

院外癌症患者疼痛控制及其影响因素的研究现状

曾冬艳, 林细吟, 李琨

(中山大学护理学院, 广东广州, 510089)

[关键词] 癌症患者; 疼痛控制; 护理

[中图分类号] R473.73 [文献标识码] A [文章编号] 1671-8283(2014)12-0061-05 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2014.12.017

Off-hospital pain control of cancer patients and the influencing factors

Zeng Dongyan, Lin Xiyin, Li Kun//Modern Clinical Nursing, -2014, 13(12):61.

[Key words] cancer patients; pain control; nursing

疼痛是一种与组织损伤或潜在损伤相关的不愉快的主观感觉和情绪体验^[1],是癌症患者常见的症状。疼痛给患者的生理、心理、社会等造成不同程度的影响,导致患者生活质量下降。患者住院期间,医护人员可及时评估患者疼痛程度并给予规范化治疗。癌症患者除了到医院接受治疗和复诊外,大部分时间需要在家里进行调养与康复^[2]。因此,正确评价癌症患者院外疼痛控制状况并给予及时有效的控制,对降低患者疼痛和提高其生活质量具有重要意义。本文就院外癌症患者疼痛控制状况及其影响因素进行综述,为采取针对性措施以减轻院外癌症患者的疼痛提供依据。

1 癌症患者院外疼痛控制状况

1.1 门诊癌症患者疼痛控制状况

疼痛是门诊癌症患者的一个重要问题。Raj 等^[3]用数字分级法 (numeric rating scale, NRS) 对 305 例门诊癌症患者进行调查,结果显示,过去 24 h 及目前患者疼痛评分值分别为 1.84 分和 1.08 分 (0 分为不痛,10 分为所能感受到最严重的疼痛),22% 患者过去 24 h NRS 评分 ≥ 4 分,21% 的患者主诉存在爆发痛。Boveldt 等^[4]的研究也显示类似的结果,其结果发现,428 例门诊癌症患者中有 39% 患者主诉存在疼痛,其中 20% 患者存在中到重度的疼痛 (NRS 为 5~10 分),且疼痛程度越高,对日常生活的干扰

程度越大。由此可见,医护人员应重视门诊癌症患者的疼痛问题,选择合适的止痛方式,最大程度地减轻患者疼痛程度。可采用芬太尼透皮贴剂,其是一种新型阿片类镇痛剂,具有较强缓解疼痛效果及无创性、作用时间长的给药特点^[5],特别适用于需频繁给药、依从性差、记忆力及理解力下降的老年患者。

1.2 社区癌症患者疼痛控制状况

大多数晚期癌症患者因为家庭观念、生活习惯、宗教文化背景和经济能力等因素的限制选择在社区接受治疗^[6]。研究发现^[7],社区癌症患者的疼痛发生率为 72%,NRS 评分 6.4 分;90% 患者 NRS 评分超过 5 分;25% 患者未接受任何止痛治疗。结果提示,社区癌症患者疼痛控制效果欠佳,需要加强社区癌症患者疼痛干预,以降低患者的疼痛。

1.3 居家癌症患者疼痛控制状况

杨辉^[8],吕俊蕊^[9],王昆^[10]等调查结果显示,影响居家癌症患者疼痛控制的主要因素分别是担心药物成瘾、担心药物不良反应、医护人员解释不到位等。这些影响因素将直接导致居家癌症患者疼痛疗效的降低。张凤玲,刘美等^[11-12]通过电话随访对出院后癌症疼痛患者进行调查,发现 10.89% 癌症疼痛患者出院后出现中、重度癌痛。由此可见,出院后癌症患者居家疼痛控制状况欠佳。

