

循序渐进式疼痛护理干预联合心理护理对骨肉瘤术后患者负性情绪及疼痛的影响

朱梦薇 李娟

华中科技大学同济医学院附属协和医院肿瘤中心骨与软组织肿瘤外科

【摘要】目的 探讨循序渐进式疼痛护理干预联合心理疗法对骨肉瘤术后患者负性情绪及疼痛的影响。方法 将2021年2月至2022年2月间80例骨肉瘤术后患者按康复方法不同分为研究组40例和对照组40例。比较干预前后两组患者自我护理能力测定量表(Barthel)、匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)、Harris膝关节功能评分表、视觉模拟评分法(VAS)、抑郁自评量表(SDS)、焦虑自评量表(SAS)评分及马斯洛需要层次、护理满意度。结果 干预后,两组患者ESCA、Harris膝关节功能评分均明显高于干预前,PSQI、VAS、SDS、SAS评分均明显低于干预前,且研究组患者ESCA、Harris膝关节功能评分均明显高于对照组,PSQI、VAS、SDS、SAS评分均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。研究组患者社会需要、尊重需要、自我实现需要比例均高于对照组,生理需要、安全需要比例均低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。研究组患者护理满意度高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 循序渐进式疼痛康复联合心理疗法干预能有效缓解骨肉瘤术后患者疼痛,改善睡眠质量,提升肢体功能,改善负性情绪及马斯洛需求层次,患者满意度较高。

【关键词】循序渐进式疼痛康复干预;心理护理;骨肉瘤;负性情绪;疼痛

1. 资料与方法

1.1 一般资料

收集我院2021年2月至2022年2月间骨肉瘤OS术后患者80例患者的病历资料。纳入标准:①经病理学检查确诊,符合骨肿瘤美国国立综合癌症网络(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)指南;②单侧膝关节周围骨肉瘤,均给予手术治疗;③无语言、沟通、认知障碍;④年龄15~55岁;⑤临床资料完整无缺失。(2)排除标准:发生脑部转移者;其他部位恶性肿瘤者;精神或意识障碍无法配合护理者;无法耐受手术者。将纳入80例骨肉瘤术后患者,按康复方法不同随机分为研究组40例和对照组40例。研究组中,男25例,女15例;年龄15~55岁,骨肉瘤部位:股骨上端6例,股骨下端17例,胫骨上端10例,胫骨下端7例。对照组中,男23例,女17例;年龄15~55岁,骨肉瘤部位:股骨上端8例,股骨下端18例,胫骨上端10例,胫骨下端4例。两组患者各临床特征比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。所有患者均知情同意并签署知情同意书。

1.2 干预方法

患者均接受手术治疗,对照组采取循序渐进式疼痛康复干预。①疼痛护理:依据视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)评分进行护理计划的实施,包括与患者积极耐心沟通,倾听其主诉,激励患者,使其以积极的心态面对疾病;让患者保持一种舒适的位置,用软枕垫在脚后跟处,使足根部悬空,放松肌肉,减轻疼痛。②循序渐进式康复护理:a. 早期,进行踝关节屈伸运动,小幅度运动逐步至最大限度,每次3~5 min,每天3~4次。b. 中期,逐渐完成自主的屈伸膝关节运动,患肢感到轻微酸胀为最大限度,借助拐杖站立、缓慢行走。c. 晚期,指导患者进行主动下蹲、曲屈、压腿等动作,并进行适当的肌力及耐力训练,直至能够正常行走。研究组在对照组的基础上联合心理疗法。①心理干预:分别从患者与家属的角度进行治

疗与教育相结合的心理调节。②认知干预:向患者讲解手术和麻醉的原理,并详细告知注意事项,介绍治疗成功的案例,增强战胜疾病的信心。③行为干预:指导患者正确进行骨骼肌收缩和舒张运动,使肌肉放松,改善心情。④术中干预:对患者给予耐心、体贴的照护,进行积极的心理疏导。⑤术后干预:可以告知患者手术的情况,并向其解释术后疼痛是正常的应激反应,按要求接受镇痛干预能改善症状。

