

激光照射碎石可以在最小伤害下高效完成对患者的碎石处理治疗,不良反应情况发生概率较低,有利于患者肾功能恢复。

综上所述,对输尿管结石患者使用输尿管镜下钬激光碎石手术治疗较气压弹道碎石治疗方案有极大的改进和优势,可有效提高患者治疗效果,有利于改善肾功能,还能有效降低不良反应发生率,对患者治疗科学、安全、有效,值得临床推广应用。

### 参考文献

[1] 陈春胜,史南,沈仕兴,等.行输尿管镜下钬激光碎石术患者术后医院感染病原菌特点及相关因素分析[J].中华医院感染学杂志,2018,28(4):571-574.

[2] 程传宇,何恒,张二军,等.电子输尿管软镜钬激光碎石术在人免疫缺陷病毒感染肾结石患者治疗中的应用[J].中华泌尿外科杂志,2016,37(12):928-931.

[3] 李斌,俞斌,郑旭东,等.妊娠期输尿管结石合并急性肾盂感染置入输尿管双J管治疗效果及安全性分析[J].中华医院感染学杂志,2017,27(2):414-417.

[4] 陶宏平,赵伟平,朱扬进,等.经输尿管硬镜钬激光碎石术与气压弹道碎石术治疗输尿管多发结石的临床研究[J].中国内镜杂志,2016,22(4):39-42.

[5] 王春涛,郝斌.输尿管软镜钬激光碎石术治疗肾盏憩室结石术后全身炎症反应综合征及残石存在的研究[J].中国全科医学,2017,20(17):2079-2084.

[6] 郁兆存,杨昌俊,黄华生,等.妊娠期输尿管镜钬激光碎石术对外周血白细胞、C-反应蛋白及皮质醇浓度的影响[J].中国微创外科杂志,2016,16(9):824-827.

[7] 杨立新,马凤巧,王阳,等.后腹腔镜与输尿管镜技术治疗感染性输尿管上段结石患者后对其肾功能及其相关指标的影响[J].中华医院感染学杂志,2017,27(1):143-146.

[8] 廖国栋,俞蔚文,章越龙,等.超微经皮肾镜和输尿管软镜在治疗肾结石中的感染控制及疗效的对比研究[J].中华医院感染学杂志,2017,27(11):2543-2546.

[9] ALTAY B, ERKURT B, ALBAYRAK S. A review study to evaluate holmium: YAG laser lithotripsy with flexible ureteroscopy in patients on ongoing oral anticoagulant therapy[J]. Lasers Med Sci, 2017, 32(3): 1-5.

[10] 朱平宇,蒋冰蕾,余晓东,等.输尿管镜联合封堵取石导管与 N-trap 拦截网治疗输尿管结石的对比研究[J].中国现代医学杂志,2016,26(6):119-122.

[11] 周均洪,唐炎权,廖芝健,等.一期经输尿管硬通道下软硬镜与软通道下软镜钬激光碎石治疗直径 2~4 cm 肾盂结石的比较[J].中国微创外科杂志,2016,16(2):161-164.

[12] 胡智玉,郝斌,王鹏森.首次输尿管软镜碎石术中输尿管导入鞘放置困难患者的高危特征分析研究[J].中国全科医学,2017,20(5):599-602.

[13] 童维,王晋忠.坦索罗辛、硝苯地平、消旋山莨菪碱治疗输尿管下段结石的疗效和安全性比较[J].中国药房,2016,27(21):2915-2917.

[14] CHEN L, SHA M L, LI D, et al. Treatment for residual stones using flexible ureteroscopy and holmium laser lithotripsy after the management of complex calculi with single-tract percutaneous nephrolithotomy[J]. Lasers Med Sci, 2017, 32(3): 649-654.

