

难治性癌痛患者的多专科协作精准护理

吴冰¹, 赵云¹, 羊波¹, 王梅香², 孟爱凤²

摘要:目的 探讨基于多专科协作的精准护理模式在难治性癌痛患者中的应用效果。方法 将镇痛科收治的 208 例难治性癌痛患者按住院时间分为对照组与观察组各 104 例, 对照组给予常规癌痛护理, 观察组创建多专科护理团队实施专科协作的精准护理, 出院 1 个月采用简明疼痛量表、癌痛自我效能感量表、癌症患者生活质量量表进行调查。结果 出院后 1 个月, 观察组患者疼痛评分显著低于对照组, 癌痛自我效能感及生活质量得分显著优于对照组(均 $P < 0.01$)。结论 基于多学科协作的精准护理模式能有效改善难治性癌痛患者的疼痛状况, 提高其自我效能感及其生活质量。

关键词: 难治性癌痛; 精准护理; 多专科协作; 自我效能感; 生活质量

中图分类号: R473.73; R471 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2019.08.059

Precise nursing based on multidisciplinary collaboration in patients with refractory cancer pain Wu Bing, Zhao Yun, Yang Bo, Wang Meixiang, Meng Aifeng. Department of Analgesia, Jiangsu Cancer Hospital & Jiangsu Institute of Cancer Research & The Affiliated Cancer Hospital of Nanjing Medical University, Nanjing 210009, China

Abstract: **Objective** To explore the application effect of precise nursing model based on multidisciplinary collaboration in patients with refractory cancer pain. **Methods** A total of 208 patients with refractory cancer pain treated in analgesia department were divided into a control group and an observation group chronologically, with 104 cases in each group. The control group was given routine nursing for cancer pain, while the observation group received precise nursing by establishing multidisciplinary team. The patients in the two groups were investigated using Brief Pain Index (BPI), Chronic Pain Self-efficacy Scale (CPSS) and European Organization for Research on Treatment of Cancer (EORTC) at 1 month after discharge. **Results** At 1 month after discharge, the BPI score of the observation group were significantly lower than those of the control group, and the score of CPSS and EORTC were significantly better than those of the control group ($P < 0.01$ for all). **Conclusion** The precise nursing model based on multidisciplinary collaboration could effectively alleviate pain for patients with refractory cancer pain, improve their self-efficacy and quality of life.

Key words: refractory cancer pain; precise nursing; multidisciplinary collaboration; self-efficacy; quality of life

近年来,随着“癌痛规范化治疗示范病房”项目的推广,肿瘤患者疼痛症状得到了有效缓解^[1],但临床上仍有 10%~20%^[2-3]的难治性癌痛患者通过多种治疗手段后,疼痛仍得不到有效控制。在 2017 年发布的《难治性癌痛专家共识》中,已将难治性癌痛明确定义为“由肿瘤本身或肿瘤治疗相关因素导致的中、重度疼痛,经过规范化药物治疗 1~2 周疼痛缓解仍不满意或出现不可耐受的药物不良反应”^[4]。此类患者常伴有更严重的躯体症状与更强烈的痛苦体验,生活质量受到极大影响,其对医患的困扰超过其他疼痛的总和,是医患双方共同面临的棘手问题^[5]。随着精准医疗时代的到来,精准护理也必将成为趋势。有研究者提出,精准护理是指护理人员在恰当的时间针对合适的患者进行准确的护理实践,应用在症状学、慢病管理、临床决策和健康教育等领域,为患者制定个性化护理措施,以达到治疗效果最大化^[6]。难治性癌痛患者因病情复杂,伴随症状多、个体差异大、心理负担

重,常涉及肿瘤、疼痛、心理、营养、皮肤等多方面的问题,常规的癌痛护理已难以及时有效地解决此一系列复杂问题。鉴于此,本研究针对难治性癌痛患者开展了基于多专科团队协作的精准护理,取得了较好的效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 6 月至 2018 年 6 月我院镇痛科收治入院的 208 例难治性癌痛患者作为研究对象。纳入标准:①年龄 18~80 岁;②诊断为难治性癌痛;③病情稳定,卡式功能状态评分(Karnofsky Performance Status, KPS) ≥ 60 分;④意识清楚,能进行有效沟通;⑤患者自愿参加本研究,并签署知情同意书。排除标准:①患有精神疾病患者或交谈困难;②正在参加其他临床试验。剔除、脱落标准:①依从性差,不配合治疗;②治疗过程中自行退出;③发生严重不良反应及急危重症。按照入院时间先后顺序,将 2014 年 6 月至 2016 年 6 月入院的 104 例作为对照组,2016 年 7 月至 2018 年 6 月入院的 104 例作为观察组。两组一般资料比较,见表 1。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 患者住院期间,给予常规癌痛护理,主要包括疼痛评估、准确给药、观察药物不良反应、健康教育(教会患者掌握癌痛自评方法,指导其准确用

