

规范化疼痛评估在癌痛护理中的应用

李玲玲, 梅 丽, 斯 谦

[摘要] **目的:**分析规范化疼痛评估在癌痛护理中的作用。**方法:**选取中重度癌症住院患者 88 例,随机分为对照组和观察组,各 44 例。对照组实施传统疼痛评估,观察组采用规范化疼痛评估,采用疼痛数字评价量表评估患者的癌痛情况,生活质量测评量表评定患者生活质量。**结果:**观察组患者的癌痛控制率高于对照组($P < 0.05$);观察组生活质量评分较对照组显著增高($P < 0.01$)。**结论:**经过规范化评估对癌性疼痛进行治疗,可有效提高疼痛控制效果,改善生活质量。

[关键词] 疼痛;癌;疼痛评估;护理

[中图分类号] R 441.1;R 73 **[文献标志码]** A **DOI:**10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2016.08.043

癌痛是由于癌症本身所引起的及在癌症的诊断和治疗过程中所发生的疼痛,是癌症患者最常见和最难忍受的症状之一。在新近诊断的癌症患者中,25%~30%的患者有不同程度的疼痛,70%~80%的晚期癌症患者有疼痛发作,约 30% 的患者临终前的严重疼痛未得到有效缓解。疼痛使患者食欲降低,活动受到制约,睡眠受到影响,并且还伴随产生许多负面的心理影响^[1],如焦虑、忧郁、恐惧、无助、绝望等,严重影响了患者的生活质量。因此,有效地实施镇痛成为晚期癌症患者治疗和护理的重点。为更好地控制癌痛,国家卫生和计划生育委员会在 2011 年推行了“癌痛规范化治疗示范病房”计划。在癌痛规范化治疗中第一环节就是对疼痛进行正确客观地评估,也是最重要的环节。有报道^[2]指出,癌症疼痛的治疗需医生、护士、患者、家属及社会的共同关心,其中以护士为主体的规范化管理起着相当重要的作用。本文就护理中采取规范化评估对癌痛患者疼痛的控制情况及生活质量的影响作一探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1-10 月我院收治的癌症住院患者 88 例,男 33 例,女 55 例,年龄 41~70 岁。所有患者均符合 WHO 癌症诊断标准,均有中重度疼痛,疼痛数字评价量表(numerical rating scale, NRS)评分 ≥ 4 分。随机分为对照组和观察组,各 44 例。2 组患者年龄、性别和肿瘤诊断等一般资料差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性(见表 1)。所有患者及其家属均对本研究知情同

意,并签署知情同意书,本研究已获我院伦理委员会批准。

表 1 2 组患者一般资料比较

分组	n	年龄/岁	男	女	肺癌	肝癌	胃癌	乳腺癌	结直肠癌	胰腺癌	其他
对照组	44	58.00±1.25	15	29	11	6	10	8	5	2	2
观察组	44	58.11±1.02	18	26	9	7	10	7	6	1	4
合计	88	—	33	55	20	13	20	15	11	3	6
χ^2	—	0.45*	0.44	0.26	0.09	0.00	0.08	0.10	0.00	0.18	
P	—	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

*示 t 值

1.2 方法

1.2.1 患者教育 对 2 组患者及家属不断进行疼痛知识的宣教,更新镇痛理念,提高患者镇痛治疗的依从性。与患者建立良好的护患关系,及时与患者沟通、交流,观察患者的行为改变,了解患者的疼痛情况及镇痛期间的心理状况。宣教内容包括疼痛管理理念、疼痛的危害、镇痛药物的使用及不良反应、疼痛评估工具的使用及配合等,鼓励患者主动表述疼痛的程度、分数等。每周五下午科室进行癌痛讲座,主讲人为科主任、护士长、疼痛医生和疼痛护士,对象为科室癌痛的患者。

1.2.2 对照组 依据传统的疼痛护理经验给予疼痛评估,即患者出现疼痛难忍,呼叫护士,或呼叫护士要求用药处理时,护士评估患者疼痛程度,通知医生,遵医嘱给予镇痛药物。

1.2.3 观察组 (1)评估方法:因所有入组的患者均为成年人,所以统一使用长海痛尺进行疼痛评估,采用 NRS 评估患者的疼痛程度。NRS 评分是将一条 10 cm 长的直线分为 10 等分,共 11 个点,表示从无痛到最痛,让患者根据自己的疼痛感受在直线上作标记。0:无痛;1~3:轻度疼痛;4~6:中度疼痛;7~10:重度疼痛。采用生活质量(quality of life,

