

规范化癌痛护理对食管贲门癌患者疼痛及胃肠道功能紊乱的影响

杨晓华, 郭娟云[△]

陕西省宝鸡市中心医院肿瘤内科, 陕西宝鸡 721008

摘要:目的 探讨规范化癌痛护理对食管贲门癌患者疼痛及胃肠道功能紊乱的影响,为该病的临床护理提供参考。方法 选取 2019 年 1 月至 2021 年 1 月该院肿瘤内科收治的 103 例食管贲门癌患者,采用随机数字表法分为对照组 51 例,研究组 52 例。对照组进行常规护理,研究组在对照组护理的基础上实施规范化癌痛护理。在护理前后采用视觉模拟评分法(VAS)评估患者疼痛情况,采用胃肠道症状评定量表(GSRS)评估患者胃肠道功能,并评估护理后两组胃肠道功能紊乱的临床疗效。结果 两组护理后 VAS 评分均较护理前降低,且研究组护理后 VAS 评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组护理后 GSRS 评分均较护理前降低,且研究组护理后 GSRS 评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。研究组胃肠道功能紊乱干预的总有效率为 96.15%,对照组为 86.27%,差异有统计学意义($\chi^2 = 6.088, P < 0.05$)。结论 规范化癌痛护理的合理应用对减轻食管贲门癌患者的疼痛,改善患者胃肠道功能紊乱具有一定作用,值得临床推广使用。

关键词:规范化癌痛护理; 食管贲门癌; 胃肠道功能紊乱; 视觉模拟评分法

中图分类号:R473.73

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2022)16-2288-03

癌前发现、癌前诊断、癌前治疗是癌症最理想的防治策略。但就目前全球整体的医疗水平发展状况来看,无论是医疗水平较高的发达国家(如美国、德国、瑞士等),还是包括中国在内的发展中国家都无法达到此理想状态。食管癌作为常见、多发的一种消化道恶性肿瘤,有显著的地域性特征,高发于北美、南美、非洲及我国华北、西北等地区。食管贲门癌患者由于早期无明显症状而不易被发现,症状随肿瘤范围的扩大而逐渐显现,故大多数患者确诊时已处于中晚期,术后 5 年生存率极低。受手术影响,食管贲门癌患者还伴有显著的术后胃肠道功能紊乱,临床表现以腹痛、腹胀、排气或排便异常等症状为主,严重影响患者术后生活质量^[1]。癌痛护理是减轻癌症患者疼痛的有效护理方式之一,黄喆等^[2]研究证实,癌痛护理质量评价指标体系的构建对癌症患者疼痛规范化管理有益。陈汝桂等^[3]研究发现,规范化癌痛护理对减轻癌痛患者负性情绪(焦虑、抑郁和恐惧等),缓解其躯体疼痛,提高其生存质量有益。但目前我国癌痛护理依旧存在不足,唐小丽等^[4]的现状研究发现,其所纳入的 55 家二级甲等及以上医院中依旧存在癌痛随访不到位、护理质量不佳,癌痛护理人员专业知识薄弱等不足。本研究探讨了规范化癌痛护理对食管贲门癌患者胃肠道功能紊乱及疼痛的影响,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 1 月至 2021 年 1 月本院肿瘤内科收治的 103 例食管贲门癌患者(样本量选取符合 Kendall 样本量估算原则),采用随机数字表法分为对照组 51 例,研究组 52 例。纳入标准:(1)病理诊断为食管癌、贲门癌或食管-胃交界腺癌者;(2)行开

放手术者;(3)应用吻合器行食管-胃吻合;(4)各项临床资料完整有效。排除标准:(1)入组前近 1 个月及行开放手术后使用过糖皮质激素类药物者;(2)合并其他食管疾病、糖尿病、高血压、低蛋白血症、结核病和各种炎症性疾病者;(3)妊娠期或哺乳期女性。对照组男 31 例,女 20 例;年龄 20~75 岁,平均(61.52±6.47)岁;病程 0.5~13.0 年,平均(5.25±3.05)年。研究组男 31 例,女 21 例;年龄 18~75 岁,平均(61.25±6.48)岁;病程 0.5~13.0 年,平均(5.53±3.24)年。两组患者年龄、性别、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究符合《赫尔辛基宣言》医学研究原则^[5]。所有研究对象对本研究知情同意,入组前签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 对照组护理方法 对照组进行常规护理。采用视觉模拟评分法(VAS)评估患者疼痛情况,遵医嘱按三阶梯癌痛治疗原则进行癌痛治疗;同时对患者的胃肠道功能紊乱进行对症处理。同时给予患者心理护理、健康教育等常规护理措施,如根据其心理与躯体感受,引导其采用读书、看报、聊天、看视频等方式转移负性情绪,同时给予患者疾病相关的健康教育。

