

· 临床护理 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2019.03.043

网络首发 http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20181210.1012.032.html(2018-12-11)

## 多学科团队协作模式下癌痛患者个体化管理的效果分析\*

王芬, 桂琦<sup>△</sup>

(苏州大学附属第一医院肿瘤科, 江苏苏州 215000)

[中图分类号] R473.73 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2019)03-0523-03

癌性疼痛(癌痛)是肿瘤患者常见的症状之一,中晚期癌症患者疼痛发生率高达 70%~90%<sup>[1]</sup>。癌痛如无法得到及时缓解,患者易感到极度的不适,可能会引起不安的情绪或加重抑郁、焦虑、失眠、食欲减退、乏力等症状,严重时甚至影响日常活动、交往能力、自理能力及整体生存质量<sup>[2]</sup>。控制癌痛已成为癌症治疗中的重要内容之一,并被 WHO 列为癌症综合控制规划 4 项重点之一<sup>[3]</sup>。因此,及时、有效地缓解癌痛,减轻癌症患者痛苦,提高其生存质量具有重要意义。但是既往研究显示,仍有三分之一的癌症患者的疼痛没有得到充分缓解<sup>[4]</sup>。因此,本研究旨在建立癌痛个体化管理的多学科团队,探讨癌痛个体化多学科团队协作模式治疗是否较常规癌痛治疗能更加有效地帮助患者缓解疼痛,同时提高患者对癌痛的认知度及自我管理能力和患者满意度。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 纳入 2017 年 6 月至 2018 年 4 月在本科治疗的重度癌痛患者 80 例,其中男 50 例,女 30 例,年龄 25~72 岁,中位年龄 46 岁。本研究符合人体试验伦理学标准,所有患者均知情并同意。纳入条件:(1)癌性疼痛用初始数字分级法疼痛量表(NRS)评分为 7~9 分的恶性肿瘤患者;(2)患者意识清楚,有一定的沟通能力,有基本的阅读及理解能力;(3)患者自愿参与本研究。排除标准:(1)患者伴有非肿瘤引起的疼痛的疾病;(2)患者存在创伤性操作或手术可引起的急性疼痛;(3)患者不能清晰地理解及表达主观感受;(4)患者存在一定的精神障碍。一病区对照组 40 例,二病区试验组 40 例,两组患者在年龄、性别、文化水平、肿瘤部位和分期方面比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性,见表 1。

**1.2 方法** 本研究采用成组设计方法。试验组患者入院即纳入专业临床护理路径(CNP)小组负责,护士在患者床边设置癌痛标志与评估工具(NRS),在全面评估的同时,帮助、教授患者对疼痛进行自我评估训练,并了解患者对癌痛治疗的依从性及相关误区;实施肿瘤内科、肿瘤放疗科、介入科、疼痛科和护理部多

学科查房,每个学科指定专门的癌痛治疗专家,以多学科会诊的方式讨论止痛用药合理剂量,合并用药的选择,不同止痛治疗方式的选择;设计个体化的癌痛管理方案,采用“知信行”模式<sup>[5]</sup>,采取联合干预进行规范化个体治疗方案的设计,严格遵循临床路径要求对患者及家属进行系统性的癌痛健康教育指导,提高癌痛治疗的依从性及自我管理能力和患者满意度;对患者及家属进行癌痛规范化治疗和护理,同时对健康指导的效果进行追踪。对照组患者行肿瘤癌痛治疗及常规护理。

表 1 重度癌痛患者的一般资料

| 项目   | 试验组(n=40)  | 对照组(n=40)  | P     |
|--|------------|------------|-------|
| 男/女(n/n)                                     | 16/24      | 19/21      | 0.803 |
| 年龄[M(P <sub>25</sub> , P <sub>75</sub> ), 岁] | 51(42, 72) | 43(25, 70) | 0.283 |
| 文化程度(n)                                      |            |            | 0.644 |
| 文盲   | 0          | 1          |       |
| 小学   | 9          | 11         |       |
| 初中   | 26         | 25         |       |
| 高中(含中专)                                      | 5          | 3          |       |
| 大学及以上(含大专)                                   | 0          | 0          |       |
| 肿瘤部位(n)                                      |            |            | 0.691 |
| 头颈部  | 2          | 5          |       |
| 胸部   | 11         | 16         |       |
| 消化系统   | 19         | 13         |       |
| 泌尿生殖系统                                       | 8          | 6          |       |
| 临床分期(n)                                      |            |            | 0.700 |
| II   | 6          | 6          |       |
| III  | 16         | 14         |       |
| IV   | 18         | 20         |       |

