

综合护理干预在肿瘤患者疼痛管理中的实施效果^{*}

黄兴兰, 何 静(重庆市中山医院肿瘤科 400013)

【摘要】 目的 探讨综合护理干预对肿瘤患者疼痛管理的实施效果。**方法** 将 60 例癌症疼痛患者分为两组, 对照组 30 例, 观察组 30 例, 对照组进行常规护理, 观察组在常规护理的基础上由疼痛管理小组进行综合护理干预。干预前、后均使用疼痛评估量表、生活质量测定量表对两组患者进行疼痛评估和生活质量测定。**结果** 观察组患者干预后疼痛程度低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 生活质量评分优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 通过对肿瘤患者实施综合护理干预, 可以有效缓解肿瘤患者疼痛程度, 提高生活质量。

【关键词】 癌症疼痛; 疼痛管理; 综合护理干预

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.24.040 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)24-3716-02

疼痛是癌症患者临床伴发的常见症状。在这些癌症疼痛患者中, 只有一少部分接受了规范的疼痛管理和治疗^[1]。而失控的疼痛症状会严重影响患者的食欲、睡眠, 降低他们的躯体功能和社会功能, 导致生活质量下降^[2]。因此对疼痛患者实施全面、规范化疼痛护理管理十分重要。本研究以癌症疼痛患者为研究对象, 旨在探讨综合护理干预对癌症疼痛患者的影响, 以期制订更具有针对性的干预策略提供理论依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 9 月至 2014 年 12 月在本科室住院符合纳入标准的 60 例患者作为研究对象, 男 34 例, 女 26 例; 年龄 32~71 岁, 平均(48.68±12.82)岁; 其中肺癌 16 例, 肝癌 3 例, 胰腺癌 2 例, 乳腺癌 9 例, 卵巢癌 3 例, 胃癌 16 例, 淋巴瘤 3 例, 结直肠癌 8 例。分为观察组和对照组, 各 30 例, 两组患者在年龄、性别、疾病种类、疼痛程度等方面差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 纳入标准 (1)患者病理学诊断为癌症;(2)患者疼痛评分大于 0 分;(3)患者年龄大于 18 岁, 能正常阅读交流;(4)患者住院时间超过 2 周;(5)患者自愿参与本研究。

1.3 方法

1.3.1 测量工具 (1)疼痛调查表。采用 NRS 数字分级法: 0~10 分代表不同程度的疼痛, 1~3 分表示轻度疼痛, 4~6 分表示中度疼痛, 7~10 分表示重度疼痛。(2)生活质量测定量表^[3]。其包含有 5 个功能子量表: 躯体功能、角色功能、认知功能、情绪功能、社会功能和 1 个总体健康状况量表, 对癌症疼痛患者进行生活质量评估, 量表得分越高, 表示功能或健康水平越好。

1.3.2 评估时间及方法 第 1 次测评在入院 8 h 内(干预前)完成; 第 2 次测评在实施护理干预后 2 周进行。由经过培训的护士对患者发放生活质量测定量表, 注意使用统一指导语, 问卷由调查对象独立填写, 填写过程中, 如患者有疑问及时解答。患者填写完毕后, 护士立即回收问卷, 并对问卷的有效性进行评价。

1.3.3 护理干预 对照组采用常规护理, 遵医嘱给予止痛药物, 常规基础护理及健康教育等。观察组由疼痛管理小组实施综合护理干预。(1)疼痛管理小组: 成立由医护人员共同组成的疼痛管理小组, 小组成员包括科主任、护士长、护理小组长(具备一定的肿瘤护理专业知识, 主管护师以上)和医疗小组长(具备一定的肿瘤专业知识, 副主任医师以上)。(2)综合护理

