

• 临床探讨 • DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 17. 030

新方法护理对门诊癌症患者家属对疼痛治疗认知度的影响^{*}

张 婕,梁 玲,潘 熔,刘晓宇
(重庆市肿瘤研究所门诊部 400030)

摘 要:目的 探讨新方法护理对门诊癌症患者家属对疼痛治疗认知度的影响及满意度。方法 选取该科 2014 年 5—12 月在门诊建立档案的癌症患者家属 200 例,对其申请的麻醉药品进行统一登记和编号,并按随机数字表法分为观察组和对照组。对照组进行常规护理干预,观察组在常规护理干预的基础上采用新技术进行护理。比较 2 种方法护理干预后患者家属对疼痛治疗认知度、患者疼痛情况、生存质量、护理满意度。结果 观察组患者家属对止痛药成瘾性、止痛药不良反应、止痛药镇痛效果、输液或打针与口服给药情况、正确评估癌症疼痛、疼痛及时就医、按时服用镇痛药、提醒患者疼痛治疗等方面的认知度均明显高于对照组(均 $P < 0.05$)。对照组患者疼痛评分明显高于观察组[(8.20±1.09)分 vs. (6.71±1.36)分, $P < 0.05$]。观察组患者生存质量评分明显高于对照组[(33.08±3.68)分 vs. (25.73±2.65)分, $P < 0.05$]。观察组患者家属和患者的满意度明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 新护理方法不仅可帮助患者家属学习疼痛药物的相关知识,还能提高患者家属对疼痛治疗的认知度,促进家属对患者的指导,提高患者的依从性,改善治疗效果和生活质量,值得临床推广与应用。

关键词:门诊癌痛; 患者家属; 认知度

中图法分类号:R473

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)17-2621-03

世界卫生组织(WHO)调查发现,绝大多数癌症患者在患病期间经历了不同程度的癌症疼痛,因此 WHO 把癌症疼痛作为癌症控制的重点项目之一^[1]。癌痛规范化治疗示范(GPM)病房创建后,通过对癌症疼痛规范化诊疗和护理,能明显减少癌症患者的疼痛感受,进而改善其生活质量。对住院肿瘤患者及家属的认知度调查、护理干预等也做了大量研究,但患者出院后面临一系列的健康问题,其后续的护理干预也显得特别重要,特别是老年患者、慢性病患者等。由于文化差异等因素,癌症疼痛患者及家属对止痛药的认知存在一定差异,因此,开展该方面的研究非常必要,已成为当务之急^[2]。本研究选取在本院门诊建立档案的癌症患者及家属为研究对象,采用新技术对患者进行护理干预,比较 2 种方法护理干预后患者家属对疼痛治疗的认知度、患者疼痛情况、生存质量、护理满意度,为提高门诊肿瘤患者癌症治疗的依从性提供理论依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 5—12 月该科门诊建档癌症患者家属 200 例,将癌症患者申请领用麻醉药品进行专册登记后统一编号,计数管理,采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组。对所有患者家属和患者的状况调查使用调查问卷的方式,由门诊护士专人负责,问卷前部分包括患者年龄、性别、居住地、职业、婚姻状况、文化程度。观察组男 54 例,女 46 例,平均年龄(56.4±2.1)岁,其中肺癌 11 例,肝癌 31

例,胃癌 19 例,胰腺癌 24 例,其他 15 例。对照组男 51 例,女 49 例,年龄 27~77 岁,平均年龄(59.4±1.1)岁,其中肝癌 26 例,胰腺癌 20 例,胃癌 23 例,肺癌 15 例,其他 16 例。2 组患者家属的年龄、居住地、职业、婚姻状况、文化程度等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。所有患者经检查证实为癌症,采用疼痛评分法(NRS 数字评分和面部表情评分)进行疼痛评估,2 组患者疼痛程度均在重度疼痛 6 分以上^[3]。本研究调查时,要求家属自愿参与,对患者及家属的资料进行保密。

