



疼痛综合护理干预对恶性胸膜间皮瘤病人生活质量的影 响分析 *

朱靛瑾¹ 刘彦淑² 刘 婧^{1△}

(¹ 内蒙古医科大学附属医院麻醉科疼痛病房, 呼和浩特 010050; ² 内蒙古医科大学护理学院, 呼和浩特 010050)

恶性胸膜间皮瘤 (malignant pleural mesothelioma, MPM) 是一种较为罕见、具有高度侵袭性及较强致死性的胸膜原发肿瘤^[1]。据统计, 在不同国家, MPM 发病率差异较大, 国外以澳大利亚最高, 发病率约为 3.54/10 万^[2], 我国发病率约为 0.3~0.5/10 万, 65 岁以上为好发人群^[3,4]。本病确诊后 1 年生存率为 33%、5 年生存率为 5%^[5], 中位生存期为 4~18 个月^[6]。目前对该病的诊断及治疗较棘手, 特别是护理层面研究更鲜有文献报道。大多数病人初期症状为持续性胸痛和进行性气促, 疼痛甚至是本病的唯一症状^[7]。疼痛被认为是继心率、血压、脉搏、呼吸之外的第五大生命指征^[8], 不同的病人有不同程度的疼痛, 严重影响病人的身心健康, 导致生活质量下降。如何在护理学研究范畴内探索 MPM 病人疼痛症状的缓解以及生活质量的提高是目前面临的重要问题。我科对 MPM 病人在常规护理基础上实施疼痛综合护理干预, 取得满意临床效果, 现报道如下。

方 法

1. 一般资料

经内蒙古医科大学附属医院伦理委员会审核并通过后, 采用便利抽样选取 2016 年 10 月至 2018 年 12 月在我院疼痛科住院, 通过胸腔镜取组织证实为 MPM 的 28 例病人作为研究对象, 根据房间分组, 1、3 号房间为对照组, 2、4 号房间为试验组, 每组各 14 例。研究中两组各有 1 例病人未能完成全部研究, 最终两组完成研究的病人各 13 例, 其中男性为 19 例, 女性为 7 例, 年龄在 38~78 岁, 平均年龄为 53.2 岁。文化程度: 小学 5 例, 初级中学 10 例, 高级中学 9 例, 专科及以上 2 例; 两组病人的性别、年龄、文化程度等一般资料经统计学处理, 结果显示其组间对比差异均无统计学意义。

纳入标准: ①经病理检查, 确诊为 MPM; ②已出现疼痛症状, 且视觉模拟评分法 (visual analogue scale, VAS) 评分 ≥ 4 分; ③同意参与研究, 且签署知情同意书。

排除标准: ①病人已进入恶病质阶段, 或合并心肝肾等脏器功能紊乱; ②存在严重的感染; ③精神状态异常、意识不清等无法配合者; ④病人或家属对该项研究存在异议、不同意者。

2. 方法

(1) 对照组: 给予 MPM 病人常规护理, 包括对其进行生命体征的监测、指导病人采用舒适卧位, 对于呼吸困难者, 采取抬高床头, 给予吸氧的方法; 为病人进行诊疗护理操作时, 动作轻柔, 并在实施操作前, 耐心告知解释, 以征求病人的同意和配合; 遵医嘱每日评估病人疼痛情况, 并及时向医师反馈, 正确使用镇痛药物, 用药后观察不良反应; 满足病人的需求, 对病人提出的问题及时解答; 尽量营造出安静、整洁、温馨的病房环境。

