

疼痛规范化护理流程在癌痛患者临床应用中的效果评价

王 蓉¹, 刘雪花¹, 赵 玲²

(1. 南华大学附属第一医院肿瘤内科, 湖南 衡阳; 2. 南华大学护理学院)

摘 要: **目的** 探讨疼痛规范化护理流程在癌痛患者中的临床应用效果。 **方法** 对 87 例癌痛患者, 应用疼痛规范化护理流程进行癌痛患者疼痛管理, 观察患者入院时及出院时疼痛评分、疼痛程度及服药情况。 **结果** 疼痛规范化护理实施前后病人疼痛评分、疼痛程度、服药情况比较, 差异均有显著性($P < 0.01$)。 **结论** 疼痛规范化护理流程使癌痛得到了有效的控制, 提高了患者服药的依从性。

关键词: 规范化; 护理; 癌症; 疼痛

中图分类号: R473.73 **文献标识码:** B

近些年, 我国恶性肿瘤发病率呈上升趋势, 癌症初诊患者疼痛发生率约 25%, 晚期患者疼痛发生率高达 70%~90%^[1]。为了更好地帮助癌症患者减轻疼痛、改善生活质量, 本科于 2013 年 1 月成立了癌痛规范化治疗小组, 制订并实施了癌痛规范化护理, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2013 年 1~10 月在本院肿瘤内科住院治疗的肿瘤疼痛患者 90 例, 其中 2 例因为病情恶化退出, 1 例转院治疗退出, 共 87 例, 其中男 55 例, 女 32 例, 年龄 25~79 岁; 肺癌 43 例, 乳腺癌 9 例, 肝癌 13 例, 胃癌 4 例, 大肠癌 3 例, 淋巴瘤 2 例, 其他部位肿瘤 13 例; 轻度疼痛 44 例, 中度疼痛 38 例, 重度疼痛 5 例。入选标准: ①病理学检查确诊为恶性肿瘤患者; ②年龄 18~80 岁; ③患者在入院时或住院过程中存在轻度及以上的疼痛; ④小学或以上文化程度, 同意参与本研究。排除标准: 合并其他严重躯体疾病的患者; 认知、沟通、精神障碍; 中途要求退出者。

1.2 方法

1.2.1 成立癌痛规范化治疗小组 由 2 名癌痛治疗医师、4 名疼痛管理护士组成。癌痛治疗医师负责癌痛的评估和治疗工作; 疼痛管理护士负责制订

癌痛规范化护理流程, 督查护理人员临床执行情况。

1.2.2 建立相关制度 建立癌痛规范化护理流程(图 1), 包括癌痛动态评估机制、病人知情同意制度、癌痛规范化诊疗流程、疑难癌痛病人会诊制度、癌痛病人随访制度等; 建立医护人员定期培训制度, 每月组织 1 次癌痛相关知识的培训; 建立癌痛患者宣教制度, 每月定期举办癌痛患者宣教讲座, 对患者及家属开展癌痛相关知识宣教; 完善癌痛的正确评估方法。

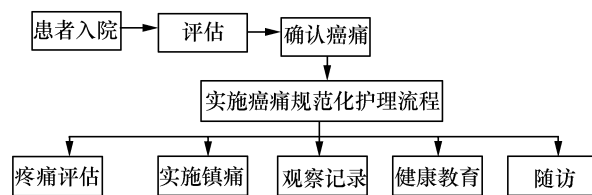


图 1 癌痛规范化护理流程图

1.2.3 实施癌痛规范化护理流程 **疼痛评估:** ①评估原则: 遵循“常规、量化、全面、动态”评估原则, 患者的主诉是疼痛评估的金标准。②评估内容: 患者年龄、性别、病情; 既往疼痛史、现疼痛情况; 患者的沟通、理解能力, 对疼痛的自我描述; 患者疼痛时伴随的症状及体征; 患者既往使用止痛药物的情况。③评估时机: 发生疼痛随时评估; 疼痛干预后 30 min 再次评估; 疼痛评分 ≤ 3 分, 每 12 h 评估一次; 评分为 4~6 分时, 每 4~6 h 评估一次; 评分 ≥ 7 分时每小时评估一次, 并持续记录 24 h 疼痛情况。④疼痛评估方法与工具: 以患者的主诉为基础, 根据患者的

理解和表达能力,选择合适的疼痛评估方法与工具。常用疼痛面部表情分级法及数字分级法(NRS)^[2]作为评估工具。0分为无痛,1~3分表示轻度疼痛,4~6分表示中度疼痛,7~10分重度疼痛。疼痛告知:发生癌痛及时告知医生,并迅速采取措施进行止痛。实施镇痛:①非药物镇痛:安慰患者,解释病情,予以心理支持;协助患者卧床休息和取舒适体位;运用多种方法分散注意力(放松、深呼吸、听音乐、看电视、阅读、看笑话、回忆趣事等);运用物理疗法,包括冷敷、热敷、理疗、针灸、按摩等,使用时要注意相应的适应症和禁忌症。②用通俗易懂的语言向患者解释引起疼痛的原因,以及常用的止痛方法,鼓励患者和家属参与疼痛治疗。③运用“三级止痛阶梯”原则按时正确给药。观察记录:严密观察药物疗效及不良反应等,使用《疼痛护理单》记录疼痛时间、部位、性质、评分、疼痛时伴随的症状及体征、活动情况;严密观察止痛药物的相关不良反应(如便秘、恶心、呕吐等),做好记录;如疼痛未缓解及出现不良反应,通知医生并协助处理,做好记录。健康教育:①疼痛是一种主观感受,大都可以通过恰当的措施很好控制,完全止痛可能需要一些时间,止痛药要按时使用才能更好地止痛,不可擅自停药或增减用药量及频次。②告知患者配合医务人员评估疼痛的情况。③阿片类药物导致成瘾非常罕见,对治疗疼痛具有重大意义,耐药和生理性依赖不同于成瘾。服用阿片类药物有可能出现便秘和恶心、呕吐、头晕、呼吸抑制等不良反应,适当的处理能避免,并告知预防措施及应对措施。

