

肿瘤科癌性疼痛患者实施疼痛护理的价值

张 彤 孝媛媛

锡林郭勒盟中心医院 内蒙古 锡林浩特 026000

摘要:目的:对肿瘤科癌性疼痛患者实施疼痛护理的效果进行研究分析。方法:将2019年5月至2020年5月期间在我院接受治疗的68例肿瘤科癌性疼痛患者作为研究对象,使用随机分配的方法将这68例患者分为甲组以及乙组,各34例。对甲组使用常规护理进行护理,对乙组使用疼痛护理进行护理,对比2组的NRS评分以及ADL评分。结果:乙组的NRS评分比甲组更低,ADL评分比甲组更高, $P < 0.05$ 。结论:使用疼痛护理来对肿瘤科癌性疼痛患者进行护理具有较为理想的效果,能够在一定程度上降低患者的疼痛感,改善患者的生活质量,值得推广。

关键词:疼痛护理;晚期癌痛;全程化护理

在恶性肿瘤患者的临床症状中,癌性疼痛较为常见,临床医学将其命名为癌痛。癌痛会使患者承受身体上的痛苦以及心理上的折磨,有相关研究结果显示,大概有51%至81%癌痛患者的疼痛难以得到有效的缓解及控制,这些患者的生存质量普遍不高。随着科学社会的发展,目前临床上对癌症患者的治疗不再仅限于延长患者寿命,更将重点放在如何减轻患者痛苦以及提高生存质量上。常规的基本护理干预是临床治疗必不可少的辅助干预手段,但因其不够全面、针对性不足,患者的疼痛症状无法得到有效缓解,故全面的护理干预模式是医疗工作者探索的重点。随着医疗技术以及医疗水平的提升,有研究人员提出疼痛护理,这种护理方式能够使癌痛患者的疼痛得到一定程度的缓解,同时能够使患者的生活质量得到有效的提升,基于此,本研究主要对肿瘤科癌性疼痛患者实施疼痛护理的效果进行研究分析,现作如下报道:

1 资料和方法

1.1 资料

将2019年5月至2020年5月期间在我院接受治疗的68例肿瘤科癌性疼痛患者作为研究对象,使用随机分配的方法将这68例患者分为甲组以及乙组,各34例。在甲组中,有16例男患,18例女患,年龄范围为36岁至77岁,年龄平均值为 (52.19 ± 4.33) 岁;而乙组中有18例女患,16例男患,年龄范围为35岁至76岁,年龄平均值为 (51.73 ± 4.81) 岁,经对比,2组资料无显著差异,可比。

1.2 方法

对甲组使用常规护理进行护理,具体操作为:给予患者相应的药物服用指导、饮食指导以及基本健康知识宣讲教育等。对乙组使用疼痛护理进行护理,具体操作为:第一,健康知识宣讲教育。相关护理人员应当积极为患者讲解介绍疾病疼痛的影响,以此让患者对疾病以及疼痛有更加全面、深入的了解及认知,提升患者的治疗配合度以及护理依从性。第二,皮肤刺激护理。按摩:确定患者的疼痛位置,对此位置实施适度的推拿及按摩,一次十五分钟;热疗:使用

热毛巾来对疼痛位置进行热敷,使患者的炎症发生率降低,进一步改善患者的疼痛;冷疗:在患者的衣服外层放置冰袋,随着时间的推移依次将衣服层数缩减,最终让皮肤和冰袋相贴,一次二十分钟,可交替使用热敷以及冷敷进行护理。第三,疼痛药物护理。护理人员应当严格按照医嘱来为患者提供相应的镇痛药物。每隔1h评估一次患者的实际疼痛变化情况,根据患者的实际情况来计算镇痛药物用量。第四,生理护理。化疗是目前癌症治疗的常用手法,但化疗会对患者产生不良反应,增加患者痛苦。首先评估患者疼痛症状程度,了解患者对药物的不良反应和耐受程度,以调整有针对性、合理性化疗及用药方案。指导患者用药,监测用药情况并记录。根据WHO推荐的“三阶梯给药原则”指导,第一阶梯为非阿片类镇痛药,如阿司匹林;第二阶梯为弱阿片类镇痛药,若消炎镇痛药物无法缓解患者疼痛程度,则采用麻醉药物镇痛,监测患者疼痛程度,适时调整药物剂量,达到减轻疼痛程度的效果;第三阶梯,强阿片类镇痛药,记录患者疼痛的出现及持续时间,了解其疼痛规律,采用针对性镇痛处理,主要药物为吗啡。在药物镇痛的基础上辅以物理疗法,根据具体情况使用冰袋或热水袋,或外敷清凉镇痛药物、按摩等。第五,心理护理。患者治疗中除面临生理疼痛外,还产生不良心理反应,如恐惧、紧张、焦虑、悲观、抑郁等。医护人员需主动与患者沟通,密切关注患者情绪,鼓励其积极面对疼痛,如开展心理辅导讲座,邀请心理治疗师实行一对一心理指导。仔细聆听患者需求,为患者解疑答问,正确、及时引导患者,转移其对疼痛的注意力,帮助患者放松心情,减轻痛苦,使其树立战胜疾病的信心。同时,对严重晚期癌症患者,护理人员应引导其以平和、坦然、正面的心态面对生命与死亡。第六,环境护理。首先家庭环境,家庭对患者的治疗支持、陪护会影响患者在治疗中的心理状况。医护人员需普及家属健康教育知识,调动家属对患者治疗积极配合,且增加患者的陪护时间。社会环境可视作医护环境,医护人员需建立与患者之间良好关系,使患者在舒适的医护环境中治疗。入院时,做好患者健康知识教育,制订合理

