

题。②患者的隐私保护是护理人员的职业道德规范,也是涉外优质护理的重要内容。在护理活动中,由于护士在疾病诊治过程中的特殊地位,很多情况下可以接触到患者的隐私,对此必须加以重视和保护。尽量选择单间,如果不是单间,要在病床间安装隔离帘以保护患者隐私。③熟悉外籍患者的文化背景有利于减轻护患的文化冲突,我院针对外籍患者建立“外籍患者文化资料手册”,方便护理人员知晓外籍患者的风俗禁忌。同时为外籍患者提供各种经书,在不影响其他患者和病房秩序的情况下,允许外籍患者的宗教活动需求等,得到了外籍患者的一致好评。

参 考 文 献

[1] 高翠荣,薛素梅,阿依努尔,等. 外籍病人护理模式的探讨[J]. 全科护理,2013,11(2):357-358.
[2] 姜金霞,彭幼清,杜云海,等. 外籍患者护理服务需求及

真实体验的质性研究[J]. 护理研究,2013,27(3):691-693.
[3] Yuya Matsue,Akihiko Matsumura,Masami Abe,et al. Prognostic implications of chronic kidney disease and anemia after percutaneous coronary intervention in acute myocardial infarction patients[J]. Heart and Vessels,2013,28(1):19-26.
[4] 郭瑾. 优质护理服务在内分泌科的实施与体会[J]. 中国优生优育,2013,19(7):595-596.
[5] 王娟,肖新华. 预制工作表在内分泌护理工作中的应用及效果[J]. 中国医药导报,2013,10(11):124-125.
[6] 彭幼清,俞海萍,张晓莉,等. 问题管理模式在外籍患者跨文化护理中的应用[J]. 护理学杂志,2015,30(1):4-8.
本文编辑:姜立会 2015-08-03 收稿

规范化疼痛护理在胰腺癌冷冻治疗患者中的应用

韦 琼,李家亮,张衍宁,谭春荷,符桂娇,王小玲
(广州复大肿瘤医院 广东广州 510220)

【摘要】目的:探讨规范化疼痛护理在胰腺癌冷冻治疗患者中的应用。方法:对收治的 61 例行氩氦刀经皮冷冻治疗的胰腺癌患者进行回顾性分析,包括术前护理、术后规范化疼痛护理如全程的非药理学疼痛护理、药理学疼痛护理及癌痛健康教育等护理措施进行总结。采用数字评分法(NRS)及面部表情量表法(FPS-R)对 61 例胰腺癌冷冻治疗围术期患者的疼痛强度进行评分。结果:本组 18 例术前疼痛评分≥4 分有腹部疼痛并接受氩氦刀经皮冷冻治疗胰腺癌,以减轻肿瘤负荷的患者、术后疼痛明显减轻或消失;43 例术前无腹部疼痛或疼痛评分≤3 分但接受氩氦刀经皮冷冻治疗胰腺癌以减轻肿瘤负荷患者,术后疼痛无明显变化。本组患者术后 1~6 d NRS 评分显著低于术前($P<0.05$)。结论:对胰腺癌接受氩氦刀经皮冷冻治疗的患者在治疗过程中实施规范化疼痛护理,可有效缓解疼痛症状。
【关键词】规范化;疼痛护理;胰腺癌;氩氦刀经皮冷冻
中图分类号:R473.5 文献标识码:B DOI:10.3969/j.issn.1006-7256.2015.21.040 文章编号:1006-7256(2015)21-0081-03

胰腺癌是对人类健康与生命产生严重危害的恶性肿瘤之一,手术切除仍是目前最有效的治疗手段。胰腺癌确诊时 50% 以上患者存在远端转移,失去手术时机,80%~85% 的不可切除胰腺癌患者均有不同程度的疼痛发生^[1]。2011 年 2 月~2013 年 4 月,我们对 61 例中晚期胰腺癌患者行氩氦刀经皮冷冻,在冷冻治疗的过程中运用规范化疼痛护理的护理措施进行干预,效果显著。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 61 例患者,均经病理确诊胰腺癌,男 35 例,女 26 例;年龄 41~86 岁,中位数 57 岁;Ⅲ期 6 例,Ⅳ期 55 例;肿瘤平均直径 4.6 cm;肿瘤位于胰头者 38 例,胰体或胰尾者 22 例,全胰者 1 例。有 51 例患者伴有转移,其中伴肝转移 44 例,其他部位转移 7 例;单个转移灶 35 例,多个转移灶 16 例;无腹部疼痛但接受胰腺冷冻治疗以减轻肿瘤负荷 43 例,有腹部疼痛并接受胰腺冷冻联合治疗以减轻肿瘤负荷 18 例。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 术前 12 h 禁食、4 h 禁饮,术晨排便。患者推入 CT 室后按肿瘤部位选择体位,常规消毒铺巾,全身麻醉配合局部浸润麻醉,冷冻前用 CT 和(或)超声确定患者肿瘤大小、形状、位置及其与邻近组织的关系,根据肿瘤大小、形状及位置选用冷冻探针:常规冷冻 10 min($-160\text{ }^{\circ}\text{C}\pm 10\text{ }^{\circ}\text{C}$)后,被动复温 10 min($25\text{ }^{\circ}\text{C}\pm 5\text{ }^{\circ}\text{C}$),冷冻-复温共 2 个循环。B 超或 CT 扫描示冰球覆盖靶区,复温后拔除超冷刀并包扎穿刺点,术毕后往穿刺处注射 1 ml 纤维蛋白原和凝血酶。在监护室继续监护至少 6 h,术后禁食 6~24 h,给予镇痛、抗炎药物并维持静脉营养支持治疗约 3~4 d,直至术后并发症症状如腹部疼痛显著减轻。