QOL) 测评量表评定患者生活质量, 包括日常生活评分、社交评分、QOL 总评分, 分数越高表明患者生活质量越高; 抑郁、焦虑心理的评分越低, 表明患者抑郁、焦虑越轻。(2) 规范评估者的资质: 从事癌痛护理工作 3 年以上; 接受过系统的癌痛规范化治疗培训; 熟练掌握癌痛患者全面疼痛评估方法; 熟练掌握各种镇痛药物的特性、使用方法以及不良反应的处理方法; 具有护师以上专业技术职务资格的护士。疼痛治疗护士在医生指导下, 全面负责各病区的癌痛治疗、护理工作, 并对低年资护士进行指导。(3) 规范化的疼痛评估: 需遵循“常规、量化、全面、动态”的原则, 即在患者入院后 8 h 内由医护人员主动询问癌症患者有无疼痛, 常规评估疼痛病情, 并进行相应的病历记录, 对于有疼痛症状的癌症患者使用 NRS 法评估患者的疼痛程度, 并在患者入院后 24 h 内使用《简明疼痛评估量表 (brief pain inventory, BPI)》进行首次全面评估, 包括疼痛病因及类型、疼痛发作情况、镇痛治疗情况、重要器官功能情况、心理精神情况、家庭及社会支持情况、既往史 (如精神病史、药物滥用史), 以及对患者生活质量的影响。治疗过程中, 在给予镇痛治疗 3 d 内或达到稳定缓解状态时进行再次全面评估, 将疼痛评估列入护理常规监测和记录的内容。经以上规范化评估后, 遵循三阶梯镇痛原则对患者实施规范化治疗, 根据疼痛评分评价疗效。

1.3 观察指标 2 组患者在入组时分别进行疼痛 NRS 评分, 并采用 WHO QOL 简表进行 QOL 问卷调查, 出院后 1 周内再次进行评估 (通过上门随访或患者再次入院), 平均观察天数为 14 d。对镇痛效果和出现并发症的情况使用自制的疼痛评估及护理记录单, 镇痛疗效评价准则根据 WHO 评价准则进行评定^[3], 完全缓解: 达到无痛; 部分缓解: 疼痛与治疗前相比有显著减轻, 并能够正常生活; 轻度缓解: 疼痛与治疗前相比改善不明显, 仅有轻度减轻, 疼痛仍影响睡眠; 无效: 与治疗前比较无缓解。

1.4 统计学方法 采用 t 检验、 χ^2 检验和秩和检验。

2 结果

2.1 2 组患者镇痛效果比较 观察组患者镇痛效果优于对照组 ($P < 0.05$) (见表 2)。

2.2 2 组患者 QOL 评分比较 观察组患者 QOL 评分 (78.00 ± 7.90) 分, 明显高于对照组的 ($45.00 \pm$

11.49) 分 ($t = 15.70, P < 0.01$)。

表 2 2 组患者镇痛效果比较 (n)

分组	n	完全缓解	部分缓解	轻度缓解	无效	u_c	P
对照组	44	14	19	6	5		
观察组	44	24	14	5	1	2.23	<0.05
合计	88	38	33	11	6		

3 讨论

对疼痛进行正确客观的评估在癌痛的规范化治疗中是第一环节, 也是最重要的环节。规范化疼痛评估能指导我们实施有效的镇痛措施, 最终达到控制疼痛的目的。癌痛评估是合理、有效进行镇痛治疗的前提。通过评估, 才能了解患者癌痛情况, 为临床癌痛护理提供参考依据, 保障癌痛护理工作顺利开展; 只有规范化评估患者的疼痛程度, 才能按照“三阶梯”镇痛原则给予患者及时、有效的镇痛。规范化癌痛评估是临床整个护理工作必不可少的环节^[4]。

做到疼痛的规范化评估, 应尽量选择简单、有效、客观、易于理解的评估工具来准确评估患者的疼痛, 应用简单、全面、有效的记录表格来准确记录疼痛的变化情况, 然后结合患者的个体情况来制定有效的镇痛方案。规范化疼痛评估遵循的原则^[5]可以概况为全面、动态、常规、量化。全面, 即对疼痛患者的各方面病情要总体掌握, 详细进行评估; 动态, 即对疼痛的变化情况要持续关注, 动态评估及记录; 常规, 即把疼痛评估作为一项常规工作来进行, 主动评估, 按时评估, 并做好记录; 量化, 即评估要客观, 有标准可依, 使用疼痛量化标准来评估患者的主观感受。

乔晓斐等^[6]报道, 规范化疼痛评估能提高肝脏外科患者疼痛控制满意度和舒适度, 促进患者参与, 减轻患者痛苦, 促进患者快速康复。本研究结果显示, 观察组患者镇痛效果优于对照组 ($P < 0.05$), QOL 评分明显高于对照组 ($P < 0.01$), 提示癌痛规范化评估能有效控制疼痛, 改善生活质量。可见, 规范化疼痛评估使癌痛护理工作更具有针对性、目的性、有效性, 值得临床推广应用。

[参 考 文 献]

- [1] National Comprehensive Cancer Network. Distress management. Clinical practice guidelines [J]. Natl Compr Canc Netw, 2003, 1 (3): 344.