1.2.2 研究组护理方法 研究组在对照组护理的基础上实施规范化癌痛护理。成立规范化癌痛护理小组,明确各小组成员的具体工作内容,所有参与人员均进行相关培训并在考试合格后入组。(1)疼痛评估的目的:进行疼痛评估后结合三阶梯癌痛治疗原则合理应用止痛药物,并结合患者具体病情实时调整止痛用药方案。向患者阐明疼痛评估的目的,争取其积极参与癌痛护理全过程。(2)疼痛评估方法:向患者及其照护者讲述食管贲门癌的疼痛评估原则,收集、记

[△] 通信作者, E-mail: xcislzw@163.com。

录、整理各项疼痛数据,准确掌握疼痛史、疼痛发作时间、疼痛发作部位、疼痛程度、疼痛性质、疼痛持续或间断时间,设计疼痛筛查流程,制订标准化健康教育及心理、药物、饮食等护理方案。利用 VAS 评估患者疼痛程度,将评估数据进行记录、整理、存档等。(3)疼痛管理:以无痛身心(无痛睡眠、无痛休息、无痛活动和 100% 的疼痛筛查)为目标建立疼痛分级管理制度,做到卫生行政部门(药物可获得性)、患者(治疗依从性)和专业医务人员(癌痛全程管理)在癌痛护理过程中的良性互动。动态监控疼痛控制情况,以便及时调整疼痛管理措施。止痛药物管理由药剂科统一执行,优化取药流程,保障药品安全性与用药及时性。患者术后胃肠道功能紊乱可能会对疼痛产生一定影响,因此对患者术后胃肠道功能紊乱情况进行早期评估,并将评估结果告知主管医生,采取积极有效的干预措施,如改变胃肠减压方式、腹部热疗、药物治疗等。(4)健康教育:根据患者疼痛相关信息(疼痛部位、性质、程度、频次、控制满意度、服药依从性、药物不良反应等)为其实施针对性的健康教育。实施院内个体化监护,将无痛视作患者基本权利,告知患者及照护者积极配合医务人员治疗,从而达到缓解疼痛,提高舒适度的目的。(5)随访:每周随访问问患者服用止痛药物后的效果、不良反应等,如果患者止痛效果不佳,应及时向主管医生汇报,及时调整患者用药方案。

1.3 观察指标 (1)疼痛评估:在患者护理前及护理后采用 VAS 量化主观疼痛,0 分为无任何疼痛;1~3 分为轻度疼痛,不影响睡眠;4~6 分为中度疼痛,睡眠受到影响;7~9 分为重度疼痛,因疼痛无法入眠;10 分为剧烈疼痛。(2)胃肠道功能评估:在患者护理前及护理后采用胃肠道症状评定量表(GSRS)进行评估,包括腹痛、烧心、酸反流、上腹部紧缩感、恶心与呕吐、腹胀、嗝气、排气增多、排便减少、排便增多、稀便、硬便、排便紧迫感、排便不尽感 15 项,每项分为 4 个等级,最低 0 分,最高 3 分,总分 45 分,得分越高胃肠道功能紊乱越严重。(3)胃肠道功能紊乱的临床疗效:在护理后采用症状积分下降指数(SSRI)进行评估,包括治愈(SSRI≥95%)、显效(60%≤SSRI<95%)、有效(20%≤SSRI<60%)和无效(SSRI<20%),总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%;SSRI=(治疗前症状积分-治疗后症状积分)/治疗前症状积分×100%。

1.4 统计学处理 采用 SPSS21.0 软件进行数据分析。计数资料以例数或率表示,组间比较采用 χ^2 检验;符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组护理前后 VAS 评分比较 两组护理前 VAS 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);两组护理后 VAS 评分均较护理前降低,且研究组护理后 VAS 评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

