

Differentiation of anti-D, -C, and -G: clinical relevance in alloimmunized pregnancies[J]. Transfusion, 1997, 37(5): 493-496.

[18] 朱碎永, 朱燕英, 林甲进. G 抗原对 Rh(D) 阴性人中 Del 鉴定的影响[J]. 江西医学检验, 2007, 25(1): 81-82.

[19] 吴学忠, 吕蓉, 李素萍, 等. Rh(D) 阴性无偿献血者 Rh 表型及 Del 检测结果与分析[J]. 临床输血与检验, 2019, 21(1): 48-50.

[20] 刘鑫路, 周秀, 吴运萍. 一例抗-G 抗体引起交叉配血不合原因分析[J]. 黑龙江医学, 2020, 44(9): 1265-1266.

[21] 姚丽, 龚妍妍, 释艳华. 类抗-G 与类抗-D 抗体引起的自身免疫溶血性贫血 1 例[J]. 临床输血与检验, 2018, 20(3): 318-319.

(收稿日期: 2021-02-25 修回日期: 2021-07-09)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2021. 20. 026

以专科为重心延续护理模式癌痛管理效果分析*

温雅婷¹, 袁敏^{2△}, 黄晓燕², 徐玲², 李元凤²

重庆市中医院: 1. 皮肤科; 2. 肿瘤科, 重庆 400013

摘要:目的 观察以专科为重心对出院癌痛患者实施延续护理的效果并分析其原因。方法 成立癌痛延续护理小组, 建立癌痛患者档案, 对某三甲医院 2016 年 3 月至 2019 年 7 月 441 例出院的癌痛患者进行电话、网络平台双向随访, 根据随访结果分析居家癌痛患者服药依从性、癌痛控制效果、止痛药不良反应发生情况和参加延续护理积极性等。采用 Spearman 等级相关分析服药依从性和爆发痛发生次数的相关性。结果 共 437 例患者获得随访并纳入统计, 电话随访结果显示, 患者出院后服药依从性较差, 5 周内爆发痛次数与服药依从性呈负相关($r = -0.622, P < 0.001$), 出院癌痛患者止痛药物不良反应发生率较高, 其中便秘的发生率最高, 达 93.4%(408/437), 其次为恶心呕吐, 发生率为 18.8%(82/437)。结论 以专科为重心的延续护理因人力资源、地域等因素限制仅能通过电话、网络等非面谈方式进行护理评估及健康指导, 护理效果欠佳, 建议医院与社区卫生机构有效协作, 健全延续护理制度, 形成专科医疗与全科医疗有效衔接, 为癌痛患者提供无缝护理服务。

关键词: 癌痛; 延续护理; 专科; 随访

中图分类号: R473.73

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2021)20-3019-03

疼痛在癌症患者中具有相当高的发生率^[1]。有研究显示, 晚期癌症患者 64% 伴有中重度癌痛^[2]。因此, 控制癌痛作为提升癌症患者生活质量的重要途径, 一直是肿瘤治疗过程中关注的重点问题。近年来, 随着“癌痛规范化治疗示范病房”的普及, 癌痛患者出院后的延续护理逐渐受到重视^[3]。研究普遍认为, 在优先考虑患者舒适度的姑息治疗理念下, 延续护理对控制癌痛具有积极作用, 可以提升患者及其家属的生活质量^[4]。然而, 关于何种延续护理模式对癌痛控制更为有效, 理论和实践仍处于讨论和探索阶段。本研究以专科为重心的延续护理模式为对象, 分析该模式对于癌痛控制的实践效果, 提炼延续护理控制癌痛爆发的影响因素, 提出改进控制癌痛延续护理模式的相关建议。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 3 月至 2019 年 7 月某三甲医院肿瘤科出院癌痛患者 441 例, 其中男 266 例, 女 175 例; 平均年龄 (61.31 ± 9.39) 岁; 按肿瘤原