2 影响院外癌症患者疼痛控制的因素

2.1 护理人员缺乏癌症疼痛护理知识

护理人员缺乏疼痛知识是有效疼痛管理的主要障碍。王京娥等^[13]调查结果显示,只有 25.5%

[收稿日期] 2014-02-16

[作者简介] 曾冬艳(1988-),女,福建上杭人,硕士在读。

[通信作者] 林细吟,副教授,硕士生导师,E-mail:

linxiyin@mail.sysu.edu.cn。

的社区医护人员参加过癌症疼痛规范化治疗培训, 85.7% 社区医护人员缺乏癌症疼痛治疗技能。虽然已证实阿片类药物用于患者的止痛治疗导致成瘾的发生率 < 1%, 其引起呼吸抑制的发生率也很低, 但是在临床实践中, 护理人员仍过分担心阿片类药物的不良反应和成瘾性。Breuer 等^[14]对 2000 名医护人员的癌症疼痛控制的态度、知识与技能进行匿名调查, 发现医护人员存在癌症疼痛评估不足、用阿片类药物过度保守、疼痛控制培训不足等情况。黄晓蕾等^[15]调查结果显示, 有 88% 护士担心药物成瘾。Lai 等^[16]用护士疼痛知识和态度调查问卷对 1 900 名护士进行调查, 回答正确率为 50.5%。由此可见, 护理人员缺乏疼痛护理知识, 从而影响癌症患者疼痛控制效果。要提高癌症患者疼痛控制效果, 需加强对医护人员癌症疼痛规范化治疗的培训, 提高医护人员对癌症疼痛患者的服务理念和工作技能。

2.2 患者及其家属对疼痛控制存在顾虑

在癌症疼痛治疗过程中, 阿片类药物是治疗中度和重度疼痛的首选药, 且阿片类药物的使用常具有严格的时间要求, 延迟服用、漏服或停药均会影响疼痛治疗效果^[17]。癌症疼痛患者因担心止痛药有“成瘾性”, 或害怕止痛药的不良反应, 或担心长期用药产生耐药性等而不愿意使用止痛药^[18]。丁从兰等^[19]研究显示, 58.82% 癌症疼痛患者出院后存在对癌症疼痛止痛治疗的错误理解, 认为止痛药有“成瘾性”, 不到万不得已不服药。还有一些癌症疼痛患者不希望被亲戚、朋友等知道自己患有癌症而故意隐瞒疼痛, 不按时使用止痛药^[20]。此外, 家属作为患者的重要看护者, 家属对止痛药的错误认知可直接影响患者对癌症疼痛治疗的态度^[21-22]。

2.3 医护患对疼痛评估存在偏差

患者出院后需要自我评估或由家属评估疼痛程度, 而家属的评估与患者的自评与临床疼痛评估却存在偏差^[2]。一些癌症疼痛患者由于病情等原因未能到医院就诊, 医生只能通过看资料和听取家属的描述来推断患者的疼痛程度; 用药后也只能通过电话和家属的反馈了解患者疼痛缓解程度, 使医护人员未能及时全面掌握患者的疼痛状况而直接影响疼痛治疗^[23]。研究发现^[24-25], 医护人员对疼痛程度的评估与患者感觉符合率仅 33%, 且 54%

的医护人员判断疼痛的程度较患者自我感觉轻一个等级以上, 超过 50% 的护士低估了患者的疼痛。Horgas 等^[26]研究结果显示, 当 49% 患者主诉疼痛时, 护理人员只报告了 36%。因此, 提高癌症患者疼痛控制效果, 需最大限度地缩短医护患对疼痛评估存在的偏差。

