

探讨规范化疼痛护理管理在胃癌患者护理中的应用效果

余敏

(华中科技大学同济医学院附属同济医院胃肠外科)

摘要: 目的: 探讨规范化疼痛护理管理在胃癌患者护理中的应用效果。方法: 在 2021 年 3 月-2022 年 3 月中选取到院进行治疗的胃癌患者共 40 例, 随机分组, 分别提供常规管理(对照组)、规范化疼痛管理(观察组), n=20。对比分析临床效果。结果: 与对照组比较, 观察组 VAS 评分、症状评分偏低, 其余指标均偏高, (p < 0.05)。结论: 对胃癌患者使用规范化护理的优势有: 能够改善患者疼痛评分, 提高其生活质量。

关键词: 规范化疼痛; 护理管理; 胃癌; 生活质量

胃癌早期的症状不显著, 受病情进展影响可能出现严重的消化道症状, 又因为该病患者直接受到肿瘤的压迫及侵蚀可能出现严重疼痛, 患者的睡眠质量也受到严重影响, 从而弱化了患者的治疗信心, 增加了负面情绪, 如悲观、绝望、轻生等症状, 生活质量急剧下降^[1-2]。基于此本次研究选择我院 40 例胃癌患者分组使用疼痛管

理, 观察其疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

比较 2 组患者基线资料, (P > 0.05), 见表 1。

表 1 基线资料[$\bar{x} \pm s, n(\%)$]

组别	n	男	女	平均年龄	TNM 分期			
					I 期	II 期	III a 期	III b 期
观察组	20	13 (65.00)	7 (35.00)	50.0 ± 4.56	15 (75.00)	3 (15.00)	1 (5.00)	1 (5.00)
对照组	20	14 (70.00)	6 (30.00)	50.5 ± 4.72	16 (80.00)	2 (10.00)	1 (5.00)	1 (5.00)
χ^2/t			0.114	0.341	0.143	0.229	0.000	0.000
P			0.736	0.735	0.705	0.633	1.000	1.000

1.2 方法

对照组常规护理, 观察组使用规范化疼痛护理管理:

1.2.1 胃癌护理小组: 在该科建立胃癌护理团队。这包括护士长和三名责任护士, 定期讨论和分析胃癌的情况。

1.2.2 知识培训: 定期培训团队成员疼痛管理知识, 包括疼痛基础知识(定义、分类、评估等)、管理与疼痛相关并发症和非药物治疗相关治疗等, 以提高护理人员意识, 从而形成正确观点, 从而尽快缓解疼痛;

1.2.3 知识培训: 健全的疼痛管理制度, 以完善与疼痛相关操作流程, 如疼痛评估、物理治疗和护理评估合规性, 准确捕获疼痛控制前后病例, 并简化患者记录跟踪和监控;

1.2.4 干预措施: 入院时对患者实施疼痛评估, 对疼痛位置进行明确并提供个性化疼痛护理, 疼痛评估超过 5 分的患者实施进行固定时间评估, 并按照医嘱使用止痛药, 监测药物有效性和反应, 能使用的药物有吗啡等; 对于疼痛评估低于 5 分患者, 患者可通过听音乐、心理暗示、放松和按摩来缓解疼痛。此外, 还需对患者实施疼痛宣教, 采用一对一对话、集体讨论、宣传手册等方式为患者介绍疼痛的相关镇痛方法, 邀请有相同体验的患者进行镇痛分享, 减轻心理压力, 改善护理依赖性, 积极参与护理。

1.2.5 环境护理: 只有患者休养质量才能保证其有效性, 促进其疾病恢复, 缓解患者的痛苦和不满。因此, 创造良好患者护理, 创造良好家庭住宿条件, 提高睡眠质量。护理人员需要定期开门、定期开窗、定期更换床单、消毒病房、保护病人免受夜间寒冷、改善患者的免疫力、保持房间环境安静、限制访客、休息并提高其恢复力。

1.2.6 心理护理: 注重患者的心理感觉, 例如尊重感、安全感、满足感等, 晚期肺癌患者可能出现呼吸功能下降加上其长期收疾病折磨, 可能出现焦虑、失眠等症状, 护理人员应以各种方式向患者提供心理咨询。患者到院后应当为其介绍主管医生及护士, 消除陌生心理和紧张情绪。在护理过程中需要仔细倾听, 鼓励其将心中的

负面情绪宣泄出来, 并在其宣泄后为其实施心理辅导, 帮助其获得战胜疾病的信心。还可使用音乐疗法帮助缓解患者缓解情绪, 同时, 护理人员还需注意自身的言谈举止, 护理操作需保持熟练, 使得患者发自肺腑的认同护理人员的言辞及技术, 建立治病信心, 从而信奈护理人员。

1.3 效果判定

比较 2 组患者 VAS 评分: 评分总分 0~10 分, 分数与疼痛值成正比;

