

规范化癌痛护理模式对肿瘤晚期患者疼痛的控制效果评价

游思梦

(赣州市人民医院 341000)

摘要:目的:探讨规范化癌痛护理对肿瘤晚期患者疼痛的控制效果。方法:选择2020年8月—2021年8月医院肿瘤科收治的120例癌症患者为研究对象,按照组间基本资料具有可比性的原则分为对照组和观察组,每组60例。对照组患者进行常规护理干预指导,观察组患者在此基础上进行规范化癌痛护理,比较两组患者疼痛控制效果、癌症患者生存质量测定量表(EORCTQLQ-C30)评分。结果:干预前,两组患者各项疼痛控制指标评分和各领域生命质量评分比较差异均无统计学意义($P>0.05$);干预后观察组患者疼痛程度、疼痛影响和疼痛信念维度评分均低于对照组,疼痛控制满意度评分高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);干预后观察组患者功能领域各维度评分和总生命质量评分高于对照组,症状领域评分低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:对于处于肿瘤晚期的患者来说,通过规范化癌痛护理流程进行护理,患者的疼痛也得到了较为理想的疏解,患者出院后用药依从性更佳。

关键词:规范化癌痛护理;肿瘤晚期;疼痛

引言

尽管目前有多种控制癌痛手段,但是普遍有癌痛控制不佳的报道,多达1/3的癌症患者仍饱受癌痛的折磨。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2020年8月—2021年8月医院肿瘤科收治的120例癌症患者为研究对象,纳入条件:入选患者经病理检查均确诊为恶性肿瘤;伴有中重度癌痛,疼痛数字评分(NRS) ≥ 4 分;参照临床相关指南,进行规范化癌痛治疗;预计生存期限 >6 个月;意识清楚,语言表达能力正常,具有一定认知能力,能够独立完成问卷调查;临床资料完整。排除条件:合并有其他严重内外科疾病;治疗依从性差,极度不配合;存在其他致病因素;合并有严重精神障碍、心理障碍、认知障碍、语言障碍和视听障碍等不能配合研究者。按照组间基本特征具有匹配性的原则分为对照组和观察组,每组60例。对照组中男39例,女21例;平均年龄 58.94 ± 4.68 岁;平均病程 18.73 ± 3.25 个月;NRS评分 6.31 ± 1.46 分;肿瘤部位:消化道27例,头面颈8例,妇科10例,胸部7例,其他8例。观察组中男37例,女23例;平均年龄 59.32 ± 4.53 岁;平均病程 19.26 ± 3.36 个月;NRS评分 6.27 ± 1.52 分;肿瘤部位:消化道26例,头面颈9例,妇科10例,胸部6例,其他9例。两组患者性别、年龄、病程、NRS评分、肿瘤部位的比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院医学伦理委员会批准同意,患者和家属签署知情同意书。

1.2 方法

(1)为患者收集临床资料,全面评估和控制患者抵达时的疾病、心理状态、文化和家庭状况,团体间讨论,解决问题和解决问题。(2)结构性心理干预:鉴于晚期癌痛患者的特殊特点,应结合放松、心理舒适感和认知行为有效运用心理干预,建立相互信任的患者关系,鼓励患者,并采取有效措施转移注意力。社交网络系统可以纠正患者误解,改变疾病意识,减轻患者的心理压力。(3)舒适生活护理。帮助患者一起制定作息表,为患者安排治疗时间之余的趣味活动,如打太极、下棋、猜字谜等,让患者感受到生活的美好。定期举办癌痛患者病友会,邀请有类似经历的病友为患者开展现身说法,以鼓励患者以积极乐观的态度面对癌痛、克服癌痛。

2 结果

2.1 两组患者干预前后疼痛控制指标评分比较

干预前,两组患者各项疼痛控制指标评分比较差异均无统计学意义($P>0.05$);干预后观察组患者疼痛程度、疼痛影响和疼痛信念维度评分均明显低于对照组,疼痛控制满意度评分明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 两组患者干预前后疼痛控制指标评分比较(分)

组别	例数	疼痛程度		疼痛影响		疼痛控制满意度		疼痛信念	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	60	6.31 ± 1.46	4.12 ± 0.74	7.12 ± 1.35	4.52 ± 1.15	2.21 ± 0.46	3.13 ± 0.64	4.31 ± 1.13	3.16 ± 0.69
观察组	60	6.27 ± 1.52	2.45 ± 0.53	6.84 ± 1.29	2.67 ± 0.47	2.32 ± 0.51	4.85 ± 0.79	4.24 ± 1.21	1.73 ± 0.47
t值		0.147	14.212	1.612	11.545	1.241	13.104	0.328	13.268
P值		0.883	0.000	0.248	0.000	0.217	0.000	0.744	0.000