2.4 麻醉药物管理

阿片类药物属于麻醉精神类药品, 目前国内只有三级医院才具有开处方的权利, 且临床医师通常只能开出 2 周的药^[27]。癌症疼痛患者一般需长时间使用止痛药, 患者或家属需要经常到医院取药, 有时无法保证能及时获得止痛药。当地医院药品配置不齐全, 止痛药种类少, 也可影响患者疼痛治疗效果^[28]。郑莹等^[29]调查结果表明, 影响癌症疼痛控制的第一位原因就是“阿片类药物使用限定过多”。黄哲宙等^[30]对上海市 1131 例癌症疼痛患者进行调查, 结果显示, 有 61.2% 患者 1 次门诊取药量不足 7 d, 有 23.0% 患者因止痛药剂量不足而止痛效果不满意。Li 等^[23]调查发现, 对于山区或偏远村庄的患者来说, 获取止痛药的困难是导致院外癌症疼痛患者未能有效控制疼痛的重要因素。另外, 吗啡控释片是三阶梯止痛方案推荐的代表药物, 但此类药物价格较高且需要较长时间服用, 导致部分经济贫困患者疼痛治疗效果欠佳^[23]。建议医药卫生管理部门应相应地调整阿片类麻醉药管理措施, 既要防止阿片类药物的流失, 又要保证临床运用的充分。

3 干预措施

3.1 健康教育

健康教育是对特殊人群在疾病状态下进行的与疾病有关的医学和护理知识的教育, 以患者及其家属为对象, 通过医护人员有计划、有目的的教育过程, 使其了解增进健康的知识, 改变其健康行为和问题, 使其行为向有利于健康的方向发展^[31]。院外癌症患者疼痛管理对策包括, ①加强医护人员疼痛控制知识与技能的培养。Momen 等^[32]认为, 针对医护人员疼痛控制的健康教育应包括使用强阿片类药物的注意事项、阿片类药物转换知识、爆发痛控制疼痛方法和技能等。另外加强疼痛评估工具使用的培训, 使护士能正确评估患者的疼痛程度, 采取积极和有效的疼痛控制方法, 有效降低患

者的疼痛。②提高患者掌握疼痛的正确评估方法,增强其对疼痛的自控能力,提高主动控制疼痛的意识。根据患者的现有疾病状况,指导患者记录疼痛观察日记^[33],记录内容包括持续疼痛时间和程度及用药情况和效果,使患者及其家属对疼痛有一个正确的判断,同时使医护人员能通过疼痛日记全面掌握患者的疼痛状况。研究结果^[34-36]显示,健康教育能提高患者的疼痛健康知识,减少疼痛控制顾虑,可有效缓解癌症疼痛。Lovell 等^[37]认为,有效癌症疼痛健康教育措施应以患者为中心,健康教育需有针对性,鼓励癌症患者对疼痛进行自我管理及自我护理。健康教育的方式包括电话随访、知识讲座、宣传小册子等。Thomas 等^[38]运用电话访谈法教导和帮助患者减轻疼痛。③癌症患者家属掌握足够的疼痛相关知识及疼痛控制技能可使其更有信心及更好地帮助患者控制疼痛。Meeker 等^[22]认为,提供疼痛热线电话及电话随访和家访培训疼痛知识及技能,可提高癌症患者及家属疼痛管理水平和能力。Valeberg 等^[39]将 112 例癌症疼痛患者家属分为对照组与干预组,由肿瘤专科护士对干预组实施教育心理干预,即第 1 周由护士通过家庭疼痛问卷评估家属的疼痛知识,第 2、4 及 5 周进行电话随访,第 3、6 周护士进行家访给予进一步的评估及指导;对照组给予疼痛健康教育小册子,经过 6 周的干预后,干预组疼痛相关知识掌握程度较对照组提高,提示教育心理指导是提高癌症患者家属疼痛知识的有效途径。

3.2 加强药物管理

实施《麻醉药品管理办法》应遵从“最大限度地满足疼痛患者缓解疼痛需求”的原则,实现让癌症无痛的理想目标。政府部门应该增加吗啡等强阿片类药物的生产供应及加大对各级医院临终关怀病房的资金支持,尤其是门诊麻醉药品费用的报销问题需得到解决^[40]。李同度^[41]提出,希望得到政府药政部门支持,加强药物管理及合理流程规范,合理调整麻醉药物剂量的管理规定,改善对阿片类药物的供应,充分考虑癌症疼痛患者的经济承受能力。

