

延续性护理结合癌痛护理质量指标在消化道 肿瘤癌痛患者中的运用作用研究

时博文

上海中医药大学附属龙华医院, 上海 200032

【摘要】目的: 研究在消化道肿瘤癌痛患者中运用延续性护理联合癌痛护理质量指标的作用。**方法:** 从我院 2017 年 2 月至 2019 年 2 月收治的消化道肿瘤癌痛患者中随机抽取 120 例患者, 经计算机数字抽样法将其平均分为两组, 即试验组 (60 例) 与常规组 (60 例), 常规组患者采用延续性护理方法, 试验组患者在此基础上联合癌痛护理质量指标进行护理干预, 对比两组患者护理前后的疼痛数字分级 ≥ 4 分患者比率和患者依从性。**结果:** 试验组患者的疼痛数字分级 ≥ 4 分患者比率明显低于常规组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 试验组患者依从性明显高于常规组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 延续性护理联合癌痛护理质量指标在消化道肿瘤癌痛患者中运用具有良好的临床效果, 能有效缓解患者疼痛, 提升患者依从性。

【关键词】 延续性护理; 癌痛护理质量指标; 消化道肿瘤癌痛

在我国恶性肿瘤疾病中, 消化系统肿瘤的发病率约占一半, 且死亡率较高。尽管近年来随着医疗事业不断发展, 我国对恶性肿瘤的诊疗水平已有显著提升, 但由于消化系统肿瘤一经发现, 多数已经到了进展期, 诊疗效果并不显著, 目前临床非常重视如何提高消化系统肿瘤患者的生存质量^[1]。对于消化道肿瘤癌痛患者而言, 疼痛是最常见的临床症状, 尤其是晚期肿瘤患者, 癌痛严重影响着患者的生活质量, 甚至使患者丧失独立生活能力。对于疼痛程度较大的患者, 经常采用三阶梯镇痛法缓解疼痛, 但由于患者依从性不同, 从而会影响癌痛效果。为了提高患者依从性, 缓解患者疼痛程度, 我院采用延续性护理联合癌痛护理质量指标对消化道肿瘤癌痛患者进行护理干预, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2017 年 2 月至 2019 年 2 月我所收治的消化道肿瘤癌痛患者 120 例, 分组方式为计算机数字抽样法, 组间分布为试验组 ($n=60$) 与常规组 ($n=60$)。试验组患者男女性别分布为 33/27。年龄范围为 29~77 (53.27 ± 6.35) 周岁。常规组患者男女性别分布为 34/26。年龄范围为 31~79 (53.29 ± 6.31) 周岁。两组患者年龄、性别等统计结果不具备明显差异 ($P > 0.05$), 可比性校准结果合格。纳入标准: (1) 经我院相关医学检查确诊为消化道肿瘤癌痛患者; (2) 患者家属在知晓本研究内容基础上, 自愿签署相关协议; (3) 神志清晰, 无沟通障碍、精神障碍。排除标准: (1) 已纳入或拟纳入其他临床研究; (2) 对阿片类药物过敏者。

1.2 方法

常规组患者采取延续性护理: 患者出院前为患者建立随访档

案, 档案内容包括患者年龄、性别、联系方式、疼痛部位、疼痛程度、镇痛药物等, 并根据患者档案进行随访; 患者出院后护理人员 3 日随访一次, 了解患者病情变化, 并叮嘱患者遵医嘱服药。试验组患者在此基础上施加癌痛护理质量指标进行护理干预, 具体内容如下: (1) 成立护理质量指标管理小组: 小组由科室护士长、资历较老的护理人员组成, 由临床经验丰富的护士长担任小组组长, 并在组员中挑选出 8 名较优秀的护理人员担任主管护师与护师, 小组成员分工协作, 完成访谈、面谈、电话随访以及记录、登记、整理工作; (2) 确定质量控制目标: 根据消化道癌痛患者的特点, 将延续性护理的质量控制目标定为疼痛数字分级 ≥ 4 和患者对阿片类药物的依从性, 确定患者总服药次数中有多少次是完全正确的, 并计算出百分比作为患者正确服药的依从性;

