

癌痛评估对镇痛治疗效果的影响

张丽伟 武丽华* 贾邵芬 雷玲玲
山西白求恩医院 山西太原 030032

摘要: 患者罹患肿瘤后, 会在中晚期出现癌痛, 并由此影响到患者的生理、心理健康, 增加了患者的躯体疼痛感受, 并降低患者的生活质量。为此, 医护人员需要合理开展癌痛评估工作, 并以此为基础开展镇痛治疗。本文对我院收治的癌痛患者临床资料分析, 讨论癌痛护理方案, 现报告如下。

关键词: 癌痛评估; 镇痛治疗; 效果影响

The effect of cancer pain evaluation on analgesic efficacy

Liwei Zhang Lihua Wu^(Corresponding author) Shaofen Jia Lingling Lei

Shanxi Bethune Hospital, Taiyuan 030032, China

Abstract: Patients with tumors often experience cancer pain in the middle and late stages of the disease, which can affect their physical and psychological health, increase their perception of physical pain, and reduce their quality of life. Therefore, healthcare providers need to conduct a comprehensive assessment of cancer pain and develop appropriate analgesic treatment based on the assessment. In this paper, we analyze the clinical data of cancer pain patients admitted to our hospital and discuss the nursing care plan for cancer pain, as reported below.

Keywords: cancer pain evaluation; Analgesic therapy; Effect influence

作为癌症肿瘤患者常见的症状之一, 疼痛严重影响患者的生活质量。目前, 为规范癌痛的治疗效果, 医护人员需要科学开展癌痛评估工作。本文结合癌症疼痛患者临床资料, 分析探讨癌痛评估对镇痛治疗效果的影响, 为中晚期肿瘤治疗提供一些指导。

一、资料与方法

1.1 一般资料

本次分析研究选取我院2021年11月至2022年11月治疗的94例癌症患者, 并将其随机分为2组。

本次参与试验研究的患者中, 试验组男性患者25例, 女性患者22例, 年龄在25-75岁之间, 平均年龄(54±6)岁, 患者罹患癌症1.5-6年, 平均(3.26±0.61)年。此外, 对照组中男性患者共计26例, 女性女性21例, 年龄范围在24-77岁, 年龄均值为(52±7)岁, 患者患癌病程范围在1.2-7年, 平均(3.5±0.7)年。

本次参与试验分析的患者均自愿参加, 患者均处于癌症中晚期, 且无认知与意识障碍, 预计生存期3个月以上。在针对患者排除时, 采用的标准如下: 认知障碍、意识障碍、全身免疫性疾病、止痛药过敏、严重并发症等。2组患者上述条件差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

医护在进行对比研究分析时, 实现会全面记录患者的基础资料, 并对患者以及家属进行癌痛相关培训, 由此确保家属认知度、配合度的提升。在治疗环节, 医护人员需要跟患者进行积极沟通交流, 从而建立起良好护患关系, 确保患者可以全面了解癌痛状况, 并握患者心理状况, 确保可以及时指导患者表述疼痛。

对照组的患者则采用常规疼痛评估, 依据现有的经验状况对患者的癌痛情况进行评估。在治疗环节, 一旦患者出现难以忍受疼痛状况时, 需要告知护士, 并及时进行止痛处理, 严格按照患者的疼痛情况按照遗嘱进行药品服用。而试验组的患者在癌痛表达时则采用规范化疼痛评估, 规范化疼痛评估将患者的疼痛状况细分为四个阶段, 并对不同阶段的疼痛进行评分。其中, 0分为无痛, 1-3分轻度疼痛, 4-6分中度疼痛, 7-10分重度疼痛。在临床治疗过程中, 需要选择经验丰富的医护人员进行疼痛评估, 医护人员的临床护理经验需要超过3年, 并接受过规范化的癌痛护理培训, 确保医护人员可以全面细致掌握癌痛评估方法以及各类镇痛药物特点, 从而设定好治疗方案, 最终在专业医生指导下进行癌痛护理工作。

