

多学科协作综合管理对癌痛患者爆发痛的影响

邹密亮 李 林*

中南大学湘雅二医院肿瘤科 湖南长沙 410000

[摘要] **目的** 探讨多学科协作综合管理对癌痛患者爆发痛的影响。**方法** 选取2018年1-12月我院肿瘤内科收治符合纳入标准的96例恶性肿瘤疼痛患者作为研究对象,按照患者入院时间段分为对照组和实验组,每组48例患者。对照组采用常规癌痛管理方法,实验组采用多学科协作管理方法,干预前后采用疼痛应对策略量表、癌性爆发痛诊断标准与患者疼痛护理满意度量表对两组患者进行测评,比较两组患者对疼痛管理应对策略认知、行为及爆发痛发生情况。**结果** 干预后,实验组癌性爆发痛发生率明显低于对照组,数据差异有统计学意义($P<0.05$);实验组对疼痛管理应对策略认知、行为维度与疼痛护理满意度量表得分明显高于对照组,数据差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对癌痛患者实施多学科协作综合管理,从多方面配合,使恶性肿瘤患者的癌痛得到规划化治疗,提高患者对癌痛规范化治疗认知度和护理满意度,并采取积极的应对策略,从而降低爆发痛的发生率。

[关键词] 多学科协作;恶性肿瘤;疼痛;爆发痛;规范化治疗

[中图分类号] R473.2

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561(2019)06-153-03

癌性疼痛(癌痛)是肿瘤患者常见的症状之一,中晚期癌症患者疼痛发生率高达70%-90%^[1-2]。癌性爆发痛(breakthrough pain, BTP)是指服用阿片类药物持续治疗的基础上,仍出现急性、突发性的剧烈疼痛,可自发产生,也可因各种因素诱发,其发生率可高达50%-90%,爆发痛一旦发生令患者痛不欲生,而且发作原因复杂,对患者造成巨大心理压力,是影响恶性肿瘤患者生活质量的重要因素,也是诱发患者自杀的重要因素^[3-4]。因此,癌痛控制被并列于WHO癌症治疗的四项重点规划之一^[5]。如何对癌性疼痛患者进行管理,使癌痛患者得到全方位、规范化治疗,降低爆发痛的发生率,全面提升患者对癌痛规范化治疗认知度促进行为改变以及癌痛护理满意度,改善恶性肿瘤患者生活质量是肿瘤医护人员研究的热点。多学科协作模式是根据疾病及治疗综合决定,由2个或2个以上护理学科成员组成专业团队,参与病人护理方案的制定,集中各学科专业理念、知识技能和临床经验的优势,最大程度优化病人的护理效果,实施和执行各专业疾病的护理措施及健康教育^[6]。本研究选取2018年1月-12月我院肿瘤内科收治符合纳入标准的96例恶性肿瘤疼痛患者作为研究对象,对其中的48例患者采用多学科协作团队管理方法管理,取得良好的成效,现报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象

选取2018年1月-12月我院肿瘤内科收治的符合纳入标准的96例恶性肿瘤疼痛患者作为研究对象,病例入选标准:①知情并同意参与本研究者;②意识清楚,年龄18-70岁者;③经病理学检查确诊为恶性肿瘤,预计生存时间超过半年者;④初始数字分级法疼痛量表(numerical rating scale, NRS)评分超过4分,且疼痛经历超过3天者。排除对象:①非癌性疼痛者;②病情危重,随时有生命危险者;③精神、认知功能障碍者。96例患者按照入院时间段分为对照组和实验组,每组各48例患者。其中2018年1月-6月收治的48例患者为对照组:性别:男31例,女17例;年龄:18-70岁,平均年龄(57.50±13.28);肿瘤类型:肺癌18例,食道癌12例,胃癌10例,骨肉瘤6例,其他2例;文化程度:初中及以下29例,高中或中专10例,大专及以上9例,临床分

