

· 临床护理 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.28.049

集束化护理在晚期癌痛规范化治疗中的应用研究*

袁 敏¹, 余晓云^{2△}, 温雅婷², 王纾雯¹, 郑升娅¹
(重庆市中医院:1. 肿瘤科;2. 护理部 400011)

[中图分类号] R73

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)28-4023-03

恶性肿瘤已成为威胁我国城市居民健康的重要疾病之一,也是导致我国城市居民疾病死亡的首位原因^[1]。研究表明,全世界每天至少有 500 万癌症患者在遭受疼痛的折磨,每年约有 1 000 万新发癌症患者,约有 30%~50% 的癌症患者出现中、重度疼痛,晚期癌症患者中 70% 以上伴有疼痛^[2]。疼痛是癌症患者最饱受折磨和难以忍受的症状之一,严重的疼痛不仅给患者带来身体和心理上的痛苦,而且严重影响了患者照料者的身心健康^[3]。在癌痛规范化治疗中,医务人员不够重视,癌痛知识不足,宣教不够,都是癌痛规范化治疗落实不到位的原因。如何提高癌痛患者的服药依从性,从而规范化疼痛治疗,改善患者生活质量至关重要。集束化处理是美国健康促进研究所(IHI)首先提出的,指一组有循证基础的治疗及护理措施,每组中含 3~6 个元素,被捆绑成一个集束,其在同一时间、同一环境中实施能比单独实施更能提高患者的治疗效果,常用于某种难治的临床疾患的处理^[4]。护理品质管理是运用系统的概念和方法,以改善护理措施,提高护理服务水平,改善护理品质管理为目标。本研究通过对晚期癌痛患者集束化护理干预实施规范化治疗,有效体现出护理品质管理的优势,取得了较好的临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2015 年 7 月至 2016 年 10 月入院的晚期癌痛患者 119 例,所有患者均经症状、体征及病理学检查确诊为恶性肿瘤晚期伴有不同程度的癌性疼痛,明显的影响其生活质量,并进行三阶梯药物镇痛治疗。按入院先后分为对照组和观察组。对照组 58 例,男 42 例,女 16 例,年龄 40~81 岁,平均(59.45 ± 9.12)岁。观察组 61 例,男 43 例,女 18 例,年龄 39~83 岁,平均(60.90 ± 11.61)岁。两组患者在性别、年龄、文化程度、病种、疼痛评分等一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本临床研究方案获得了医院伦理委员会的批准,研究过程中均取得了患者的知情同意并签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 纳入及排除标准 纳入标准:(1)经临床、影像学 and 病理学检查确诊为恶性肿瘤,并对其诊断及病情知晓;(2)排除其他原因引起的疼痛,确诊为癌痛者;(3)接受三阶梯止痛药物镇痛治疗;(4)意识清楚,能够理解和回答问题。排除标准:(1)患有精神疾病或有严重认知功能障碍;(2)脑转移,有失明、耳聋等残疾;(3)合并除癌痛外其他类型疼痛;(4)排除早中期癌症患者。

1.2.2 对照组 采用癌痛规范化的三阶梯药物镇痛治疗,按

照常规的入院疼痛评估,根据医嘱镇痛用药,用药后的观察记录,健康宣教及随访,实施传统的护理模式,对疼痛的控制效果及用药依从性无质控标准。

1.2.3 观察组 在常规癌痛护理基础上实施集束化护理干预,体现护理品质管理。集束化就是在同一时段对某一疑难事件进行多元素的集中处理,首先成立癌痛集束化管理项目小组:小组成员 12 人,包括疼痛医生 2 人对疼痛患者滴定用药;药师 1 人指导合理用药及对用药情况动态分析;护理人员 9 人,其中护士长担任组长进行统筹安排,疼痛专科护士 1 人进行疼痛标准设计及质量监控,肿瘤专科护士 2 人负责疼痛知识培训,三级心理咨询师 1 人进行心理筛查及干预,另外 4 名护士严格按照疼痛护理流程进行疼痛护理、随访及数据收集,以形成护理品质管理团队,发挥护理品质管理优势,力争取得集束化护理团队干预癌痛的最好效果,具体实施如下。

1.2.3.1 制订标准、计划 设计癌痛护理流程、疼痛评估护理记录单、疼痛治疗知情同意书、麻醉药品使用登记本、疼痛随访记录本、护理人员培训计划、健康教育宣讲计划、健康教育手册、疼痛质量控制标准、问卷等。

1.2.3.2 对护理人员进行组织培训 (1)利用“周学、月学”组织全科护理人员学习疼痛护理流程、各种标准,使护理人员熟练掌握标准并严格执行;(2)强化学习癌痛评估、镇痛治疗规范、药物不良反应、常见治疗误区、麻醉药品管理条例、心理评价和干预方法、疼痛宣教知识等讲座,以提高护理人员理论知识水平和疼痛管理中评估、干预的能力。