**1.3 统计学处理** 采用 SPSS16.0 软件进行统计分析,非正态分布、方差不齐的计量资料用  $M(P_{25}, P_{75})$  表示,组间比较采用秩和检验;计数资料用率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验,以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 患者疼痛控制情况** 经过癌痛个体化多学科治疗 1 周后,试验组 33 例(82.5%)癌痛患者的中度和重度疼痛可降为轻度疼痛,仅有 7 例(17.5%)仍为中重度

\* 基金项目:江苏省苏州市科技局指导资助项目(SYSD2012163)。  
<sup>△</sup> 通信作者, E-mail:guiqi@suda.edu.cn。

作者简介:王芬(1971-),副主任护师,本科,主要从事肿瘤护理方面的

疼痛。而对照组中仅有 23 例(57.5%)患者在治疗 1 周后疼痛程度降为轻度疼痛,两组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 2。

**2.2 患者认知度情况** 试验组患者在疼痛的自我评估、认知、自我管理,以及便秘的预防,家属对疼痛的正常护理认知度方面均优于对照组( $P < 0.05$ ),其中试验组 97.5%的患者能按时服药,对照组仅 80.0%,两组比较差异有统计学意义( $P = 0.013$ ),见表 3。

**2.3 患者满意度情况** 试验组患者的护患沟通、健康教育宣教、问题解决的及时性、护理服务总体的认可度均高达 97.5%,而对照组均不超过 85.0%,两组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 4。

表 2 两组患者疼痛控制情况分析[n(%)]

| 调查内容 | 试验组(n=40) | 对照组(n=40) | P     |
|------|-----------|-----------|-------|
| 轻度疼痛 | 33(82.5)  | 23(57.5)  | 0.049 |
| 中度疼痛 | 4(10.0)   | 11(27.5)  | 0.045 |
| 重度疼痛 | 3(7.5)    | 6(15.0)   | 0.035 |

表 3 两组患者认知度的比较[n(%)]

| 调查内容       | 试验组(n=40) | 对照组(n=40) | P     |
|------------|-----------|-----------|-------|
| 疼痛的自我评估    | 37(92.5)  | 30(75.0)  | 0.037 |
| 疼痛知识的认知    | 38(95.0)  | 32(80.0)  | 0.043 |
| 疼痛的自我管理    | 37(92.5)  | 29(72.5)  | 0.010 |
| 按时服药       | 39(97.5)  | 32(80.0)  | 0.013 |
| 便秘的预防      | 37(92.5)  | 30(75.0)  | 0.037 |
| 家属对疼痛的正确护理 | 39(97.5)  | 33(82.5)  | 0.025 |

表 4 两组患者满意度的调查[n(%)]

| 调查内容       | 试验组(n=40) | 对照组(n=40) | P     |
|------------|-----------|-----------|-------|
| 护患沟通       | 39(97.5)  | 32(80.0)  | 0.013 |
| 健康教育宣教     | 39(97.5)  | 34(85.0)  | 0.048 |
| 问题解决的及时性   | 39(97.5)  | 33(82.5)  | 0.025 |
| 护理服务总体的认可度 | 39(97.5)  | 33(82.5)  | 0.025 |

### 3 讨 论

药物治疗仍然被认为是癌痛治疗的主要手段。WHO 提出的三阶梯癌痛治疗方案是已经被国际上广泛认可并接受的癌痛药物治疗方法,只要依照该方案的基本原则,90%患者的癌痛都能得到较好的控制。但是在实际临床工作中仍有不少癌痛患者得不到规范的止痛治疗。既往研究显示,有 56%的癌症患者每个月至少忍受 1 次中至重度疼痛的煎熬<sup>[6]</sup>。国内也有研究显示,癌痛患者中有 52.9%的患者的疼痛没有获得有效的缓解<sup>[7]</sup>。其中原因主要包括两个方面,(1)患者方面:因为需长期麻醉止痛而导致对药物成瘾性的担忧,以及对麻醉止痛药物产生不良反应及应用后对病情观察影响的顾虑等,患者用药依从性差而