3.3 加强院外延续护理

丁从兰等^[19]采取电话随访、疼痛咨询热线、组织疼痛知识讲座、上门探访等方式加强与患者的沟

通,及时了解患者疼痛控制情况,提醒和督促患者按时、按量服药等,并逐项记录;发现疼痛控制不佳者,嘱其及时返院检查、治疗,从而提高患者遵医行为与癌症疼痛的控制水平。由此可见,通过延续性护理可对癌症患者出院后状况有了初步了解,使患者从住院到出院回家均有医护人员指导,保证用药的完整性及连续性,真正达到止痛的目的。

4 展望

4.1 加强疼痛专科护士培养

作为与患者接触最多,最了解患者疼痛感受的群体,护士在评估疼痛、执行医嘱、观察疗效、疼痛健康教育、居家随访等各个环节中起着重要的作用。在欧美一些发达国家中,疼痛专科护士已成为疼痛管理的主要力量,承担着主导、协调、实施和培训的重要作用^[41]。疼痛专科护士的培养计划,包括理论课程及临床实践,经过专科学习后再通过资格认证后才能成为疼痛专科护士。目前,国内对疼痛专科护士培养尚不完善或还没有开展,这是今后研究的方向。

4.2 多学科共同合作

癌症疼痛涉及的学科广泛,包括肿瘤内外科、骨科、麻醉科、精神心理科及护理等,成立疼痛治疗小组,将多个学科的知识融合在一起,医护人员可从特殊患者的病例中学到知识,取长补短^[42];通过对不同的治疗方案集中讨论,选出最佳治疗方案,使患者得到最佳的治疗。

4.3 构建疼痛控制综合体系

目前,社区基层医院中的医护人员对疼痛评估不足及缺乏相应的疼痛处理知识与技能^[13]。王萍等^[44]针对 209 例病情已经超过根治范围或无法承受手术、放疗和化疗等的晚期癌症疼痛患者,建立医院-社区-家庭-患者综合医疗服务模式,使患者得到人性化的整体照顾。因此,社区基层医院与肿瘤专科医院或姑息缓和医疗单位的有机组合,形成公共卫生和社区医疗相结合并以社区为定向的多元化、多层次疼痛控制综合体系,可使癌症疼痛患者得到及时和有效的治疗。

5 小结

目前,院外癌症患者的疼痛控制状况不乐观,

受多种因素的影响,包括护理人员缺乏疼痛护理知识、医护患对疼痛评估存在偏差、患者及其家属对疼痛控制存在顾虑、麻醉药物管理等。期望采用多学科共同合作的方法,构建疼痛控制综合体系,以提高患者的用药依从性及医护人员疼痛管理知识与技能,从而提高院外癌症患者疼痛控制水平。

参考文献:

