

家属参与在癌性疼痛患者疼痛管理中的临床价值

王道晓,陈 萍[△],张 庆,胥 秀(第三军医大学新桥医院肿瘤科,重庆 400037)

【摘要】 目的 探讨家属参与在癌性疼痛患者疼痛管理中的临床效果。**方法** 以数字疼痛评分法(NRS)为标准,将 120 例有家属照护的癌性疼痛患者随机分为实验组与对照组,各 60 例。对 2 组患者及家属从入院开始每天给予疼痛相关知识宣教,每日对患者疼痛及服药依从性进行评估、记录,并采取相应的止痛措施。实验组家属参与患者的疼痛及服药依从性进行评估、记录并给予患者非药物性止痛措施;对照组家属不参与患者的疼痛及服药依从性的评估、记录,仅参与非药物性止痛措施。比较 2 组患者住院第 2~5 天的疼痛情况及服用止痛药依从性。**结果** 入院后第 2 天实验组患者的疼痛评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);实验组患者服药依从性高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 家属参与在癌性疼痛患者疼痛管理中可起到积极有效的作用。

【关键词】 家属参与; 癌性疼痛; 疼痛管理
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.04.046 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)04-0541-03

癌性疼痛(简称癌痛)是指癌症、癌症相关性病变及应用抗癌药物治疗所致的疼痛,且癌痛多为慢性疼痛。据世界卫生组织(WHO)统计数据显示 2008 年全球癌症新发病例为 1 200 多万例,新发癌症患者的疼痛发生率为 30.0%~50.0%,而晚期患者疼痛发生率为 70.0%~90.0%^[1-2]。即使在发达国家仍有 56.0%~82.3%的患者癌痛未得到缓解,且难以忍受的癌痛是导致癌症患者自杀的相关因素^[3-5]。正确有效地评估疼痛是治疗癌痛的首要步骤,只有患者的疼痛正确评估、记录,医师才能根据具体情况选择性地用药,减轻患者疼痛,提高患者的生活质量^[6]。为提高癌痛患者疼痛评估的及时性和准确性,提高患者的服药依从性,提高照护者的满意度,现采用家属共同参与癌痛患者疼痛管理,取得较好效果。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2015 年 1~6 月首次来该院肿瘤科病房

接受治疗的 120 例经病理诊断为恶性肿瘤的患者,采用随机数字表法分为实验组及对照组,每组各 60 例。纳入标准:(1)病理检查确诊为恶性肿瘤。(2)可口服止痛药。(3)年龄小于或等于 70 岁;家属年龄小于或等于 60 岁,且家属是患者的主要照护者,可 24 h 陪伴,家属文化程度为小学及以上,具有简单记录能力。(4)采用数字评分法(NRS)评估,疼痛评分为 1~10 分。(5)完成首次化疗的肿瘤患者。(6)对本研究知情同意,自愿参加。排除标准:明确诊断恶性肿瘤患者伴发其他急性疾病引发的疼痛,患者病死。2 组患者疼痛时间均为 0.5~2.5 年,平均时间(1.5±0.8)年;疼痛评分 1~8 分。其中肿瘤引起的疼痛 103 例,与肿瘤治疗引起的疼痛 12 例,与肿瘤相关的疼痛 5 例。2 组患者的年龄、性别等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。所有患者及家属均完成整个实验过程。见表 1。

表 1 2 组患者一般资料结果比较

组别	<i>n</i>	年龄 ($\bar{x}\pm s$,岁)	疼痛评分 ($\bar{x}\pm s$,分)	男性 (<i>n</i>)	女性 (<i>n</i>)	小学及 以下(<i>n</i>)	中学 (<i>n</i>)	大专及 以上(<i>n</i>)	肺癌 (<i>n</i>)	鼻咽癌 (<i>n</i>)	胃癌 (<i>n</i>)	肠癌 (<i>n</i>)	乳腺癌 (<i>n</i>)	其他 (<i>n</i>)
实验组	60	50.270±9.363	3.000±1.074	36	24	30	18	12	17	7	3	9	5	19
对照组	60	53.030±9.925	3.080±0.962	34	26	28	25	7	17	10	2	11	6	14
<i>P</i>		0.490	0.445	0.711		0.283			0.879					

1.2 方法

1.2.1 知识宣教 由专人宣教,患者及家属记忆后进行考核,确保患者及家属完全掌握宣教内容。采用该科疼痛品管圈成果中的问卷调查表,内容包括:疼痛相关知识、止痛药物相关知识、止痛药物不良反应及处理,共计 13 个条目。将问卷内单个条目完整作答且无误设为知晓;单个条目部分作答且作答部分无误设为部分知晓,单个条目未作答或作答有误设为不知晓。具体操作:(1)入院当日,由受过癌痛相关知识培训并考核通过的专人对患者及实验组家属进行系统的癌痛相关知识宣教,并发放宣教知识资料。(2)当场对患者及实验组家属进行问卷调查,对部分知晓及不知晓的条目进行现场解答,确保问卷内各个条目其全部知晓。(3)每日定时进行癌痛知识复习,随机检