医护人员在进行癌痛评估工作时, 需要进一步遵循全面、动态、量化、常规等原则, 并加大同患者之间的沟通, 从而对患者的疼痛症状进行及时的观察与记录, 并做好相

关记录。一般来说,患者在入院接受治疗一天后,医护人员需要按照《简明疼痛评估量表》中的相关内容对患者的疼痛情况进行评价,并做好登记。

1.3观察指标

在进行患者观察以及情况分析时,医护人员通常采用Zung焦虑自评量表的相关标准去分析患者在入院治疗时出现的焦虑症状,整个量表满分是42分,患者得分率与其焦虑状况呈现出正相关关系,即患者得分越高,其抑郁症状越严重。

此外,本院在调查患者满意度情况时,采用本院自制调查问卷表进行情况的收集,从而为后期的分析奠定基础。问卷表满分100分,得分越高说明患者的满意度越高。

而对于患者镇痛效果的评价时,医护人员则采用WHO评价标准进行具体细则的评定。其镇痛效果分为四个部分:完全缓解;部分缓解;轻度缓解以及无效。其中,完全缓解说明患者在治疗期间并没有任何疼痛的感觉;部分缓解则说明患者在接受治疗后,其疼痛的症状以及感受相对减弱;轻度缓解则表明疼痛感有所改善,痛苦程度轻度减轻;而治疗无效则说明对比治疗前状况,患者的疼痛并没有得到缓解。在具体的评价中,患者的生活质量评价纬度细分为心理状态、躯体功能、生活能力等。

1.4统计学处理

采用SPSS19.0软件进行统计学分析;计数资料采用 χ^2 检验;计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用t检验; $P < 0.05$ 表示有统计学意义。

二、结果

2.1焦虑比较

针对两组患者进行焦虑抑郁评分时,医护人员在开展前对2组患者分别展开焦虑评分,其数据差异无统计学意义($P > 0.05$),而在接受干预治疗后,试验组患者的焦虑评分呈现出下降趋势($P < 0.05$),具体数据对比见表1。

| 组别 | 例数 | 焦虑评分 | | 抑郁评分 | |
|-----|----|----------|----------|----------|----------|
| | | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 试验组 | 47 | 33.1±1.2 | 12.1±0.4 | 33.6±1.2 | 12.1±0.7 |
| 对照组 | 47 | 32.4±0.7 | 23.7±0.6 | 33.4±1.3 | 23.3±1.0 |
| t值 | | 0.523 | 5.619 | 0.412 | 5.967 |
| P值 | | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 |

表1 2组干预前后焦虑抑郁评分比较

| 组别 | 例数 | 满意 | | 较满意 | | 不满意 | | 满意度 | |
|-----|----|----|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|
| | | 人数 | 百分比 | 人数 | 百分比 | 人数 | 百分比 | 人数 | 百分比 |
| 试验组 | 47 | 36 | 76.6% | 10 | 21.3% | 1 | 2.1% | 46 | 97.9% |
| 对照组 | 47 | 19 | 40.4% | 16 | 34.1% | 12 | 25.5% | 35 | 74.5% |

表2 2组满意度比较

通过上述两组数据的对比不难发现:试验组患者在接受干预治疗后,满意度程度显著提升,由此可知:试验组满意度明显高于对照组。

| 组别 | 例数 | 完全缓解 | | 部分缓解 | | 程度缓解 | | 无效 | | 总有效 | |
|-----|----|------|-------|------|-------|------|-------|----|-----|-----|-----|
| | | 人数 | 百分比 | 人数 | 百分比 | 人数 | 百分比 | 人数 | 百分比 | 人数 | 百分比 |
| 试验组 | 47 | 26 | 55.3% | 11 | 23.4% | 7 | 14.9% | 3 | 4% | 44 | 96% |
| 对照组 | 47 | 16 | 34.1% | 13 | 27.7% | 8 | 17.1% | 10 | 22% | 36 | 78% |

表3 2组镇痛效果比较

| | | 心理状态 | 生理功能 | 生活能力 |
|-----|----|-------|-------|-------|
| 试验组 | 47 | 54±3 | 63±2 | 55±8 |
| 对照组 | 47 | 46±3 | 51±6 | 46±9 |
| t值 | | 7.483 | 9.023 | 7.058 |
| p值 | | <0.05 | <0.05 | <0.05 |

表4 2组生活质量评分比较

三、讨论

患者在罹患肿瘤癌症后,往往会在中晚期因为癌痛而产生较大的生理、心理压力,并由此导致患者处于低沉的生活状态。伴随着患者症状的进一步加重,患者的疼痛症状也会不断加深。为此,医院在针对患者进行临床医疗方案制定时,需要采取积极方案,确保患者的癌痛的程度不断下降。