1.2 方法

1.2.1 问卷调查内容 采用问卷调查的形式研究癌症患者家属对疼痛相关知识的认识。调查时在场调查护理人员按家属回答填写,并当即收回。调查内容为患者家属对癌症疼痛治疗的认知度、患者疼痛情况和生存质量、患者家属和患者在护理干预后的护理满意度。具体内容如下,(1)止痛药成瘾性强:①是,②否。(2)止痛药不良反应大:①是,②否。(3)止痛药镇痛效果有限:①是,②否。(4)输液或打针比口服好:①是,②否。(5)能够正确评估癌症疼痛:①是,②否。(6)对于疼痛及时就医:①是,②否。(7)按时服用镇痛药:①是,②否。(8)提醒患者癌症疼痛治疗:①是,②否。调查 2 组患者疼痛评分和生存质量情况。护理满意度采用“满意”“一般”“不太满意”3 个等级。共发放调查问卷 200 份,收回 200 份,有效回收率 100%。

^{*} 基金项目:重庆市卫生和计划生育委员会面上项目(2016msxm086)。

1.2.2 新技术护理方法 对照组进行常规护理干预,包括叮嘱患者家属让患者按时吃药,合理安排作息时间和隐私等注意事项。观察组在常规护理干预的基础上采用新技术进行护理,具体方法:对门诊护理人员进行癌症疼痛相关专业知识培训,并成立医院患者服务中心,每周定期组织专家进行疼痛咨询服务,以及推荐使用中医疼痛贴服疗法,8~19 d 为 1 个疗程。同时护理人员对患者家属进行针对性指导,告知患者家属关于麻醉药品的使用和注意事项,并进行电话随访指导,让患者家属和患者对麻醉药品不仅有正确的认识,还能够正确地使用麻醉药品,让麻醉药品发挥最大作用,减轻患者疼痛^[4]。麻醉药品的使用应告知患者做到按时服药,体现个体化用药原则,同时告知患者家属提醒患者用药及遵从医嘱。患者就诊时,定期安排医护人员对患者及患者家属开展关于癌症疼痛和麻醉止痛药的知识讲座^[5]。使患者对癌症疼痛的知识不断增加,提高患者的依从性。麻醉止痛药的管理也很重要,因此需避免患者偷偷使用相关药物,需告知患者家属尽量将麻醉止痛药放至隐蔽处,并按照医嘱方式正确使用药物,根据患者对药物的反应及时向医师报告,可及时调整治疗方案。

1.3 评分指标 通过对患者进行新方法护理干预,对患者家属进行调查分析,按照疼痛评分法(NRS 数字评分和面部表情评分)进行疼痛评估^[6-7]。具体评分:采用 0~10 级对疼痛等级进行评定,0 级代表无疼痛,10 级代表难以忍受的剧烈疼痛,患者根据数字等级选择合适的数字。面部表情评分,患者可对照“面部表情疼痛评分量表”,然后选择合适的疼痛等级,评分如下:患者生存治疗评定主要根据患者饮食、睡眠、精神、疼痛、体质量等多方面进行评估,其中每个项目得分 0~5 分,累计分数低于或等于 20 分为差,21~40 分为中,超过或等于 41 分为好。得分越高,说明患者生存质量越高。见图 1。

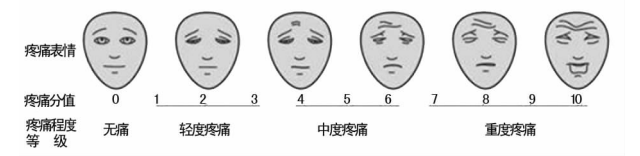


图 1 面部表情疼痛评分量表

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较使用独立样本 t 检验,计数资料以例数或百分率表示,组间比较应用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者家属一般资料结果比较 2 组患者家属的年龄、居住地、有无职业、婚姻状况、文化程度等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表 1。

2.2 2 组患者家属癌痛治疗认知度结果比较 观察

组患者家属对止痛药成瘾性、止痛药不良反应、止痛药镇痛效果、输液或打针与口服给药情况、正确评估癌症疼痛、疼痛及时就医、按时服用镇痛药、提醒患者癌痛治疗方面的认知度均明显高于对照组,差异有统计学意义(均 $P < 0.05$)。见表 2。

表 1 2 组患者家属一般资料结果比较(n)