作者单位:江苏省肿瘤医院/江苏省肿瘤防治研究所/南京医科大学附属肿瘤医院 1. 镇痛科 2. 护理部(江苏 南京, 210009)

吴冰:女,硕士,护师

通信作者:赵云,zyunchina@163.com

科研项目:江苏省卫生健康委科研课题(BJ18032)

收稿:2018-10-15;修回:2018-11-28

药等)。患者出院后每周 1 次电话随访,内容包括:出院至今疼痛控制总体情况,有无出现爆发痛,目前疼

痛评分、疼痛部位与性质、服药情况以及不良反应等。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别		年龄(岁)			婚姻状况		文化程度			职业				家庭人均月收入(元)			接受疼痛知识宣教
		男	女	<50	50~60	>70	已婚	离异/丧偶	初中及以下	高中/中专	大专及以上	工人	农民	干部	其他	<3000	3000~	>8000	
对照组	104	50	54	14	13	77	94	10	37	43	24	34	21	23	26	21	61	22	91
观察组	104	47	57	12	13	79	96	8	33	45	26	31	13	31	29	19	62	23	87
统计量		$\chi^2=0.174$		$Z=0.356$			$\chi^2=0.243$		$Z=0.560$			$\chi^2=3.370$				$Z=0.323$			$\chi^2=0.623$
P		0.781		0.722			0.622		0.575			0.345				0.747			0.554

1.2.2 观察组

1.2.2.1 创建多专科护理团队 团队成员包括:镇痛科护士长 1 名,副主任护师,为团队负责人;镇痛科医生 1 名,副主任医师,为专家顾问;心理咨询师 1 名;疼痛、肿瘤、伤口造口、糖尿病及营养专科护士各 1 名,均经培训获得江苏省专科护士资质,主要负责为患者制定个体化护理方案。团队负责人根据患者需求,充分征求各专科专家意见后制订培训课程,包括难治性癌痛专家共识的解读,难治性癌痛的全面评估,阿片类及辅助镇痛药物的正确给药方式及不良反应预防,爆发痛的处理,微创介入治疗,营养评估及管理,心理评估及沟通技能等。小组成员在工作之余通过课堂授课、小组讨论等进行 2 周培训,同时通过回顾性分析 6 例难治性癌痛患者的资料进行模拟训练。团队负责人和肿瘤专科护士共同整理 6 例患者的资料,包括病情、使用镇痛药物的时间、剂量、给药方式、出现不良反应的时间、程度、干预情况、评价效果以及患者的营养、心理状况等。针对这 6 例患者,模拟进行疼痛评估、用药选择、营养状况评估和饮食指导,个体化的心理评估和干预、建立电子档案、电话随访、资料收集,共同制定精准护理的实施方案、不良反应处理的流程等。

1.2.2.2 开展多专科协作的精准护理 医疗专家确诊患者属于难治性癌痛,收治入科即启用多专科护理团队的工作流程:①疼痛专科护士对患者进行首次全面评估,评估内容包括疼痛发生原因,疼痛的强度、部位、性质、时间、缓解加重因素,爆发痛次数、患者的功能评价、疼痛治疗史、心理状况、营养状况、家庭社会支持情况、患者及家属对疼痛的态度等。②将患者的评估情况发送至团队微信群,各专科护士了解患者的基本情况,约定团队会议时间(一般多专科护理团队在接到申请后 2 d 内完成第 1 次会议)和地点。若患者不存在某专科的护理问题,则该专科的专科护士可不参加本次团队会议。③团队成员进行会议讨论,针对患者目前存在的护理问题及其自身需求,制定个体化精确的护理实践方案。如出现使用疼痛药物效果不佳或出现不良反应等,由镇痛科医生及时调整用药并对症处理并发症。由疼痛专科护士指导患者正确用药,宣教相关用药知识,观察药物不良反应,并监测患者用药依从性,对于使用微创介入治疗的患者做好手术护理。若使用疼痛药物效果不佳或出现不良反应,由疼痛专