(2) 试验组: 在对照组的基础上联合疼痛综合护理。

疼痛护理: 癌性疼痛是恶性肿瘤常见的症状, 临床上超过 70% 的恶性肿瘤病人均出现癌性疼痛^[9]。病人入院后建立疼痛评估档案, 床头粘贴疼痛评分标尺, 成立疼痛专科护理干预小组, 专人负责; 按照“癌痛规范化治疗示范病房”的管理标准, 遵循“常规、量化、全面、动态”的评估原则, 对病人进行全程管理。病人主诉是疼痛的金标准, 责任护士每天记录病人疼痛情况, 对 VAS 评分 0 分的病人, 每天评估 1 次; 对疼痛评分 1~3 分的病人, 每班评估一次。VAS 评分 ≥ 4 分者报告医师, 医师则根据 WHO 推荐的三阶梯给药原则开具用药医嘱, 病人使用药物后根据口服镇痛药物后 1 h、镇痛贴剂外敷后 4 h、肛门栓剂给药后 30 min、肌肉注射及静脉注射镇痛药物后 30 min、镇痛泵给药后每 4 h

* 基金项目: 内蒙古医科大学科技百万工程项目 (YKD2018KJBW[LH]020); 内蒙古医科大学青年创新基金 (YKD2015QNCX048、YKD2018QNCX036)

△ 通讯作者 1049590328@qq.com



再次评估病人对疼痛治疗的反应及是否有疼痛治疗的相关并发症。指导病人正确使用床头疼痛评分标尺,告知病人准确、及时地向医护人员报告疼痛情况以及用药之后的效果。

药物指导:MPM病人疼痛剧烈,因而正确指导其使用镇痛药尤为重要^[10]。疼痛专科护士须向病人讲解药物的作用、用法、注意事项、不良反应,严格按照医嘱及药物说明书规范治疗。向病人讲解阿片类药物相关知识,消除病人对成瘾性(精神依赖性)的恐惧^[11],使病人了解镇痛药物应“按时服用”而不是“按需服用”,了解病人常用镇痛药物的不良反应,掌握如何避免以及减轻使用镇痛药的不良反应,以及“多模式”镇痛的意义。

健康宣教:疼痛专科护士向病人行疼痛相关知识宣教,使其了解疼痛产生机制,在诊疗过程中干预疼痛的方法及原理,使得病人在治疗期间,更加信任医护人员,从而增强战胜疾病的信心,提高病人的依从性;科室组织病人及家属召开“公休座谈会”,从基础和临床的角度对病人使用镇痛药物的用药方式和镇痛方法及注意事项进行讲解,从生活和疾病的双重角度为病人排忧解难,建立病人和医护之间良好的沟通渠道。

营养支持:由于疾病消耗,MPM病人往往有营养不良现象,使其免疫能力下降,导致继发性感染,并降低其对疼痛的耐受力^[12]。须告知病人多进食维生素丰富、蛋白质含量丰富、热量较高且易吸收的食物。

心理干预:剧烈疼痛时病人也面临巨大的心理压力,意识到自己将面临死亡,极易产生焦虑、不安、烦躁、恐惧和抑郁等复杂的负性情绪,对家属、朋友及护理人员等会有不冷静的言语或举动^[13]。生理上的疼痛又可加重心理问题,心理问题也可影响到疼痛,产生了恶性循环,护理人员在病人住院期间与病人接触最多,其对于病人的护理工作显得尤为重要^[14]。对于非药物性镇痛措施的实施,责任护士要充分理解病人,对病人进行针对性的心理评估及疏导,鼓励病人表达和倾诉痛苦,选择适合病人的非药物镇痛措施。研究表明,缓解癌痛病人较常用的非药物干预措施为分散注意力疗法,其次是音乐疗法^[15],帮助病人转移注意力,指导病人全身放松,指导病人家属进行护理配合,给予病人生活上关心和精神上安慰,帮助病人减少生理及心理上的痛苦。尽可能满足病人愿望,使病人感受到社会温暖和家庭亲情。

病房环境管理:努力营造良好的自然环境和人文环境^[16]。自然环境包括:本科室设有单间病房,视病人心理状态针对性的安排病房和床位,保持病室干净和安静,温湿度适宜。人文环境包括:尊重病人人格、介绍病友、相关医护人员、减少陌生感、增加信任;组织胸膜间皮瘤病人及家属集体宣教,请手术成功或疼痛治疗效果显著的病友与治疗期病人交流,增加其对于战胜疼痛的信心。