干预: 观察组采用综合护理干预, 由疼痛小组以患者疼痛评估为基础、干预为核心、疗效为重点的原则, 按照护理程序, 实施系统化、个体化的综合护理干预。干预方式如下: ①认知干预。根据患者心理状态、文化程度、个人素质、对疾病的认知、需求的不同及生活方式采取不同方式、不同程度的健康教育。向患者介绍疾病的一般常识, 尊重患者的知情同意权, 适时向患者介绍治疗、护理方案, 告知患者癌症并非不治之症, 可以通过医护人员的精心治疗、患者的积极配合、坚强乐观的信念、家属的关爱与支持得到好转或治愈^[4]。②社会、心理干预。肿瘤的诊断、治疗、功能障碍、经济负担、自我形象紊乱都有可能使患者产生焦虑、抑郁、沮丧等情绪反应^[5]。护理人员应正确评估患者心理状态及特征, 有目的地对患者进行动态心理干预^[6]。告知患者经常聆听轻缓音乐、按摩、交谈、分散患者对疼痛的注意力, 达到身心轻松愉悦、全身舒适的感觉。来自社会的支持和家属的关爱非常重要, 指导患者的朋友、家属探视, 关心、开导患者, 同时给予内源性的家属情感支持, 减轻家属心理压力, 以获得良好的社会心理支持, 从而缓解患者的抑郁情绪, 增强治疗信心。③疼痛干预。疼痛知识宣教是实现有效疼痛管理的关键因素之一。对患者和家属定期进行疼痛知识及其治疗的宣传教育, 使患者主动参与到自己的疼痛管理中来, 及时反馈镇痛效果, 对于疼痛控制效果不佳者及时反馈给医生调整治疗方案。每日根据疼痛强度进行疼痛评估, 填写疼痛护理单, 并在治疗过程中跟踪进行疼痛评估, 评价疼痛治疗效果, 减少不良反应。教会患者及家属应用疼痛评估工具, 正确评估疼痛的程度, 包括疼痛部位、疼痛强度、疼痛性质、疼痛持续时间、使疼痛加重和缓解的因素。指导患者正确服用止痛药物, 消除对麻醉药物成瘾性和其他不良反应的顾虑, 使患者对癌症疼痛知识的知晓率及治疗的依从性提高, 从而提高生活质量。④睡眠干预。良好的休息和睡眠对癌症患者保存能量尤为重要。护理人员应指导患者合理安排每日活动, 保证最优的睡眠质量, 按时睡觉和起床, 避免过长或过晚的午睡, 午睡时间控制在 30 min 以内以避免其影响夜间睡眠质量。睡前避免刺激性饮食或运动, 用热水泡脚、喝热牛奶, 尽量保持病房在休息时间处于较暗的光线、适宜的温度(18~25℃)和湿度(55%~65%)、安静的环境, 有计划地安排治疗和护理, 适当调整护理流程。⑤饮食干预。指导患者以进食流质或半流质易消化食物为主, 勿吃油腻、辣、油炸食物, 多食含维生素及碳水化合物食物, 如新鲜蔬菜水果, 少量多餐。便秘是长期使用阿片类药物最常见

* 基金项目: 重庆市卫生局医学科研项目(2013-2-113)。

的不良反应,每天要记录排便情况,鼓励患者进食纤维素高的食物,多饮水,按摩腹部,适当活动,预防性使用缓泻剂及大便软化剂,可有效预防和解除便秘。

1.4 统计学处理 采用 SAS8.01 软件进行统计分析,非正态分布采用秩和检验,计量资料采用 *t* 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组干预前、后患者疼痛情况比较 见表 1。由表 1 可见,(1)观察组与对照组干预前疼痛情况比较,差异无统计学意义($Z=0.623\ 3,P>0.05$);(2)观察组与对照组干预后疼痛情况比较,差异有统计学意义($Z=-2.850\ 2,P<0.05$);(3)观察组干预前、后比较,差异有统计学意义($Z=3.872\ 4,P<0.05$);(4)对照组干预前、后比较,差异无统计学意义($Z=0.679\ 1,P>0.05$)。

表 1 两组患者干预前、后疼痛情况比较						
组别	时间	<i>n</i>	无疼痛	轻度疼痛	中度疼痛	重度疼痛
观察组	干预前	30	0	6	19	5
	干预后	30	7	13	9	1
对照组	干预前	30	0	8	18	4
	干预后	30	1	9	17	3

2.2 干预前两组生活质量测定量表各项评分比较 见表 2。由表 2 可见,观察组与对照组干预前比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 2 干预前两组生活质量测定量表各项评分比较(分)				
功能项目	观察组	对照组	<i>Z</i>	<i>P</i>
躯体功能	27.57	33.43	-1.313	>0.05
角色功能	32.45	28.55	0.881	>0.05
情绪功能	31.67	29.43	0.470	>0.05
认知功能	30.65	30.35	0.061	>0.05
社会功能	28.75	32.25	-0.806	>0.05
总体健康状况	26.80	34.20	-1.659	>0.05