1.2.3.3 癌痛护理流程 患者入院、建立基本信息-疼痛筛查-癌痛全面评估-建立癌痛档案-癌痛镇痛处理-健康教育-治疗效果评价-随时记录-随访。(1)癌痛评估:责任护士在入院后 8 h 内根据患者的主诉情况完成常规疼痛评估、疼痛筛查,使用数字疼痛量表(NRS)进行疼痛评分,4 分以上建立疼痛评估护理单。入院后 24 h 内首次进行生活质量、生活自理能力等全面评估,入院后第 10 天再次对患者疼痛控制情况、服药依从性、生活质量、生活自理能力等进行全面评估。(2)癌痛镇痛处理:①责任护士将疼痛评分结果报告主管医生,由医生完成疼痛滴定;②按三阶梯镇痛原则使用药物止痛,以口服为主,按时给药、个体化给药方式进行;③患者服药后根据疼痛程度再次进行疼痛评估:重度疼痛者服药后每隔 1 h 进行再次评估,中度疼痛者每隔 6 h 进行再次评估;④观察疼痛缓解情况,并做好记录。(3)健康教育:根据健康宣讲计划,采用个性化的分别教育结合集中授课教育方式。①责任护士从患者入院第 1 天开始,采用讲授、示范等方法对患者及家属使用数字评分法进

* 基金项目:重庆市科委基本科研业务费基金资助项目(cstc2015jbyk330025008)。 作者简介:袁敏(1973-),副主任护师,本科,主要从事肿瘤姑息护理研究。△ 通信作者,E-mail:357428704@qq.com。

行自我疼痛评分培训。每次讲解时间 15 min,连续 3 d,根据患者个人掌握情况适时增加培训次数;②止痛治疗前主管医生告知患者止痛治疗方案、癌痛控制的重要性;护士遵医嘱执行止痛治疗后,评估患者及家属对止痛药物的认知情况、对止痛治疗的依从性等,针对个案情况制定个性化健康宣教并实施;③每周组织 1 次集中授课,授课内容为如何正确认识癌症疼痛,包括疼痛的性质、等级、处理、药物不良反应等,纠正患者及家属在癌痛治疗方面的误区;教会患者及家属正确使用疼痛评估方法,使其能准确、及时的向医护人员报告疼痛的程度和处理后的效果等,同时给每位患者发放癌痛患者健康教育手册。授课过程中设立有奖问答,疼痛患者现身说法等环节增加现场气氛及大家的积极性。(4)治疗效果的评估:根据疼痛控制最新理念,癌痛镇痛治疗用药开始后 1 d 内达到疼痛评分小于等于 3 分,爆发痛次数小于等于 2 次,就表明疼痛控制较好。疼痛用药治疗后责任护士要及时评估效果,同时告知主管医生,并及时记录,为医生重新滴定用药提供依据。(5)随访:科室建立“无痛人生”微信群、“癌去春来”微信公众号,患者入院筛查为癌痛患者后,及时添加、扫描。医务人员定期宣传相关的癌痛健康知识,并随时为癌痛患者答疑解惑。同时设立电话随访,建立随访登记本,出院后第 1 周和第 2 周随访,了解患者的疼痛评分、治疗效果及服药情况,同时指导患者规范服药、出现并发症的处理以及及时复诊等,并做好记录。

1.2.3.4 心理干预 癌痛如果不能及时有效缓解,患者会出现焦虑、抑郁、绝望、失眠等负面情绪,造成患者对癌痛治疗和护理的依从性下降^[5]。心理咨询师在患者入院 8 h 内进行心理评估和筛查,根据疼痛影响睡眠和情绪情况,有针对性地与患者及家属建立良好的关系,帮助患者建立癌痛治疗的信心,告知大部分癌痛患者规范化治疗后都能逐渐缓解、控制、最后停药,只是完全止痛有一个过程,需要患者主动参与、积极配合规范的用药。不断达到患者治疗依从性增加,消除焦虑和绝望心理,保持情绪的的稳定。

1.2.3.5 护理质量监控 护士长及疼痛专科护士根据质控标准每天抽查癌痛护理质量,每周组织护理人员进行癌痛诊疗护理知识考核,每周调查患者对癌痛治疗相关知识掌握程度、疼痛控制情况及癌痛患者治疗满意度等。并及时分析检查结果,查找工作中的薄弱环节,小组讨论,提出针对性的有效解决办法,及时整改,达到目的为止。