项目	对照组(n=100)	观察组(n=100)	χ^2	P
年龄(岁)			1.845	0.764
20~<30	18	21		
30~<40	36	38		
40~<50	17	20		
50~<60	16	11		
≥60	13	10		
居住地			0.199	0.655
城市	67	64		
农村	33	36		
有无职业			0.658	0.417
无	23	28		
有	77	72		
婚姻状况			0.637	0.888
已婚	79	76		
丧偶	5	4		
离异	6	8		
未婚	10	12		
文化程度			0.720	0.698
小学及以下	11	15		
初高中	51	48		
大专及以上	38	37		

表 2 2 组患者家属认知度结果比较(n)

项目	对照组(n=100)	观察组(n=100)	χ^2	P
止痛药成瘾性			40.831	0.000
是	68	23		
否	32	77		
止痛药不良反应			54.294	0.000
是	78	34		
否	12	66		
止痛药镇痛效果			21.569	0.000
是	49	18		
否	51	82		
输液或打针与口服效果			79.771	0.000
是	85	22		
否	15	78		
正确评估癌症疼痛			89.789	0.000
是	16	83		
否	84	17		
疼痛及时就医			51.221	0.000
是	38	87		
否	62	13		
按时服用镇痛药			17.941	0.000
是	48	77		
否	52	23		
提醒患者癌痛治疗			44.907	0.000
是	39	85		
否	61	15		

2.3 2 组患者疼痛情况和生存质量结果比较 对照

组患者疼痛评分明显高于观察组 $[(8.20 \pm 1.09)$ 分 *vs.* (6.71 ± 1.36) 分; $t=8.551, P<0.05$]。观察组患者疼痛评分 5 分 24 例, 6 分 25 例, 7 分 20 例, 8 分 18 例, 9 分 13 例, 10 分 0 例; 对照组患者疼痛评分 5 分 0 例, 6 分 8 例, 7 分 17 例, 8 分 32 例, 9 分 33 例, 10 分 10 例。观察组患者生存质量评分明显高于对照组 $[(33.08 \pm 3.68)$ 分 *vs.* (25.73 ± 2.65) 分; $t=16.208, P<0.05$]。

2.4 2 组患者家属和患者在护理干预后满意度结果比较 对照组患者家属“满意”“一般”“不太满意”“很不满意”分别为 47%、31%、22%, 观察组分别为 71%、21%、8%, 差异有统计学意义($\chi^2=13.338, P=0.001; P<0.05$)。对照组患者“满意”“一般”“不太满意”“很不满意”分别为 38%、27%、35%, 观察组分别为 61%、22%、17%, 差异有统计学意义($\chi^2=12.084, P=0.002; P<0.05$)。

3 讨 论

癌症疼痛是导致肿瘤患者疼痛的主要原因, 其疼痛发生是通过神经调节传到神经中枢, 引起疼痛的感觉。目前癌症疼痛患者中, 大部分患者的疼痛未得到有效控制^[8]。癌症疼痛主要分为肿瘤直接刺激导致、肿瘤压迫或侵袭组织导致的疼痛和肿瘤治疗导致的疼痛。临床也有少部分患者会出现肿瘤无关的疼痛。肿瘤导致的疼痛和肿瘤引起的组织器官损伤、器官压迫、肿瘤转移、肿瘤导致的溃疡等有关^[9]。肿瘤治疗导致的疼痛有放射性皮肤炎、放射性神经炎和放射性骨坏死^[10]。

癌症疼痛主要表现为难以忍受、全方位和伴有强烈植物神经异常、心理学异常、躯体化症状的神经性或社会性疼痛等。癌症疼痛在治疗时以药物治疗为主, 其治疗具体的个性化特性, 需根据患者年龄、身体状况、生存期等给予恰当用药。癌症疼痛的药物治疗原则是尽量口服给药, 减少药物的依赖性和成瘾性; 有规律按时给药, 疼痛消失时不可以马上停药; 按阶梯给药; 对患者用药应该个体化; 同时注意联合使用抗焦虑、抗抑郁等辅助药物。癌症疼痛药物治疗的“三阶梯疗法”为非阿片类镇痛药、弱阿片类镇痛药、强阿片类镇痛药^[11]。癌症疼痛患者的外科治疗可以采用脊髓后正中后索点状切开术(PMM)、脊髓前外侧束切断术、脊神经后根切断术、脊髓前联合切断术等。出院后的肿瘤患者常因疾病、疼痛等原因可由家属代购止痛药。患者家属对疾病病情、药物知识、癌痛治疗、疼痛评估等掌握情况决定门诊患者的治疗效果和生活质量。