2.2 两组护理前后 GSRS 评分比较 两组护理前 GSRS 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);两组护理后 GSRS 评分均较护理前降低,且研究组护理后 GSRS 评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 1 两组护理前后 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	护理前	护理后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	51	8.56±1.24	3.34±0.53	27.644	<0.001
研究组	52	8.57±1.35	1.21±0.47	37.128	<0.001
<i>t</i>		0.039	21.590		
<i>P</i>		0.969	<0.001		

表 2 两组护理前后 GSRS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	护理前	护理后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	51	40.52±3.23	15.14±2.75	41.885	<0.001
研究组	52	40.34±3.47	10.37±2.64	47.913	<0.001
<i>t</i>		0.272	9.922		
<i>P</i>		0.786	<0.001		

2.3 两组胃肠道功能紊乱的临床疗效比较 研究组胃肠道功能紊乱干预的总有效率为 96.15%,对照组为 86.27%,差异有统计学意义($\chi^2 = 6.088, P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组胃肠道功能紊乱的临床疗效比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	51	23(45.10)	12(23.53)	9(17.65)	7(13.73)	44(86.27)
研究组	52	31(59.62)	12(23.08)	7(13.46)	2(3.85)	50(96.15)

3 讨 论

胃肠道功能紊乱是食管贲门癌术后常见并发症,发病机制及病理过程复杂,目前相关治疗措施较多,但效果参差不齐。既往研究显示,对于食管贲门癌术后胃肠道功能紊乱的治疗,以改变胃肠减压方式、腹部热疗、快速康复外科及中医、西医药物治疗(含中西医结合治疗)等几类相对多见^[6]。常规的食管贲门癌术后护理方法依旧存在一定的局限性,如禁食时间过长,易致高代谢状态与负氮平衡,引起病变组织修复速度减缓,不利于术后康复,也会延长疼痛时间。同时临床实践发现,胃肠道减压若操作不当,易增加食管贲门癌患者因插鼻胃管引起的疼痛,增加原发性胃动力不足发生风险,术后早期下床活动率降低。

规范化癌痛护理具有较好的临床护理效果,如姜美娴等^[7]研究证实,实施中药穴位贴敷联合规范化癌痛护理干预可改善癌痛患者的不良心理状态;魏旋等^[8]研究发现,将规范化癌痛护理应用于晚期癌痛患者可降低患者焦虑、抑郁及 VAS 评分,改善患者不良情绪;唐志霞等^[9]研究证实,采用规范化癌痛护理干预后的患者疼痛时按时服药率高于对照者($P < 0.05$)。由此可见,规范化癌痛护理干预能够有效改善患者负面情绪,提高临床诊疗及护理依从性,对改善患者生活质量,延长生存期具有重要作用。本研究结果显示,护理后,实施规范化癌痛护理的研究组 VAS、GSRS 评分均明显优于对照组($P < 0.05$)。规

范化癌痛护理是以自控-科控-院控三级管理体系为主,能有效提升医院整体的癌痛护理质量^[10],医务人员扎实的专业知识、良好的癌痛预防意识、较强的沟通能力和解决问题的能力能较大程度提升癌痛护理的有效性。本研究护理小组成员针对手术引起的患者胃肠道功能紊乱进行评估及针对性干预,并注重缓解患者治疗过程中的各种负性情绪,达到了综合干预的目的。其次,规范化癌痛护理根据疼痛分级实施护理干预,通过必要的药物干预可降低患者疼痛感^[11-13]。根据患者疼痛部位、性质、程度、频次、控制满意度、服药依从性、药物不良反应等相关情况实施个体化监护和健康教育,可达到及时干预的目的,减少疼痛对患者胃肠道功能紊乱的影响。本研究结果显示,研究组胃肠道功能紊乱治疗的总有效率为 96.15%,高于对照组的 86.27% ($P < 0.05$),提示研究组采用的规范化癌痛护理能明显改善患者的胃肠道功能紊乱,对提高患者生活质量具有一定作用。

综上所述,规范化癌痛护理的合理应用对减轻食管贲门癌患者的疼痛、改善其胃肠道功能紊乱具有一定作用,值得临床推广使用。

参考文献

- [1] 李前进,董永辉,赵福岩.食管贲门癌术后胃排空障碍的影响因素[J].海南医学,2020,31(20):2674-2676.
- [2] 黄喆,赵文娟,张晓菊,等.住院患者癌痛护理质量评价指标体系的构建[J].护士进修杂志,2021,36(1):17-21.
- [3] 陈汝桂,黄桂连,李小梅,等.规范化癌痛护理干预对癌痛患者心理与生活质量的影响[J].肿瘤药学,2014,4(6):

473-477.