1.2.4 评价方法 (1)爆发痛的诊断标准:①患者是否存在基础疼痛(在上周中疼痛持续的时间每日大于或等于 12 h);②上周基础疼痛是否被完全充分控制(疼痛强度分级为 0~3 分,而不是 4~10 分);③患者是否存在短暂疼痛加重达到重度疼痛的现象。若以上 3 个问题回答的答案都是“是”,则可确诊患者存在爆发痛^[6]。(2)生活质量评估:选择我国学者孙燕等提出的癌症患者生命质量测定量表(QOL)评价癌痛患者生活质

量。该量表包括食欲、睡眠、疼痛、日常生活状况、面部表情、治疗不良反应、疲劳、精神、自身对癌症的认识、对治疗的态度、家庭及同事的理解与配合 12 项指标。每项计 1~5 分,生活质量总分为 60 分。得分小于 20 分为生活质量极差,21~30 分为差,31~40 分为一般,41~50 分为较好,51~60 分为良好。该量表具有一定的可靠性、有效性及灵敏性。(3)自理能力评估:采用住院患者自理能力评估表(Barthel 指数评定量表)评价癌痛患者的生活自理能力。该量表包括进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大便、控制小便、入厕、床椅转移、平地行走、上下楼梯 10 项指标。每项计 5~15 分,总分为 100 分。总分小于或等于 40 分为重度依赖,全部需他人照护;总分 41~60 分为中度依赖,大部分需他人照护;总分 61~99 分为轻度依赖,少部分需他人照护;总分 100 分为无需依赖,无需他人照护。(4)患者服药依从性评价:自行设计,项目包括①观察患者是否按时服药;②是否按量服药;③是否按计划复诊;④是否按时进行疼痛评分;⑤是否积极观察及处理不良反应。完全符合 5 项要求为依从性好,评分为 3 分;3 项及以下不符合要求为依从性一般,评分为 2 分;3 项以上不符合要求为依从性差,评分为 1 分。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 进行统计分析,计数资料采用频数和百分比进行描述,分析采用 χ^2 检验;计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 进行描述,分析采用配对 t 检验。95% 为可信区间,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者生活质量和生活自理能力比较 观察组和对照组在入院时生活质量评分和自理能力评分差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 1、2。两组患者组内比较,癌痛规范化治疗前后生活质量评分比较差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 1;观察组治疗前后自理能力比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 1 两组患者生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	入院 24 h 生活质量评分	入院 10 d 生活质量评分	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	61	34.440 ± 6.692	39.110 ± 7.022	12.170	<0.01
对照组	58	34.640 ± 7.157	37.980 ± 6.835	7.717	<0.01
<i>t</i>		0.154	-0.890		
<i>P</i>		0.817	0.375		

表 2 两组患者自理能力评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	入院 24 h 自理能力评分	入院 10 d 自理能力评分	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	61	72.540 ± 12.735	76.720 ± 11.933	-7.127	<0.01
对照组	58	71.120 ± 12.911	71.640 ± 12.261	-0.736	0.465
<i>t</i>		-0.718	-2.292		
<i>P</i>		0.476	0.024		

表 3 两组患者入院 10 d 后各项指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	服药依从性(分)	入院 10 d 内爆发痛总次数(次)	生活质量评分(分)	自理能力评分(分)
观察组	61	1.610 ± 0.082	3.300 ± 2.028	39.110 ± 7.022	76.720 ± 11.933
对照组	58	1.090 ± 0.096	3.840 ± 2.870	37.980 ± 6.835	71.640 ± 12.261
<i>t</i>		-4.133	1.211	-0.890	-2.292
<i>P</i>		<0.01	0.021	0.375	0.024

2.2 两组患者服药依从性比较 观察组患者的服药依从性明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 3。

2.3 两组患者爆发痛次数比较 观察组患者在提高服药依从性的基础上入院 10 d 内共发生的爆发痛次数少于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

3 讨 论

3.1 晚期癌症疼痛控制不佳的原因及对策 随着癌痛规范化诊疗在临床上的推广使用,癌痛已得到有效控制。但由于部分患者及家属对镇痛相关治疗存在错误认知,仍有不少患者的癌痛没有得到有效控制,影响癌痛控制效果^[7]。唐小丽等^[8]研究结果显示,癌痛规范化治疗的薄弱点主要是癌痛随访、癌痛动态评估及记录、癌痛个体化、专业化措施等方面不足。有研究显示,医护人员对于癌性爆发痛知晓状况较好,但在癌性爆发痛评估状况、处理状况、参与管理状况及健康教育方面也存在诸多不足^[9]。在癌痛治疗过程中,癌痛控制的效果可以直接或间接地反映出医护质量的高低^[10]。因此,护理人员应具有丰富的疼痛相关知识和积极的疼痛管理态度。本研究通过集束化护理建立癌痛管理团队,把建立标准、知识培训、规范化癌痛管理流程、心理干预、质量控制等多元素进行集束性综合管理,达到提高护理人员的癌痛知识水平及管理癌痛的能力,体现护理品质管理,最终控制疼痛的目的。