(收稿日期:2019-05-11 修回日期:2019-08-18)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.02.035

## 多学科团队合作模式在中重度癌痛护理中的应用

刘春艳,罗慧<sup>△</sup>,葛倩,边红英

陕西省榆林市星元医院普外科,陕西榆林 719000

**摘要:**目的 探讨多学科团队合作模式在中重度癌痛护理中的应用效果。方法 将该院 90 例中重度癌痛患者随机分为对照组和观察组,每组各 45 例。对照组患者予以癌痛常规治疗及护理,观察组患者在对照组治疗及护理的基础上实施多学科团队合作模式的癌痛管理。比较两组患者爆发性癌痛发生率、疼痛控制效果及患者认知度、护理满意度。**结果** 观察组患者爆发性癌痛发生率为 42.22%,明显低于对照的 71.11%,组间比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ );与对照组比较,观察组患者当前疼痛程度、过去 24 h 内最严重疼痛程度及过去 24 h 内平均疼痛水平均明显降低,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组患者认知度、护理满意度均明显高于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 多学科团队合作模式的癌痛管理能够有效减少中重度癌痛患者爆发性癌痛发生率,缓解患者疼痛程度,提高护理满意度。

**关键词:** 癌症; 疼痛; 多学科团队合作模式

**中图分类号:** R473.73

**文献标志码:** A

**文章编号:** 1672-9455(2020)02-0253-04

癌痛是癌症患者常见的症状,在癌症患者中发生率为 30%~75%,其中重度癌痛为 40%~50%,且有 50%~90% 的癌症患者会出现爆发性疼痛<sup>[1-2]</sup>。癌痛

可引起患者极度不适,诱发或加重焦虑、抑郁、食欲减退、乏力等一系列症状,严重影响患者日常生活、生存质量,并且会使患者丧失生活勇气。控制癌痛是癌症

<sup>△</sup> 通信作者, E-mail: 2793527520@qq.com.

治疗与护理的重要内容,已被 WHO 列为癌症综合管理的 4 项重点之一<sup>[3]</sup>。有效控制癌痛,缓解患者痛苦,对改善其生活质量有重要意义。有报道显示,约 30% 的癌症患者癌痛症状未能获得充分缓解<sup>[4]</sup>。有研究表明,实施基于专科护理小组的癌痛管理,对于癌痛控制有积极作用<sup>[5]</sup>。因各方面限制,我国癌症患者疼痛控制仍不理想,如何探讨更有效的癌痛管理方法,成为癌症领域研究的热点。本研究旨在探讨多学科团队合作模式在中重度癌痛护理中的应用效果,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2018 年 1 月至 2019 年 2 月在本院住院的中重度癌痛患者 90 例作为研究对象,采

用简单随机分组方法分为对照组和观察组,每组各 45 例,两组患者性别、年龄、文化程度、癌症类型、疼痛数字评分(NRS 评分)等一般资料比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性,见表 1。本研究征得本院伦理委员会批准,所有患者均知情同意并签署知情同意书。

### 1.2 纳入和排除标准

**1.2.1 纳入标准** (1)中晚期癌症患者;(2)NRS 评分  $\geq 4$  分;(3)意识清楚,能够正常交流;(4)依从性好;(5)自愿参与本研究。

**1.2.2 排除标准** (1)伴其他引起疼痛因素的患者;(2)手术等导致急性疼痛者;(3)精神障碍者;(4)不能表达主观感受者。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	n	男/女 (n/n)	年龄 ( $\bar{x} \pm s$ , 岁)	高中以下/高中 及以上(n/n)	头颈部/胸部/消化系统/ 泌尿生殖系统癌症(n/n/n/n)	NRS 评分 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)
观察组	45	25/20	59.12 $\pm$ 9.78	26/19	4/14/17/10	6.31 $\pm$ 1.72
对照组	45	28/17	59.78 $\pm$ 8.65	28/17	5/16/18/6	6.26 $\pm$ 1.56
t/ $\chi^2$		0.413	0.339	0.185	0.258	0.144
P		0.520	0.735	0.667	0.753	0.886

**1.3 方法** 对照组予以癌痛常规治疗及护理。观察组入院即纳入临床护理路径(CNP)小组负责,由护士在床边设置癌痛标志及疼痛评估工具,在进行全面评估后,指导患者学会如何进行疼痛自我评估,同时评估患者治疗依从性和所存在的误区;成立由肿瘤内科、放疗科、介入科、疼痛科及护理部多学科团队,实施多学科查房,各学科均指派专门癌痛治疗专家,通过多学科会诊方式来确定止痛药物的选择、适宜剂量及止痛方式的制订等;为患者设计个性化疼痛管理方案,实施“知信行”模式,进行联合干预,严格按照临床路径的相关要求对患者及家属予以疼痛健康管理,增强其依从性,提高其自我管理能力和患者予以规范化癌痛管理,并对健康指导的效果予以持续跟踪。

