

• 临床探讨 •

癌痛患者疼痛情况及随访依从性影响因素的调查分析

李 燕,汪秀云,许辉琼,刘 霞

(四川大学华西医院肿瘤中心腹部肿瘤科,成都 610041)

摘要:目的 通过对出院后的癌痛患者进行电话随访,了解癌痛患者疼痛的情况、止痛药物的使用情况、止痛药使用后不良反应的发生率、辅助药物的使用情况以及患者对电话随访的满意度,并对部分癌痛患者依从性差的相关影响因素进行分析。方法 癌痛随访护士应用肿瘤中心制订的癌痛患者出院随访表,对出院后的 434 例癌痛患者按照表格内容进行电话随访,逐项询问并做好登记,同时做好癌痛相关知识宣教、用药指导、不良反应的防治、心理疏导,并与家属沟通,共同参与到疼痛治疗中。结果 在对 434 例癌痛患者电话随访过程中,成功随访了 395 例,其中发现:数字评分法(NRS)疼痛评分为无痛 67 例(17.0%)、轻度疼痛 230 例(58.2%)、中度疼痛 68 例(17.2%)、重度疼痛 30 例(7.6%)。66.6%(263/395)的癌痛患者出院后在使用止痛药,52.9%(139/263)的患者使用止痛药后出现不同程度的不良反应,23.2%(61/263)的癌痛患者在止痛治疗的同时使用了辅助药物,在随访过程中发现有 34.9%(138/395)患者存在依从性差的问题,95.9%(379/395)患者对电话随访表示满意,认为疼痛随访具有重要意义。结论 通过电话随访,使出院后的癌痛患者得到规范化的镇痛治疗和护理,提高癌痛患者的生活质量,早日实现癌痛患者无痛生存的目标。

关键词:电话随访; 癌痛患者; 生活质量

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.14.034 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2016)15-1996-03

疼痛是癌症患者常见的症状之一,新诊断癌症患者疼痛发生率为 25%,晚期癌症患者的疼痛发生率为 60%~80%,疼痛严重影响了癌症患者的生活质量^[1]。2011 年卫生部下发了关于在全国范围内启动“癌痛规范化诊疗示范病房”创建活动的文件,旨在加强我国癌痛规范化诊疗管理,提高肿瘤患者生存质量^[2]。随着创建癌痛规范化示范病房活动的进行,本研究于 2012 年 7 月开始对出院后的癌痛患者进行电话随访,目的在于了解癌痛患者出院后的疼痛相关情况及护理需求,为患者提供个性化的护理服务,从而提高患者使用止痛药物的依从性,进一步规范治疗,减轻患者疼痛,以提高患者的生活质量,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 通过对 2012 年 7 月至 2014 年 2 月出院的 434 例癌痛患者进行电话随访,其中直肠癌 148 例,肝癌 88 例,前列腺癌 14 例,胃癌 88 例,胰腺癌 40 例,宫颈癌 21 例,卵巢癌 8 例,睾丸癌 5 例,膀胱癌 10 例,胆囊癌 12 例;男 289 例,女 145 例,年龄最大 72 岁,最小 16 岁,中位年龄 45 岁。所有患者均经病理学诊断为恶性肿瘤,在住院期间均伴有不同程度的疼痛。

1.2 方法

1.2.1 随访人员的选择 疼痛随访工作均由临床工作 5 年以上、具备良好的沟通能力及责任心强的疼痛专科护士承担,并通过专业培训,同时在随访过程中做到热情、礼貌、耐心。

1.2.2 随访对象 选择在住院期间伴有不同程度的癌痛患者作为随访对象。

1.2.3 疼痛评分方法 住院期间教会患者正确评估疼痛,用通俗易懂的语言教会患者正确地使用数字评分法(NRS),将一条直线平均分为 10 份,在每个点用数字 0~10 表示疼痛依次加重的程度,0 分:无疼痛;1~3 分:轻度疼痛,虽有疼痛但可忍受,能正常生活,睡眠不受干扰;4~6 分:中度疼痛,疼痛明显不能忍受,正常生活及睡眠受干扰,需要止痛剂;7~10 分:重度疼痛,疼痛剧烈,不能忍受,需要使用止痛药,睡眠严重受到干扰^[3-4]。

