

探讨疼痛护理联合临终关怀在晚期胃癌患者护理中的效果和对患者生活质量的影响

王紫薇

(华中科技大学同济医学院附属同济医院 胃肠外科 湖北武汉 430030)

摘要: 目的: 研究疼痛护理联合临终关怀在晚期胃癌患者护理中的效果和对患者生活质量的影响。方法: 选择选取 2022 年 1 月至 2022 年 12 月期间来本院医治的 120 例晚期胃癌患者, 随机将其分为对照组和观察组, 每组 60 例。对照组的护理方式就是常规护理, 观察组在对照组基础上展开疼痛护理结合临终关怀护理。比较 2 组患者护理满意度评分、生活质量评分及疼痛减轻程度。结果: 采取疼痛护理联合临终关怀前, 对照组和观察组两组患者生活质量评分 $P > 0.05$ 无统计学意义; 采取护理干预后, 观察组生活质量评分明显高于对照组, 差异明显具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者总满意度高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组疼痛减轻程度优于对照组, ($P < 0.05$)。结论: 通过临终关怀和疼痛措施的干预措施的落实, 患者能够改善患者生存质量, 减轻疼痛, 从而提高护理满意度, 值得临床推广。
关键词: 疼痛护理; 临终关怀; 晚期胃癌; 生活质量

0 引言

临终关怀, 更多的被称为安宁疗护或者善终服务也可被称为姑息疗法, 使用这种疗护的病人多是癌症末期, 癌症患者到了晚期治疗已经起不到作用了, 此时对于患者的护理大多数是采用安宁照护的方式^[1]。随着时代和医学的进步, 对于癌症晚期患者护理的基本模式也在发生变化, 而临终关怀护理服务逐渐发展为现代医疗保健体系中必不可少的一部分, 临终关怀护理模式的成长是足以体现一个国家现代社会福利事业的发展程度。在晚期胃癌患者中, 有 60%~80% 的患者伴有不同程度的癌痛, 中度及以上癌痛发生率在 50% 左右, 且无法耐受的重度癌痛的患者高达 30%, 同时患者会因胃癌病情的发展, 疼痛发生率也会逐步增加^[2]。癌痛对于患者的折磨不止是身体上的, 患者的心理和情绪都会被癌痛影响着, 进而影响患者后续的治疗^[3]。因此开展有效的疼痛护理对患者生活质量改善有重要作用。鉴于此, 本研究将疼痛护理联合临终关怀综合运用在晚期胃癌的患者护理中, 并分析护理后的效果和患者生活质量的变化, 现介绍如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将本院 2022 年 1 月至 2022 年 12 月收治的 120 例晚期胃癌患者, 随机分成对照组和观察组, 每组 60 例。对照组患者有男性 30 例, 女性 30 例; 患者年龄分布在 49~73 岁之间, 平均为 (60.11 ± 4.85) 岁; 观察组患者有男性 40 例, 女性 20 例; 患者年龄分布在 53~70 岁之间, 平均为 (54.52 ± 4.78) 岁。两组的性别、年龄及疼痛程度无显著差异 ($P > 0.05$)。

纳入标准: (1) 符合《临床肿瘤内科学》[4]中胃癌的诊断与分期标准; (2) 经病理诊断确诊; (3) 患者或家属均自愿参加并签署知情同意书; (4) 无免疫系统疾病; (5) 精神状态良好。

排除标准: (1) 患者有精神病史; (2) 患者病例资料不齐全; (3) 非胃癌晚期患者; (4) 认知功能有障碍的患者。

1.2 方法

对照组展开常规护理。护理人员根据主治医师下达的医嘱提供常规护理, 患者遵医嘱进行治疗用药, 护理人员按照医嘱指导患者规范用药; 护理人员利用自己的专业知识帮助患者翻身、掌握专业的力度给患者拍背, 对患者实施口腔黏膜以及皮肤护理, 保持病房环境的卫生; 为患者创建和谐、舒服、安静的病房环境; 同时, 对患者进行心理干预, 适时安抚患者的情绪, 对患者负面情绪的发泄提出鼓励, 告知他们合理宣泄负面情绪是正常且合理的, 注意提醒患者家属多陪伴、理解、包容患者。观察组在对照组基础上展开

