

• 论 著 •

个体化疼痛管理对癌痛患者生活质量的影响与效果评价*

鞠 进¹, 何 静², 黄兴兰^{2△}

(1. 重庆医科大学附属第一医院肿瘤科 400016; 2. 重庆市人民医院肿瘤科 400013)

摘要:目的 探讨疼痛管理对提高疼痛患者生活质量的效果, 为完善疼痛管理方案提供依据。方法 选取 2014 年 3 月至 2015 年 3 月肿瘤科疼痛患者 80 例分为对照组 40 例, 观察组 40 例。对照组实施常规疼痛治疗与护理, 观察组在常规治疗护理基础上实施个体化疼痛管理, 比较两组患者住院期间的疼痛状况、生活质量。结果 观察组患者入院 14 d 疼痛状况、生活质量明显优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 对癌症疼痛患者实施疼痛管理, 能够改善疼痛患者的疼痛状况, 提高疼痛患者的生活质量, 值得临床推广。

关键词:疼痛; 管理; 生活质量; 癌症

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.19.011 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2016)19-2725-03

The effect of pain management on the quality of life of cancer patients with pain*

JU Jin¹, HE Jing², HUANG Xinglan^{2△}

(1. Department of Oncology, the First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China; 2. Department of Oncology, the People's Hospital of Chongqing, Chongqing 400013, China)

Abstract: Objective To explore the effect of pain management on the quality of life of cancer patients with pain, to provide the basis for improve pain management scheme. **Methods** From March 2014 to March 2015, a total of 80 cancer patients with pain were recruited in this study, and divided into the control group and observation group randomly, 40 patients in each group. Patients in the control group received routine treatment and nursing, on the basis of conventional nursing, patients in the observation group implemented of pain management, then pain conditions and quality of life of the two groups were compared. **Results** Status of pain and quality of life after 14 days in hospital of patients in observation group were significant better than those in control group, the differences were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Implementing the management of pain for cancer patients with pain could improve the patient's pain, improve the quality of life of patients, it is worth with clinical promotion.

Key words: pain; management; quality of life; cancer

目前, 疼痛已经成为继体温、脉搏、呼吸、血压之后第五生命体征。疼痛是一种主观感受, 是癌症患者最常见症状, 也是晚期癌症患者最大的痛苦, 从生理、心理、精神和社会等多个方面影响他们的生活质量, 持久而剧烈的疼痛甚至会导致癌症患者自杀行为的发生。癌症患者疼痛发生率为 60%~80%, 其中 40%~50% 为中、重度疼痛^[1-2]。癌症患者的疼痛治疗越来越受到医疗管理层及医护人员的重视, 原卫生部医政司也发起创建疼痛规范化治疗示范病房的活动, 意在推进疼痛规范化治疗。本研究以癌症患者为研究对象, 为最终达到规范疼痛管理, 提高患者无痛化生存质量提供研究依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 3 月至 2015 年 3 月在重庆医科大学附属第一医院肿瘤科住院患者 80 例, 其中男 44 例, 女 36 例, 年龄 32~71 岁, 平均 (48.68±12.82) 岁。其中肝癌 9 例, 肺癌 18 例, 胰腺癌 2 例, 乳腺癌 10 例, 卵巢癌 5 例, 胃癌 22 例, 非霍奇金淋巴瘤 6 例, 结直肠癌 8 例。入选条件: (1) 所有患者均经病理、细胞学确诊为癌症晚期, 年龄超过 18 岁。 (2) 疼痛数字评分 (NRS) 均大于 4 分, 若静脉滴注药物过程中出现暴发痛遵医嘱调整止痛药物剂量。 (3) 住院时间超过 14 d。 (4) 能够正常交流。 (5) 患者自愿参与本研究。按住院号奇偶数分为观察组、对照组, 每组各 40 例, 两组患者的年龄、性别、

疾病种类等方面比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 1。

1.2 方法

1.2.1 测量工具 (1) 疼痛调查表, 采用国际通用的 0~10 NRS 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 (QLQ-C30)^[3], 本研究主要针对躯体功能、角色功能、情感功能、社会功能进行功能量表评分, 功能量表中得分越高, 表示生活质量越好^[4]。