影响治疗效果<sup>[8]</sup>。(2)医务人员方面:我国部分医务人员自身缺乏相关正确理念和知识,健康教育不到位导致患者及家属对麻醉止痛药物了解甚少<sup>[9]</sup>。

本研究显示,多学科癌痛个体化管理模式在癌痛控制、患者认知度及患者满意度方面均较普通癌痛治疗有明显优势,有助于进行更规范、更有效的癌痛治疗和护理。本研究 CNP 小组成员由肿瘤科癌痛医师、疼痛护士及药剂师、心理治疗师、中医医师组成,组长是护士长,负责组织、协调、联络等工作,组成专业教育团队。该团队经过统一培训,考核合格后成为 CNP 的队员。采用“知信行”模式对患者及家属进行规范化健康教育,基本模式:信息-知-信-行-增进健康意识,知(知识、学习)是基础,信(信念和态度)是动力,行(行为改变)是目标。同时搭建微信平台,护士向患者发放 CNP 联系卡,建立“伙伴式”人际关系,了解患者对癌痛的认识并针对问题进行解答,教会患者自我评估方法并告知重要性,消除其顾虑,指导用药及对不良反应的认识和应对。发放癌痛教育材料,疼痛专科护士、心理治疗师、中医医师走进病房,讲解、示范、教会患者及家属缓解疼痛的辅助方法,如放松、分散疗法、冷热敷、足底反射区按摩、穴位贴剂的正确使用等,鼓励患者记疼痛自我管理日志,每天定时记录疼痛情况和用药情况,以便医患双方能更好地了解、掌握其疼痛的动态性、治疗效果及患者的心理状态。每周 2 次 CNP 小组联合查房,了解疼痛控制情况、心理状态及用药后不良反应,小组定期组织质量控制会议。每周 2 次护士会组织患者及家属参加学习,CNP 小组成员以 PPT 形式进行授课及答疑,消除他们对癌痛的误区,增强其战胜癌痛的信心。同时,每周 2 次安排肿瘤爱心陪护活动(战胜癌症,同病相怜),该活动创造了良好环境,方便患者间交流,搭建了良性发展的平台。两组患者出院第 1、7 天,由护士进行专项电话回访及家庭随访(重度疼痛患者),并对患者进行疼痛控制情况及认知度的问卷调查,询问癌痛干预效果,关注患者的情绪状况,督促、鼓励、指导患者完成自我管理日记并关注微信公众平台。

目前国内的疼痛教育讨论的主题仍相对局限。护士对癌痛管理知识掌握的不够深入,癌痛患者个体差异较大,仅靠专科的力量可能是局限化的,癌痛管理需要多学科的合作,这也预示了现阶段发展癌痛多学科管理团队的必要性。

癌痛的有效控制有赖于医生、护士、患者及家属的共同努力及合作,癌痛是心理、社会、精神、躯体综合性疼痛,多学科的力量不容忽视<sup>[10]</sup>。同时,癌症患者的疼痛要达到满意的止痛效果需要有正确的自我管理能力的<sup>[11]</sup>。多学科癌痛个体化管理不仅正确地评估患者病情及疼痛的反应及止痛效果,还可教会患者自我评估及如何正确书写自我管理日记,加强了

医、护、患之间的沟通和交流,增强了患者对医务人员的信任,纠正其对止痛药物概念的误解,减轻其顾虑,消除误区,提高依从性,同时也帮助患者建立家庭和社会支持系统,可满足患者的需要<sup>[12]</sup>。本研究将数字评定量表这一简便易懂的评估工具作为医护患共用量表,方便实用,同时也将护理评估工作细则化、路径化,规范化。

CNP 团队多学科协作模式及健康教育的多方位实施,配合了肿瘤科医生规范化的癌痛治疗方案,可及时、有效地控制患者的癌痛程度,同时对提高患者对癌痛的认知水平、治疗满意度,以及其生存质量具有一定的临床意义。