疼痛护理结合临终关怀护理, 具体如下。(1) 选取合适人员组建医护联合干预团队: 团队成员包括患者主治医生、有过临终关怀培训经历的护士、专业的心理治疗师、社会工作者等, 这些成员构成一个临终关怀的专业团队, 为患者提供不同层面的关心和爱护, 包括患者身体、患者心理以及社会层面的整合照护, 协助病患尽可能地积极生活, 在住院期间无条件的提供心理支持和哀伤辅导。(2) 疼痛护理。①药物止痛法: 有研究发现, 80%~90% 的晚期癌症患者无法忍受癌痛, 对此医护人员必须给出镇痛治疗的方案^[5]。在临床上如何有效用药为患者起到镇痛治疗已经成为医护人员最为关注的问题。目前临床上对于癌痛的治疗主要是根据癌痛治疗指南来评估患者疼痛情况, 实施三阶梯用药, 合理选择非阿片类镇痛药物、弱阿片类镇痛药物、强阿片类镇痛药物。当一阶梯药物止痛效果不理想时, 可以考虑应用下一阶梯的药物, 对于给予强阿片类镇痛药物口服后疼痛仍无法缓解者, 可采取静脉注射药物止痛。②物理止痛法: 利用按摩, 调整患者平躺时舒适体位, 对腹部进行轻柔按压等方式让患者在生理上舒适一些, 利用音乐聊天等方式转移患者的注意力来减轻患者的疼痛。(3) 临终关怀护理。①借助改善病房环境来给患者好的心情: 环境的改善能让晚期胃癌患者在生命的最后时刻依然感受到爱与尊重, 进而对死亡的恐惧有所消减。病房的改造可以从改造装饰入手, 例如给病房换上与居家样式相同的花色床品, 病房里每天放置不同的盆栽, 给病房消毒时注意使用味道较淡的消毒液消毒。②心理干预。每天合理安排时间与患者展开交流, 倾听其主诉, 也可以对患者讲些有趣的故事, 对患者的诉求给予理解, 对患者的不良情绪加以引导, 安慰。患者对自己内心真实想法的表达不再被禁锢, 情感的宣泄不再被当做无理取闹, 医护人员在面对患者不敢表达内心真实想法的时候可以予以帮助。情绪宣泄完, 患者对自己的真实情况和现状都有了真正的了解并接受自己的现状, 对死亡有了心理准备后, 可以给予患者独处时间, 给他一个自愈的过程, 不再勉强他做不想做的事情。③患者的家属、社会各界的支持也是必不可少的环节。医护人员应该加强与患者家属的日常沟通交流, 注意患者家属的情绪适合给出安慰, 向家属乃至社会群众普及胃癌知识, 开展话题讲座邀请患者家属以及社会群众参加死亡教育。另外, 若患者家属参加过死亡教育后仍无法接受患者即将离世的事实, 并表现出非常抗拒的情绪, 此时需要请心理咨询师介入, 给予其及时的心理疏导, 使其能够调整好面对患者时的心态^[6]。

1.3 观察指标及评价标准

1.3.1 满意度比较

采用不记名方式,收集两组患者在不同护理模式下的患者满意度。自制护理满意表将收集的数据记录下来,随后进行评估。量表内容包括日常宣讲、恐惧死亡情况处理和服务态度等,总分为100分,总满意度=(满意+非常满意)/总例数×100%。

1.3.2 生活质量比较

干预前后采用健康调查简表^[10]评估两组患者的生活质量,该量表包括生理功能等8个维度,评分越高(0~100分),表示患者的生活质量越好。

1.3.3 疼痛减轻程度比较^[11]

疼痛减轻程度(%)=(用药前评分-用药后评分)/用药前评分*100%,分为:0度:未缓解(疼痛减轻程度≤24%);1度:轻度缓解(疼痛减轻25%~49%);2度:中度缓解(疼痛减轻50%~74%);3度:明显缓解(疼痛减轻75%~99%);4度:完全缓解(疼痛消失,即100%),完全缓解(CR):治疗后完全无疼痛,0度;部分缓解(PR):轻、中度缓解及明显缓解,1度、2度、3度,无效(NR):与治疗前无变化,4度。有效率=(CR+PR)/总例数。

1.4 统计学方法

采用SPSS21.0软件进行数据分析。以($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验;计数资料以例数、百分比(%)表示,采用 χ^2 检验;等级资料采用秩和检验。以P<0.05表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者满意度比较

观察组患者总满意度高于对照组,差异有统计学意义(P<0.05),见表1。

表1 两组患者满意度(%)

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度
对照组	60	27(45.00)	19(31.67)	14(23.33)	46(76.67)
观察组	60	34(56.67)	21(35.00)	5(8.33)	55(91.67)
χ^2					5.065
P					0.024