发部位分类: 肺癌 150 例, 结直肠癌 66 例, 乳腺癌 46 例, 肝癌 32 例, 子宫及卵巢癌 29 例, 胃癌 24 例, 食道癌 24 例, 颅内恶性肿瘤 20 例, 胰腺癌 15 例, 其他部位恶性肿瘤 35 例。纳入标准: (1) 经临床、影像学 and 病理学检查确诊为癌症患者, 并且临床资料完整; (2) 在住院期间发生过疼痛评分 ≥ 4 分的爆发痛; (3) 意识清楚, 能够理解和回答问题; (4) 小学及以上文化程度, 同意通过电话或网络与医护人员沟通; (5) 预计生存时间 > 6 个月。排除标准: (1) 患有精神疾病或有严重认知功能障碍; (2) 癌症发生脑转移, 有失明、耳聋等残疾; (3) 失去自理能力, 需由家人协助治疗。剔除、脱落和中止研究的标准: (1) 误纳、误诊; (2) 因死亡或其他原因退出; (3) 失访。重复入院的患者以第 1 次出院后延续护理记录为准。

1.2 方法

1.2.1 延续护理方法 (1) 成立癌痛延续护理小组。护理小组构成: 组长 1 人, 组员 18 人, 组长为护士长, 组员护士 18 人, 其中肿瘤专科护士 2 人, 疼痛专科护

* 基金项目: 重庆市科卫联合中医药科技项目 (ZY201802014)。

△ 通信作者, E-mail: 1628486189@qq.com。

本文引用格式: 温雅婷, 袁敏, 黄晓燕, 等. 以专科为重心延续护理模式癌痛管理效果分析[J]. 检验医学与临床, 2021, 18(20): 3019-3021.

士 1 人,心理咨询师 1 人。组长负责护理质量控制,统筹管理。护士负责建立患者癌痛档案,对出院癌痛患者实施延续护理。(2)延续护理实施方法。主要采取电话和网络等延续护理工作平台进行非面谈式的健康教育,具体方法如下:患者出院后由随访护士每周电话随访 1 次,连续电话随访至少 5 次;24 h 接听癌痛患者电话咨询;建立网络交流平台,如微信群、QQ 群。详细记录电话及网络平台双向随访结果。

1.2.2 癌痛程度评估 采用数字化评估量表(NRS)进行疼痛评分,0 分为无痛,1~3 分为轻度疼痛,4~6 分为中度疼痛,7~10 分为重度疼痛。

1.2.3 服药依从性评价 自行设计调查表,项目包括:(1)是否按时服药;(2)是否按量服药;(3)是否按计划复诊;(4)是否按时进行疼痛评分;(5)是否积极观察并处理不良反应。完全符合以上 5 项要求为依从性好,3 项及以下不符合要求为依从性一般,3 项以上不符合要求为依从性差。

1.3 统计学处理 研究数据采用 SPSS17.0 进行统计分析,计数资料以例数或率表示,符合正态分布的计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 进行描述,相关性采用 Spearman 等级相关分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 随访结果 441 例癌痛患者在研究过程中有 2 例失访,2 例死亡,共 437 例患者纳入统计。

2.2 沟通有效性分析 电话回访时,437 例患者中大部分为患者本人接听,少数为家属代替接听,大部分患者及家属接受健康指导,但仍有少部分患者及家属拒绝接受指导。总回访次数 2 288 次,有效回访 2 278 次,平均通话时间(2.569 ± 0.758)min,患者本人接听 1 965 次,家属接听 323 次,接通后拒绝接受指导 41 次。患者主动电话咨询情况:主动咨询人数 109 例(24.9%),主动咨询次数 129 次,平均通话时间(1.991 ± 0.694)min。网络平台患者及家属参与互动情况: >10 次 0 例,5~10 次 19 例(4.3%), <5 次 63 例(14.4%),未参与 355 例(81.2%)。

2.3 服药依从性情况 调查显示,出院癌痛患者依从性好 49 例(11.2%),依从性一般 294 例(67.3%),依从性差 94 例(21.5%),提示患者出院后服药依从性普遍较差。主动参与网络互动与服药依从性呈正相关($r = 0.142, P < 0.05$)。

2.4 疼痛发生情况 出院癌痛患者疼痛发生率较高,5 周内仅有 7 例未发生爆发痛,最多者为 21 次爆发痛。自变量赋值:依从性差=1,依从性一般=2,依从性好=3。5 周内爆发痛次数与服药依从性呈负相关($r = -0.622, P < 0.001$),即服药依从性越好,爆发痛次数越少。爆发痛次数与总通话次数、总通话时间呈负相关($r = -0.121, P < 0.05; r = -0.170, P <$

