

个体化疼痛护理在晚期肺癌患者安宁疗护中的效果观察及生活质量影响评价

朱丽萍

(内蒙古医科大学附属医院 内蒙古 呼和浩特 010020)

摘要:目的 分析在晚期肺癌的安宁疗护中实施个体化疼痛护理的效果和生活质量影响。方法 在2020年6月~2021年6月期间选择100例晚期肺癌患者作为本次研究对象,依照随机数字抽签的原则分为对照组和观察组各40例,对照组进行常规护理措施,观察组实施个体化疼痛护理,分析两组护理后的生活质量、护理效果、护理满意度情况。结果 和对照组比较,观察组的护理有效率与护理满意率更高,且观察组的整体生活质量评分高于对照组,组间的对比差异具有统计学意义($p < 0.05$)。结论 将个体化疼痛护理应用在晚期肺癌患者的安宁疗护中,可显著提升患者的生活质量,改善预后,提高护理质量,在临床上值得推荐。

关键词 个体化疼痛护理 晚期肺癌 安宁疗护 生活质量 护理效果

肺癌(Lung Cancer)是源于支气管黏膜上皮或腺体的恶性肿瘤,发病机制复杂,多是因人体内外等因素综合而致,包括环境污染、吸烟、家族史等^[1]。随着病情的进展,治疗难度更大,且生存率较低,加之长期的放疗手段会给机体带来毒副作用,患者也容易出现严重的心理问题,其生活质量随之降低,影响到治疗效果^[2]。在治疗过程中,优质的护理流程较为关键,在缓解患者病痛,提高治疗依从性发挥着积极意义。基于此,本研究将个体化疼痛护理应用晚期肺癌病人的安宁疗护中,分析具体护理效果,现将报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在我院2020年6月~2021年6月期间收治晚期肺癌患者100例进行分组研究。纳入标准:(1)入选对象经过细胞学和病理诊断为晚期肺癌,符合《中国原发性肺癌诊疗规范》中对于肺癌的诊断标准。(2)临床资料完整。(3)预期生存期>3个月。(4)患者具有研究知情权,且自愿签订知情协议书。(5)本研究已经过我院伦理委员会审批通过。排除标准:(1)恶性肿瘤。(2)凝血功能障碍。(3)免疫系统疾病。(4)严重认知障碍和神经疾病。(5)中途退出者。对照组:男28例,女22例,年龄40~85岁,平均年龄(53.18±6.92)岁。观察组:男26例,女24例,年龄在41~85岁之间,平均年龄(53.23±6.95)岁。两组患者的性别年龄、文化程度等一般资料的对比差异无统计学意义($p > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

对照组:

给予患者进行常规护理措施,密切检测患者的生命体征变化情况,根据患者的病情发展适当的进行止痛措施,进行健康饮食指导,告知家属疾病治疗方案、预期效果等,对患者和家属做好基础健康宣教,嘱咐注意事项等。

观察组:

在对照组的基础上实施个体化疼痛护理。成立专门的个体疼痛护理安宁疗护小组,进行护理培训考核合格后上岗,针对患者的病情提出个体化方案。(1)疼痛护理干预。患者入院后及时的进行沟通,了解患者的文化程度、心理状态、职业、家庭背景、服药史、既往病史等,在患者接受治疗后评估出患者的病情发展程度,评估出疼痛结果后再建立好资料档案,疼痛的评估内容包括疼痛强度、持续时间、位置、性质等,将评估结果交给医师后制定出治疗方案,在给予患者进行止痛可按照由轻到重的分层三阶梯方式进行,对于疼痛较轻的患者尽可能的舒缓患者的不安情绪,通过播放轻音乐等方式分散注意力,先可使用吗啡止痛,若止痛效果不显著再根据患者的心理情绪反应安排宁神抗焦虑等药物治疗。期间密切关注患者