1.2.4 随访形式 电话随访。

1.2.5 建立随访档案 患者入院后,主管护士采用 NRS 疼痛评估量表对患者的疼痛进行筛查,评估患者有无疼痛、目前 NRS 评分、疼痛的分级、疼痛部位、疼痛性质、止痛药物的使用情况、心理痛苦评分以及评估患者对疼痛治疗的态度和依从性。对于疼痛的患者发放癌痛患者健康教育手册,科室建立癌痛患者随访登记本,填写癌痛患者出院随访表,记录患者的基本信息包括:姓名、住院号、诊断、联系电话、临床病理分期(TNM)、治疗方案、疼痛部位、疼痛性质、出院日期、随访日期等。随访内容主要包括:癌痛患者出院后 NRS 评分,止痛药服用情况、服用止痛药的不良反应及辅助用药的情况,患者对医疗服务的满意度、对护理服务的意见和建议及癌痛相关健康教育。

1.2.6 随访时间 疼痛患者出院后每周随访 1 次,至再次入院为止。如果连续 4 次随访患方均未接电话或无法接通(同一个电话至少拨 2 次或 2 个联系电话各拨一次),待患者再次入院时由该组的疼痛护士与其面对面沟通,以利于以后的随访。如果随访遇到患者病重或病逝时,根据对方的具体情况,妥善应对。病逝患者的档案应从随访档案备注栏中写明死亡的时间与原因,并单独集中放在一起。

1.2.7 随访终止的条件 (1)患者死亡;(2)患者及家属拒绝随访;(3)连续 3 次随访患者无痛;(4)患者再次入院建立第 2 次随访信息。

1.2.8 总结分析 负责癌痛随访的组长每周检查癌痛患者的随访落实情况,及时进行督促指导,护士长每月抽查及时收集意见和建议,在应用的过程中根据患者的随访需求不断修改、补充、完善,持续质量改进。

1.3 统计学处理 采用 Microsoft office Excel 2007 进行数据录入和分析,计数资料用百分比(%)表示,分析方法为一般频数分布。

2 结果

2.1 患者随访一般情况 在 434 例癌痛患者随访中,随访成功 395 例,随访率为 91.0%,16 例患者电话处于停机状态,9 例患者电话错误无法随访,6 例患者拒绝电话随访,8 例患者在第 1 次随访过程中已得知死亡。

2.2 癌痛患者出院后的疼痛情况 根据 NRS 疼痛评估法对

成功随访的 395 癌痛患者进行疼痛评估,发现无痛 67 例(17.0%),轻度疼痛 230 例(58.2%),中度疼痛 68 例(17.2%),重度疼痛 30 例(7.6%)。

2.3 癌痛患者出院后止痛药物使用情况 在成功随访的 395 例出院后的癌痛患者中,263 例(66.6%)癌痛患者出院后在使用止痛药,具体的止痛药使用种类、给药方式、给药途径见表 1。

表 1 癌痛患者止痛药物使用情况		
止痛药物使用情况	例数(n)	百分比(%)
止痛药使用种类		
西乐葆	16	6.1
莫比可	12	4.6
芬必得	10	3.8
曲马多	57	21.7
美斯康定	30	11.4
美菲康	28	10.6
奥施康定	52	19.0
泰勒宁	18	6.8
芬太尼	40	15.2
止痛药给药方式		
单药方式止痛	209	79.5
联合用药方式止痛	54	20.5
止痛药给药途径		
口服	223	84.8
透皮贴	40	15.2

2.4 癌痛患者出院后止痛药使用后不良反应的发生率 263 例癌痛患者出院使用止痛药后,有 139 例患者出现不同程度的不良反应,止痛药使用后的不良反应发生率为 52.9%。其中不良反应有:恶心呕吐(47.1%,124/263)、便秘(46.8%,65/263)、头晕(10.8%,15/263)、嗜睡(2.9%,4/263)。

