

(38.13±9.54)min、第三产程用时(6.38±1.60)min,差异有统计学意义($P<0.05$)。通过体位干预,使初产妇变换体位找到一个最适合的分娩体位,同时在变换体位的过程中转移产妇的注意力,使得身心得到放松,减轻了分娩的疼痛,缩短了产程;通过体位干预,还能有效预防难产的发生及避免剖宫产^[9-10]。虽然全程助产责任制护理模式存在着诸多优势,但由于目前医院的临床和护理工作普遍比较繁忙,一对一的护理模式是否能长期执行下去还有待研究。

综上所述,助产责任制护理模式配合体位干预可以有效缓解初产妇的负性情绪,提高自然分娩率,促进各产程的顺利进行,可以在临床上推广运用。

参考文献

[1] 周凤勤,杨志敏. 责任制助产护理对初产妇分娩方式及产程进展的影响[J]. 实用临床医药杂志,2013,17(22):177-179.

[2] 赵晓玲,张军,周燕莉. 责任制助产模式的临床应用及效果评价[J]. 护理学报,2012,19(14):55.

[3] 贾红光,马金霞,马海燕. 产程中实施舒适护理对初产妇分娩的影响[J]. 中华现代护理杂志,2010,16(32):3893-3894.

• 临床探讨 •

[4] 顾春怡,武晓丹,张铮,等. 助产服务模式的实践研究现状[J]. 中华护理杂志,2011,46(4):413-415.

[5] 郭翠琴,常慧. 责任制助产护理对产科产妇分娩方式及母婴结局的影响[J]. 国际护理学杂志,2012,31(9):1609-1611.

[6] 丰贵香. 舒适护理对初产妇负性情绪、疼痛及分娩结局的影响[J]. 中国现代医生,2013,51(17):106-107,110.

[7] 鲁燕,马慧华. 责任制助产护理对初产妇分娩方式及产程进展的影响[J]. 国际护理学杂志,2014,33(2):302-304.

[8] 康秀兰. 舒适护理在产程中的应用效果观察[J]. 护理实践与研究,2011,8(18):14-15.

[9] 潘小萍,周晔,麻晓敏,等. 全程优质护理模式对初产妇妊娠结局及焦虑抑郁情绪的影响[J]. 中国现代医生,2012,50(36):122-123,126.

[10] 黄萍. 优质护理服务对孕产妇幸福指数的影响[J]. 中华现代护理杂志,2012,18(7):785-787.

(收稿日期:2016-02-25 修回日期:2016-05-05)

癌症疼痛护理策略团队在胃癌术后患者癌性疼痛管理中的应用价值

陈海珠

(海南省儋州市农垦那大医院外三科 571700)

摘要:目的 探索癌性疼痛护理策略团队在胃癌患者术后癌性疼痛管理中的应用价值。方法 将本院 2013 年 1 月至 2014 年 7 月行手术治疗的 66 例胃癌患者纳入本研究,且采用随机数字表法分作两组,对照组 33 例接受常规护理,而观察组 33 例接受癌症疼痛护理策略团队实施的护理干预,评价并比较患者术后情况、疼痛视频模拟评分法(VAS 评分)及患者对疼痛控制的满意率。**结果** 观察组患者下床活动时间及平均住院时间均低于对照组,而患者芬太尼用量高于对照组,且组间差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者干预后 VAS 评分低于对照组干预后,且组间差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者对疼痛控制满意率高于对照组,且组间差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 癌性疼痛护理策略团队用于胃癌患者术后癌性疼痛管理效果较好,能够减轻患者癌性疼痛,并提高患者对疼痛控制满意度,应用价值较高。

关键词:癌症疼痛护理策略团队; 胃癌; 癌性疼痛管理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.13.061 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)13-1887-02