0.001),即随着沟通频次、时间的增加,患者爆发痛次数呈下降趋势。

2.5 止痛药不良反应发生情况 出院癌痛患者止痛药不良反应发生率较高,其中,便秘的发生率最高,达 93.4%(408/437),其次为恶心呕吐,发生率为 18.8%(82/437),嗜睡发生率为 1.6%(7/437),排尿困难发生率为 1.4%(6/437),皮肤瘙痒发生率为 1.4%(6/437)。服药不良反应发生后仅有 68 例(15.6%)患者(包括家属)主动向延续护理小组求助,127 例(29.1%)凭借自身经验自行处理服药后出现的不良反应,59 例(13.5%)患者只是在电话回访过程中才知晓自身症状为服药不良反应。

3 讨 论

3.1 出院癌痛患者的疼痛控制效果 本研究以肿瘤科护理工作者为成员组建延续护理小组,对出院的癌痛患者实施延续护理,研究结果显示,尽管采用了当前专科医院实施延续护理的常规手段,但是居家癌痛患者的疼痛控制效果并不理想。几乎所有癌痛患者出院后均发生过爆发痛,发生次数远远高于住院期间接受疼痛规范化治疗时期。居家癌痛患者爆发痛发生次数上升的一个重要原因是延续护理工作并没有很好地控制患者的服药依从性。本研究结果显示,5 周内爆发痛次数与服药依从性呈负相关($r = -0.622, P < 0.001$)。多数患者尽管接受了延续护理小组的指导和教育,但其服药依从性仍然较差,往往在爆发痛时才会临时服用止痛药物。由于没有完全接受癌痛延续护理小组的健康指导,居家癌痛患者服用镇痛药的不良反应发生率较高。尽管一些系统综述强调,延续性护理是高质量的卫生服务所必不可少的要素,对医疗服务提供者、患者及其家属都至关重要^[5],但是针对癌痛控制的延续护理而言,以电话和网络为平台的随访式延续护理模式效果并不明显,因此,关于有效的癌痛控制延续护理模式的研究仍是一个重要攻关课题。

3.2 专科为重心延续护理模式的局限 本研究采用了以专科为重心的癌痛延续护理控制方式,但结果表明这种单一的延续护理模式具有明显的局限性。目前,出院癌痛控制的随访多以专科护士为主导^[6-7],但相关研究显示,这种癌痛随访制度落实的效果并不理想^[8]。本研究认为,这种不理想的原因并不是护士缺乏疼痛控制的相关知识,而在于以专科为重心的延续护理模式的内在缺陷。这些患者住院期间接受癌痛规范化治疗的效果比较明显,显示该延续护理小组成员拥有足够的疼痛护理知识和技术。但是,以电话或网络为随访平台存在着明显的沟通障碍,部分患者因为病情恶化或情绪不佳不愿多谈,有些数据如爆发痛次数回答较模糊,远远不如在院期间的记录准确。随

着沟通频次、时间的增长,以及患者参与互动的主动性提升,延续护理控制癌痛的效果可以有效提升,这主要源于小组成员可以基于患者的情况做出针对性处理。但是,专科为重心的延续护理模式却面临以下问题:一是沟通障碍无法完全消除,二是资源限制阻碍持续改进。电话和网络等通信工具仍是专科延续护理采用的主要沟通渠道,提高沟通技巧虽然可以一定程度改善沟通效果,但是非面谈式沟通存在的信息传递障碍却无法完全消除^[9]。专业科室人力资源紧张是短时间内无法解决的现实难题^[10],繁忙的临床工作使延续护理人员仅能对患者提供有限的电话随访服务,甚至还需要因此付出自己的业余时间,且此项工作为免费服务,这不仅无法保证与患者沟通的有效时间,也大大降低了延续护理人员的积极性和主动性。