期:II期19例,III期20例,IV9例;2018年7月-12月收治的48例患者为实验组:性别:男30例,女18例;年龄:18-70岁,平均年龄(58.30±13.26);肿瘤类型:肺癌17例,食道癌13例,胃癌9例,骨肉瘤6例,其他3例;文化程度:初中及以下30例,高中或中专9例,大专及以上9例,临床分期:II期18例,III期20例,IV10例。两组患者一般资料比较,数据差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组采用常规癌痛管理方法管理,即患者入院后,由责任护士和主管医生共同对患者的疼痛情况进行评估并记录,主管医生根据患者疼痛评估结果制定出癌痛治疗方案。患者住院期间,由责任护士严密监测患者生命体征、保持病房干净整洁、指导饮食和镇痛泵的使用以及针对患者问题给予指导和帮助,心理疏导,降低其负性情绪,每天值班护士对患者疼痛进行管理,根据患者疼痛评分遵医嘱对症处理。

1.2.2 实验组采用多学科协作团队管理方法管理,即由肿瘤内科医生、护士、疼痛科、心理咨询科、营养科、药剂科等多学科协作团队管理方法对患者癌痛进行管理,具体操作如下。

1.2.2.1 成立多学科协作管理癌痛患者团队:成立多学科协作管理癌痛患者团队,团队包括肿瘤内科医生1名(要求:博士及以上学历,具有5年或以上肿瘤内科临床工作经验,主治医师或以上职称),肿瘤内科专科护士4名(要求:有肿瘤内科护理工作经验3年或以上,护师或以上职称);多学科支持团队(均为硕士及以上学历,5年或以上临床经验):疼痛科医生1名、药剂科药剂师1名、心理咨询科心理治疗师1名、营养科营养师1名。团队成员需要熟练掌握恶性肿瘤患者癌痛评估方法、恶性肿瘤患者癌痛与爆发痛发生的诱因与预防方法、癌痛规范化治疗方法、恶性肿瘤患者常用止痛药物及辅助用药种类、作用机制与不良反应应对、与肿瘤患者沟通技巧等,保证患者癌痛管理安全和质量。

1.2.2.2 建立癌痛患者多学科协作管理制度与方案:由小组成员共同查阅国内外相关文献,多次开会商议,制定出癌痛患者多学科协作管理制度与方案,确定每一位成员的工作范畴和职责,强调各个部门成员需各司其责,互相配合。护士工作职责:尽最大努力解决患者的癌痛问题,确定实验组入选患者入院后,由小组成员于患者入院当天采用多学科

* 通讯作者: 李林

会诊的方式,评估患者疼痛程度、对癌痛管理知识需求、健康教育接受的方式,共同讨论每一位患者止痛用药合理剂量,辅助用药的选择,不同止痛治疗方式的选择等,制定出个性化癌痛管理方案。在实施方案过程中,随着患者具体情况,小组成员共同商议对方案进行整改。