1.3 观察指标及评价标准

1.3.1 自我护理情况 采用自我护理能力测定量表Barthel(BI)评价患者自我护理情况,该量表共40个项目,满分100分,评分越高,患者自我护理能力越强。

1.3.2 睡眠质量 采用匹兹堡睡眠质量指数量表(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)评价患者睡眠质量,该量表满分21分,分值越高,睡眠质量越差。

1.3.3 肢体功能 采用Harris膝关节功能评分表评价患者肢体功能,该量表满分100分,分值越高,膝关节功能越好。

1.3.4 疼痛 采用VAS评价患者疼痛情况,满分10分,分值越高,疼痛越严重。

1.3.5 马斯洛需要层次 按层次由低至高分别为生理需要、安全需要、社会需要、尊重需要、自我实现需要,需要层次越高,恢复越好。

1.3.6 负性情绪 ①焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)评分:采用SAS评价两组患者干预前后的焦虑情况,该量表包含20个维度,分值越高,焦虑程度越高。②抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)评分:采用SDS评价两组患者干预前后的抑郁情况,该量表与SAS相同,分值越高,抑郁程度越高。

1.3.7 护理满意度 采用自制住院满意度调查问卷,信效度检测结果显示 α 信度系数为0.87,内容效度为1.00。满分100分,90~100分为非常满意,80~90分为满意,<80分为不满意。满意度=(非常满意+满意)例数/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件对数据进行统计分析, 计量资料以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用两独立样本 t 检验, 组内比较采用配对 t 检验; 计数资料以例数及率 (%) 表示, 组间比较采用 χ^2 检验; 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 Barthel 及 PSQI 评分的比较

干预前, 两组患者 BI 及 PSQI 评分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 两组患者 BI 评分均明显高于干预前, PSQI 评分均明显低于干预前, 且研究组患者 BI 评分明显高于对照组, PSQI 评分明显低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。(表 1)

表 1 干预前后两组患者 Barthel 及 PSQI 评分的比较

量表	时间	研究组 (n=40)	对照组 (n=40)	t 值	p 值
BI	干预前	45.35 \pm 11.23	45.52 \pm 10.25	-0.079	0.469
	干预后	75.64 \pm 15.82	55.41 \pm 13.01	7.830	<0.01
PSQI	干预前	11.54 \pm 3.45	11.39 \pm 3.56	0.210	0.417
	干预后	5.36 \pm	7.79 \pm 2.35	-6.440	<0.01

2.2 Harris 膝关节功能评分及 VAS 评分的比较

干预前, 两组患者 Harris 膝关节功能评分及 VAS 评分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 两组患者 Harris 膝关节功能评分均明显高于干预前, VAS 评分均明显低于干预前, 且研究组患者 Harris 膝关节功能评分明显高于对照组, VAS 评分明显低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。(表 2)

表 2 干预前后两组患者 Harris 膝关节功能评分及 VAS 评分的比较

量表	时间	研究组 (n=40)	对照组 (n=40)	t 值	p 值
Harris 膝关节功能	干预前	58.61 \pm 11.29	58.52 \pm 11.26	0.137	0.445
	干预后	87.64 \pm 15.24	70.39 \pm 13.49	5.970	<0.01
VAS	干预前	7.25 \pm 2.73	7.31 \pm 2.58	-0.113	0.455
	干预后	2.28 \pm 1.38	4.38 \pm 2.13	-4.900	<0.01

2.3 马斯洛需要层次的比较

研究组患者社会需要、尊重需要、自我实现需要比例均高于对照组, 生理需要、安全需要比例均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.4 SDS、SAS 评分的比较

干预前, 两组患者 SDS、SAS 评分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 两组患者 SDS、SAS 评分均明显低于干预前, 且研究组患者 SDS、SAS 评分均明显低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。(表 4)