**1.4 观察指标** 观察并记录两组患者爆发性癌痛发生情况,爆发性癌痛是指在应用某种止痛药物的基础上,稳定疼痛期间突发的短暂、剧烈疼痛<sup>[6]</sup>。采用 NRS 评分法对患者疼痛程度进行评价,评分范围为 0~10 分,评分越高表示疼痛程度越严重,主要对当前疼痛、过去 24 h 内疼痛程度及平均疼痛水平进行评估。比较两组患者癌痛相关方面认知度及护理满意度。

**1.5 统计学处理** 采用 SPSS20.0 统计软件进行数据分析处理,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用独

立样本 t 检验;计数资料以例数或百分率表示,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 两组患者爆发性癌痛发生情况比较** 观察组患者 19 例发生爆发性癌痛,发生率为 42.22%,对照组患者 32 例发生爆发性癌痛,发生率为 71.11%,两组患者爆发性癌痛发生率比较,差异有统计学意义( $\chi^2 = 7.647, P < 0.05$ )。

**2.2 两组患者疼痛程度比较** 见表 2。与对照组比较,观察组患者当前疼痛程度、过去 24 h 内最严重疼痛程度及过去 24 h 内平均疼痛水平均明显降低,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 2 两组患者疼痛程度比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	当前疼痛程度	过去 24 h 内最 严重疼痛程度	过去 24 h 内 平均疼痛水平
观察组	45	2.21 $\pm$ 0.65	3.76 $\pm$ 0.89	2.45 $\pm$ 0.69
对照组	45	3.74 $\pm$ 1.12	5.12 $\pm$ 1.57	3.85 $\pm$ 1.27
t		7.926	5.055	6.498
P		<0.001	<0.001	<0.001

**2.3 两组患者认知度比较** 见表 3。观察组患者各项认知度均明显高于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 3 两组患者认知度比较[n(%)]

组别	n	疼痛自我评估	疼痛相关知识认知	疼痛自我管理	按时服药	家属的护理
观察组	45	41(91.11)	42(93.33)	41(91.11)	42(93.33)	43(95.56)
对照组	45	31(68.89)	32(71.11)	29(64.44)	35(77.76)	33(73.33)
$\chi^2$		6.944	7.601	9.257	4.406	8.459
P		0.008	0.006	0.002	0.036	0.004

2.4 两组患者满意度比较 见表 4。观察组患者各项满意度均明显高于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 4 两组患者满意度比较[n(%)]

组别	n	护患沟通	健康宣教	问题解决及时性	总体护理服务
观察组	45	43(95.56)	42(93.33)	41(91.11)	42(93.33)
对照组	45	32(71.11)	31(68.89)	33(73.33)	33(73.33)
$\chi^2$		9.680	8.775	4.865	6.480
P		0.002	0.003	0.027	0.011

### 3 讨论

有研究显示,52.6%的癌症患者疼痛未能得到有效缓解,且 56.0%的患者每个月至少忍受 1 次剧烈的爆发性癌痛<sup>[7]</sup>。爆发性癌痛严重影响患者的日常生活、睡眠及生存质量,并且可对癌痛治疗总体效果造成不良影响<sup>[8]</sup>。本研究结果显示,观察组患者爆发性癌痛发生率、当前疼痛程度、过去 24 h 内最严重疼痛程度及过去 24 h 内平均疼痛水平均明显低于对照组,表明多学科团队合作模式的癌痛管理能够有效降低爆发性癌痛发生率,提高癌痛控制效果。

癌症患者癌痛不能得到有效缓解的原因主要在于:患者方面,由于需长期麻醉止痛,会让患者担忧药物的成瘾性及麻醉止痛药物的不良反应等,使其治疗依从性差,从而降低了治疗效果;医护人员方面,由于部分医护人员缺乏癌痛管理知识,健康教育实施不到位,使患者及家属对麻醉止痛缺乏了解<sup>[9]</sup>。