胃癌一直是我国发病率较高的一种恶性肿瘤,主要采取根治手术治疗,但患者术后会产生恐惧、焦虑等负性情绪,增加其术后疼痛。癌症疼痛是行手术治疗的癌症患者最常见的并发症,不仅影响患者睡眠及正常生活,还给患者的精神和心理均造成极大的影响,不利于患者的术后恢复^[1-2]。随着近些年临床护理的发展,癌症患者术后疼痛护理已经逐渐被患者和临床所重视,而癌性疼痛的护理也成为临床研究的重点课题^[3],本研究旨在探索癌症疼痛护理策略团队在胃癌患者术后癌性疼痛管理中的应用价值,为临床工作提供一定的帮助,现将取得的成果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将本院 2013 年 1 月至 2014 年 7 月行手术治疗的 66 例胃癌患者纳入本研究,其中男 36 例,女 30 例,年龄 34~76 岁,平均年龄(62.04±4.33)岁,预计生存期在 6 个月以上。所有患者当中胃体癌 32 例,胃底贲门癌 19 例和胃窦癌 15 例。患者文化程度均为初中及以上,能与医护人员进行良

好沟通,确保医疗工作的顺利进行;排除伴精神异常、意识模糊或语言、听力障碍者;存在其他躯体疾病引起疼痛的患者;合并其他重要脏器严重功能异常者等。本研究符合医院伦理委员会相关要求且通过审核批准,患者本人均知情并同意参与研究,采用随机数字表法将其分作两组,各有 33 例,而患者性别、年龄、肿瘤部位及文化程度等临床资料经比较后差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 对照组患者均接受常规护理,包括心理护理、健康教育、药物指导等。

1.2.2 观察组 观察组患者则接受癌症疼痛护理策略团队实施的护理干预,具体如下。(1)组建癌症疼痛护理策略团队,由具有丰富临床护理经验的疼痛专科或肿瘤专科护士担任队长,相关科室优秀护士作为核心队员,相关科室临床一线护理人员作为联络员。所有人员均定期进行培训,组织学习疼痛相关知识,以不断丰富护理人员对疼痛相关知识的掌握,了解疼痛的

评价标准、药物处理等;详细制订护理人员的工作内容和流程,以指导护理人员的工作并能够及时实施相应护理措施,快速缓解患者疼痛;定期进行经验交流,了解护理人员对相关知识的掌握情况,并收集、反馈意见,指导队员更好的开展工作。(2)实施个体化的疼痛护理,包括耐心倾听患者心理诉求,给予积极的心理暗示和疏导,使其及时表达内心真实感觉;取得患者家属的支持,使其协助稳定患者情绪;给患者播放舒缓、轻快的音乐,以放松起心情,转移患者注意力,尽量减少止痛药物的使用;指导患者少量多餐,进食高热量、易吸收的食物以促进肠道功能的恢复;保持患者舒适体位,对相应穴位进行按摩,以按摩部位感觉酸、麻、胀、痛为宜,同时进行肌肉放松训练,以减轻其对疼痛的感知。

1.3 评价指标 采用疼痛视觉模拟评分法(VAS)评价患者疼痛程度,分值为 0~1 分,越高则说明患者疼痛越严重。记录患者下床活动时间、平均住院时间、芬太尼用量等。采用休斯顿疼痛情况调查分量表调查患者对疼痛控制满意度^[4],即 0~5 分为不满意,6~8 分为基本满意,9~10 分为非常满意。以非常满意和基本满意例数计算满意率。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计学软件处理,计量指标以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者下床活动时间、平均住院时间及芬太尼用量比较 观察组患者下床活动时间及平均住院时间分别为 (43.56 ± 5.56) h 和 (16.78 ± 3.18) d,均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);而观察组患者芬太尼用量为 (0.40 ± 0.10) mg,低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 患者下床活动时间、平均住院时间及芬太尼用量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	下床活动时间(h)	平均住院时间(d)	芬太尼用量(mg)
对照组	33	60.67 ± 4.40	21.43 ± 3.88	1.06 ± 0.22
观察组	33	43.56 ± 5.56^a	16.78 ± 3.18^a	0.40 ± 0.10^a

注:与对照组患者比较,^a $P < 0.05$ 。

表 2 患者干预前后 VAS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)				
组别	<i>n</i>	干预前	干预后	
对照组	33	5.74 ± 0.73	5.41 ± 0.62	
观察组	33	5.53 ± 0.61	3.38 ± 0.45^{ab}	