2.5 癌痛患者在止痛治疗的同时使用辅助药物的情况 61 例(23.2%)癌痛患者在服用止痛药物的同时使用了辅助药物如:麻仁丸(34.4%,21/61)、杜秘克(26.2%,16/61)、胃复安(19.7%,12/61)、舒乐安定(19.7%,12/61)。

2.6 电话随访满意度情况 定期对癌痛患者电话随访满意度的情况进行统计分析,不断的收集患者的意见,总结经验,持续质量改进,使随访工作持续有效的进行,通过电话随访,95.9%(379/395)患者对护士的满意度得到提升了,认为疼痛随访具有重要意义。具体随访满意度情况见表 2。

表 2 电话随访满意度情况[n(%)]			
随访问题	满意	较满意	不满意
对随访护士的服务态度	375(95.0)	20(5.0)	0(0)
对随访护士提供的疼痛知识	368(93.2)	23(5.8)	4(1.0)
对提出质疑随访护士的解答	362(91.6)	27(6.8)	6(1.5)
患者对电话随访的满意度	379(95.9)	16(4.1)	0(0)

2.7 部分患者依从性差的原因 在对出院后的癌痛患者随访过程中发现有 34.9%(138/395)患者存在依从性差的问题,主要表现为:(1)担心止痛药会成瘾(33.3%,46/138);(2)担心药物的生理依赖性(25.4%,35/138);(3)担心药物的不良反应(13.0%,18/138);(4)认为疼痛是可以忍受的,止痛药是痛时才吃,不痛时就可以不吃(20.3%,28/138);(5)经济方面的担忧(8.0%,11/138)。

3 讨 论

电话随访是利用电话对患者的病情变化、康复情况、心理

状态等实施指导与监控,在医护人员和患者及患者家庭成员之间建立有目的的互动^[5]。其目的在于使患者在出院后仍能继续接受与个体疾病康复有关的健康教育和医疗服务,有效地将住院护理服务延伸至院外^[6]。通过对癌痛患者出院后的电话随访,了解癌痛患者在院外的疼痛情况、止痛药使用情况以及使用止痛药后是否出现不良反应,及时了解患者是否定时、定量、按要求服药等,并给予督促和指导,对于患者提出的疑问和要求,不能解决的,及时与相关人员及部门反馈,尽量帮助患者解决。

在对出院后的癌痛患者随访过程中发现有 34.9%(138/395)患者存在依从性差的问题,其依从性差的主要因素来自患者对癌痛知识的缺乏及疼痛治疗的误解和担忧,主要表现为以下几方面:(1)担心止痛药会成瘾;(2)担心药物的生理依赖性;(3)担心药物的不良反应;(4)认为疼痛是可以忍受的,止痛药是痛时才吃,不痛时就可以不吃;(5)经济方面的担忧。如何纠正患者对癌痛治疗的错误认知,提高治疗依从性,是癌痛规范化治疗的核心内容之一^[7]。针对依从性差的患者,首先,通过电话随访改变其错误观念,树立正确的疼痛治疗观念,采取积极治疗的态度,提高癌痛患者的生存质量,通过随访过程中不断的向患者强化关于疼痛的相关知识,提高其对止痛药物的认知度;其次,让患者了解常用止痛药物分类和作用机制,止痛药物的种类繁多,一般可分为非阿片类(主要用于轻度疼痛)和阿片类药物(主要用于中、重度疼痛);第三,讲解疼痛治疗的基本原则及三阶梯治疗方法;第四,向患者介绍止痛药物起效时间和作用持续时间,以及正确服药、按时服药的重要性,摒弃按需给药的常见错误做法;第五,讲解止痛药物的常见不良反应,告知患者阿片类药物不具有封顶效应,强调无需担心大剂量引起的副作用,比如非甾体类抗炎药物最常见的不良反应是胃肠道反应,而阿片类药物常见的不良反应是便秘,发生率在 90.0%~100.0%^[8]。指导患者多饮水,多食新鲜蔬菜和水果,适当活动,在使用止痛的同时预防使用防便秘的缓泻剂;第六,向癌痛患者解释不论麻醉药物的使用剂量多大,用药时间多久,在使用麻醉药镇痛患者中,成瘾的发生率只有 1.0%左右^[9],打消患者对于成瘾性的顾虑。第七,在医生的指导下,根据癌痛患者的家庭经济状况,合理选药、正确给药,使患者的疼痛得到有效的控制。通过多次随访对依从性差的患者进行疼痛相关知识和依从性重要性的宣教后,在之后的随访过程中发现 94.2%(130/138)患者的用药更加规范了。