- [1] 张传汉,田玉科. 临床疼痛治疗指南[M]. 北京: 中国医药科技出版社,2008:3-4.
- [2] Wit R, Dam F. From hospital to home care: A randomized controlled trial of a pain education programme for cancer patients with chronic pain[J]. J Adv Nurs, 2001, 36(6): 742-754.
- [3] Raj SX, Thronaes M, Brunelli C, et al. A cross-sectional study on prevalence of pain and breakthrough pain among an unselected group of outpatients in a tertiary cancer clinic[J]. Supportive Care in Cancer, 2014, 22(7): 1965-1971.
- [4] Boveldt N, Vernooij-Dassen M, Burger N, et al. Pain and its interference with daily activities in medical oncology outpatients[J]. Pain Physician, 2013, 16(4): 379.
- [5] Chang JTC, Lin CY, Lin JC, et al. Transdermal fentanyl for pain caused by radiotherapy in head and neck cancer patients treated in an outpatient setting: A multicenter trial in Taiwan[J]. Japanese Journal of Clinical Oncology, 2010, 40(4): 307-312.
- [6] Bush SH, Wearne HJ, Reilly PE, et al. Clinical findings and recommendations made during home visits by a palliative care specialist physician[J]. Palliat Med, 2009, 23(7): 635-641.
- [7] Raphael J, Hester J, Ahmedzai S, et al. Cancer pain: part 2: Physical, interventional and complimentary therapies; management in the community; Acute, treatment-related and complex cancer pain: A perspective from the British Pain Society endorsed by the UK Association of Palliative Medicine and the Royal College of General Practitioners[J]. Pain Med, 2010, 11(6): 872-896.
- [8] 杨辉. 居家宁养癌痛患者止痛治疗遵医行为影响因素分析及干预[J]. 中国医药指南, 2012, 10(9): 444-445.
- [9] 吕俊蕊. 晚期癌痛患者 56 例院外延续性护理[J]. 临床肺科杂志, 2010, 15(3): 441.
- [10] 王昆. 癌性痛治疗中恐惧阿片“成瘾性”问题的分析[J]. 中国疼痛医学杂志, 2001, 6(4): 238-240.
- [11] 张凤玲, 陈凤菊, 刘美. 癌症疼痛患者院外疼痛管理现状调查及用药行为影响因素分析[J]. 护理实践与研究, 2013, 10(22): 4-7.
- [12] 刘美, 张凤玲, 陈凤菊. 标准化电话随访模式在癌症疼痛患者出院随访中的应用[J]. 中国临床护理, 2014, 28(1): 49-51.
- [13] 王京娥, 黎莹. 社区医务人员癌痛治疗相关知识调查[J]. 实用临床医学, 2012, 13(2): 120-121.
- [14] Breuer B, Fleishman SB, Cruciani RA, et al. Medical oncologists' attitudes and practice in cancer pain management: A national survey[J]. Journal of Clinical Oncology, 2011, 29(36): 4769-4775.
- [15] 黄晓蕾, 马双莲, 张金芳, 等. 27 省市护士对癌痛治疗相关知识了解程度的调查与分析[J]. 中国疼痛医学杂志, 2001, 7(1): 22-25.
- [16] Lai YH, Chen ML, Tsail Y, et al. Are nurses prepared to manage cancer pain? A national survey of nurses' knowledge about pain control in Taiwan[J]. Pain Symptom Manage, 2003, 26(5): 1016-1025.
- [17] 许崇安, 倪楠, 张学梅, 等. 羟考酮控释片治疗中重度肺癌疼痛的临床观察[J]. 现代肿瘤医学, 2010, 18(6): 1120-1122.
- [18] Alexopoulos E C, Koutsogiannou P, Moratis E, et al. Pain in cancer patients: The Greek experience[J]. European Journal of Oncology Nursing, 2011, 15(5): 442-446.
- [19] 丁从兰, 张蓉. 院外延续管理对癌症患者镇痛治疗的作用[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(5): 466-468.
- [20] 罗慧群, 李小琳. 影响居家癌痛患者延续治疗的因素分析[J]. 医院管理论坛, 2013, 29(8): 57-59.
- [21] Fairchild A. Under-treatment of cancer pain[J]. Current opinion in supportive and palliative care, 2010, 4(1): 11-15.
- [22] Meeker MA, Finnell D, Othman AK. Family caregivers and cancer pain management: A review[J]. Journal of Family Nursing, 2011, 17(1): 29-60.
- [23] Li Y, Yu J, Tang L, et al. Cancer pain management at home[J]. Cancer Nursing, 2013, 36(4): 326-334.
- [24] 佟术艳. 疼痛的护理评估[J]. 中华护理杂志, 1995, 30(2): 123-125.
- [25] Bemardi M, Catania G, Lambert A, et al. Knowledge and attitudes about cancer pain management: A national survey of Italian oncology nurses[J]. Eur J Oncol Nurs, 2007, 11(3): 272-279.
- [26] Horgas AL, Dunk. Pain in nursing home residents: Comparison of residents self report a nursing assistants perception[J]. J Gerontol Nurs, 2001, 27(3): 44-53.
- [27] 智晓旭, 王守慧, 鲍婷婷, 等. 居家癌痛患者镇痛治疗现状及影响因素分析[J]. 护理学杂志, 2014, 29(17): 10-12.