本研究结果显示, 患者家属对止痛药成瘾性、止痛药不良反应、止痛药镇痛效果、输液或打针与口服给药情况、正确评估癌症疼痛、疼痛及时就医、按时服用镇痛药和提醒患者治疗方面的认知度上均明显高于对照组($P<0.05$), 说明采用护理干预后患者家属

能明显提高癌症疼痛治疗的认知度, 并利用相关知识对患者进行治疗指导。

通过家属的干预作用, 观察组患者疼痛评分 $[(6.71 \pm 1.36)$ 分]明显低于对照组 $[(8.20 \pm 1.09)$ 分], 差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者疼痛评分 5 分 24 例, 6 分 25 例, 7 分 20 例, 8 分 18 例, 9 分 13 例, 10 分 0 例; 对照组患者疼痛评分 5 分 0 例, 6 分 8 例, 7 分 17 例, 8 分 32 例, 9 分 33 例, 10 分 10 例。通过干预后患者疼痛评分明显降低, 其中 10 分评分在观察组未发生。观察组患者生存质量评分 $[(33.08 \pm 3.68)$ 分]明显高于对照组 $[(25.73 \pm 2.65)$ 分], 也说明干预后可明显提高患者生存质量。

综上所述, 患者家属在患者癌症疼痛治疗中起到重要作用, 新护理方法不仅可以帮助患者家属学习疼痛药物的相关知识, 还能提高患者家属癌症疼痛治疗的认知度, 从而促进家属对患者的指导, 提高患者的依从性, 进而改善治疗效果和生活质量, 值得在今后的护理工作中推广。

参考文献

- [1] 丁玥, 杨萍, 孙丽秋, 等. 北京市 30 家医院住院癌症患者疼痛及控制状况的调查[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(3): 282-285.
- [2] 明星, 赵继军. 癌症患者及家属对癌性疼痛药物治疗认知的研究进展[J]. 护理管理杂志, 2011, 11(8): 565-566.
- [3] 吕茵, 郑航, 王全师, 等. 18F-FDG PET/CT 对喉癌的诊断价值[J]. 南方医科大学学报, 2012, 32(10): 1486-1490.
- [4] 栾世杰, 郭瑞华. 《中华本草》辛苦兼味止痛药物探析[J]. 山东中医杂志, 2011, 20(6): 420-422.
- [5] MANHEIMER E, BERMAN B M. Letter to the editor in response to: ernst E, lee MS, Choi TY. acupuncture: does it alleviate pain and are there serious risks[J]. A Review of Reviews Pain, 2011, 15(2): 755-764.
- [6] 高万露, 汪小海. 患者疼痛评分法的术前选择及术后疼痛评估的效果分析[J]. 实用医学杂志, 2013, 29(23): 3892-3894.
- [7] BEAUDREUIL J, ZERKAK D, MÉTIVIER J C, et al. Care related pain and functional restoration for chronic low back pain: a prospective study[J]. Ann Phys Rehabil Med, 2013, 56(6): 455-464.
- [8] 丁洋洋, 丁呈彪, 张建湘, 等. 前列腺素 E2 在闭合性单纯性长骨干骨折患者急性疼痛中的作用[J]. 中国组织工程研究, 2012, 16(30): 5586-5590.
- [9] 曲源. 骨质疏松症疼痛原因临床分析[J]. 云南中医中药杂志, 2011, 32(5): 24-25.
- [10] 李其信, 潘秋兰, 远庚彦, 等. 中医三阶梯疗法治疗ⅢB 型前列腺炎的临床研究[J]. 河北中医, 2012, 21(3): 330-333.
- [11] 陆新建, 杨关根. 肛门外侧位内外括约肌联合切断术治疗陈旧性肛裂 60 例[J]. 河南中医, 2013, 33(11): 1957-1958.