本研究成立由肿瘤内科、放疗科、介入科、疼痛科及护理部的多学科团队,由护士长负责组织、协调,所有团队成员均经专门统一培训。采用“知行信”模式对患者及家属进行规范化健康教育,提高其认知水平。并搭建微信平台,向患者发放 CNP 联系卡,形成“伙伴式”人际关系,充分了解患者癌痛认知水平并予以相应指导,使患者学会正确的自我评估方法、用药方法及不良反应应对策略。向患者发放癌痛管理教材,由多学科查房,向患者讲解并示范缓解疼痛的辅助手段,如分散疗法、穴位敷贴、冷敷和热敷等,鼓励患者养成写疼痛管理日记的方法,对疼痛及用药情况

做好记录,以方便医患双方能够更好地掌握疼痛变化及患者心理状态。每周开展 2 次多学科查房,充分了解患者疼痛控制情况、不良反应发生情况及心理状态,定期开展质量控制会议。每周组织患者及家属参与教育讲座 2 次,提高其认知,消除其对癌痛的误区,增强其战胜癌痛的信心。出院后,由护士通过电话或家庭随访方式追踪患者疼痛控制情况,督促患者进行自我管理。本研究结果显示,观察组患者癌痛认知度及对护理的满意度均明显高于对照组,表明多学科团队协作模式的癌痛管理能够提高患者认知度及满意度,对促进癌痛治疗及护理的规范化、有效性有重要意义。

目前,国内癌痛健康教育仍比较局限。由于护士对癌痛管理认知不足,且患者个体差异较大,单纯依赖专科已不能满足患者的要求,因此,实施多学科团队合作的癌痛管理是有必要的<sup>[10]</sup>。癌痛的有效控制依赖于医护人员、患者及家属的共同参与,癌痛属于身心综合性疼痛,多学科干预尤为重要。此外,癌痛的控制还要求患者要有一定的自我管理水<sup>[11]</sup>。多学科团队合作模式的癌痛管理不但能够全面评估患者病情及疼痛控制效果,还能指导患者进行自我评估,加强患者和医、护、患之间的沟通,有助于提高患者自我管理依从性,从而提高癌痛控制效果<sup>[12]</sup>。

综上所述,多学科团队合作模式的癌痛管理能够有效降低中重度癌痛患者爆发性癌痛发生率,改善癌痛控制效果,提高患者认知度及护理满意度。

### 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]. J Clin Oncol, 2017, 47(11):1060-1065.
- [2] 张元, 夏中元, 苏娃婷, 等. 癌症爆发性疼痛管理新进展[J]. 癌症进展, 2016, 14(2):121-125.
- [3] MERCADANTE S. The use of opioids for treatment of cancer pain[J]. Expert Opin Pharmacother, 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] 施欢欢, 冯静, 郑红葵, 等. 以护士为主体的多学科合作疼痛管理模式在肺癌胸腔镜患者快速康复中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23(14):1871-1875.
- [6] 熊沙沙, 彭历, 彭丽娟. 癌症患者发生癌性爆发痛的现状及影响因素分析[J]. 护理学报, 2017, 24(8):26-29.
- [7] 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.

[8] 张伟,朱春芳,王钰美,等. 癌痛护理质量指标的构建及其在肿瘤科病房的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23(21):2724-2727.

[9] 傅泽英,易维君,张林,等. 吗啡自控镇痛泵静脉泵入治疗晚期癌痛的护理现状[J]. 检验医学与临床, 2016, 13(1): 113-114.

[10] PERGOLIZZI J, ALEGRE C, BLAKE D, et al. Current considerations for the treatment of severe chronic pain: the potential for tapentadol[J]. Pain Practice, 2013, 13

(7):290-306.