(3) 实施过程: 可以采用微信群等方式, 患者按时服药后在微信群中报告服用情况, 护理人员根据患者报告情况记录并评估患者服药的依从性, 计算疼痛数字分级 ≥ 4 分比率, 根据患者服药情况对患者进行针对性的用药指导。(4) 心理调解: 对于依从性较低的患者, 护理人员要经常给予心理安慰, 掌握患者心理变化, 及时给予鼓励与安慰, 增强患者恢复的信心, 同时与患者家属进行沟通, 让其督促患者及时服药; (5) 回访与随访: 做到每周随访 1 次, 每 3 天电话回访一次。随访内容包括实地观察患者服药情况, 与患者及其家属进行沟通, 了解患者情况, 及时掌握患者病情变化, 解除患者在服药过程中遇到的问题。电话回访时可针对患者的问题进行深入交流。

1.3 研究指标

经护理 3 个月后, 对比两组患者的疼痛数字分级 ≥ 4 分患者比率和患者的依从性。

1.4 数据处理

计量数据与计数数据分别采用平均值±标准差 ($\bar{x} \pm s$)、百分比 (%) 表示, 并分别应用 t 、 χ^2 检验。经处理后的数据将统一输入统计学软件 SPSS22.0 中进行统计学分析, 得到结果 $P < 0.05$ 说明差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 疼痛数字分级 ≥ 4 分患者比率对比

经护理, 试验组患者疼痛数字分级 ≥ 4 分患者比率为 8.33% (5/60), 常规组为 25% (15/60)。试验组患者疼痛数字分级 ≥ 4 分患者比率明显低于常规组, 差异具有统计学意义 ($\chi^2 = 6.0000$; $P = 0.0143$)。

2.2 不同阶段患者依从性对比

经护理, 试验组患者的依从性在不同阶段均高于常规组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1: 不同阶段患者依从性对比 ($\bar{X} \pm S$)

组别	例数	1 个月	2 个月	3 个月
试验组	60	94.84 \pm 5.31	96.26 \pm 2.39	98.16 \pm 0.36
常规组	60	88.26 \pm 5.36	89.71 \pm 3.49	91.54 \pm 2.62

参考文献:

- [1] 吴喻. 延续性护理干预对出院肿瘤患者癌痛的控制效果评价[J]. 当代护士(上旬刊), 2020, 27(02): 78-79.
- [2] 马运侠, 董亚琴, 郭薇. 规范化癌痛护理模式改善癌痛患者疼痛程度及负性情绪的效果[J]. 临床医学研究与实践, 2019, 4(32): 177-179.
- [3] 邢慧欣. 规范化癌痛护理干预对癌痛患者焦虑抑郁及生活质量的影响[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(84): 328.
- [4] 孙素亚, 黄燕. 延续性护理结合癌痛护理质量指标在消化道肿瘤癌痛患者中的应用[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2019, 26(02): 223-226.

t	6.7553	11.9946	19.3897
P	0.0000	0.0000	0.0000

3 讨论

疼痛会导致晚期肿瘤患者活动受限、食欲减退、睡眠减少, 严重影响着患者的生活质量, 会让患者产生焦虑、抑郁等情绪, 甚至自杀^[2]。目前临床上是用以药物辅助缓解患者的疼痛, 世界广泛推广的止痛方案是 1982 年世界卫生组织 (World Health Organization, WHO) 首次提出的癌痛三阶梯^[3]。跟据临床相关研究显示: 通过癌痛三阶梯止痛方案进行止痛, 能有效缓解患者的癌痛程度, 但癌痛三阶梯是建立在患者依从性的基础上, 患者依从性高, 则效果显著, 患者依从性低, 则效果不显。有效的护理干预能够提升患者的用药依从性, 延续性护理是指患者在出院后仍继续接受护理服务, 通过随访的方式给予患者药物指导, 能有效提升患者用药依从性; 癌痛护理质量指标可以通过为患者确定质量控制目标, 指标化管理对合理用药监管和评价具有重要作用, 根据目标可以评估患者居家期间用药情况, 也能够有效测评合理用药干预效果^[4]。通过联合癌痛护理质量指标与延续性护理对消化道肿瘤癌痛患者进行护理干预能有效提升患者的依从性, 缓解患者疼痛, 本次研究表明: 试验组患者疼痛数字分级 ≥ 4 分患者比率明显低于常规组; 试验组患者依从性显著高于常规组。两组组间差异均 $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。

综上所述, 延续性护理联合癌痛护理质量指标应用于消化道肿瘤癌痛患者中具有显著的临床效果, 值得推广。