的用药反应,一旦出现异常需要及时告知医师处理。(2)日常护理。可使用音乐疗法来缓解患者的疼痛不适感,定时保持患者皮肤的洁净,降低压疮发生率,对于需鼻饲的患者在进食后注意口腔的清洁,降低细菌感染风险。在护理过程中主动询问患者是否存在恶心、疼痛、呼吸困难等异常反应,一旦严重需及时进行人工给氧和药物吸入治疗。保持室内空气的新鲜,做好保湿通风措施,定时进行室内无菌消毒,保持室内光线的柔和,可适当摆放绿植,为患者做好保暖措施,为患者营造家庭的温馨感。患者多因为病痛会影响到睡眠质量,因此护士需引导患者保持正常的作息,和患者解释睡眠时间和非睡眠时间,以免造成睡眠紊乱情况,对于失眠的患者可进行按摩或泡脚来助眠,维持患者床铺平整,做好贴身衣物、床褥、皮肤柔润度等方面的护理。(3)心理护理。通常晚期肺癌患者的心情会更加抑郁,患者需主动的了解患者在治疗期间的异常行为和心理状态,适当的沟通引出患者身心需求。患者对死亡存在恐惧心态,护士需要和患者以及家属做好死亡教育,让患者可以辩证的认知死亡,珍惜当下,强调不良情绪对于疾病的危害性,对于患者提出的疑问进行耐心的解答。同时患者和朋友的安抚也十分重要,让家属感知到家庭的温暖和关怀,提供充分的社会支持,为患者提供舒适的修养环境,也是保持心情舒适的必要措施。注意患者的文化差异和接受能力,使用通俗易懂的语言便于患者理解,可引导患者之间进行健康知识学习和沟通,互相激励加油,树立起科学的抗病信心。(4)运动护理。结合患者的身体承受能力和病情恢复进度制定出个体化运动锻炼,并告知肢体锻炼对于病情恢复意义,可引导患者进行上下楼梯、步行、冥想等轻运动,运动期间注意患者的身体变化,出现异常需及时停止告知医师护士进行处理。(5)饮食护理。患者饮食的原则多以易消化、高蛋白为主,切忌生冷腥辣等刺激性食物。具体和结合患者的身体情况和自身喜好,让营养师制定出个性化食谱,坚持少食多餐的原则,进食后可进行适量运动帮助消化。

1.3 观察指标

(1)护理有效。分为显效、有效以及无效三个标准,显效为患者的病情得到稳定控制,且身心状态良好,无应激反应,可接受治疗,生活规律。有效为情绪波动较小,患者可以控制,没有出现恶化发展。无效为不符合以上标准,身心状态为负面,和护理前效果无差异变化。总有效率(显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

(2)生活质量。使用QLQ-C30生活质量测定量表记录患者护理前后的生活质量状况,包括角色功能、情感功能、社会功能、躯体功能。分值越高代表患者的生活质量越好。

(3)患者护理满意度。使用院内自制问卷调查表记录患者对于护理的满意度,调查内容包括需求满意、心理疏导、生活干预、

用药指导等, 分值为 1~100 分, 低于 60 分为不满意, 61~89 分为一般满意, 89 分以上为非常满意, 总满意率 = (一般满意 + 非常满意) / 总例数 × 100%。

1.4 统计学方法

采用 SPSS23.0 统计学软件将患者的各项指标进行对比分析。计数资料使用 % 表示, 采用 χ^2 检验; 计量资料使用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验。若两组数据有明显差异, 则具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2 结果

2.1 两组护理效果情况

研究显示, 和对照组相比, 观察组的总有效率高于对照组, 组间的对比差异具有统计学意义 ($p < 0.05$), 见表 1。

2.3 两组患者护理前后生活质量评分

护理前组间生活质量评分差异无统计学意义 ($p > 0.05$), 治疗后观察组的生活质量评分高于对照组, 组间比较差异具有统计学意义 ($p < 0.05$), 见表 2。

表 1 两组患者护理有效率对比 [n (%)]

| | 例数 | 无效 (%) | 有效 (%) | 显效 (%) | 总有效率 (%) |
|----------|----|--------|--------|--------|------------|
| 观察组 | 50 | 1 | 19 | 30 | 49 (98.00) |
| 对照组 | 50 | 7 | 24 | 19 | 43 (86.00) |
| χ^2 | - | 4.8913 | 1.0200 | 4.8419 | 4.8913 |
| P | - | 0.027 | 0.313 | 0.028 | 0.027 |

表 2 两组护理前后生活质量对比 [n ($\bar{x} \pm s$)]

| | 例数 | 角色功能 (分) | | 情感功能 (分) | | 社会功能 (分) | | 躯体功能 (分) | |
|-----|----|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| | | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 |
| 观察组 | 50 | 40.21 ± 5.01 | 72.17 ± 7.46 | 31.73 ± 3.23 | 67.37 ± 6.02 | 29.23 ± 3.01 | 39.25 ± 4.28 | 27.31 ± 2.93 | 36.47 ± 4.03 |
| 对照组 | 50 | 40.24 ± 5.03 | 44.21 ± 4.85 | 31.75 ± 3.25 | 37.36 ± 3.95 | 29.25 ± 3.03 | 31.64 ± 3.75 | 27.33 ± 2.96 | 30.71 ± 3.18 |
| t | - | 0.0299 | 22.2193 | 0.0309 | 29.4718 | 0.0332 | 9.4564 | 0.0340 | 7.9340 |
| P | - | 0.9762 | 0.0000 | 0.9754 | 0.0000 | 0.9736 | 0.0000 | 0.9730 | 0.0000 |