为保障患者癌痛治疗的有效性、可行性,医护人员需要事先制定规范化疼痛评估体系。总而言之,规范化评估体系的建立可以引导医护人员更加科学的掌握患者的疼痛情况,并对患者的疼痛程度进行直观的表达,从而可以以此为基础科学采取干预措施,从而实现患者癌痛问题的解决。

规范化疼痛评估工作在开展时,需要严格按照量化、常规、动态、全面原则进行具体操作。所谓的量化,指的

是医护人员需要进行客观评价, 确保各项评价有依据, 量化的疼痛标准可以让医护人员更加细致科学的评价患者主观感受; 常规原则指的是医护人员在临床治疗的过程中将癌痛评估设定为常规工作开展, 并通过主动、按时评估工作的开展, 做好评估记录; 动态原则是指医护人员在工作开展的过程总需要持续关注患者疼痛变化, 并在这一过程中落实动态评估与记录工作; 全面原则则需要患者在体掌握疼痛患者各方面病情, 对患者病情进行详细评估, 通过应用规范化疼痛评估, 详细记录患者疼痛数据, 掌握患者疼痛情况, 为临床进一步治疗提供重要依据。

通过本次研究分析可以得知: 试验组患者按照癌痛评价表进行疼痛等级划分时, 其治疗工作的推进可以最大程度降低患者的抑郁与焦虑, 并带动患者治疗满意度以及镇痛有效率的提高, 让患者的生理、心理机能得到改善。

综上所述, 癌痛患者在接受临床医疗的过程中, 可以灵活选用规范化疼痛评估体系的运用, 该体系的运用有助于患者治疗效果的提升, 并最大程度上降低患者的疼痛感, 并最大程度上改善患者不良情绪, 提高患者生活质量和满意度, 缓解患者痛苦, 值得推广应用。

参考文献:

[1] 蔡亭亭. 临床药师干预对癌痛规范化治疗的积极作用及对癌痛患者生活质量的改善作用[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14(28): 149-151. DOI:10.15887/j.cnki.13-1389/r.2021.28.057.

[2] 汪汉香, 李石军, 刘金梅, 罗娟, 袁琦, 张玉, 史琛. 湖北省各级医疗机构医药护人员癌痛管理状况调查分析[J]. 中国药师, 2021, 24(05): 906-912.

[3] 桑楠, 李晓燕. PDCA循环管理模式在癌痛患者治疗中的应用效果[J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5(25): 172-174. DOI:10.19347/j.cnki.2096-1413.202025063.

[4] 徐晓娟. 对53例晚期癌症伴癌痛患者进行规范化镇痛治疗的效果分析[J]. 当代医药论丛, 2019, 17(12): 4-5.

[5] 汤学丽. 微信公众号在服用阿片类药物中晚期癌痛患者健康教育中的应用[J]. 中医药管理杂志, 2018, 26(06): 8-10. DOI:10.16690/j.cnki.1007-9203.2018.06.003.

[6] 张文远. 优质临床药学服务体系在对癌痛患者进行镇痛用药管理中的应用效果观察[J]. 当代医药论丛, 2017, 15(20): 23-24.

[7] 宋莉, 卢帆, 田杰. 四川省癌痛规范化诊疗现状的调查分析[J]. 中国疼痛医学杂志, 2017, 23(01): 49-54.

[8] 刘玉梅, 邵宗鸿. 影响晚期癌症伴慢性中重度疼痛患者镇痛效果的因素分析[J]. 临床肿瘤学杂志, 2016, 21(03): 251-256.

[9] 孙坚, 陈梅, 王青梅. 基于授权理论的健康教育在癌痛口服阿片类镇痛药物患者中的应用[J]. 护理学杂志, 2015, 30(21): 65-68.

[10] 孔繁莉, 范广俊. 浅析临床药师在癌痛规范化治疗示范病房中的作用[J]. 中国医院用药评价与分析, 2014, 14(10): 918-920.

[11] 牛潇菲, 张畅, 李小江. 基于CiteSpace的中医药治疗癌痛科学知识图谱分析[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2022, 24(01): 265-276.

作者简介: 张丽伟, 女, 汉, 山西, 山西白求恩医院, 肿瘤治疗的相关护理, 本科, 主管护师。