测宣教内容掌握情况,对记忆困难的条目进行多形式的宣教,帮助其完全掌握。(4)护士向实验组家属发放该科自制的疼痛记录表单,指导实验组家属对患者进行疼痛评估、记录,并及时向医护人员反馈患者疼痛情况。(5)定时检测记录内容与患者具体疼痛情况的统一性。(6)协助实验组家属共同参与患者的疼痛管理。

1.2.2 疼痛评估 (1)疼痛及服药依从性评估标准:采用 NRS 法评估患者疼痛,总分为 0~10 分。0 分表示无痛,1~3 分为轻度疼痛(可以忍受,睡眠不受影响),4~6 分为中度疼痛(不能忍受,睡眠受干扰,要求使用镇痛药),7~10 分为重度疼痛(疼痛剧烈,不能忍受,睡眠受严重干扰,需要采用镇痛药)。患者根据自己感受到的疼痛或家属根据患者表现的相关行为

[△] 通讯作者,E-mail:2549789472@qq.com。

选出 1 个数字,用以表示患者的疼痛程度。服药依从性评估:遵医服药、偶漏服、不遵医服药。(2)评估方法和原则:①护士鼓励实验组家属参与患者的疼痛评估。②护士指导患者和实验组家属使用疼痛评估尺,家属结合患者日常习性对患者的疼痛程度做判断,选出最能表达患者疼痛等级的数字。③护士认真核对患者的主诉与家属记录的一致性,如不一致,指导实验组家属再次评估,以表达患者真实体验为标准。④评估方法采用主观评价法为主,客观评价法为辅。

1.3 疼痛及服药依从性记录方法 实验组家属运用疼痛记录表单,将患者每日疼痛时间,疼痛程度、部位、性质,采用的止痛方法和时间,疼痛缓解程度及患者服药依从性进行逐一记录。

1.4 疼痛干预 (1)药物止痛:药物治疗是治疗疼痛最基本、最常用的方法。主要分 3 类:①阿片类镇痛药:吗啡、羟考酮、芬太尼等。②非阿片类镇痛药:非甾体类抗炎药、水杨酸类药物等。③其他辅助类药物:维生素、激素等。用药途径有口服、皮下注射、肌肉注射、透皮贴剂、静脉给药,首选口服给药。采用 WHO 推荐的 3 阶梯镇痛疗法,合理应用镇痛剂缓解疼痛。护士向患者及实验组家属讲解 3 阶段镇痛疗法的内容,其基本原则:①口服给药:特点方便,对各种多发性疼痛有效,可将耐受性、依赖性减到最低限度。②按时服用:维持血药浓度,减少暴发痛的发生。③按阶梯给药:选用药物应由弱到强,逐渐升级,尽可能减少药物依赖的发生。④个体化给药:以达到满意镇痛剂量为标准。⑤密切观察药物不良反应及加强宣教:采取对症处理减少患者痛苦,家属督促患者规范化用药。(2)药物不良反应护理:向患者及实验组家属对药物不良反应相关知识进行宣教,进而积极预防各种不良反应。特别注意吗啡类药物的不良反应,指导实验组家属对患者呼吸功能的观察,若出现呼吸抑制及时报告医护人员,及时用纳洛酮解救。如出现恶心、呕吐,可针对性用药处理,提供清新环境,减少异味。如出现便秘,可选取适当的排便姿势,腹部环形按摩,鼓励患者多饮水,多食纤维食物,实验组家属依据患者喜好烹饪合理膳食。出现尿潴留,可听水声,指导实验组家属热敷患者膀胱诱导排尿。(3)物理止痛:采用人工物理因子作用于患病的机体,进而引起机体的一系列生物学效应,从而达到止痛的效果。如冷热敷、理疗、推拿、按摩等,以患者耐受且无相应禁忌证为前提。热敷每日 2~3 次,每次 15~20 min。实验组家属结合患者的生活习惯进行相应护理干预,减轻患者疼痛。(4)心理护理:减轻心理压力,鼓励患者及实验组家属讲出自己的顾虑,相互鼓励。有研究表明癌痛患者照料者的焦虑和抑郁明显高于正常人群^[7]。通过人际互动,家属与其社会支持系统参与到患者的护理中,可有效促进护理目标的实现,同时增强患者同疾病抗争的信心^[8]。护士针对性地进行心理护理,帮助患者及家属树立正确的疾病观。转移注意力和放松练习法减少对疼痛的感受程度:①参加活动:陪同患者一起唱歌,玩游戏,愉快交谈等。②音乐疗法:运用音乐分散患者注意力,根据患者的喜好选择音乐。③深呼吸:指导患者有节律地深呼吸,以鼻深吸气,口慢慢呼气,反复进行。