2.3 干预后两组生活质量测定量表各项评分比较 见表 3。由表 3 可见,观察组与对照组干预后比较,角色功能、情绪功能、认知功能、社会功能、总体健康状况差异有统计学意义($P<0.05$);躯体功能差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 3 干预后两组生活质量测定量表各项评分比较(分)				
功能项目	观察组	对照组	<i>Z</i>	<i>P</i>
躯体功能	32.62	28.38	0.941	>0.05
角色功能	35.88	25.12	2.461	<0.05
情绪功能	37.88	23.12	3.314	<0.05
认知功能	36.42	24.58	2.693	<0.05
社会功能	35.55	25.45	2.382	<0.05
总体健康状况	36.15	24.85	2.550	<0.05

3 讨 论

癌症疼痛是癌症患者常见的临床并发症,在治疗过程中给患者带来较大痛苦,严重影响生活质量。有研究表明,约有 25% 的癌症初期患者有明显疼痛状况,而至癌症晚期,更有

70% 左右的患者会并发明显的癌症疼痛^[7]。癌症疼痛对患者的躯体及精神、心理、社会和人际关系等方面都会产生不同程度的影响,癌症疼痛要得到充分治疗,既与医护有关,也与患者对治疗药物的认知和接受有关^[8]。本研究结果显示,干预后观察组疼痛程度低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。说明观察组采用综合护理干预能更好地控制患者的疼痛,提高癌症疼痛患者生活质量。

由表 2、3 结果可见,两组患者入院时生活质量测定各项指标评分无明显差别,干预后观察组患者在角色功能、情绪功能、认知功能、总体健康状况明显好于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。由此可见认知干预能使患者正确认识疾病,提高自我护理能力,减轻负性情绪及疼痛引起的不适,从而有效消除或缓解疼痛,提高患者生活质量。社会、心理支持治疗可改善焦虑和抑郁情绪。本科室定期通过医患联谊会形式与患者及家属进行沟通,建立良好护患关系,调整患者心境,鼓励患者说出内心的感受,及时采取有效、针对性的心理疏导,从而减轻患者紧张、焦虑和抑郁情绪。疼痛护士提供健康教育知识,使患者对正确使用止痛药物知识,预防药物不良反应,改善患者健康状况,提高患者满意度有明显作用,能降低癌症患者出现意志、意识、情绪、性格等心理因素的变化,从而降低对疼痛刺激的反应,提高护理质量^[9-10]。疼痛干预将护理措施落实到疼痛管理中,达到规范化治疗,提高疼痛控制水平,改善了患者生活质量。其中躯体功能差异无统计学意义($P>0.05$),可能与标本量不够或观察时间较短有关。

综上所述,通过有效的综合护理干预,可消除或缓解肿瘤患者疼痛程度,减轻痛苦,提高生活质量。本研究通过成立疼痛管理小组确保护理措施落实到位是护理干预成功的关键。

参考文献

[1] Kumar SP. Cancer Pain; A Critical Review of Mechanism-based Classification and Physical Therapy Management in Palliative Care[J]. Indian J Palliat Care, 2011, 17(2): 116-126.

[2] Brawley OW, Smith DE, Kirch RA. Taking action to ease suffering; advancing cancer pain control as a healthcare priority[J]. CA Cancer J Clin, 2009, 59(5): 285-289.

[3] 方积乾. 生活质量测定方法及应用[M]. 北京: 北京医科大学出版社, 2000: 49-53.

[4] 高青. 癌因性疲乏的相关因素分析与护理对策[J]. 护理实践与研究, 2011, 8(1): 109-110.

[5] 王琦, 李峻岭. 癌因性疲乏的相关因素及发病机制[J]. 癌症进展, 2011, 9(1): 85-89.

[6] 顾莉娟. 癌因性疲乏的相关因素与应对方法的研究进展[J]. 中华现代护理杂志, 2010, 16(2): 232-234.

[7] 王刚, 许静, 丁从兰, 等. 癌痛规范化病房创建体会[J]. 中国疼痛医学杂志, 2012, 12(11): 717.

[8] 毛美敏, 郭新海. 肿瘤患者对镇痛药物的认知度与接受度调查[J]. 中国药业, 2012, 21(20): 55-56.

[9] 南华, 利民. 儿外科护士疼痛知识和态度调查[J]. 中国医药科学, 2012, 2(18): 130-131.

[10] 赫洋, 薛敏. 疼痛教育在护士疼痛专科护理中的应用研究[J]. 中国当代医药, 2013, 20(21): 146-147.