比较 2 组患者的生活质量: 生活质量与分数成正比;

比较 2 组患者的满意度: 制定护理满意度调查表, 满意度=满意+不满意;

比较 2 组患者的心理症状: 评分与症状成正比。

1.4 统计学方法

应用统计学软件 spss22.0 对资料进行分析处理, 计数资料采用 (%) 表示, 采用卡方检验, 计量资料采用均值 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 来表示, 采用 t 检验, P < 0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 VAS 评分比较

表 2 所示, 与对照组相比, 观察组 VAS 偏低, (p < 0.05)。

表 2 VAS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

分组	例数	护理前	护理后 3 天	出院评分
观察组	20	3.59 ± 1.35	2.93 ± 0.32	1.35 ± 0.42
对照组	20	3.47 ± 1.42	3.48 ± 0.25	3.06 ± 0.19
t		0.274	6.057	16.589
p		0.786	0.000	0.000

2.2 两组生活质量水平比较

表 3 所示, 干预后观察组生活质量等评分均高于对照组, (P < 0.05)。

表 3 比较两组生活质量水平 ($\bar{x} \pm s$, 分)

项目	时间	观察组 (n = 20)	对照组 (n = 20)	t	p
生理功能	护理前	16.33 ± 2.40	16.42 ± 2.41	0.118	0.906
	护理后	27.34 ± 1.28	20.64 ± 2.20	11.772	0.000

生理职能	护理前	4.44 ± 1.92	4.50 ± 1.43	0.112	0.911
	护理后	7.87 ± 2.23	4.85 ± 2.24	4.273	0.000
躯体疼痛	护理前	3.42 ± 2.56	3.77 ± 2.65	0.425	0.673
	护理后	9.82 ± 1.24	5.54 ± 1.30	10.654	0.000
总体健康	护理前	6.64 ± 1.82	6.25 ± 1.65	0.710	0.482
	护理后	20.42 ± 3.20	15.58 ± 2.60	5.250	0.000
活力状况	护理前	5.22 ± 1.15	5.57 ± 1.22	0.934	0.356
	护理后	21.87 ± 2.18	14.54 ± 1.04	13.572	0.000
社会状况	护理前	3.12 ± 1.46	3.33 ± 1.58	0.437	0.665
	护理后	8.15 ± 0.88	6.14 ± 0.64	8.261	0.000
情感状况	护理前	3.28 ± 1.87	3.66 ± 1.99	0.622	0.537
	护理后	5.35 ± 0.48	4.44 ± 0.47	6.058	0.000
精神状况	护理前	5.87 ± 1.22	5.74 ± 1.28	0.329	0.744
	护理后	28.44 ± 3.67	13.45 ± 1.84	16.329	0.000

2.3 满意度比较

表 4 所示, 与对照组相比, 观察组满意度偏高, ($p < 0.05$)。

表 4 满意度比较 [n(%)]

分组	例数	不满意	满意	非常满意	总满意度
观察组	20	0 (0.00)	4 (20.00)	16 (80.00)	20 (100.00)
对照组	20	9 (45.00)	5 (30.00)	6 (30.00)	11 (55.00)
X^2		11.613	0.143	10.101	11.613
p		0.001	0.705	0.001	0.001

2.4 症状评分比较

表 5 所示, 护理前两组患者 SCL-90 评分比较, 差异小, 有对比性 ($P > 0.05$); 护理后与对照组比较, 观察组 SCL-90 评分各指标均显著偏低 ($P < 0.05$)。

表 5 两组患者症状评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

项目	时间	观察组 (n=20)	对照组 (n=20)	t	P
感觉过敏	护理前	2.87 ± 1.35	2.87 ± 1.35	0.000	1.000
	护理后	1.03 ± 0.21	1.89 ± 0.13	15.572	0.000
感知减退	护理前	2.06 ± 1.89	2.04 ± 1.63	0.036	0.972
	护理后	1.63 ± 0.25	1.85 ± 0.13	3.492	0.001
感觉异常	护理前	2.20 ± 1.35	2.39 ± 1.45	0.429	0.670
	护理后	1.82 ± 0.02	1.88 ± 0.04	6.000	0.000
抑郁	护理前	1.79 ± 1.25	1.81 ± 1.68	0.043	0.966
	护理后	1.59 ± 0.03	1.69 ± 0.05	7.670	0.000
焦虑	护理前	1.89 ± 1.32	1.77 ± 1.38	0.281	0.780
	护理后	1.49 ± 0.02	1.67 ± 0.05	14.948	0.000
狂躁	护理前	2.05 ± 1.85	2.19 ± 1.47	0.265	0.793
	护理后	1.65 ± 0.35	2.09 ± 0.53	3.098	0.004
意志衰退	护理前	1.88 ± 0.97	1.95 ± 1.35	0.188	0.852
	护理后	1.48 ± 0.07	1.74 ± 0.09	10.190	0.000
意志缺乏	护理前	1.81 ± 0.35	1.82 ± 0.72	0.056	0.956
	护理后	1.61 ± 0.07	1.79 ± 0.03	10.570	0.000
低落	护理前	1.85 ± 0.56	1.82 ± 1.83	0.070	0.945
	护理后	1.55 ± 0.03	1.72 ± 0.29	2.608	0.013
压抑	护理前	1.92 ± 1.38	1.85 ± 1.63	0.147	0.884
	护理后	1.62 ± 0.14	1.79 ± 0.04	3.705	0.001