3.2 集束化护理能提高癌痛患者服药依从性 服药依从性是指癌痛患者根据医嘱按时按量口服镇痛药,使镇痛药物在体内保持有效的血药浓度,保证疼痛得到持续的缓解。但是由于文化程度不同、对医疗知识的理解及掌握程度不同,部分患者会担心镇痛药物成瘾、对医生大剂量用药持怀疑态度从而不按时服药、不按量服药甚至停药,导致服药依从性下降。表 3 结果显示,通过集束化护理,从癌痛患者入院第 1 天开始,就会有团队成员严格按照健康教育宣讲计划对其进行癌痛知识宣教,微信关注,发放健康教育手册,心理咨询师及时实施心理辅导,增强患者信心,提高自我管理的能力,同时疼痛专科护士及时进行评价、考核等,有针对性地提出改进措施,从而有效提高了患者服药的依从性。

3.3 集束化护理能减少患者爆发痛的发生次数 癌症爆发痛是指患者的基础疼痛控制稳定后,仍遭受短暂的剧烈发作的重度疼痛。尽管基础癌痛治疗滴定成功,疼痛控制稳定,仍需要持续的药物治疗及护理才能有效地减少爆发痛的次数。表 3 结果显示,通过集束化护理,小组成员会及时、全面、有效进行疼痛评分、协助医生滴定用药、动态观察效果并处理药物不良反应,同时结合健康宣教,及时解决患者社会、心理、生理等方面的问题,提高患者服药依从性,从而控制疼痛,减少爆发痛次数。

3.4 集束化护理能有效提高患者生活自理能力、改善生存质量 癌痛一般是指肿瘤直接引起的疼痛,如果不能及时缓解,会严重影响患者生存质量及日常交往能力。表 1、2 结果显示,通过集束化的癌痛规范化护理,团队成员经过多层次、多方面

的癌痛专业知识技能的系统培训,提高了护理人员管理癌痛的能力,通过一致性的技术流程,针对性的疼痛教育,动态性的效果观察,专业化、人性化的护理品质管理,提高了患者的服药依从性,有效地控制了疼痛,提高了患者的生活自理能力,改善了生存质量。

在晚期癌痛规范化治疗中应用集束化护理,较好地体现了团队的协作性、高效性,专业化、人性化的护理品质管理优势,及时解决患者“身、心、社、灵”等方面的问题,提高了患者服药依从性,有效控制了疼痛,从而改善了患者的生存质量。因此,实施集束化护理的品质管理值得在临床癌痛规范化治疗管理中推广应用。使之常态化,取得癌痛患者满意,临床护士满意,医院满意,社会满意的目的。

参考文献

- [1] 卫生部. 2010 中国卫生统计年鉴[EB/OL]. (2016-12-03) [2010-10-08] <http://www.nhfp.gov.cn/htmlfiles/zwgkzt/ptnj/year2010/index2010.html>.
- [2] Dirksen SR, Belyea MJ, Wong WA. Transitions in symptom cluster subgroups among men undergoing prostate cancer radiation therapy[J]. *Cancer Nurs*, 2016, 39(1): 3-11.
- [3] 方立君, 戎群燕. 癌痛患者照料者生活质量和心理状态的调查分析[J]. *解放军护理杂志*, 2013, 30(17): 38-40.
- [4] Resar R, Pronovost P, Haraden C, et al. Using a bundle approach to improve ventilator care processes and reduce ventilator-associated pneumonia[J]. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 2005, 31(10): 243-248.
- [5] 孙璐茜, 陈冬梅. 肿瘤癌痛患者综合护理干预对治疗依从性的影响效果[J]. *继续医学教育*, 2014, 28(10): 26-28.
- [6] Davies AN, Dickman A, Reid C, et al. The management of cancer-related breakthrough pain: recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland[J]. *Eur J Pain*, 2009, 13(4): 331-338.
- [7] 诸海燕, 刘秋霞, 赵建国, 等. 双向随访对中重度癌痛患者的影响[J]. *护理学杂志*, 2013, 28(19): 19-20.
- [8] 唐小丽, 张婷, 杨慧, 等. 四川省 55 所二级甲等及以上医院癌痛规范化护理的现状分析[J]. *中华护理杂志*, 2016, 51(4): 424-428.
- [9] 陈乐, 王蓉, 贾红力, 等. 癌性爆发痛管理现状的调查研究[J]. *中国护理管理*, 2015, 15(1): 80-82.
- [10] 陈国荣, 张晓利, 李君艳, 等. 癌痛规范化治疗与医护质量满意度的调查[J]. *中国疼痛医学杂志*, 2014, 20(12): 882-884.