- [2] 李小妹,施齐芳,李津. 对癌症患者疼痛信念及遵医行为的研究[J]. 护理研究,2009,17(9A):997.
- [3] 陈少玲,黄建贤,张友惠,等. 护理干预在癌痛患者治疗中的应用[J]. 中国误诊学杂志,2007,7(26):6235.
- [4] 陈银崧,冯旺黎,岑碧芝,等. 规范化癌痛护理配合耳穴穴位注射疗法对癌痛病人生活质量的影响[J]. 护理研究,2013,27(24):2608.

- [5] 闫荣,王红,庄娥,等. 癌痛疼痛的评估和管理[J]. 中华护理杂志,2006,10(3):39.
- [6] 乔晓斐,宋瑰琦,葵卫东,等. 规范化疼痛评估在肝脏外科临床护理实践中的应用效果[J]. 安徽医学,2015,36(8):1007.

(本文编辑 周洋)

[文章编号] 1000-2200(2016)08-1104-03

· 护理学 ·

艾灸联合乳酸依沙吡啶溶液湿敷治疗Ⅲ期压疮的效果观察

方丽云,杜晓桦,陈自武,陈冬霞

[摘要] **目的:**探讨艾灸联合乳酸依沙吡啶溶液湿敷在Ⅲ期压疮治疗中的应用效果。**方法:**收集Ⅲ期压疮患者40例(66处),随机分为观察组和对照组,2组患者均采取营养支持和压疮常规护理,局部清创,观察组在此基础上采用艾灸联合乳酸依沙吡啶溶液湿敷。比较2组患者压疮创面改善情况。**结果:**观察组患者治疗第14天和第28天压疮创面愈合率均明显高于对照组($P < 0.01$)。观察组患者压疮创面治疗好转、显效和治愈的时间均显著短于对照组($P < 0.01$)。**结论:**艾灸联合乳酸依沙吡啶溶液湿敷明显提高Ⅲ期压疮的治愈率,缩短治疗时间,降低患者的治疗费用,提高患者的生活质量,值得临床推广。

[关键词] 压疮;艾灸;乳酸依沙吡啶溶液;护理

[中图分类号] R 632.1

[文献标志码] A

DOI: 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2016.08.044

压疮即压力性溃疡,常发生在骨隆突处。随着我国社会步入老龄化及疾病谱的变化,发生压疮的危险性越来越高^[1],尤其在老年、重症、脊髓损伤及各种原因导致长期卧床者高发,一些自身条件(如严重水肿、恶液质、有医嘱翻身等)还是使压疮很难避免^[2]。研究^[3]表明,住院患者发生率达10%~25%。压疮一旦发生,不仅影响疾病的健康恢复,而且增加患者的痛苦和经济负担,造成医疗资源的浪费。压疮的防治是临床护理中的难题之一,也是评价护理工作质量和管理水平的一项重要指标。近年来研究治疗压疮的方法很多,但都需要花费较长的治疗时间及较多的经济费用。因此,如何有效、快速地控制压疮仍是当前护理工作探讨的课题。本文就艾灸联合乳酸依沙吡啶溶液湿敷治疗Ⅲ期压疮的效果作一报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院2013年5月至2015年2月Ⅲ期压疮患者40例(66处压疮),其中男21例,女19例;年龄33~92岁;骶尾部35处,两侧髋部5处,腰背部6处,足踝部6处,肩部2处,髂棘10处,

其他部位2处。压疮面积5.0 cm×9.0 cm×1.0 cm至2.0 cm×2.0 cm×0.5 cm。按随机分组原则分为观察组20例(共35处压疮)和对照组20例(共31处)。2组患者性别、年龄、压疮大小及基础疾病治疗等均具有可比性。入选标准:符合Ⅲ期压疮诊断标准的患者;没有参加其他临床研究者;自愿参加本研究者。排除标准:不配合本研究方案的安排及要求者;对本研究使用的药物过敏者及艾灸禁忌证者;治疗期间脱组的患者。

1.2 治疗方法 对照组:遵从压疮护理的原则,局部解除压迫,控制感染,去除坏死组织和促进肉芽组织生长^[4]。每天换药前先对患者压疮创面进行评估,根据创面情况辨证处理。用0.5%聚维酮碘由内向外回旋式清洁创面,清除腐肉及死痂。分泌物多时先用浸湿的过氧化氢无菌棉球清洗,再用浸湿的0.9%氯化钠注射液棉球由内向外回旋式清洗创面,再用0.5%聚维酮碘由内向外回旋式清洁创面。观察组由经过课题组培训的专业护理人员进行操作,以创面为中心距离周边皮肤半径3 cm范围内,距皮肤2~3 cm,依次使用温和灸、回旋灸、雀啄灸三步法施灸,艾灸过程要仔细观察创面颜色,询问患者感受,避免烫伤,时间一般为30 min左右,灸至创面皮肤干燥,创面周围皮肤微微发红。对于晕厥、局部知觉迟钝的患者,可将中、示二指分开,置于施灸部位的两侧,这样可以通过手指的感觉来测知患者

[收稿日期] 2016-03-08

[作者单位] 安徽省铜陵市中医医院 老年科,244000

[作者简介] 方丽云(1972-),女,主管护师。