[11] SCHUSTER M, BAYER O, HEID F, et al. Opioid rotation in cancer pain treatment[J]. Deutsch 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:2019-06-17 修回日期:2019-09-21)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.02.036

## 血清脂类物质、胱抑素 C、同型半胱氨酸在糖尿病视网膜病变中的临床意义

郭永华<sup>1</sup>, 乔瑞娟<sup>2</sup>, 张玲<sup>3</sup>

1. 河南省信阳市淮滨县人民医院眼科, 河南信阳 464400; 2. 新乡医学院第三附属医院检验科, 河南新乡 453003; 3. 新乡医学院医学检验学院, 河南新乡 453003

**摘要:**目的 观察 2 型糖尿病视网膜病变患者血清脂类物质、胱抑素 C(Cys-C)、同型半胱氨酸(Hcy)水平变化情况,探讨其在疾病发生和发展中的临床应用价值。方法 选取 2018 年 5 月至 2019 年 3 月淮滨县人民医院眼科和内分泌科收治的糖尿病患者 308 例作为研究对象,依据眼底病变情况分为糖尿病无视网膜病变(NDR)组(95 例)、非增生期糖尿病视网膜病变组(NPDR)组(117 例)和增生期糖尿病视网膜病变组(PDR)组(96 例);另选取同期健康体检者 120 例作为对照组。采用乳胶增强免疫比浊法检测血清 Cys-C 水平,采用酶法检测血清 Hcy 和血脂指标[三酰甘油(TG)、总胆固醇(TC)、高密度脂蛋白(HDL)、低密度脂蛋白(LDL)]水平,采用免疫比浊法检测血清糖化血红蛋白(HbA1c)、C 反应蛋白(CRP)水平。结果 NDR、PDR、NPDR 组均存在血脂异常表达, TG、TC、LDL 水平明显升高, HDL 水平降低,增生期血脂异常程度加重,但血压仅表现在 PDR 组患者舒张压异常。所有糖尿病患者均出现 CRP、Cys-C、HbA1c 高表达,糖尿病患者视网膜病变后 Hcy 才表达异常。与 NDR 组比较, PDR 组患者 CRP、Hcy、Cys-C、HbA1c 均高表达, NPDR 组仅 Hcy、Cys-C 高表达,增生期 CRP、Cys-C 和 Hcy 异常程度明显增强。结论 2 型糖尿病视网膜病变患者存在血脂异常,检测血脂、Hcy、Cys-C 水平有助于预测疾病的发生和发展。

**关键词:** 2 型糖尿病; 糖尿病视网膜病变; 血清脂类物质; 胱抑素 C; 同型半胱氨酸

中图分类号: R446.1

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2020)02-0256-03

随着人民生活水平的提高,糖尿病(DM)患者呈逐年增加趋势,中国患有糖尿病的人数位居世界首位<sup>[1]</sup>。糖尿病患者若长期持续高血糖可导致血管内皮被破坏,微血管病变,如微血管渗漏、脆性增加和破损出血等,会引起全身组织器官发生多种并发症,糖尿病视网膜病变(DR)是其并发症之一,DR 可导致不可逆性盲,严重影响患者生活质量,增加社会负担<sup>[1]</sup>。血清同型半胱氨酸(Hcy)是蛋氨酸代谢过程中产生的一种氨基酸, Hcy 是导致动脉粥样硬化的独立危险因素,若病理性水平升高可能参与糖尿病心脑血管并发症<sup>[2-4]</sup>。血清胱抑素 C(Cys-C)是反映肾小球滤过功能较理想的内源性标志物,在评价早期肾损伤中具有较高的灵敏度,可用于预测 2 型糖尿病早期肾损伤<sup>[3-4]</sup>。作者旨在通过检测糖尿病及其视网膜病变患

者血清脂类物质、Hcy、Cys-C 及糖化血红蛋白(HbA1c)等指标,探讨其在 DR 发生和发展中的临床价值,为临床防治提供理论依据,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2018 年 5 月至 2019 年 3 月淮滨县人民医院眼科和内分泌科收治的糖尿病患者 308 例作为研究对象,男 162 例,女 146 例,年龄 47~68 岁,平均(52.6±3.7)岁。所有患者纳入标准均符合 2013 年中国 2 型糖尿病防治指南的诊断和分型标准<sup>[5]</sup>,患者间无血缘关系,近 3 个月内未服用维生素 B<sub>6</sub>、维生素 B<sub>12</sub>、叶酸等。排除感染性疾病、肝肾疾病、恶性肿瘤、心脑血管疾病、恶性贫血、出血性疾病和免疫系统疾病等。根据眼底病变情况,将患者分为糖尿病无视网膜病变(NDR)组(95 例)、非增生期糖尿病