1.2.2 评价方法 对照组患者实施常规疼痛治疗与护理, 包括疼痛评估、三阶梯止痛、效果观察; 观察组在常规疼痛治疗护理基础上实施个体化疼痛管理, 包括全面评估、服药依从性调查、制订方案、效果评价。对患者发放问卷调查表, 由护士解释填写内容、方法, 注意使用统一指导语。从患者入院当天开始共记录 14 d。比较两组患者入院时和入院 14 d 的疼痛状况、生活质量。

1.3 个体化疼痛管理

1.3.1 成立由医护人员共同组成的疼痛评估和管理小组 (1) 入选小组成员条件: 科主任、护士长、各专业护理小组长必须具备一定的肿瘤护理专业知识, 职称为主管护师以上; 医疗小组长必须具备一定的肿瘤专业知识, 职称为副主任医师以上。 (2) 召开启动会, 向大家介绍成立疼痛评估和管理小组的

* 基金项目: 重庆市原卫生局医学科研项目 (2013-2-113)。

作者简介: 鞠进, 女, 主管护师, 主要从事临床肿瘤护理及临床教学研究。 △ 通讯作者, E-mail: 1290779698@qq.com。

意义,以及成员的职责、分工。(3)制订护士培训制度、疼痛护理规程,建立疼痛患者宣教制度和随访制度,定期对疼痛评估护士进行培训及考核。(4)完善疼痛管理体系及护-患-医三方的配合以提高疼痛患者的生活质量。

1.3.2 疼痛的治疗措施 对患者的止痛治疗采用世界卫生组织(WHO)推荐的三阶梯止痛法,根据患者评估的疼痛程度和性质选择相应的止痛药。首先使用非吗啡类的止痛药,如阿司

匹林、吲哚美辛,即第一阶梯疗法;若疼痛未能缓解,使用弱吗啡类的止痛药,如可待因,根据个体差异可以适当添加镇静和(或)抗焦虑的药物,即第二阶梯疗法;对于疼痛仍不能控制和重度疼痛的患者使用强吗啡类止痛药物,如美施康啉,即第三阶梯疗法。严格执行三阶梯止痛原则,避免换用其他同类药物产生不良反应^[5]。

表 1 两组患者的一般资料比较

组别	n	年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	性别(n)		疾病种类(n)							
			男	女	肝癌	肺癌	胃癌	胰腺癌	结肠癌	非霍奇金淋巴瘤	卵巢癌	乳腺癌
观察组	40	46.41±14.80	23	17	5	9	11	1	5	3	2	4
对照组	40	45.38±15.49	21	19	4	9	11	1	3	3	3	6
<i>t</i> / χ^2		0.363	0.202		1.211							
<i>P</i>		0.717	0.653		0.991							

1.3.3 疼痛护理干预 (1)规范化的疼痛评估。患者入院 8 h 内完成疼痛评估,对轻度、中度、重度疼痛进行筛选分类,评估疼痛基本情况,含疼痛部位、强度、发生时间、疼痛性质及与疼痛加剧和缓解因素等。对中、重度疼痛患者给予阿片类药物静脉滴注治疗,在滴注过程中多次评估患者的疼痛程度,评估不足会严重影响疼痛治疗。评估时机:使用吗啡注射液或服用吗啡即释片前、第一次用药 15 min 后评估 1 次,持续评估 4 次,直至 NRS 评分小于 3 分后,每 60 min 评估 1 次,滴注过程中出现暴发痛随时评估。建立疼痛管理档案,填写疼痛护理记录单并在治疗过程中跟踪进行疼痛评估,做好护理记录。对于疼痛控制效果不佳者及时反馈给医师,并调整治疗方案。(2)给药护理。护士了解患者当前的服药情况,每日按时、按量发放止痛药物,监督患者服药,保证血药浓度及理想的止痛效果。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,并对服用止痛药患者进行服药依从性调查,提高患者疼痛知识知晓率及治疗依从性。对患者服药过程中的疑问及时解释和指导,出现的不良反应及时处理。(3)疼痛健康教育。疼痛知识宣教是实现有效疼痛管理的关键因素之一^[6]。科室医护人员对患者和家属定期进行疼痛知识及其治疗的宣传教育。采用发放宣传册、集体健康讲座、一对一健康指导、疼痛患者交流会、出院随访指导等形式使患者主动参与到自己的疼痛管理中,及时反馈止痛效果,克服服药的心理障碍等。(4)社会、心理干预。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^[7]。科室配备两名专业心理疏导员,为每一位患者建立心理档案手册(该手册一份用于科室存档,一份用于患者定期随访)。及时、动态评估患者心理状况,实现早发现、早干预、早治疗。并告知患者听轻音乐、按摩、交谈可分散对疼痛的注意力,使身心轻松、愉悦。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,以获得良好社会心理支持,从而缓解患者的抑郁情绪,增强治疗信心。(5)饮食干预。责任护士根据患者症状及身体状态,通过咨询营养师,由护-患双方共同制订个体化营养食谱,调动患者及家属治疗的积极性。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,多吃含维生素及碳水化合物化合物的食物,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,多喝水,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 SPSS18.0 统计软件进行数据处理及统计分析。进行正态性检验及方差齐性检验,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验。计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验,*P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者疼痛程度及持续时间比较 对照组患者的疼痛程度、疼痛持续时间在住院过程中没有明显的变化,观察组患者的疼痛程度、疼痛持续时间随治疗时间呈明显下降趋势。入院 1 d 两组患者疼痛程度、持续时间比较,差异无统计学意义(*P*>0.05)。入院 14 d 两组患者疼痛程度、持续时间比较,差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 2。