3. 观察指标

观察两组病人的疼痛缓解、焦虑抑郁情绪及生活质量情况。

(1) 疼痛缓解情况:应用VAS^[17]对病人进行疼痛评估。遵照医嘱每日为病人做疼痛综合评定,将两组病人干预前及干预7天后的VAS评分降低程度、每日爆发痛发生的平均次数以及病人对疼痛控制的满意度进行观察。

(2) 焦虑情绪:使用Zung编制的焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)对比两组干预前及干预7天后的焦虑情绪。SAS量表包括20个条目,每项内容按1~4级评分,标准分为所有项目得分总和×1.25取整数,以标准分50分表明存在焦虑,50~59分为轻度焦虑,60~69分为中度焦虑,>70分为重度焦虑。分值越高焦虑情绪就越重^[18]。

(3) 生活质量:本研究依据世界卫生组织生命质量测定量表简表(WHO quality of life scale, WHO-QOL-BREF)对两组病人生活质量情况进行评定,主要包涵26个条目,分为生理领域、心理领域、社会关系领域、环境领域四个维度,每个维度评分为0~100分,评分越高生活质量越好。

4. 统计学分析

采用SPSS 20.0统计学软件对数据进行处理。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm SD$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

结 果

1. 两组病人VAS评分的降低程度、每日爆发痛发生次数、对疼痛控制的满意度比较

试验组疼痛综合护理干预前后的VAS评分降低程度和病人满意度均高于对照组($P < 0.01$),病人每日爆发痛的发生频率低于对照组($P < 0.05$,见表1)。

2. 两组病人焦虑状况比较

两组干预前SAS评分比较,差异无统计学意义。



试验组干预后 SAS 评分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$, 见表 2)。

3. 两组病人生活质量比较

试验组生活质量明显优于对照组, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$, 见表 3)。

讨 论

1. 疼痛综合护理可改善 MPM 病人疼痛

MPM 具有起病隐匿、发现较晚、容易误诊、病变广泛的特点, 目前无论单一手段还是综合治疗都不能取得满意效果^[19]。疼痛甚至可是本病的唯一症状, 镇痛治疗是癌症病人治疗中的一项重要内容, 不容忽视^[20]。因此在临床护理工作中应有效的控制病人疼痛, 促进病人无痛生存, 改善病人的生活质量。本研究护理人员通过建立病人疼痛评估档案, 成立疼痛专科护理干预小组有效地评价病人疼痛程度, 了解病人的生理和心理特征, 同时实施疼痛护理、药物指导、健康宣教、营养支持、心理干预等疼痛综合护理措施, 更好地帮助病人控制了疼痛, 提高了病人的痛阈, 病人能够及时报告疼痛, 使疼痛得到及时治疗。舒适的治疗休息环境也能使病人得到放松, 对缓解疼痛具有重要意义^[21]。通过本研究结果显示, 试验组病人疼痛缓解情况优于对照组, 组间数据差异具有统计学意义 ($P < 0.01$)。由此证实, 疼痛综合护理可缓解 MPM 病人疼痛情况。

2. 疼痛综合护理可改善 MPM 病人的焦虑状态

相关研究表明, 疼痛会引起病人出现烦躁、焦虑等不良情绪, 不良情绪又可通过降低病人疼痛阈值增加病人痛感, 进而形成疼痛加剧与情绪低落的恶性循环^[22]。本研究采用疼痛综合护理, 缓解了 MPM 病人焦虑情绪, 而成功病例的经验分享也为病人提供了有力的精神支持, 通过本次的研究结果显示, 试验组病人 SAS 评分明显低于对照组, 组间数据差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。由此证实, 疼痛综合护理可减低病人焦虑情绪。

3. 疼痛综合护理可改善 MPM 病人的生活质量

当今社会日益强调对病人生活质量的关注, 生活质量是躯体机能、精神状态、社会能力的主观评价^[23]。中晚期 MPM 病人易出现严重的生活质量问题, 本次研究经过疼痛综合护理干预后, 试验组病人的生活质量评分水平显著高于对照组, 组间数据差异具有统计学意义 ($P < 0.01$)。由此证实, 疼痛综合护理可提高病人的生活质量, 具有一定科学性与有效性。