2.2 两组患者干预前后生命质量评分比较

干预前,两组患者各维度生命质量评分比较差异均无统计学意义($P>0.05$);干预后观察组患者功能领域各维度评分和总生命质量评分均明显高于对照组,症状领域评分明显低于对照组,各指标对比,组间

差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 两组患者干预前后生命质量评分比较(分)

维度	时间	对照组(n=60)	观察组(n=60)	t值	P值
躯体	干预前	55.74 ± 4.22	56.13 ± 4.32	0.500	0.618
	干预后	66.38 ± 5.13	77.25 ± 6.28	10.383	0.000
角色	干预前	56.73 ± 4.27	57.32 ± 5.38	0.665	0.507
	干预后	67.47 ± 5.46	78.52 ± 6.56	10.229	0.000
情绪	干预前	58.31 ± 4.35	57.69 ± 4.29	0.786	0.433
	干预后	68.34 ± 5.27	79.47 ± 6.65	10.161	0.000
社会	干预前	60.31 ± 5.32	60.45 ± 5.47	0.142	0.887
	干预后	68.93 ± 5.37	77.73 ± 6.71	7.931	0.000
认知	干预前	58.69 ± 4.73	59.21 ± 4.73	0.602	0.548
	干预后	70.32 ± 5.58	84.31 ± 6.59	12.550	0.000
症状领域	干预前	78.93 ± 4.24	79.32 ± 4.61	0.482	0.631
	干预后	65.46 ± 5.43	50.36 ± 4.67	16.331	0.000
总生命质量	干预前	57.63 ± 4.29	58.31 ± 4.63	0.835	0.406
	干预后	68.62 ± 5.44	78.33 ± 6.83	8.614	0.000

3 讨论

癌痛不仅影响患者的情绪和感觉,它同时可使机体各系统产生应激反应,如代谢、内分泌甚至免疫系统的改变,严重时促进肿瘤的生长与转移,加重病情。癌痛会导致患者生理、心理和社会人际关系改变,严重影响患者生命质量。患者长期饱受疾病的困扰,多数出现恐惧、焦虑、抑郁等心理障碍问题,而癌痛加剧了这些症状,甚至有些患者对医务人员有抵触心理,无法顺利配合治疗。随着疼痛管理的专业化发展,疼痛管理已从以麻醉医师为主体的模式转向以护士为主体的模式。但是目前病房条件有限、心理疏导不到位、膳食种类有限等问题,使患者无法处于舒适的环境中,无法完全感受到安全、理解和尊重。规范化癌痛护理在一定程度上关注了患者的心理问题,采用多种手段分散患者注意力,并科普肿瘤治疗护理相关知识,让他们有更大的信心战胜癌痛。癌痛规范化护理流程作为一种新型的护理模式,区别于传统的护理模式,能够从根本上找到护理中存在的问题,并找出解决措施,从而提高患者的满意度,满足患者的各项需求。尤其是对于癌症患者来说,通过癌痛规范化护理流程,能够充分体现人性化护理服务的宗旨,以患者为中心,为患者提供全面的护理措施。化疗药物的抗肿瘤作用,可为癌症患者的病情控制提供良好支持。癌症患者在接受化疗期间,容易因伴负性情绪、化疗不良反应、显效速度慢等,产生不依从行为。引入疼痛护理干预后,这一干预手段可利用运动疗法、放松训练等改善不良情绪,缓解患者的癌痛症状,随着癌症患者依从性影响因素的有效控制,其依从性水平可得到良好的改善。

结束语

综上所述,对于处于肿瘤晚期的患者来说,通过癌痛全程规范化护理模式进行相应的护理工作,患者的疼痛得到了较为理想的疏解,患者的用药依从性更佳,应该得到临床大力推广与使用。

参考文献

- [1]吕金艳,王丽.癌痛护理对恶性肿瘤患者疼痛程度的影响分析[J].中国实用医药,2019,14(30):177-179.
- [2]温剑芸,刘敏.规范化癌痛护理干预在肿瘤晚期化疗患者中的应用[J].中国当代医药,2019,26(30):240-243.