表 2 两组患者疼痛程度及持续时间比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	入院 1 d		入院 14 d	
		疼痛程度(分)	持续时间(h)	疼痛程度(分)	持续时间(h)
观察组	40	5.68±2.42	6.33±1.43	4.45±1.23	5.58±2.31
对照组	40	5.61±2.11	6.27±1.36	1.36±0.55	1.69±0.46
<i>t</i>		0.138	0.192	14.504	10.445
<i>P</i>		0.891	0.848	0.000	0.000

表 3 入院时的生活质量比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	躯体功能	角色功能	情感功能	社会功能
观察组	40	31.21±6.88	27.88±10.13	22.72±9.25	34.16±13.27
对照组	40	31.89±6.91	25.34±9.78	22.69±8.58	34.23±12.31
<i>t</i>		0.441	1.141	0.015	0.024
<i>P</i>		0.660	0.257	0.988	0.980

表 4 入院 14 d 的生活质量比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	躯体功能	角色功能	情感功能	社会功能
观察组	40	34.96±6.86	82.46±9.33	80.56±10.33	33.67±12.96
对照组	40	31.22±5.87	30.64±8.43	20.47±8.53	30.41±12.22
<i>t</i>		2.620	26.064	28.368	1.157
<i>P</i>		0.011*	0.000*	0.000*	0.015*

2.2 两组患者入院时生活质量比较 两组患者入院时的生活质量差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。入院 14 d, 观察组患者在躯体功能、角色功能、情感功能、社会功能明显优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3、4。

3 讨 论

晚期癌症疼痛是由于肿瘤细胞浸润性或膨胀性生长, 压迫周围组织而引发; 放化疗反应产生疼痛; 肿瘤产生的激素样化学物质进一步激化各部位的疼痛。癌症患者疼痛的特点是进行性加重, 疼痛剧烈, 并且伴随癌症患者的所有阶段^[8]。临床医护人员为患者提供有效的管理措施, 对提高患者生活质量具有极其重要的意义^[9]。护理人员已成为疼痛管理主要的参与者, 是实现有效疼痛管理保障。本研究结果显示观察组患者的疼痛程度、疼痛持续时间随入院时间呈明显的下降趋势, 两组入院 14 d 的疼痛程度、疼痛持续时间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。说明观察组在常规治疗护理基础上实施个体化疼痛管理, 正确评估疼痛程度, 合理有效使用止痛药物, 改变护理观念, 能更好地控制患者的疼痛。通过对患者采取及时有效、针对性的心理疏导, 鼓励患者说出内心感受, 调整患者心境, 减轻患者的焦虑、抑郁、恐惧情绪, 保持积极、乐观和愉悦的心情, 也有利于止痛, 以及癌症治疗药物药效的发挥。本研究结果表明, 两组患者入院时生活质量测定各项指标评分无明显差异, 通过疼痛干预后观察组患者角色功能、认知功能、情感功能、社会功能方面得到明显的改善, 在很大程度上提高了患者的生活质量, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。Cummings 等^[10]通过对关于癌症疼痛管理知识传递的研究进行系统回顾和 Meta 分析, 指出运用综合教育计划等在内的知识干预对疼痛管理方面具有积极作用。可见加强疼痛护士专业继续教育, 不断更新疼痛知识和护理技能, 加强对患者的疼痛管理, 正确使用止痛药物, 护士提供疼痛健康教育知识, 明确告知患者和家属缓解疼痛及按时、按量服药的重要性, 指导患者如何预防药物不良反应及处理措施, 出现问题及时反馈, 能明显改善患者健康状况, 提高患者满意度^[11], 降低了癌症患者出现意志减退, 以及消极情绪的概率, 从而提高了护理质量^[12]。