注:与对照组患者比较,^a $P < 0.05$;与同组干预前比较,^b $P < 0.05$ 。

表 3 患者对疼痛控制满意情况比较					
组别	<i>n</i>	非常满意 (<i>n</i>)	基本满意 (<i>n</i>)	不满意 (<i>n</i>)	满意率 [%(<i>n</i> / <i>n</i>)]
对照组	33	15	12	6	81.82(27/33)
观察组	33	27	5	1	96.97(32/33) ^a

注:与对照组患者比较,^a $P < 0.05$ 。

2.2 患者干预前后 VAS 评分比较 观察组患者干预后 VAS 评分为 (3.38 ± 0.45) 分,低于对照组干预后得分 (5.41 ± 0.62) ,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

2.3 两组患者对疼痛控制满意率比较 观察组患者对疼痛控制满意率为 96.97%,高于对照组 81.82%,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

3 讨 论

胃癌已经是威胁我国人民身体健康的一大疾病,其发病率居于恶性肿瘤的首位,多数患者可采取外科手术切除治疗,但手术创伤较大,患者术后往往存在疼痛,分析认为手术对组织的损伤程度及不同患者对疼痛刺激的感知和反应程度不同,均对患者的术后康复产生影响^[5-7]。疼痛是患者的一种主观体验,受多种因素的影响,但多数患者缺乏对疼痛治疗的相关了解,且因疾病产生恐惧、焦虑等不良情绪,进一步刺激了患者大脑神经调节中枢而增加患者对疼痛的主观感受。随着现代医学模式的转变,人们对护理工作的要求也越来越高,寻求能够减轻胃癌患者术后疼痛的护理方法是目前临床医护人员面临的难题之一^[8]。

本研究探讨癌性疼痛护理策略团队在胃癌患者术后癌性疼痛管理的应用价值,对结果进行分析可知,患者下床活动时间及平均住院时间均明显缩短,芬太尼用量明显减少,且干预后患者 VAS 评分明显降低,对疼痛控制满意率明显提高。心理护理干预可减轻患者对疾病治疗的担忧和焦虑,帮助其了解相关知识以树立康复治疗信心,同时心理干预可帮助患者宣泄不良情绪,克服悲观失望情绪,更多的是发挥心理效应,缓解疾病或手术对患者感受神经产生不良刺激,而减轻患者疼痛,减少其对止痛药物的依赖性,避免药物成瘾,联合音乐疗法使患者心情得以放松,注意力转移而降低患者疼痛感受,改善患者精神状态。

综上所述,癌性疼痛护理策略团队用于胃癌患者术后癌性疼痛管理效果较好,能够减轻患者癌性疼痛,并提高患者对疼痛控制满意度,应用价值较高。

参考文献

[1] 刘莉.综合医院癌痛策略护理团队在胃癌手术患者中的价值探讨[J].中国乡村医药杂志,2014,21(8):81-82.

[2] 叶爱香,张君华,卯于飞.心理护理干预对胃癌术后患者负性情绪、疼痛及睡眠时间影响的临床研究[J].中国实用护理杂志,2010,26(11):72-73.

[3] 刘荣荣,汪丽芳.循证思想在老年癌症患者疼痛控制中的应用[J].护理管理杂志,2011,11(6):446-447.

[4] 沈曲,李峥.休斯顿疼痛情况调查表信度和效度的研究[J].中华护理杂志,2006,41(11):1049.

[5] 高凯霞,赵变歌.疼痛干预在胃癌根治术患者中的应用研究[J].中国社区医师,2012,3(14):285.

[6] 黎丽嫦.优质护理服务模式对晚期胃癌患者疼痛的影响效果观察[J].临床医学工程,2012,19(12):2212-2213.

[7] 胡丽娟,毛惠娜,王梅,等.综合医院癌症疼痛护理策略团队的管理与成效[J].中华护理杂志,2012,47(2):127.

[8] 沈琼,胡丽娟.综合医院癌痛护理策略团队在老年癌痛管理中的实践[J].护理学报,2013,20(6A):31-34.