科护士及时汇报镇痛科医生,及时调整用药并处理并发症。如出现食欲下降的情况,则由营养师及时全面评估其营养状况,给予专业指导。如患者情绪低落,则由心理咨询师给予心理疏导。如患者发生压疮,则由伤口造口专科护士及时评估给予针对性指导。专科护士根据小组意见,建立患者的电子档案,内容包括患者的一般资料、既往史、现病史、服用药物,并按模块记录医生、营养师、心理咨询师、各专科护士的指导方法,小组成员共享电子档案的资料。镇痛科护士长及疼痛专科护士对护理方案的执行进行督查。④疼痛专科护士每周对患者进行 1 次全面评估,将评估结果发送至团队微信群,约定下次团队会议时间(常规 1 次/周)。如患者突发病情变化,由疼痛专科护士第一时间上报,以会诊形式请求相关专科护士支援。⑤患者出院后,由肿瘤专科护士每周电话随访 2 次,随访内容除对照组随访内容外,还包括询问患者居家期间呕吐、便秘、疲乏、睡眠障碍等相关症状及营养、心理等问题。建立微信群,向患者解释微信群的功能和使用方法,告知患者在服药过程中出现任何问题均可在微信群内进行咨询,团队成员会对患者提出的问题进行解答。整个干预过程自患者入院至出院后 1 个月。

1.3 评价方法

1.3.1 评价内容 ①一般资料调查表。由研究组成员通过查阅文献和小组讨论自行设计而成,包括患者的性别、年龄、婚姻、文化、职业、家庭经济状况、是否接受过疼痛知识宣教。②疼痛强度量表。采用国际通用的简明疼痛量表(Brief Pain Index, BPI)中的疼痛强度评估部分来评估患者的疼痛。该量表中疼痛强度包括 4 个条目:患者目前疼痛程度;过去 24 h 内最剧烈的疼痛程度;过去 24 h 内最轻微的疼痛程度;过去 24 h 内平均疼痛程度。以数字评估法(NRS)计分,计分范围 0~10 分。该量表信度 Cronbach's α 系数为 0.81^[7]。③癌痛自我效能感量表。选择由何海燕等^[8]汉化修订的 Anderson 慢性疼痛自我效能感量表(Chronic Pain Self-efficacy Scale, CPSS),此量表共 22 个条目,分 3 个维度,即疼痛管理自我效能、躯体功能自我效能、症状应对自我效能,各条目采用 Likert 5 级评分法,从“1”完全没有把握至“5”极有把握。中文版 CPSS 在癌痛患者中的应用具有较好的信效度,总量表和分量表的 Cronbach's α 系数为 0.836~0.951,

Guttman 分半信度系数为 0.760~0.904,重测信度系数为 0.819~0.904。④癌症患者生活质量量表。采用欧洲癌症研究所与治疗组织(European Organization for Research on Treatment of Cancer, EORTC)于 1990 年公布的 QLQ-C30,该量表为自我报告形式,共 30 个条目,分别从 5 种功能领域(身体、角色、认知、情绪和社会,15 个条目)、3 种症状领域(疲劳、疼痛、恶心呕吐,3 个条目)、1 个总体健康状况领域和其他条目 6 项(呼吸困难、睡眠质量、食欲、便秘、腹泻和经济状况,6 个条目)对患者的生活质量进行测量^[9-10]。其中,条目 29、30 分为 7 个等级,根据其回答选项,计为 1~7 分;其他条目分为 4 个等级,计为 1~4 分。各领域所含条目得分之和除以条目数为该领域的得分(粗分),为了各领域得分具有可比性,采用极差化方法进行线性变换,将粗分转化为 0~100 分的标准分。对于功能领域和总体健康状况领域,得分越高说明功能状况和生命质量越好,对于症状领域得分越高表明症状或问题越多(生命质量越差)。各维度

Cronbach's α 系数为 0.648~0.866,重测信度为 0.611~0.843,能较准确地评价癌症患者的生活质量。

1.3.2 资料收集方法 于患者入院当天及出院后 1 个月来门诊随访时,由肿瘤专科护士发放问卷,收集两组患者的一般资料,调查两组的癌痛程度、癌痛自我效能感及生活质量。填表前,与患者进行有效沟通,向患者讲解问卷填写方法和注意事项,对于文化程度较低不能理解题意和因病情较重不能独立填写者,征得同意后由研究者逐条询问,根据患者的回答如实填写。问卷填写完毕,当场收回,如有漏填及时补全。于入院及出院 1 个月时各发放问卷 208 份,均当场收回,有效回收率均为 100%。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 20.0 软件进行 χ^2 检验、 t 检验及秩和检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组干预前后癌痛评分比较 见表 2。