本研究临床效果显著, 但由于 MPM 发病率较低, 本研究样本量较小, 所得出的结论不如大样本的研究具有说服力及代表性, 存在一定的局限性, 今后还需进一步的观察研究。

MPM 病人应用疼痛综合护理, 可改善病人的疼痛程度, 减低病人焦虑情绪, 改善病人的生活质量。因此, 该护理方案值得在临床护理工作中借鉴应用, 具有临床推广价值。

表 1 两组病人 VAS 评分降低程度、爆发痛发生次数、及疼痛缓解时间比较 (分, $n = 13$, $\bar{x} \pm SD$)

组别	VAS 减少分数 (分)	爆发痛发生次数 (次)	满意度 (%)
对照组	2.77 ± 0.4	14.77 ± 4.7	84.62 ± 5.3
试验组	3.69 ± 0.9**	11.00 ± 3.9*	89.46 ± 3.2*

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, 与对照组相比较

表 2 两组病人焦虑和抑郁状况 (SAS) 比较 ($n = 13$, $\bar{x} \pm SD$)

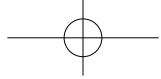
组别	干预前	干预后
对照组	66.2 ± 4.2	57.3 ± 3.8
试验组	67.9 ± 3.6	54.3 ± 3.0*

* $P < 0.05$, 与对照组相比较

表 3 两组病人生活质量比较 (分, $n = 13$, $\bar{x} \pm SD$)

组别	生理领域	心理领域	社会关系领域	环境领域
对照组	52.2 ± 7.4	63.2 ± 6.1	65.2 ± 5.5	54.5 ± 6.8
试验组	68.2 ± 7.1***	72.6 ± 6.0**	71.9 ± 5.2**	74.5 ± 6.9***

** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$, 与对照组相比较



参 考 文 献

- [1] Krug LM, Kindler HL, Calvert H, *et al.* Vorinostat in patients with advanced malignant pleural mesothelioma who have progressed on previous chemotherapy (VAN-TAGE-014): A phase 3, double-blind, randomised, placebo-controlled trial[J]. *Lancet Oncol*, 2015, 16(4):447-456.
- [2] 莫世贤, 邓勇军, 刘焕鹏, 等. Fibulin-3 表达对恶性胸膜间皮瘤细胞的影响[J]. *中国病理生理杂志*, 2019, 35(3):448-453.
- [3] Panou V, Vyberg M, Weinreich UM, *et al.* The established and future biomarkers of malignant pleural mesothelioma[J]. *Cancer Treat Rev*, 2015, 41(6):486-495.
- [4] Tsao AS, Wistuba I, Roth JA, *et al.* Malignant pleural mesothelioma[J]. *J Clin Oncol*, 2009, 27(12):2081-2090.
- [5] Milano MT, Zhang H. Malignant pleural mesothelioma: A population-based study of survival[J]. *J Thorac Oncol*, 2010, 5(11):1841-1848.
- [6] Remon J, Reguart N, Corral J, *et al.* Malignant pleural mesothelioma: New hope in the horizon with novel therapeutic strategies[J]. *Cancer Treat Rev*, 2015, 41:27-34.
- [7] 王景贵, 高文萍, 张晓轩, 等. 恶性胸膜间皮瘤的临床特点及病理学改变[J]. *中国当代医药*, 2010, 33:83.
- [8] 北京市癌症疼痛护理专家共识(2018版)[J]. *中国疼痛医学杂志*, 2018, 24(9):641-648.
- [9] 刘雅琴, 张晓玲, 肖克源, 等. 护理干预对癌性疼痛患者病人疼痛的影响[J]. *中国实用护理杂志*, 2015, 31(1):30-32.
- [10] 晁青, 张亚婷, 袁鸿琴, 等. 1例胸膜间皮瘤患者病人爆发性疼痛的护理[J]. *现代肿瘤医学* 2007, 2:297.
- [11] 王薇, 曹邦伟, 宁晓红, 等. 北京市癌痛控制20年进步与挑战——北京市多中心癌痛状况调查(FEN-PAI4090)[J]. *中国疼痛医学杂志*, 2014, 20(1):5-17.
- [12] 王凌珊, 李微, 郭丽娟, 等. 疼痛护理在提高晚期乳腺癌患者生活质量中的效果[J]. *中国医药指南*, 2017, 31:222-223.
- [13] 徐君. 临终关怀护理在原发性晚期肺癌患者疼痛管理中的应用效果[J]. *饮食保健*, 2018, 5(9):163.
- [14] 陈龙梅. 循证护理模式在原发性三叉神经痛患者中的应用研究[J]. *中国疼痛医学杂志*, 2016, 22(1):45-49.
- [15] 潘佳颖, 童莺歌, 柴玲, 等. 护理权限内非药物镇痛措施在癌症疼痛护理中的应用研究进展[J]. *护理研究*, 2018, 32(22):3492-3495.
- [16] 李萌, 纪凡, 卢光, 等. 综合护理干预卒中后中枢性疼痛病人的研究[J]. *中国疼痛医学杂志*, 2017, 23(8):584-588.
- [17] 陈龙梅, 王珩. 腰椎间盘突出症患者抑郁、焦虑状况及影响因素分析[J]. *中国疼痛医学杂志*, 2014, 20(6):437-440.
- [18] 胡玥, 张雯霞, 陈彦玲. 青少年慢性乙肝患者的心理分析及护理进展[J]. *中华现代护理杂志*, 2017, 23(14):1941-1944.
- [19] 崔洪霞, 邹玉凤. 恶性胸膜间皮瘤32例临床分析[J]. *吉林医学*, 2010, 34:6194-6195.
- [20] 宋健, 陈道菊, 黄玉玲, 等. 服药依从性与癌痛病人疼痛控制效果的相关性研究[J]. *中国疼痛医学杂志*, 2017, 23(8):630-633.
- [21] 刘春霞, 孟翠巧, 王贺波. 综合干预措施缓解重症急性胰腺炎患者疼痛[J]. *中国疼痛医学杂志*, 2014, 20(4):279-281.
- [22] 申景进, 陈向一, 赖平妹, 等. 持续躯体形式疼痛障碍临床症状与述情障碍的关系[J]. *中国健康心理学杂志*, 2014, 22(7):990-992.
- [23] 郭璐瑜, 郭丽娟, 吕美玲. 综合护理干预对非手术型痔疮患者疼痛症状及生活质量的影响[J]. *中国实用医药*, 2016, 11(20):204-206.
- [10] Roger W, Byard. Classical syphilitic lesions from the museum[J]. *Forensic Sci Med Pat*, 2018, 7(23):1-5.
- [11] Bogousslavsky J, Tatu L. Édouard manet's tabes dorsalis: from painful ataxia to phantom limb[J]. *Eur Neurol*, 2016, 76(1-2):75-84.
- [12] Nitrini R. The history of tabes dorsalis and the impact of observational studies in neurology[J]. *Arch Neurol*, 2000, 57(4):605-606.
- [13] 欧强, 卢峪霞. 神经梅毒研究进展[J]. *临床神经病学杂志*, 2013, 26(1):78-79.

(上接第714页)

点分析[J]. *大连医科大学学报*, 2017, 39(1):66-69.

- [7] 陆慧, 矫黎东, 刘峥, 等. 以长节段脊髓病变为表现的梅毒性脊髓炎二例并文献复习[J]. *中华神经科杂志*, 2016, 49(12):967-969.
- [8] Berger JR. Infectious myelopathies[J]. *Continuum (Minneapolis)*, 2011, 17(4):761-775.
- [9] Zhang YQ, Huang M, Jia XY, *et al.* A clinical study of new cases of parenchymal neurosyphilis: has tabes dorsalis disappeared or been missed?[J]. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 2015, 27(1):17-21.