1.5 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行统计学分析。计量资料使用 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料应用方差分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2 组患者住院第 2~5 日均为轻度疼痛,住院第 2 天实验组患者疼痛评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);

实验组患者服药依从性高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2、3。

表 2 2 组患者住院第 2~5 天 NRS 评分结果比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	住院第 2 天	住院第 3 天	住院第 4 天	住院第 5 天
实验组	60	2.29±0.696	2.28±0.739	2.22±0.715	2.02±0.820
对照组	60	2.65±0.860	2.50±0.748	2.37±0.736	2.25±0.704
<i>P</i>		0.044	0.501	0.383	0.992

表 3 2 组患者服药依从性结果比较

组别	<i>n</i>	遵医服药 (<i>n</i>)	偶漏服 (<i>n</i>)	不遵医服药 (<i>n</i>)	依从性 (%)
实验组	60	43	13	4	93
对照组	60	25	20	15	75

3 结 论

3.1 家属参与在癌痛患者疼痛评估及患者疼痛缓解中的作用 传统疼痛评估中医护人员为主导地位,采取医护人员听取患者主诉进行疼痛评分,并未发挥家属的主动性。且在对疼痛程度的认识上,患者和医护人员会存在一定的差异,医护人员判断疼痛程度往往比患者自我感觉轻。家属最了解患者的生活习性,能在第 1 时间获得患者疼痛信息,协助患者进行评估,指导患者用药,及时发现患者用药后的不良反应,可协助患者进行非药物处理,减轻患者痛苦。

3.2 家属参与癌痛患者疼痛管理有利于提高满意度及用药依从性 有研究表明良好的社会支持对健康人格的塑造有关,当缺少社会支持,不良行为发生率增高^[9]。患者有良好情感支持和照顾,其心理得到安慰,更能积极配合治疗。在采取的非药物止痛方法中更具个性化,止痛效果更显著。有研究报道癌痛照料者的焦虑和抑郁情绪明显高于正常人群^[10]。在家属参与患者疼痛管理的过程中,家属更全方位地了解患者病情,可有效减少家属的焦虑情绪,提高患者及家属的满意度。

综上所述,癌痛是癌症患者常伴随的体验,需要动态关注患者的疼痛情况。当患者出院后,其家属充当护士角色,记录患者疼痛情况,提醒患者按时服药,预防及处理止痛药的不良反应;为患者提供非药物性止痛措施等。家属参与癌痛管理为患者出院后减轻疼痛奠定良好的基础。

参考文献

[1] Breivik H,Cherny N,Collett F,et al. Cancer-related pain; a pan European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes[J]. Ann Oncol,2009,20(6):1420-1433.

[2] Van den Beuken-van Everdingen MH,de Rijke JM,Kessels AG,et al. Prevalence of pain in patients with cancer;a systematic review of the past 40 years[J]. Ann Oncol,2007,18(5):1437-1449.

[3] Deandrea S,Montanari M,Moja L,et al. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature[J]. Ann Oncol,2008,19(7):1985-1991.

[4] Costantini M,Ripamonti C,Beccaro M,et al. Prevalence, distress, management and relief of pain during the last three months of cancer patients,life. Results of an Italian

mortality follow-back survey [J]. Ann Oncol, 2009, 20 (2):729-735.

[5] 张秀兰,彭金连,韦若梨,等.晚期癌症患者发生自杀未遂的相关因素调查与干预[J].护理进修杂志,2006,21(4):324-325.

[6] 方惠.晚期消化道肿瘤患者的疼痛评估分析[J].中外医学研究,2012,10(28):36-37.

[7] 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,2013,17(9):453-454.

[8] 陆宇晗,马双连.应用心理动力护理理论探讨护士在癌症疼痛评估中的作用[J].实用护理杂志,2002,18(11):58-59.

[9] 杨志辉,王建平.癌症患者人格类型及其应对策略、社会支持的关系[J].心理学探新,2007,27(2):88-90.

[10] 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.