总之,通过电话随访使癌痛患者能正确认识疼痛,为患者提供疼痛及肿瘤专科方面的知识,给予健康的指导和教育,及时为患者解答疑问,在患者的生理、心理和社会维度上给予支持,帮助患者战胜疾病,并能有效征询患者的建议和意见,及时采取相应措施改进工作,保证护理服务质量,同时为患者提供人性化的护理专业服务,提高患者癌痛治疗的依从性及满意度,使癌痛患者的疼痛得到有效的控制,生活质量得到改善,早日实现“让所有的癌痛患者无痛”的工作目标。

参考文献

[1] 中华人民共和国卫生部. 癌症疼痛诊疗规范(2011 版)[J]. 临床肿瘤学杂志,2012,17(2):153-158.
[2] 诸海燕,赵建国,罗慧群. 院外延续管理在癌痛患者镇痛治疗中的应用[J]. 医院管理论坛,2013,30(8):60-61.
[3] 郭向丽,赵继军. 疼痛评估的研究进展[J]. 护理学报,2008,15(12):8-10.

[4] 石芳. 护理干预对癌痛治疗效果的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2009, 15(8): 71-72.

[5] 乔娟, 刘晓辉, 单岩. 电话随访在出院患者延续护理中的研究进展[J]. 护理学杂志, 2012, 27(20): 95-96.

[6] Cusack M, Taylor C. A literature review of the potential of telephone follow-up in colorectal Cancer [J]. J Clin Nurs, 2010, 19(17/18): 2394-2405.

• 临床探讨 •

[7] 李庆萍. 健康教育护理路径管理在癌痛规范化治疗中的应用[J]. 中国医学创新, 2013, 31(10): 53-55.

[8] 陆宇含. 肿瘤护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008.

[9] 耿莉华. 外科手术后病人疼痛控制进展[J]. 实用护理杂志, 1999, 15(9): 11.

(收稿日期: 2016-02-12 修回日期: 2016-04-21)

PCT、LPS 和 IL-6 在脓毒血症中的应用价值

张跃军, 蒋最明, 顾 敏, 刘佳强, 彭 俊
(湖南省株洲市中心医院临床检验中心 412007)

摘 要:目的 探讨降钙素原(PCT)、内毒素(LPS)及白细胞介素-6(IL-6)水平联合检测在脓毒血症中的应用价值。方法 选择脓毒血症(SP组)、细菌感染(BC组)和系统性炎症反应综合征(SI组)患者共120例及20例健康志愿者(NC组)作为研究对象,测定SP组、BC组、SI组和NC组血清PCT、LPS和IL-6水平。结果 SP组和SI组PCT水平均高于BC组和NC组,差异有统计学意义($P<0.01$);SP组和BC组LPS水平均高于SI组和NC组,差异有统计学意义($P<0.01$);SP、BC和SI组血清IL-6水平高于NC组($P<0.01$);SP组PCT、LPS和IL-6联合检测阳性率高于非SP组,差异有统计学意义($P<0.01$)。结论 PCT、LPS和IL-6联合检测可作为脓毒血症早期诊断及干预治疗的有效检测方法。

关键词:降钙素原; 内毒素; 白细胞介素-6; 脓毒血症

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.14.035 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2016)14-1998-02