## 参考文献

- [1] RAU K M, CHEN J S, WU H B, et al. Cancer-related pain: a nationwide survey of patients' treatment modification and satisfaction in Taiwan [J]. *Jpn J Clin Oncol*, 2017, 47(11): 1060-1065.
- [2] LIU W C, ZHENG Z X, TAN K H, et al. Multidimensional treatment of cancer pain [J]. *Curr Oncol Rep*, 2017, 19(2): 10.
- [3] MERCADANTE S. The use of opioids for treatment of cancer pain [J]. *Expert Opin Pharmaco*, 2015, 16(3): 389-394.
- [4] GRECO M T, ROBERTO A, CORLI O, et al. Quality of cancer pain management: an update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer [J]. *J Clin Oncol*, 2014, 32(36): 4149-4154.
- [5] 饶井芬, 朱彤, 任艳玲, 等. 基于知信行模式的姑息护理对  
• 临床护理 • doi: 10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2019. 03. 044
- 晚期肺癌患者癌因性疲乏及生存质量的影响 [J]. *肿瘤药学*, 2017, 7(1): 124-128.
- [6] KAASA S. Is Cancer pain control improved by a simple WHO pain analgesic ladder approach combined with tumor-directed treatment? [J]. *J Clin Oncol*, 2016, 34(5): 399-400.
- [7] 丁玥, 杨萍, 孙丽秋, 等. 北京市 30 家医院住院癌症患者疼痛及控制状况的调查 [J]. *中华护理杂志*, 2011, 46(3): 282-285.
- [8] FALLON M, WALKER J, COLVIN L, et al. Pain management in cancer center inpatients: a cluster randomized trial to evaluate a systematic integrated approach—the Edinburgh pain assessment and management tool [J]. *J Clin Oncol*, 2018, 36(13): 1284-1290.
- [9] 汪晖, 徐蓉, 黄海珊. 护理人员疼痛管理相关知识及态度的调查 [J]. *护理学杂志*, 2010, 25(11): 8-10.
- [10] PERGOLIZZI J V, GHARIBO C, HO K Y. Treatment considerations for cancer pain: a global perspective [J]. *Pain Pract*, 2015, 15(8): 778-792.
- [11] SCHUSTER M, BAYER O, HEID F, et al. Opioid rotation in cancer pain treatment [J]. *Dtsch Arztebl Int*, 2018, 115(9): 135-142.
- [12] KNAUL F M, FARMER P E, KRAKAUER E L, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report [J]. *Lancet*, 2018, 391(10128): 1391-1454.

(收稿日期: 2018-06-18 修回日期: 2018-09-21)

## 经外周置入中心静脉导管尖端最佳位置定位的可靠影像学标志研究\*

王 晓<sup>1</sup>, 魏秀红<sup>1</sup>, 张秀霞<sup>2△</sup>, 李林坤<sup>3</sup>, 沈 娇<sup>1</sup>, 林 芳<sup>1</sup>, 郭杰敏<sup>1</sup>

(1. 潍坊医学院护理学院, 山东潍坊 261053; 2. 山东省潍坊市人民医院胸外科 261041;  
3. 山东省潍坊市人民医院放射科 261041)

[中图法分类号] R323.2 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2019)03-0525-04

经外周置入中心静脉导管(PICC)尖端位置在临床实践中起着至关重要的作用。美国静脉输液护士学会(INS)输液治疗实践标准推荐: PICC 尖端应位于上腔静脉(SVC)的下 1/3 段, 靠近 SVC 与右心房交界(CAJ)处<sup>[1]</sup>。PICC 尖端位置过高易引起静脉血栓<sup>[2]</sup>, 位置过低会增加心律失常等风险<sup>[3]</sup>。PICC 置管后胸部 X 射线检查仍是尖端定位的“金标准”, 但是在胸片上无法直接观察 SVC 和 CAJ 的位置。有研究

报道, 腔内心电图作为一种新的 PICC 尖端定位技术, 在定位准确性和精确性上要优于胸部 X 线片<sup>[4-6]</sup>。本研究以腔内心电图指导导管尖端定位为基础, 胸部 CT 多平面成像测出气管隆凸至 CAJ 的距离为金标准, 评估胸片上不同影像学标志与导管尖端最佳位置的关系, 为 PICC 尖端定位提供客观依据。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2017 年 4 月至 2018 年 2 月在

\* 基金项目: 山东省卫生计生基金项目(2015WS0065); 山东省潍坊市卫生计生委科研项目(2017wsjs114)。 作者简介: 王晓(1991-), 在读硕士, 主要从事 PICC 尖端定位方面的研究。 △ 通信作者, E-mail: xiuxiazhang11@163.com。