2.2 两组干预前后癌痛自我效能感评分比较 见表 3。

2.3 两组干预前后生活质量评分比较 见表 4。

表 2 两组干预前后癌痛评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

时间	组别	例数	现在的疼痛程度	最近 24 h 内疼痛最厉害的程度	最近 24 h 内疼痛最轻微的程度	最近 24 h 内疼痛的平均程度
干预前	对照组	104	7.74±1.03	8.61±1.22	5.47±1.20	6.64±1.43
	观察组	104	7.82±0.85	8.47±1.38	5.13±0.96	5.13±0.96
	<i>t</i>		0.479	0.261	0.354	0.354
	<i>P</i>		0.727	0.795	0.772	0.772
干预后	对照组	104	3.76±1.28	5.78±1.57	2.79±1.34	3.80±1.09
	观察组	104	1.64±0.56	3.12±1.03	1.33±0.74	1.76±0.68
	<i>t</i>		5.024	4.786	4.093	5.275
	<i>P</i>		0.001	0.002	0.381	0.001

表 3 两组干预前后癌痛自我效能感评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

时间	组别	例数	疼痛管理自我效能感	躯体功能自我效能感	症状应对自我效能感	总分
干预前	对照组	104	10.89±0.39	18.52±0.60	17.36±0.47	46.77±17.04
	观察组	104	10.76±0.47	18.26±0.81	17.54±0.49	46.56±16.74
	<i>t</i>		2.760	1.983	2.097	3.251
	<i>P</i>		0.727	0.833	0.776	0.753
干预后	对照组	104	14.76±0.82	22.21±0.72	20.63±0.53	59.60±0.70
	观察组	104	19.31±0.56	33.25±0.60	29.75±0.51	82.31±0.54
	<i>t</i>		33.226	21.765	28.784	41.239
	<i>P</i>		0.001	0.002	0.000	0.000

表 4 两组干预前后生活质量评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

时间	组别	例数	功能领域	症状领域	其他得分	总体健康
干预前	对照组	104	57.62±19.31	48.55±19.36	42.38±19.15	54.35±16.53
	观察组	104	58.65±18.25	46.73±20.12	40.32±18.72	55.62±15.32
	<i>t</i>		0.398	-0.357	-0.421	0.309
	<i>P</i>		0.692	0.722	0.675	0.759
干预后	对照组	104	56.00±23.99	73.55±20.86	54.92±19.80	51.46±17.28
	观察组	104	56.72±23.05	33.19±18.82	38.74±20.62	65.63±16.14
	<i>t</i>		3.024	-4.331	-3.100	3.282
	<i>P</i>		0.004	0.000	0.003	0.002

3 讨论

疼痛是晚期癌症患者最难忍受的症状之一,而难治性癌痛则使患者伴有更严重的躯体症状与更强烈的痛苦体验。目前对难治性癌痛的研究多在于药物对疼痛本身的控制,而对其他的症状,如呕吐、便秘、皮肤、营养、心理等问题尚缺乏良好的管理模式报道^[11-13]。面对病情复杂、症状多样、需求较多的难治性癌痛患者,如何为其提供更优质的护理服务,已成为临床一线护理人员亟待解决的问题。Vorderstrasse等^[14]提出,精准医学中肿瘤护士的重要作用除了对患者开展教育外,还将跨学科合作,根据患者的自身特征,制定出个体化的护理方案,以确保准确的护理,最大限度地延长其生存时间,提高生活质量。在当前开展精准医疗计划的趋势下,本研究组尝试将精准护理理念引入难治性癌痛患者的干预中,根据患者现存问题,创建由疼痛、肿瘤、伤口、营养、心理等专科护士为主体的多专科护理团队,改变了护理干预单一化的现状,并从患者个性化需求方面挖掘疾患的解决突破口,针对不同类型、不同疾病阶段准确评估癌痛原因及程度,制定精准护理干预计划,切实落实从而达到针对性强,有效管理患者症状的目标。