重度脓毒血症及其导致的脓毒性休克、器官衰竭等是引起患者死亡的重要原因^[1]。因此早期的快速诊断和治疗是决定预后的关键。降钙素原(PCT)是降钙素的前体。由甲状腺合成与分泌,是诊断和监测细菌感染的一个重要参数,可预测危重症感染患者的风险^[2];白细胞介素-6(IL-6)是早期感染炎症因子之一,可与多种细胞因子相互作用,并对内毒素具有受体应答作用,能够刺激参与免疫反应的细胞增殖、分化并提高其功能^[2];内毒素(LPS)是革兰阴性细菌细胞壁中的一种成分,即脂多糖,是炎症启动因子,是脓毒血症一个重要的致病因素^[3]。本研究通过联合检测血清PCT、LPS和IL-6水平,探索其联合检测在脓毒血症早期诊断及干预治疗的应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院2014年3月至2014年8月收治的感染性患者120例为研究对象。其中男76例,女44例。根据美国胸科医师学会与危重医学会(ACCP/SCCM)共识会议的诊断标准,将120例患者分为3组:脓毒血症组(SP组)、细菌感染组(BC组)与系统性炎症反应综合征组(SI组)。SP组48例,其中男32例、女16例,平均年龄61.3岁;BC组41例,其中男26例、女15例,平均年龄57.4岁;SI组31例,其中男18例、女13例,平均年龄53.8岁。所有患者均根据临床表现、生化检测、影像学检查及最终的病原学检查做出诊断。同时选取20名健康志愿者作为正常对照组(NC组)。以上患者一月之内均无糖皮质激素使用史。

1.2 诊断标准 根据ACCP/SCCM共识会议的诊断标准,脓毒血症指的是感染状态下的系统性炎症反应综合征,且具备以下指标中的两项:(1)心率 >90 次/分钟;(2)呼吸 >20 次/分钟;(3)体温 $>38\text{ }^{\circ}\text{C}$ 或 $<36.1\text{ }^{\circ}\text{C}$;(4)外周血白细胞大于 $12\times 10^9/\text{L}$ 或小于 $4\times 10^9/\text{L}$ 或成熟中性粒细胞大于10%,排除既往肝肾功能不全与恶性肿瘤患者。细菌感染指的是不符合脓毒血症诊断但同期存在感染的患者,且未发展为脓毒血症且无系统性炎症反应综合征。系统性炎症反应综合征指的是大

的创伤、烧伤、器官移植术后患者,为非感染性系统性炎症或单纯性系统性炎症反应。

1.3 方法 所有研究对象签署知情同意后,获取患者血清标本,3 500 r/min离心5 min,获取血浆置于 $-20\text{ }^{\circ}\text{C}$ 用于PCT、LPS和IL-6检测。PCT定量检测操作按照生物梅里埃VIDAS全自动免疫分析仪PCT检测试剂盒进行;LPS定量检测按照美国LifekeyBioMeditech公司LPS定量检测ELISA试剂盒操作;IL-6定量检测操作按照罗氏E601化学发光免疫分析仪IL-6检测试剂盒进行。

1.4 统计学处理 利用SPSS统计分析软件采用完全随机设计资料的单因素方差分析方法进行统计学分析,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 血清PCT检测 SP组和SI组PCT水平均高于BC组和NC组,差异有统计学意义($P<0.01$);而SP组与SI组比较,BC与NC组比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表1。

表1 PCT在不同分组中的检测结果(ng/mL , $\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	PCT
NC组	20	0.79 ± 0.12
BC组	41	1.17 ± 0.55
SI组	31	$46.52\pm 15.70^{*\Delta}$
SP组	48	$49.40\pm 16.85^{*\Delta}$

注:与NC组比较,* $P<0.01$;与BC组比较, $\Delta P<0.01$ 。

2.2 血清LPS检测 SP组和BC组LPS水平均高于SI组和NC组,差异有统计学意义($P<0.01$);而SP组与BC组比较,SI组与NC组比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表2。

2.3 血清IL-6检测 SP组、BC组和SI组IL-6水平均高于NC组,差异有统计学意义($P<0.01$);而SP组、BC组和SI组三组比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表3。