2.3 两组护理满意度情况

问卷调查得出观察组总满意率高于对照组, 组间的比较差异有统计学意义 ($p < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者的护理满意率对比 [n (%)]

| | 例数 | 不满意 (%) | 一般满意 (%) | 非常满意 (%) | 总满意率 (%) |
|----------|----|---------|----------|----------|------------|
| 观察组 | 50 | 2 | 19 | 29 | 48 (96.00) |
| 对照组 | 50 | 8 | 24 | 18 | 42 (84.00) |
| χ^2 | - | 4.0000 | 1.0200 | 4.8575 | 4.0000 |
| P | - | 0.046 | 0.313 | 0.028 | 0.046 |

3 讨论

肺癌通常可分为小细胞肺癌和非小细胞肺癌两种类型, 以非小细胞肺癌较为高发, 就目前而言, 其环境污染、二手烟等均是增加患癌的高风险因素^[3]。该病在早期没有明显的症状, 随着病情的发展逐渐可表现为咳血、咳嗽、胸痛气短、周身乏力、黄疸、头痛等症状, 严重的影响到患者的身体健康。而肺癌到了晚期治疗难度困难, 患者在长期的生理病痛折磨下, 容易出现焦虑、抑郁、悲观等不良情绪, 其生活质量也随之变差^[4]。晚期肺癌生命受到严重威胁, 治疗目的以延长生存期为主, 患者的身心状况会更加脆弱, 因此护理服务在其中发挥着十分关键的作用。

常规的护理措施虽注重缓解患者的病情发展, 维持患者的正常生活作息, 但对于疾病相关的主观症状和心理变化却缺乏针对性处理。在临床护理中, 患者的健康状况、心理特征、年龄阶段、文化程度等方面均有所差异, 病情造成的失眠、疼痛、营养不良程度也存在变化^[5-6]。个性化护理措施是临床的新型护理措施, 其护理理念是有义务人员结合患者的身心需求和现存问题进行关键导向, 站在患者的绝对中提供系统化、科学性、全面化的护理服务^[7-8]。在个性化疼痛护理中, 患者通过耐心、亲切的语言和患者取得有效沟通, 将护理由被动转化为主动, 便于及时为患者提供心理疏导服务, 从而改善不良情绪^[9]。通过运动锻炼来改善患者的失眠、疼痛情况, 可增强机体的免疫力。护理期间通过阶梯型疼痛评估护理, 多方面的掌握患者的疼痛性质、部位以及持续时间等, 明确心理和生理上

的痛苦, 继而对患者提供出更为针对的个体化疼痛护理, 在改善疼痛方面更为精确, 有效的改善其疼痛感, 从而提升生活质量, 针对性心理疏导调整患者的心态, 在积极乐观的心情下也利于止痛。在本研究中, 和常规的对照组护理相比, 观察组的护理满意率和生活质量评分显著更高 ($p < 0.05$), 患者的不适感得以舒缓, 在处于一种温馨、舒适的状态下接受治疗, 自然而然提高了对于护理的满意度, 降低负面情绪带来的不良事件发生率。

综上所述, 在晚期肺癌的安宁疗护中实施个体化疼痛护理, 可有效的缓解晚期肺癌患者的病痛感, 提高护理满意度的同时增强治疗依从性, 有助于建立良性的护患关系, 改善患者的负面情绪, 提升整体生活质量, 在临床上值得推广以及应用。

参考文献

- [1]李君.个体化疼痛护理在晚期肺癌患者安宁疗护中的应用[J].大医生,2018,3(Z2):171-172.
- [2]张孝君,郑洋,范芸.对肺癌患者进行个体化音乐护理对其疼痛程度及细胞因子水平的影响[J].当代医药论丛,2017,15(24):185-186.
- [3]李月,张月丽.安宁疗护对晚期肺癌患者主要照顾者的负性情绪及心理应激的干预效果[J].黑龙江中医药,2021,50(05):301-302.
- [4]阎述丽.个性化心理护理对晚期肺癌患者服药依从性、癌痛控制有效率及其患者满意度的影响[J].中国医药指南,2017,15(24):246-247.
- [5]马欢欢,方慧玲,赵丹丹.安宁疗护改善重症监护病房晚期肺癌疼痛患者生存质量的效果观察[J].癌症进展,2020,18(08):845-848.
- [6]胡茜.安宁疗护对老年肺癌晚期患者不良负性情绪及生活质量的影响[J].黑龙江医学,2020,44(03):421-423.
- [7]王源,邓小琳.安宁疗护对提高晚期肺癌患者生活质量的效果[J].全科口腔医学电子杂志,2019,6(27):86-87.
- [8]李君.个体化疼痛护理在晚期肺癌患者安宁疗护中的应用[J].大医生,2018,3(Z2):171-172.
- [9]李娜,刘俊成,解秀玲.个体化心理护理对晚期肺癌患者的影响[J].中华肺部疾病杂志(电子版),2019,12(03):345-347.