3.3 癌痛患者延续护理模式的改进 由于沟通技术手段和人力资源紧张的双重限制,以专科为重心的癌痛延续护理模式的制度内改进空间有限,因此,需要改变综合性医院科室单一主导的现状,构建起整合初级卫生医疗保健构建的延续护理模式。美国老年学会将延续性护理定义为一组确保患者在不同地点或同一地点不同层次间转移时均能获得协调性和连续性健康照护服务的活动,这是目前应用较广泛的定义^[11]。欧美国家医疗背景下的延续性护理实质上是医院和社区共同服务,通过信息的延续、关系的延续和管理的延续,达成患者从出院到社区和家庭不同照护阶段之间的有机联系,使延续性护理成为一个无缝隙、连续的过程^[12]。我国的延续性护理在信息、关系和管理 3 个方面的延续相对欠缺,这与我国尚未实现医疗数据区域共享和医疗机构之间联系不够紧密相关。社区卫生机构是提供延续护理服务的重要力量之一,但调查发现社区医务人员对癌痛规范化治疗认知度较差^[13],未来应加强综合医院与社区卫生机构的合作,建议以医联体为框架,建立癌痛治疗的“全科+专科”模式,使社区医务人员提高对癌痛认知度,更好地为社区癌痛患者开展延续性治疗服务。有研究发现,运用三元联动延续护理服务模式可增加腹膜透析患者的参与度,提高延续护理服务的可及性^[14-15]。一般而言,综合性医院医疗设备和水平上具有优势,它可以解决社区卫生服务机构医疗资源不足和专业技术水平不高等问题。社区卫生服务机构则可以利用地理位置便捷的优势,与居家癌痛患者建立长期而稳定的相互联系,对患者不断变化的需求及时做出

反应,解决综合医院专业科室人力资源不足的难题。为此,应建立起两种医疗机构的动态对接机制,保障双方在信息、技术、管理等方面的对接和共享,实现癌痛患者延续护理资源的双向整合。

参考文献

- [1] PROMMER E E. Pharmacological management of cancer-related pain[J]. *Cancer Control*, 2015, 22(4): 412-425.
- [2] GAO W, GULLIFORD M, BENNETT M I, et al. Managing cancer pain at the end of life with multiple strong opioids: a population-based retrospective cohort study in primary care[J]. *PLoS One*, 2014, 9(1): e79266.
- [3] 翁美芳, 宋正波, 叶小红. 癌痛患者居家延续性止痛治疗的服药依从性调查分析[J]. *中国乡村医药*, 2015, 22(7): 72-73.
- [4] 周雨, 王守慧, 智晓旭, 等. 癌痛病人居家姑息照护服务现状[J]. *护理研究*, 2017, 31(6): 641-642.
- [5] 董玉静, 尚少梅, 么莉, 等. 国外延续性护理模式研究进展[J]. *中国护理管理*, 2012, 12(9): 20-23.
- [6] 王婷婷, 吴贤翠. 院外延续管理在癌痛患者镇痛治疗中的应用[J]. *川北医学院学报*, 2018, 33(2): 291-293.
- [7] 刘红丽, 余维倩, 罗叶昕, 等. 延续护理对癌痛患者居家自我管理的效果观察[J]. *护理学报*, 2017, 24(6): 64-66.
- [8] 唐小丽, 张婷, 杨慧, 等. 四川省 55 所二级甲等及以上医院癌痛规范化护理的现状分析[J]. *中华护理杂志*, 2016, 51(4): 424-428.
- [9] 万巧琴, 么莉, 侯淑肖, 等. 基于医院延续护理开展现状与问题的质性研究[J]. *中国护理管理*, 2013, 13(10): 38-41.
- [10] 程立辉, 柏亚妹. 基于集聚度的我国护理人力资源配置分析[J]. *中国医院管理*, 2018, 38(10): 69-71.
- [11] BUCHANAN I M, BESDINE R W. A systematic review of curricular interventions teaching transitional care to physicians-in-training and physicians [J]. *Acad Med*, 2011, 86(5): 628-639.
- [12] 应巧燕, 徐克珮, 刘桂英, 等. 我国延续性护理的概念分析[J]. *护理学杂志*, 2020, 35(4): 82-85.
- [13] 沈毅, 谢宁, 项蔚, 等. 社区医务人员癌痛规范化治疗认知度调查[J]. *中华医院管理杂志*, 2020, 36(增刊 1): 72-74.
- [14] 周剑英, 戴珍娟, 庄翠芳, 等. 三元联动延续护理服务模式在腹膜透析患者中的实践[J]. *中国护理管理*, 2018, 18(11): 1462-1466.
- [15] 杨海琴, 王萍, 侯文秀, 等. 医院-社区-家庭三元联动延续护理平台的设计及应用[J]. *中华护理杂志*, 2016, 51(9): 1133-1137.

(收稿日期:2020-12-16 修回日期:2021-08-02)