1.2.4 出院后随访 使用病人随访信息系统,对服用阿片类药物的患者每周随访一次,至少随访4周;随访的内容包括疼痛部分、评分、性质、镇痛药名、剂量、不良反应、对镇痛的满意度等。

1.3 统计学方法

应用SPSS19.0软件进行统计学分析, $P < 0.05$ 为差异有显著性。

2 结 果

2.1 癌痛规范化护理实施前后病患疼痛控制效果

87例患者入院时的疼痛分值为 3.78 ± 1.38 ,出院时为 2.49 ± 0.73 ,疼痛评分前后比较差异有显著性($P < 0.01$)。患者入院时轻度疼痛44例(50.6%),中度疼痛38例(43.70%),重度疼痛5

例(5.70%);患者出院时轻度疼痛84例(96.55%),中度疼痛3例(3.45%),无重度疼痛,疼痛程度前后比较差异有显著性($t = -7.943, P < 0.01$)。

2.2 癌痛规范化护理实施前后病人服药情况比较

87例患者入院时按时服药17例,疼痛时服药70例,出院时按时服药78例,疼痛时服药9例,癌痛规范化护理实施后病人服药情况前后比较差异有显著性($Z = -7.810, P < 0.01$)。见表1。

表1 癌痛规范化护理实施前后病人服药情况比较(例,%)

服药情况	入院时	出院时
按时服药	17(19.50)	78(89.70)
疼痛时服药	70(80.50)	9(10.30)

3 讨 论

实施癌痛规范化护理后,患者出院时疼痛分值及疼痛程度较实施前下降或减轻($P < 0.01$),癌痛控制效果明显。癌痛控制与医护人员、患者及家属等因素有关^[3]。本科室在实施癌痛规范化护理之前,护理人员本身缺乏癌痛管理相关知识和技能,普遍不能正确的评估癌痛,影响了对癌痛的健康宣教及不良反应的观察和处理。临床工作中,护士只是被动的执行医嘱,进行止痛治疗后,没有及时的再评估止痛效果,并反馈给医生及时调整止痛方案,导致癌痛控制效果欠佳。护士是临床疼痛管理效果的重要保证者^[4],通过实施癌痛规范化护理,每月组织护理人员参加至少1次癌痛相关知识的培训,增加了护士对癌痛知识的认识,提高了护士疼痛管理的水平。癌痛规范化护理流程的建立和实施,护理人员按照流程去落实每一项工作,患者得到了统一、规范、标准化的护理,使病区的疼痛管理工作有序进行。通过24h动态的评估,护士能及早发现患者出现的不良反应、爆发痛,及时采取止痛等措施,帮助患者减轻痛苦。郑晓珍等^[5]也证实了癌痛的护理操作流程能降低患者的疼痛程度。

实施癌痛规范化护理前后,患者入院时与出院时服药情况比较差异有显著性($P < 0.01$)。在实际工作中,由于患者缺乏癌痛的相关知识,对癌痛存在错误的观念和态度,导致其不能有效或不主动的汇报疼痛^[6]。患者不知道如何描述疼痛,服用止痛药依从性差,出现在疼痛时自服止痛药,或害怕药物成

瘾不服药,甚至自行调整药量及服用时间等情况,导致疼痛控制不理想。研究表明,通过纠正患者的错误认知,能提高其用药的依从性^[7]。本文护理人员每月对患者开展多种形式健康教育,如发放宣传手册、黑板报、集中宣教等,使患者充分认识疼痛,了解止痛药物及其毒副作用,掌握疼痛治疗期间不良反应的应对方法。同时解除了患者隐瞒疼痛、害怕药物成瘾、担心不良反应等思想顾虑,通过鼓励其积极参与疼痛的评估和治疗,提高了患者对癌痛知识的知晓率及治疗的依从性。

参考文献:

- [1] 孙燕,赵平. 临床肿瘤学进展[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2006:156-158.
- [2] 中华医学会. 临床诊疗指南:疼痛学分册[M]. 北京:

人民卫生出版社,2007:175,182.

- [3] 王晓庆,段培蓓. 癌痛控制影响因素的研究进展[J]. 护理管理杂志,2012,12(6):406-407.
- [4] 赵继军,崔静. 护士在疼痛管理中的作用[J]. 中华护理杂志,2009,44(4):383-384.
- [5] 郑晓珍,陈芬芬,吕珍,等. 癌痛护理操作流程在癌痛规范化治疗示范病房中的实施[J]. 浙江临床医学,2013,15(12):1943-1944.
- [6] 崔静,张元菊,赵继军,等. 他人疼痛评估与患者实际疼痛偏差的研究进展[J]. 上海护理,2009,9(5):67-68.
- [7] 董明芬,陈娜,邵静,等. 创建“癌痛规范化治疗示范病房”的实践与体会[J]. 医院管理论坛,2012,29(9):45-47.

(此文编辑:蒋湘莲)