1.2.2.3 癌痛患者多学科协作管理规范化护理: (1) 入院当天护理内容: 由护士带领小组成员共同跟患者及家属深入沟通,全面了解患者癌痛情况、心理状况、对癌痛止痛药物治疗担忧原因以及对疼痛管理的期望值等,耐心跟患者及家属沟通。护士向家属详细讲解癌痛患者多学科协作管理方案实施流程及团队成员、成员资质、癌痛规范化治疗方法与流程,可能导致的并发症与预防措施,消除患者对止痛药物治疗担忧,降低负性情绪,积极配合治疗与护理,根据患者具体情况制定出个性化癌痛管理方案。并建立癌痛规范化治疗档案,包括患者姓名、年龄、住院号、身份证号、详细住址,疾病诊断、主诊医师、癌痛情况、止痛方法、用药情况、癌痛治疗方案及不良反应等。(2) 在院期间护理内容: 1) 疼痛评估: 护士采用 NRS 对患者疼痛进行评估,以患者主诉为准,不依据医护人员主观判断,每 4-6 小时评估一次,并记录癌痛护理病历,包括患者癌痛发生时间、部位、持续时间、强度、止痛药物的使用和调整、用药后的不良反应等并通知小组成员。2) 给药护理: 个性化给药,遵医嘱根据患者的疼痛程度给与阶梯式给药方案,做到按时给药而不是按需给药,严密监测用药后的效果每隔 0.5-1 小时重复评估一次以保证疼痛缓解,并观察有无恶心、呕吐等不良反应,使用最佳剂量减少成瘾及副作用。3) 心理护理干预: 患者发生疼痛不适,通过引导患者进行一些喜闻乐见的活动分散患者的注意力,如看电视、愉悦的交谈、下棋等等,通过音乐疗法、规律性按摩或冥想等方法,帮患者缓解疼痛不适及精神紧张。同时以同情的态度去安慰患者,并且对其进行鼓励,使其产生信任感,利用自身知识协助他们对抗疼痛。4) 健康教育: 临床工作发现相当一部分患者对镇痛药存在误区,认为镇痛药易成瘾,即使剧烈疼痛也拒绝用药。向患者及家属解释疼痛形成的原因、危害以及镇痛药物的作用机制,着重强调三阶段阶梯止痛原理,告知医护人员会进行药物剂量和时间的掌握,使其对此有充分认识并积极参与其中并配合治疗。同时在心理干预过程中指导患者音乐疗法、规律性按摩、冥想、全身肌肉松弛法等缓解疼痛的非药物疗法的实施,并鼓励患者自主实施,护士耐心倾听患者实施过程中的感受并给予指导,改变患者被动治疗为主动参与治疗。(3) 出院后护理: 患者出院前一天,护士及小组成员共同与患者及家属商议患者出院后随访方式、时间,出院后采用微信、电话及门诊随访的形式进行随访。护士每周对患者进行随访一次,并将随访结果记录于癌痛管理档案供其他成员查阅,并将患者反映的问题及时向其他成员汇报,共同商量决策。小组成员每月对患者情况进行一次总结和分析,对管理方案进行整改,保持持续改进。

1.2.2.4 癌痛患者多学科协作管理规范化治疗: 其他疼痛小组成员根据疼痛病历的记录、患者疼痛情况及不良反应,共同商议调整疼痛管理方案,包括规范药物治疗方案、辅助药物的改变、营养方案的改变、疼痛相关知识教育及心理疏导方案等。小组长负责对多学科协助管理方案实施情况进行监督和实施效果进行评价,每月组织小组成员共同对方案实施过程中出现的问题进行分析、讨论、总结及保持疼痛管理

质量持续改进。

1.3 评价

1.3.1 两组患者对疼痛管理应对策略认知、行为评价: 本研究采用患者对疼痛管理应对策略量表^[7],该量表由认知(8个条目)、行为(30个条目)2个维度共38个条目组成。每个条目采用 Likert5 级评分法,从“从未使用”-“总是使用”分别计“1分”-“5分”。分值越高表示对疼痛应对越好,量表的 Cronbach's α 系数为 0.84-0.95^[7]。

1.3.2 两组患者对疼痛护理满意度评价: 本研究采用专门用于测量肿瘤患者对疼痛控制的满意度量表^[8-9],包括专业技术能力(5个条目)、教育关系(5个条目)、信任关系(3个条目)3个维度,共21个条目。每个条目采用 Linkert5 级计分,即“非常不同意”、“不同意”、“一般”、“同意”、“非常同意”依次计“1分”、“2分”、“3分”、“4分”、“5分”,总分为 21-105 分,分数越高表示患者对疼痛护理满意度就越高。该量表证实有良好的信效度,量表的内部一致性信度 Cronbach's α 系数为 0.80^[10]。

1.3.3 癌性爆发痛判断标准^[11]: ①患者是否存在基础疼痛,即上周每日疼痛持续时间 $\geq 12\text{h}$; ②上周基础疼痛是否得到控制,即 NRS 评分 <4 分; ③患者是否在疼痛控制后出现疼痛加重达到重度疼痛(NRS >6 分)的现象。如3个问题的回答均为“是”,则可确诊患者存在爆发痛。

