain[J]. J Wound Care, 2018, 27(5):296-306.

[26] Ffrench C, Finn D, Velligna A, et al. Systematic review of topical interventions for the management of pain in chronic wounds[J]. Pain Rep, 2023, 8(5):e1073.

[27] 张媛,郭锦丽,刘宏,等. 伤口治疗师创面操作性疼痛管理现状调查分析[J]. 护理学杂志, 2022, 37(24):1-4, 21.

[28] 沈洪. 伤口处理过程中疼痛管理的研究进展[J]. 全科护理, 2021, 19(3):331-333.

[29] 邢梦莹. 伤口患者创面操作性疼痛管理方案的构建与应用[D]. 延安:延安大学, 2023.

[30] Christie J, Gray T A, Dumville J C, et al. Do systematic reviews address community healthcare professionals' wound care uncertainties? Results from evidence mapping in wound care [J]. PLoS One, 2018, 13 (1): e0190045.

[31] Lentssck M H, Baratieri T, Trincaus M R, et al. Quality of life related to clinical aspects in people with chronic wound[J]. Rev Esc Enferm USP, 2018, 52:e03384.

[32] Gardner S E, Abbott L I, FialaI C A, et al. Factors associated with high pain intensity during wound care procedures:a model[J]. Wound Repair Regen, 2017, 25(4): 558-563.

[33] 战凌,刘宇,史铁英. 慢性伤口清洗方式与清洗液选择的研究进展[J]. 中国实用护理杂志, 2021, 37(8):636-641.

[34] Hasegawa M, Inoue Y, Kaneko S, et al. Wound, pressure ulcer and burn guidelines-1:guidelines for wounds in general, second edition[J]. J Dermatol, 2020, 47(8):807-833.

(本文编辑 黄辉,吴红艳)

• 敬告读者 •

警惕假冒《护理学杂志》工作人员及网站征稿、收费的声明

近年来,相关网络、微信、邮箱经常出现某些谎称为《护理学杂志》编辑部人员,要求加作者为好友,或谎称文章录用或获奖,要求缴纳审稿费、版面费或奖项评审费等信息;有些甚至通过盗用本编辑部名称和地址、伪造资质证书等违法手段,假借《护理学杂志》编辑部的名义收录稿件,以达到非法敛财的目的。鉴此,《护理学杂志》编辑部郑重声明如下:

- 1.《护理学杂志》编辑部指定官方域名(网站)为 <http://www.hlzzz.com.cn> 或 <http://www.chmed.net>。从官方网站投稿是唯一途径。文章经审核合格被录用后,由投稿系统通过作者预留的邮箱发放录用通知和缴纳版面费通知,再无其他收费项目和其他途径。请作者明确,切勿受骗上当。
- 2.《护理学杂志》的编辑人员不会要求作者加微信好友;本刊不允许个人通知作者缴纳费用,亦未设置个人账户收费。
- 3.凡要求作者将论文版面费转账至个人账户的均非本编辑部所为。假冒本编辑部网站发布的信息、活动及后果均与本编辑部无关。

在此,特提醒广大读者、作者注意甄别本刊网站合法域名,选择正确途径投稿和缴纳费用,避免不必要的损失。

地址:武汉市解放大道 1095 号《护理学杂志》编辑部,邮编 430030

E-mail:jns@tjh.tjmu.edu.cn; 咨询电话:027-83662666; 联系人:雷冰霞