2.2 两组患者生活质量评分比较

干预后,观察组生活质量评分明显高于对照组,差异具有统计学意义(P<0.05)。见表2。

表2 两组患者生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$)分

组别	例数	生理功能		生理职能		躯体疼痛		一般健康状况	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	60	65.14	80.23	64.14	79.48	91.89	73.55	68.27	82.75
		± 5.28	± 6.23	± 5.28	± 6.17	± 7.71	± 6.52	± 4.56	± 6.14
对照组	60	64.88	72.23	63.72	73.18	89.78	82.53	67.79	74.62
		± 5.51	± 6.11	± 4.67	± 5.92	± 6.80	± 5.21	± 5.21	± 6.19
t值		0.218	13.124	0.243	10.428	0.391	-	0.221	12.511
P值		0.803	<0.001	0.787	<0.001	0.796	<0.001	0.791	<0.001

注:△△代表组内比较,P<0.05。

2.3 两组患者疼痛减轻程度评估比较

观察组患者疼痛减轻程度优于对照组患者,(P<0.05)。

表3 两组镇痛疗效比较单位:例(%)

组别	例数	CR	PR	NR	总有效
对照组	60	16	24	20	66.66%
实验组	60	37	19	4	96.33
χ^2					7.333
P					0.007

3 讨论

胃癌是世界上很常见的消化道肿瘤之一,也是威胁我国居民身体健康的常见疾病之一。相关报道显示,胃癌的发病率是世界上肿瘤发病率的第五位。胃癌患者早期症状并不明显^[9],会很容易被忽视,多数情况下发现胃癌时已是中晚期。随着患者病情逐渐加重,使其身心都极其煎熬,其中疼痛的有效控制就是胃癌终末期患者的首要需求之一。《“健康中国2030”规划纲要》《基本医疗卫生与健康促进法》和《关于建立完善老年健康服务体系的指导意见》明确提出,也要求将临终关怀作为全方位全周期医疗卫生服务的重要一环^[10]。在传统医学治疗中,胃癌晚期治疗主要包括症状控制、舒适护理、人文关怀、共同决策、善终准备以及哀伤辅导等;而对临终或绝症患者,激进密集的医疗手段不仅无法治愈疾病,反而会让患者徒增身心痛苦,让家庭面临巨额医疗费开支。对于医护人员来说,服务的对象不只是晚期癌症患者本人,而是患者的整个家庭。当患者面对死亡的恐惧和无助,不仅需要为他们止痛,还需要为他们提供宁静、养护和温暖陪伴。我们熟知的传统医疗模式目的只是治愈疾病、促进健康和维持生命,对于患者的心理感受和临终关怀服务都有所忽视,临终关怀其目的不在于是否能延长患者的生命,最大的作用是给病人提供积极的支持,让患者有尊严地度过人生的最后旅程。本次研究表明,临终关怀护理干预措施的落实,能够改善晚期癌症患者生活质量,减轻患者因疾病产生的身心的痛苦,从而提高护理满意度,该种护理模式值得推广。

参考文献:

- [1]陈博,李坪恋,张莹,等.老年恶性肿瘤患者临终关怀服务需求调查分析[J].肿瘤预防与治疗,2017,30(5):364-367.
- [2]陈星余,陈聪博,吴斌,等.穴位敷贴法联合盐酸羟考酮缓释片对中重度癌性疼痛患者负性情绪及生活质量的影响[J].现代生物医学进展,2018,18(18):3558-3562.
- [3]王春慧,贾芳芳,岳冬丽.疼痛护理和临终关怀对晚期胃癌患者生活质量的影响[J].中国民间疗法,2019,27(16):74-75.
- [4]石远凯,孙燕.临床肿瘤内科学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2015:206-207.
- [5]王平.微量泵皮下自控镇痛对晚期癌痛患者疼痛控制及生活质量的影响[J].肿瘤学杂志,2016,22(10):861-863.
- [6]曲越,王艾君,申林,等.终末期癌症患者安宁疗护需求的质性研究[J].中国实用护理杂志,2020,36(29):2284-2288.
- [7]杨静.晚期胃癌疼痛护理和临终关怀对患者生活质量的影响分析[J].中国继续医学教育,2018,10(30):186-187.
- [8]严广斌.视觉模拟评分法[J].中华关节外科杂志(电子版),2014,8(2):273.
- [9]中华人民共和国卫生部.中华人民共和国卫生行业标准:胃癌诊断标准(WS316-2010)[S].北京:中国标准出版社,2010:2-5.
- [10]阙亦非.安宁疗护对晚期肿瘤病人生命尊严及生活质量的影响[J].全科护理,2021,19(4):496-499.