表 4 干预前后两组患者 SDS、SAS 评分的比较

量表	时间	研究组 (n=40)	对照组 (n=40)	t 值	P 值
SDS	干预前	52.3 \pm 6.1	53.1 \pm 6.2	-0.169	0.424
	干预后	36.3 \pm 4.1	46.5 \pm 3.7	-9.542	<0.01
SAS	干预前	57.4 \pm 8.3	56.8 \pm 8.4	0.441	0.336
	干预后	37.9 \pm 7.1	48.2 \pm 7.5	-6.542	<0.01

2.5 护理满意度

研究组 20 例非常满意, 18 例满意, 2 例一般; 常规组 17 例非常满意, 15 例满意, 5 例一般, 2 例不满意, 1 例非常不满意。研究组护理满意度为 95.00% (38/40) 高于常规组的 80.00% (32/40), 差异有统计学意义 ($\chi^2=4.114, P=0.043$)。

3 讨论

骨肉瘤患者人数逐年增加, 患者预后问题一直是临床关注的焦点。此外, 很长时间的康复过程中, 患者都需要家属密切照顾, 很多患者会产生一些心理压力, 诸如给家属带来负担等, 不良情绪不利于患者的预后恢复, 在治疗周期内, 实施一些有效的护理干预措施可改善患者预后。研究显示, 目前临床上有多模式护理干预措施, 其中, 循序渐进式疼痛康复干预相较于常规护理具有一定的针对性, 可明显改善患者生活质量。

本研究探讨骨肉瘤患者术后应用心理疗法联合循序渐进式疼痛康复干预的临床效果, 结果显示。研究结果显示, 干预后, 研究组患者膝关节功能评分显著升高, 膝关节功能的改善效果显著; 研究组疼痛评分也较对照组低。提示循序渐进式疼痛康复干预能缓解患者紧张的情绪, 分散其注意力, 进而减轻疼痛, 提高身心舒适度。心理护理通过提高患者对疾病的认知能力、转移患者注意力、鼓励家庭支持等措施来改善患者负性情绪, 鼓励患者积极面对疾病, 增强正能量, 以此能够缓解心理压力, 减轻患者疼痛。心理干预能够不断鼓励与疏导患者, 以最大程度地恢复其自我护理能力, 改善肢体功能。

循序渐进式疼痛康复干预联合心理疗法能从疼痛、睡眠、功能等多方面改善生活质量, 提高患者满意度, 在此模式下, 家属的参与度很高, 患者受到家属无微不至的关怀, 患者心理能感到很大安慰, 护理效果也得到提升。

综上所述, 循序渐进式疼痛康复干预联合心理疗法能降低骨肉瘤术后患者疼痛, 改善患者肢体运动功能, 使患者睡眠质量得到提升, 此外还能改善负性情绪及马斯洛需求层次, 患者满意度较高, 值得临床应用推广。

参考文献:

- [1]牛晓辉. 2016 年骨肿瘤 NCCN 指南更新与解读[C]. 中国临床肿瘤学会, 2016.
- [2]Duncan MK, Blugis A. Maslow's needs hierarchy as a framework for evaluating hospitality houses' resources and services[J]. J Pediatr Nurs, 2011, 26 (4): 325-331.
- [3]Zung WW. A rating instrument for anxiety disorders[J]. Psychosomatics, 1971, 12 (6): 371-379.
- [4]Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, et al. The self-efficacy scale: construction and validation[J]. Psychol Rep, 1982, 51 (2): 663-671.
- [5]李亚利, 桂萍. 康复护理模式对膝关节周围骨肉瘤患者假体置换术后生活质量的影响[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2020, 27 (5): 97-100.
- [6]文英霞, 刘芳琴. 围术期心理干预对骨肉瘤手术患者应激状态的影响[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2019, 26: 234-237.