(收稿日期:2015-06-25 修回日期:2015-10-15)

• 临床探讨 •

HBeAg 血清学转换患者血清白细胞介素-37 的浓度变化及临床意义

朱 澜(辽宁省抚顺市中心医院检验科 113006)

【摘要】 目的 探讨乙型肝炎 e 抗原(HBeAg)血清学转换患者血清白细胞介素-37(IL-37)的浓度变化及其临床意义。**方法** 选取该院慢性乙型肝炎患者 80 例作为慢性乙型肝炎组,体检健康体者 60 例作为健康对照组,分别在治疗前、治疗后 6 个月、12 个月 3 个时间点检测患者乙型肝炎病毒的脱氧核糖核酸(HBV DNA)、丙氨酸氨基转移酶(ALT)、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)、乙型肝炎 5 项等临床指标,并采用 ELISA 方法检测血清 IL-37 水平。**结果** 慢性乙型肝炎组患者治疗前后 IL-37 水平均高于健康对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);慢性乙型肝炎组患者治疗后 6 个月、12 个月 IL-37 水平均较治疗前明显降低,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后 HBeAg 血清学转换组患者 IL-37、HBV DNA、ALT、AST 水平与治疗前比较均明显下降,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后未发生 HBeAg 血清学转换组患者 IL-37 水平与治疗前比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。慢性乙型肝炎患者 IL-37 与 ALT 水平呈明显正相关($r=0.578, P=0.002\ 38$),IL-37 与 AST 水平也呈一定正相关($r=0.475, P=0.004\ 32$),相关性差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 慢性乙型肝炎患者血清 IL-37 表达水平明显升高,且与 HBeAg 血清学转换和肝损伤严重程度密切相关。

【关键词】 HBeAg 血清学转换; 白细胞介素-37; 慢性乙型肝炎
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.04.047 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)04-0543-03

乙型肝炎病毒(HBV)是一个全球性的公共卫生问题,我国是乙型肝炎大国,乙型肝炎病毒急性感染患者 10%左右发展为慢性肝炎,后期可演变为肝硬化、肝癌、肝性脑病等,给患者带来身心痛苦,也给社会增加沉重的经济负担^[1]。虽然普及乙型肝炎疫苗预防接种,但发病率仍居高不下,进行乙型肝炎患者的防治工作仍有待于进一步的研究和完善。慢性肝炎的抗病毒治疗主要以抑制肝炎病毒复制为依据,HBeAg 的血清学转换是评价乙型肝炎治疗效果的重要指标^[2]。白细胞介素-37(IL-37)是新近发现的与炎性和免疫反应相关的指标,与慢性肝炎的相关性尚罕见报道^[3]。现探讨 HBeAg 血清学转换患者血清 IL-37 的浓度变化及其临床意义。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 2 月至 2015 年 5 月入住该院的慢性乙型肝炎患者 80 例(慢性乙型肝炎组),男 50 例,女 30 例,年龄 22~68 岁,平均年龄 (38.25±5.67)岁。同时选取 60 例体检健康者作为健康对照组,男 38 例,女 22 例,年龄 23~69 岁,平均年龄 (36.65±4.65)岁。慢性乙型肝炎患者诊断标准:符合 2010 年我国制定的《慢性乙型肝炎防治指南》^[4]。

1.2 纳入和排除标准 纳入标准:(1)血清 HBsAg、HBeAg、HBV DNA 均阳性且时间超过 12 个月。(2)转氨酶正常或升高,或者肝组织学检查有炎性病变。排除标准:(1)合并其他病毒感染。(2)合并其他肝脏疾病。(3)合并严重的其他脏器功

能不全、糖尿病、肿瘤等。(4)近半年内使用过干扰素、核苷酸类似物或近期有化疗、使用免疫抑制剂等。(4)妊娠、哺乳期女性、年龄未满 18 周岁。(5)数据不全或资料丢失的患者。

1.3 方法 所有患者均口服替比夫啉治疗,按照 10 mg/d 的剂量,并分别在治疗前、治疗后 6 个月、12 个月 3 个时间点于清晨采集外周静脉血,置入 4℃离心机按照 3 000 r/min 离心 10 min,检测 HBV DNA、丙氨酸氨基转移酶(ALT)、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)、乙型肝炎 5 项等临床指标,并采用 ELISA 方法检测血清 IL-37 水平。根据治疗 12 个月后 HBeAg 是否转阴分为 HBeAg 血清学转换组和未发生 HBeAg 血清学转换组,进一步比较患者的临床指标。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件对数据进行分析,计量资料使用 $\bar{x}\pm s$ 表示,计数资料应用 χ^2 检验,组间比较应用 t 检验。采用 Spearman 相关进行相关性分析, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组研究对象一般资料比较结果 2 组患者的年龄、性别等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。慢性乙型肝炎组患者血清 HBV DNA 拷贝数、ALT、AST 明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。慢性乙型肝炎组患者 HBsAg、HBeAg 均为阳性,健康对照组 HBsAg、HBeAg 均为阴性。2 组抗-HBe 均为阴性。见表 1。