的护理方案，待患者发生癌痛时，为其进行放松护理，如放松肌肉、深呼吸、听音乐等，缓解患因疼痛而产生的抑郁、焦虑，转移其对疼痛的注意力，使其恢复平和的心理状态，以减轻疼痛程度。同时，指导患者进行科学合理的运动训练，如散步或者简单的四肢活动，达到轻松舒缓的效果。医护人员与家属密切交流，两者充分配合，营造良好的家庭与社会环境，有效进行临床治疗以及相应的缓解疼痛训练，强化患者对癌痛的控制。

1.3 评价指标

使用疼痛数字评分量表 (NRS) 来评估患者的实际疼痛变化情况，满分为十分，分数愈高说明患者疼痛愈严重。使用日常生活能力评定量表 (ADL) 来评估患者的生活质量，分数愈高说明患者生活质量愈佳。

1.4 数据分析

数据分析使用 SPSS22.0，用 ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料，行 t 检验，用 (%) 表示计数资料，行 χ^2 检验，以 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 对比 2 组护理前以及护理后的 NRS 评分

乙组 NRS 评分比甲组更低， $P < 0.05$ ，详细对比结果见表 1。

表 1 对比 2 组护理前护理后的 NRS 评分 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (n)	护理前	护理后
甲组	34	4.59±0.88	2.56±0.54
乙组	34	4.87±0.93	1.62±0.42

2.2 对比 2 组 ADL 评分

乙组 ADL 评分比甲组更高， $P < 0.05$ ，详细对比结果如表 2 所示。

表 2 对比 2 组护理前护理后的 ADL 评分 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	活力评分		生理评分		心理评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
甲组 (n=34)	55.66±5.12	74.34±6.41	55.22±4.28	72.16±6.33	56.14±4.52	72.16±6.33
乙组 (n=34)	55.88±5.23	86.33±6.24	55.34±4.59	85.38±6.63	56.23±4.33	86.55±6.34

3 讨论

长期以来，患者及其家属对癌症疼痛的观念没有从根本上改变过来，认为癌症患者就应该疼痛，对疼痛应该能忍就忍，害怕应用吗啡，怕成瘾，怕出现副作用，这种观念让很多癌症患者忍受巨大的疼痛走完人生的最后一程，生存质量差，这些错误的观念必须从根本上予以改变。癌症患者

可以要求止痛治疗，医务人员用药物控制患者的疼痛，家庭护理中运用物理和心理治疗的方法分散注意力，减轻疼痛，尽量做到让癌症患者无疼痛，活的有尊严，有质量。随着患上癌症的人数逐渐增多，提高了对临床护理的要求。癌症患者会伴有较为严重的癌性疼痛，由于不同患者的体质也各不相同，因此，癌痛患者的疼痛程度也会具有一定的差异性，在临床护理中，需要通过护理手段来使患者的疼痛得到有效的缓解，而疼痛护理是一种通过对患者的疼痛程度进行全方位、深入的评估测定，为患者提供健康知识宣讲教育、皮肤刺激护理、疼痛药物护理以及心理护理的新型护理模式，因此，护理人员应当积极将疼痛护理应用到癌性疼痛患者的护理中。癌症患者的疼痛症状是指肿瘤直接引起或肿瘤治疗中所引发的疼痛，且出现进行性或间歇性的疼痛。肿瘤侵犯或压迫神经，破坏器官功能系统等，引起局部坏死、溃疡、炎症，治疗过程中疼痛部位需要修复或调节，信息传到神经中枢后引起的疼痛感觉，是造成晚期癌症患者主要痛苦的原因之一。癌症疼痛会引发患者在治疗过程中的应激反应。同时引起对治疗抗拒、焦躁、抑郁等消极心理反应，增加患者痛苦，生活质量受到影响，尤其晚期癌症患者的心理承受压力较普通患者更低，受到影响更大，甚至产生放弃生命的消极心理。近年来，提出生物 - 心理 - 社会、以人为本的等医学护理模式，医护工作者不仅治疗患者生理上的病痛，更关注患者的心理、营造舒适医疗环境为己任。

综上所述，使用疼痛护理来对肿瘤科癌性疼痛患者进行护理具有较为理想的效果，能够在一定程度上降低患者的疼痛感，改善患者的生活质量，值得推广。

参考文献:

[1] 丁蓉. 肿瘤科癌性疼痛患者实施疼痛护理的价值 [J]. 医学食疗与健康, 2020, 18(24): 89-90.

作者简介:

张彤, 性别: 女, 民族: 汉族, 出生年: 1987.05, 籍贯: 山东省莱阳市, 职称: 护师, 学历: 本科, 研究方向主要从事: 肿瘤护理。

孝媛媛, 女, 汉族, 出生年: 1986.05, 籍贯: 内蒙古赤峰, 职称: 主管护师, 学历: 本科, 研究方向: 肿瘤化疗, 放疗, 靶向治疗护理, 癌症晚期患者优质护理, 疼痛治疗护