1.4 统计学方法

研究者采用 SPSS19.0 分析软件对数据进行录入与统计分析,两组患者对疼痛管理应对策略认知、行为及疼痛护理满意度采用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)来表示,运用 t 检验;两组患者癌性爆发痛发生率比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者癌性爆发痛发生率比较

干预后,实验组癌性爆发痛发生率明显低于对照组,数据差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1: 两组患者癌性爆发痛发生率比较(例,%)

组别	例数	干预前	干预后
实验组	48	18 (37.5)	7 (14.6)
对照组	48	19 (39.6)	16 (33.3)
χ^2		0.187	4.981
P 值		>0.05	<0.05

2.2 两组患者对疼痛管理应对策略认知、行为及疼痛护理满意度比较

干预后,实验组对疼痛管理应对策略认知、行为与疼痛护理满意度量表得分明显高于对照组,数据差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2: 两组患者对疼痛管理应对策略认知、行为及疼痛护理满意度比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	疼痛管理 应对策略认知	疼痛管理 应对策略行为	疼痛护理 满意度
对照组	2.01 $\pm$ 0.28	2.40 $\pm$ 0.25	3.21 $\pm$ 0.30
实验组	2.46 $\pm$ 0.32	2.96 $\pm$ 0.22	3.79 $\pm$ 0.36
t 值	3.257	4.041	4.169
P 值	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

3.1 对恶性肿瘤患者癌痛爆发痛管理的重要性

《中国卫生和计划生育统计年鉴 2013》中指出恶性肿瘤已成为我国部分地区致死率第一位的疾病^[12]，随着环境污染，患癌率日渐上升，而我国 80% 以上癌症患者被确诊时已经是中晚期，失去了最佳救治的机会^[13]，而疼痛是晚期肿瘤患者普遍存在的症状，有 60-90% 的患者存在不同程度的癌痛，而癌性爆发痛更是癌症患者经常面临的临床问题，在癌症患者中的发生率约为 63%^[14]。爆发痛是临床癌性疼痛中急需解决的问题之一，它不仅对患者本身（包括饮食、睡眠、日常生活）有影响，极大地增加了痛苦，降低了生活质量，而且影响阿片类药物的疗效和治疗满意度，对社会也有重要的消极影响^[15]。因此，非常有必要对恶性肿瘤患者癌痛爆发痛进行管理，最大限度降低患者癌痛爆发痛发生率，全面提升患者对癌痛护理服务的满意度，从而提升患者姑息期生活质量，实现肿瘤患者无痛生存的目标。但由于国内疼痛管理起步晚，大部分医院仍然是由医生和护士管理，二是国内护士人力编制短缺，临床护理工作繁忙，忽视了癌痛患者的疼痛管理和癌痛健康教育，导致患者及家属疼痛教育不足，患者及家属对癌痛知识缺乏，出现害怕止痛药成瘾而擅自减药或停药，导致疼痛管理质量不高，患者对癌痛护理满意度不高。因此非常有必要寻求一种全新的管理模式，提高癌痛患者疼痛管理质量。

3.2 多学科协作团队综合管理对癌痛患者爆发痛的影响

本研究结果表 1 和表 2 显示：干预后，实验组癌性爆发痛发生率明显低于对照组，数据差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；实验组对疼痛管理策略认知、行为以及疼痛护理满意度量表得分明显高于对照组，数据差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，说明对癌痛患者实施多学科协作团队综合管理，能有效提高患者对癌痛规范化治疗认知度和护理满意度，患者采取积极的应对策略，从而降低爆发痛的发生率。分析原因：一方面，多学科协作团队综合管理对癌痛患者爆发痛发生情况进行管理，增加了医生、护士、疼痛科医生、药剂师及心理治疗师的互动，保障了癌痛患者护理服务全面性和各个学科的无缝对接，增加了护理服务的统一性，从而提高患者对癌痛管理的满意度和服药依从性，降低癌性爆发痛发生率；另一方面，多学科协作团队综合管理包括肿瘤内科医生、肿瘤内科专科护士、疼痛科医生、药剂科药剂师、心理咨询科心理治疗师和营养师营养师治疗师，不同学科医护人员共同对癌痛患者癌性爆发痛进行管理，使得患者癌痛患者癌性爆发痛管理更规范、更科学，保证了护理的连续性和高效性，提高了癌痛患者癌性爆发痛管理质量和患者对护理服务满意度，降低癌痛患者癌性爆发痛发生率。同时国内也有学者提出多学科协作规范化管理是癌痛控制的关键和趋势^[16]。