3 讨论

疼痛是一种伴随恶性肿瘤的并发症, 是患者主观感觉高度个性化体验, 是患者最常发生心理事件, 其发生和强度与个体身体状态密切相关。对于相同伤害, 根据不同心理、心理、社会和文化因素, 每个人疼痛体验可能不同。疼痛不仅对患者身体恢复产生重大影响, 还具有不同心理、心理和生理效应, 可直接影响患者生活和生活质量。规范化疼痛管理是通过健全疼痛管理系统、规范疼痛治疗流程、加强护理人员培训等来提高肿瘤患者生活质量^[3-4]。因为疼痛治疗在正常护理模式中被忽视, 护理人员对癌症疼痛标准化治疗程序了解不够。与此同时, 大部分胃癌患者不具备治疗癌症疼痛必要

知识, 这会加重患者心理负担, 影响顺利随访和护理, 并损害患者生活质量^[5]。因此, 在基础护理基础上将疼痛管理规范化包括以下几个方面: ①对胃癌患者进行培训, 使疼痛患者知识正常化, 从而提高护理人员意识, 明确疼痛治疗重要性, 提高护理质量^[6]; ②改善规范化疼痛管理安全性和可靠性良好机构; ③疼痛分析, 显示患者疼痛具体情况和有针对性护理措施; ④疼痛干预措施: 以降低癌症风险, 促进患者和护理人员之间积极合作; ⑤改善健康教育、疾病意识、身体康复和患者生活质量。

随着临床评估疼痛评估管理管理的使用, 护理人员护理相关操

(下转第 218 页)

(上接第 181 页)

作多元化、规范化、制度化,提高了护理人员意识和患者积极参与,满足了日益增长的护理需求,为患者开发了互动工作模式,同时实施该护理模式可降低医院成本,从入院到出院全面治疗计划,提供全面护理,以避免不适当的筛查和药物治疗^[7-8]。规范化疼痛使得患者了解疼痛的治疗方案,使患者能够为护理做好准备,更好地了解病情,减少不安全感,增强患者对医务人员信心。从而形成主动参与护理的模式,实现护患双方相互促进、理解、信任的关系,提高护理质量,同时,该护理模式定义了患者疼痛管理流程,提高了护理率^[9]。该护理模式辅助使用心理、病房护理能够合理的对患者相关实施补充,增强护理恢复效果,此外使用体位能够使得康复措施贯彻措施,能够使得患者养成的健康习惯,提升患者的日常生活能力。

综上所述,对胃癌患者使用规范化护理的优势有:能够改善患者疼痛评分,提高其生活质量。

参考文献:

- [1] 陈艳侠. 规范化疼痛护理管理在胃癌患者护理中的应用价值探讨[J]. 中外医疗,2019,38(22):139-141.
- [2] 王甜. 规范化疼痛护理管理在直肠癌患者护理中的应用效果及满意度分析[J]. 中国保健营养,2021,31(31):129.
- [3] 樊励,林延,吴淑蕊. 多维度疼痛护理干预在晚期癌症患者中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志,2020,26(17):2351-2354.
- [4] 李娟娟,张丽霞,赵丹凤,等. 多维度疼痛护理干预在晚期癌症患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2021,27(11):148-150.
- [5] 黄宇博,张小雪. 结构性营养护理管理模式在胃癌术后早期经鼻空肠营养管肠内营养患者中的应用[J]. 贵州医药,2020,44(5):828-830.
- [6] 颜岚,方红霞,许延萍,等. 规范化无痛护理管理在全膝关节置换术围术期中的应用[J]. 西北国防医学杂志,2020,41(11):712-717.
- [7] 关慧丹. 基于无痛病房模式的规范化疼痛护理管理在晚期胃癌患者中的应用效果分析[J]. 首都食品与医药,2021,28(8):143-145.
- [8] 张君. 规范化疼痛护理管理在胃癌患者护理中的应用效果观察[J]. 黑龙江中医药,2021,50(5):392-393.
- [9] 马冰玉. 细节化护理管理在老年胃癌手术患者围术期中的应用效果观察[J]. 中国医药指南,2020,18(8):277.