综上所述, 为使癌症患者较为舒适地度过人生的最后旅程, 医护人员应对疼痛患者实施有效疼痛管理, 根据患者具体情况制订用药方案, 规范疼痛治疗, 做好基础护理、心理护理、家庭社会支持、自我管理教育等, 可以改善患者的疼痛状况, 提

高护理满意度及疼痛患者的生活质量, 值得临床推广。

参考文献

- [1] Laind BJ, Walley J, Murray CD, et al. Characterization of cancer induced bone pain: an exploratory study[J]. Support Care Cancer, 2011, 19(9): 1393-1401.
- [2] Reimer K, Hopp M, Zenz M, et al. Meeting the challenges of opioid-induced in chronic pain management a novel approach[J]. Pharmacology, 2009, 83(1): 10-17.
- [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] 邱彩锋, 赵继军, 秦洁, 等. 医护人员进行癌痛管理短期培训的临床效果评价[J]. 解放军护理杂志, 2005, 22(10): 4-6.
- [5] 雷燕玲, 黄春晖, 彭梦萍, 等. 无痛病房管理应用于骨科疼痛护理的疗效观察[J]. 中国当代医药, 2013, 20(21): 158-159.
- [6] 美国国家综合癌症网成人癌痛专家组. 成人癌痛临床实践指南(中国版). [2010-09-18][2014-09-30]. <http://www.nccn.org/international/international-adaptations.asp>.
- [7] 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.
- [8] 刘纪红. 癌痛规范化管理的研究现状[J]. 中国医药导报, 2014, 11(15): 167-169.
- [9] 黄叶莉, 蔡伟萍, 王文珍, 等. 我院开设专科护士护理门诊的实践与成效[J]. 解放军护理杂志, 2011, 28(8): 26-27.
- [10] Cummings GG, Olivo SA, Biondo PD, et al. Effectiveness of knowledge translation interventions to improve cancer pain management[J]. J Pain Symptom Manage, 2011, 41(5): 915-939.
- [11] 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.
- [12] 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.

(收稿日期: 2016-03-11 修回日期: 2016-05-19)

(上接第 2724 页)

- (Larchmt), 2015, 24(12): 1021-1029.
- [6] 杨孜, 张为远. 妊娠期高血压疾病诊治指南(2015)解读[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2015, 31(10): 886-893.
- [7] Fried DA, Rhyu J, Odato K, et al. Maternal and cord blood vitamin D status and childhood infection and allergic disease: a systematic review[J]. Nutr Rev, 2016, 74(6): 387-410.
- [8] Sidbury R, Sullivan AF, Thadhani RI, et al. Randomized controlled trial of vitamin D supplementation for winter-related atopic dermatitis in Boston: a pilot study[J]. Brit J Dermatol, 159(1): 245-247.
- [9] Wei SQ, Audibert F, Hidiroglou N, et al. Longitudinal vitamin D status in pregnancy and the risk of pre-eclampsia[J]. BJOG, 2012, 119(7): 832-839.

- [10] Bodnar LM, Catov JM, Simhan HN, et al. Maternal vitamin D deficiency increases the risk of preeclampsia[J]. J Clin Endocrinol Metab, 2007, 92(9): 3517-3522.
- [11] 封春华, 赵英武. 铜川地区妊娠期高血压疾病的影响因素及对分娩的影响[J]. 中国慢性病预防与控制, 2015, 25(12): 896-899.
- [12] 俞燕燕. 妊娠期补充碳酸钙/维生素 D₃ 预防妊娠高血压综合征的临床观察[J]. 中国基层医药, 2004, 13(6): 103.
- [13] 朱学创, 李利华, 尹雪艳. 维生素 D 和高血压发病的研究进展[J]. 中国动脉硬化杂志, 2010, 18(12): 1001-1003.
- [14] 刘莉, 叶鹏. 妊娠母鼠食物维生素 D 缺乏与母鼠高血压和胎盘及胎仔发育异常有关[J]. 中华高血压杂志, 2013, 21(8): 752.

(收稿日期: 2016-03-15 修回日期: 2016-05-03)