4 结论

由此可见，对癌痛患者实施多学科协作团队综合管理，是从多方位配合，使恶性肿瘤患者的癌痛进行规划化治疗，提高患者对癌痛规范化治疗认知度和护理满意度，采取积极的应对策略，从而降低爆发痛的发生率，值得推广运用。

【参考文献】

(上接第 152 页)
有积极作用。

【参考文献】

[1] 卢静. 综合护理对腹部手术后粘连性肠梗阻的效果观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2018, 38(A01):261-262.

[1] Torresan M M, Garrino L, Borraccino A, et al. Adherence to treatment in patient with severe cancer pain: a qualitative (BQ-II)[J]. Pain, 2002, 99(3): 385-396.

[2] 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]. Jpn J Clin Oncol, 2017, 47(11):1060-1065.

[3] Davies A N, Dickman A, Rrid C, et al. The Management of Cancer-related Breakthrough Pain: Recommendations of Task Group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland[J]. Eur J Pain, 2009, 13(4):331-338.

[4] MARGARIT C, JULI J, LOPEZ R, et al. Breakthrough cancer pain - still a challenge[J]. J Pain Res, 2012, 5:559-566.

[5] 石磊, 马筱慧, 王楠妮, 等. 建立多学科随访管理体系加强出院患者癌痛管理[J]. 中国护理管理, 2014, 14(11):1127-1130.

[6] Delgado-Almendoz JE, Crandall BM, Fease JL, et al. Successful endovascular treatment of three fusiform cerebral aneurysms with the Pipeline Embolization Device in a patient with dilating HIV vasculopathy[J]. J Neurointerv Surg, 2014; 6(2): 12.

[7] 余幸宜. 台北市社区老人慢性疼痛盛行率、疼痛形态及因应策略之探讨[D]. 台北: 阳明大学, 2003.1-126

[8] Calvin A, Becker H, Biering P, et al. Measuring patient opinion of pain management[J]. J Pain Symptom Manage, 1999, 18(1):17-26.

[9] Risser N L. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses care in primary care settings[J]. Nurs Res, 1975, 24(1):45-52.

[10] 李丽丽. 乳腺癌患者疼痛护理满意度及影响因素研究[J]. 护理学报, 2016, 31(8):24-26.

[11] Davies A N, Dickman A, Reid C, et al. The management of cancer-related breakthrough pain: recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland[J]. Eur J Pain, 2009, 13(4): 331-338.

[12] 国家卫生和计划生育委员会. 中国卫生和计划生育统计年鉴 2013. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2013.

[13] Classen SJ, Francke AL, Belarbi HE, et al. A New Set of Quality Indicators for Palliative Care: Process and Results Of the Development Trajectory[J]. J Pain Symptom Manage, 2011, 42(2):169-182.

[14] Silver J, Mayer RS. Barriers to pain management in the rehabilitation of the surgical oncology patient. Surg Oncol, 2007(95): 427-435.

[15] 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):26-28.

[16] 王理扬, 李霖川, 姚文秀. 多学科协作是提高癌痛管理质量的关键[J]. 中国医刊, 2015, 50(9):13-15.

[2] 吴丽榕, 林云枝, 林月. 综合护理在腹部手术后粘连性肠梗阻患者的效果观察[J]. 中国卫生标准管理, 2018, 9(10):168-170.

[3] 王春霞, 宋苗苗, 董湘云. 研究综合护理对腹部手术后粘连性肠梗阻的预防作用[J]. 中国卫生标准管理, 2018, 9(4):132-133.