本研究结果表明,通过多专科护理团队开展的精准护理能有效减轻难治性癌痛患者的疼痛程度,提高患者的癌痛自我效能感及生活质量。难治性癌痛患者除了难以忍受的疼痛之外,往往合并其他多种症状,严重影响着患者的生活质量。在传统的护理模式中,单一学科的护理人员无法解决患者的诸多症状。本研究中,通过基于多专科协作的精准护理干预,在恰当的时机给予患者最合适的护理措施,结果观察组患者在出院后1个月疼痛控制效果明显优于对照组(均 $P < 0.01$)。推测原因为观察组入组后得到多专科团队的全面评估,从患者个性化需求出发,通过精准设计,选择了合适的护理方案,使干预更具科学性、实用性和针对性,提升了患者疼痛控制的自我管理能力和自我效能感。此外,患者出院后,观察组通过微信平台、每周2次的电话随访等措施保证患者居家期间仍能随时与团队成员联系,解决了居家期间的一系列问题,较好地控制了患者的疼痛症状。多专科协作的精准护理中,团队成员通过知识和技能互补,为患者提供全面的治疗、咨询和精确的护理,弥补了传统的护理模式主要由疼痛科护士主导,限于口头宣教和电话随访,护理人员自身知识和技能的局限无法对患者出现的问题及时进行有效干预的缺陷。此外,两组患者在干预前疼痛自我效能感及生活质量均偏低,且明显低于国内社区老年慢性疼痛患者的自我效能感水平^[16],可能与所调查的患者大多处于中晚期,病情复杂、症状多样等有关。干预后,观察组患者的疼痛自我效能感及生活质量显著高于对照组(均 $P < 0.01$)。观察组患者在接受干预过程中,多专科护理团队始终以精准

护理理念为指导,除了灌输给患者相关的癌痛知识,更多地是以患者为中心,鼓励患者主动参与到疼痛的评估、报告、控制等各个环节中,这有利于患者提高自身状况的认知、促进行为的改变,使其参与治疗护理的决策,提高了患者对疼痛管理的主动性,从而提升癌痛自我效能感水平。

难治性癌痛患者治疗的最终目标是提高患者的癌痛控制效果和生活质量。观察组入组后医生给予治疗及用药指导,营养师给予个体化的饮食指导,心理咨询师及时提供心理咨询和疏导,伤口造口专科护士给予针对性的皮肤保护指导,肿瘤专科护士定时评估,发现问题及时反馈,团队成员共同合作在出院后仍为该组患者提供了有力支持和后续保障,提高了患者和家属对疾病及症状的自我管理能力,有益于患者较好地控制了疼痛及其他相关症状。此外,我们推测患者生活质量可能与其癌痛自我效能感相关,国内外均有研究者提出,高度的自我效能感能促使自我保健行为的增加和身心症状的减少,从而改善生活质量^[16-17]。

综上所述,对难治性癌痛患者实施多专科协作的精准护理,能够有效控制其疼痛症状,提高癌痛自我效能感,提升生活质量;同时,有利于减少资源浪费,是个性化护理服务的体现。而难治性癌痛患者面临问题的多样化也呼吁干预的专科化,多专科护理协作在我国才刚起步,有待继续探索和完善多学科的难治性癌痛管理体系,保障癌痛管理工作的平稳、持续、常态发展。本研究中所有病例为我院镇痛科住院的患者,为单中心研究,存在一定的局限性,研究结果尚有待多中心、大规模的进一步研究证实。

参考文献:

- [1] 癌痛患者护理指引专家共识(2017年版)[J]. 中国护理管理, 2017, 17(12):1585-1587.
- [2] Afsharimani B, Kindl K, Good P, et al. Pharmacological options for the management of refractory cancer pain—what is the evidence[J]. Support Care Cancer, 2015, 23(5):1473-1481.
- [3] Vayne-Bossert P, Afsharimani B, Good P, et al. Interventional options for the management of refractory cancer pain—what is the evidence[J]. Support Care Cancer, 2016, 24(3):1429-1438.
- [4] 王昆, 金毅. 难治性癌痛专家共识(2017年版)[J]. 中国肿瘤临床, 2017, 44(16):787-793.
- [5] 李小梅, 刘端祺. 改进我国难治性癌痛的诊治现状[J]. 中国疼痛医学杂志, 2012, 18(12):709-712.
- [6] Fu M R, 田亚丽, 冯先琼, 等. 精准护理的应用领域及发展方向[J]. 中华护理杂志, 2017, 52(10):1273-1275.
- [7] 陈卓园园, 韩兴平, 鞠梅, 等. 癌症患者癌痛自我效能感现状调查[J]. 重庆医学, 2017, 46(35):4991-4995.
- [8] 何海燕, 朱京慈, 彭娜. 慢性疼痛自我效能感量表应用于慢性癌痛病人的信效度研究[J]. 护理研究, 2008, 22(9):764-766.