- [4] 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.
- [5] 吴文瑶,张谨,张威伟,等.世界医学协会《赫尔辛基宣言》:涉及人类受试者的医学研究伦理原则[J].中华疼痛学杂志,2020,16(2):92-95.
- [6] 郑艳,田云,邓平基,等.十堰市三级甲等医院癌痛患者疼痛控制结局的现状调查及影响因素分析[J].解放军护理杂志,2019,36(3):24-28.
- [7] 姜美娟,李京,韩涛.中药穴位贴敷联合规范化癌痛护理干预对患者心理状况与生活质量的影响[J].长春中医药大学学报,2019,35(5):968-971.
- [8] 魏旋,王新林,许婷,等.规范化癌痛护理在晚期癌痛患者中的临床体会[J].现代肿瘤医学,2019,27(23):4280-4281.
- [9] 唐志霞,严霞.晚期肿瘤患者的癌痛规范化护理[J].实用临床医药杂志,2019,23(16):121-123.
- [10] 王秀云.规范化疼痛评估在癌痛护理中的应用[J].中国药物与临床,2020,20(15):2644-2646.
- [11] 曹爽,李月华.癌痛规范化干预对癌痛患者疼痛程度及心理状况的影响研究[J].现代中西医结合杂志,2019,28(15):1685-1688.
- [12] 陈霞君,董忠娟,姚枝萍,等.中西医结合健康教育路径对癌痛患者疼痛控制与生活质量改善的影响[J].浙江中医药大学学报,2019,43(3):283-285.
- [13] 胡吕萍,廖志军,徐彬,等.临床药师参与癌痛规范化治疗的实践效果评价[J].解放军医药杂志,2020,32(6):34-37.

(收稿日期:2021-12-09 修回日期:2022-03-08)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2022.16.035

尿路结石合并尿路感染患者的临床与实验室检查特征分析

龙一飞,刘健平,赵婵静,鄂顺梅,孟少伟,陈 茶,林冬玲[△]

广州中医药大学第二附属医院/广东省中医院检验医学部,广东广州 510006

摘要:目的 探讨尿路结石合并尿路感染患者的临床与实验室检查特征,为临床诊疗提供参考。**方法** 回顾性分析该院泌尿外科 2018 年 1—10 月收治的 360 例尿路结石患者的临床资料,根据中段尿细菌培养结果分为感染组(118 例)与非感染组(242 例),比较两组临床基本资料(性别、年龄、住院时间)、血液生化指标、尿液化学分析指标、结石成分分析结果。分析尿路结石患者并发尿路感染的影响因素。**结果** 感染组与非感染组性别、年龄与住院时间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。感染组尿酸水平低于非感染组,尿浊度中混浊患者所占比例、尿白细胞酯酶及尿亚硝酸盐阳性率明显高于非感染组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。感染组与非感染组的结石成分均以草酸钙结石与混合性结石为主,感染组与非感染组结石成分分布差异无统计学意义($P > 0.05$)。多因素 Logistic 回归分析结果显示,住院时间、性别、尿浊度、尿白细胞酯酶和尿亚硝酸盐是尿路结石患者合并尿路感染的影响因素($P < 0.05$)。**结论** 女性、高龄尿路结石患者容易合并尿路感染,使患者的住院时间延长,临床应加强对这类患者的关注。尿液化学分析中的尿浊度、尿白细胞酯酶及尿亚硝酸盐的检测结果显示在尿路结石合并尿路感染与未合并尿路感染患者间存在差异,可将其用于尿路结石患者合并尿路感染的辅助诊断。

关键词:尿路结石; 尿路感染; 尿液化学分析; 血液生化指标; 危险因素

中图分类号:R691.4

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2022)16-2290-04

尿路结石是泌尿外科的一种常见病和多发病,有

研究表明,尿路结石的发病率在珠江三角洲地区高于

[△] 通信作者, E-mail:ldl13929547161@126.com。