1.2.2 护理方法 ①术前护理:晚期胰腺癌因不能行根治性手术,患者心理负担重,加之持续性的癌性剧痛常致患者烦躁、易怒等负性情绪,严重者可出现自杀等极端行为。因此,在术前除向患者详细介绍手术方法、手术的先进性及安全性外,重点介绍术后疼痛的相关知识,鼓励患者主诉疼痛感受并

能主动寻求帮助,医护人员会根据疼痛的级别和产生的原因进行及时处理。术前晚按医嘱给予镇痛安眠药物,减轻患者疼痛,使其积极配合手术治疗。②术后规范化疼痛护理:疼痛评分<2分为可耐受程度,不需药物处理,可采用非药理学疼痛护理;疼痛评分>3分为非药理学疼痛护理与药理学疼痛护理同步进行。a. 全程的非药理学疼痛护理:包括心理支持、音乐疗法、抚触、转移注意力、放松训练、陪伴及暗示和协助;物理治疗如肿瘤部位外的按摩、取保护性及舒适体位。b. 全程的药理学疼痛护理:按时给药,减少暴发痛;口服控释片或缓释片减少血药浓度的波动;服用美施康定或奥施康定整片吞服,不可掰开、碾碎或咀嚼;从小剂量开始若仍有疼痛,按原服用剂量的25%~50%逐渐加量,直至疼痛控制良好;停药时最初2d减量25%~50%,随后每天减量25%,直至日用量减少至相当于吗啡30~60mg时可以完全停药;预先合用对症药物,如预防便秘的果导片、通便灵或麻仁润肠丸;对疼痛不稳定,需频繁调整剂量的患者不推荐使用贴剂。c. 癌痛健康教育:需在癌痛护理全程中贯穿应用。疼痛评估阶段向患者及家属明确疼痛具有可缓解性,鼓励患者报告疼痛而不必忍受;指导患者正确应用疼痛评估工具,并掌握评估疼痛性质的方法;确定患者疼痛状况及医护预达目标。向患者及家属告知需按量、按时应用镇痛药物,不可自行增、减药物频次及药量或擅自停药;告知患者阿片类药物服用可致的不良反应、不良反应的预后及自我护理。

1.3 评价指标 ①疼痛评估工具:采用数字评分法(NRS)结合面部表情疼痛量表表(FPS-R);0分为无痛,10分为剧痛。1~3分:轻度疼痛(睡眠不受影响),4~6分中度疼痛(睡眠受影响),7~10分重度疼痛(严重影响睡眠)。患者根据疼痛程度在相应分值上确认,护士再根据患者的面部表情判定其疼痛分值。②疼痛评估时间及频率:由责任护士担任,首次评估在患者入院8h内开展,0分以下每日评估1次,1~3分每8h评估1次,4~6分每4h评估1次,口服镇痛药后1h进行复评,注射用药后30min进行复评,确保疼痛及评分在3分以下,疼痛频率24h内在3次以下,解救疼痛24h内在3次以下,完成各项措施后,再实施评估,并准确记录。

1.4 统计学方法 采用美国 San Diego 公司 GraphPad 软件进行统计学处理。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

本组 43 例术前腹部疼痛≤3 分并接受胰腺氩氦刀经皮冷冻治疗以减轻肿瘤负荷的患者中,25 例患者手术当天疼痛评分≥4 分,其余术中及术后疼痛≤3 分。术后 1~2 d 疼痛逐渐减轻 46 例,在 18 例术前腹部疼痛≥4 分并接受胰腺氩氦刀经皮冷冻治疗以减轻肿瘤负荷的患者中,手术当天疼痛减轻 1~2 分,术后 1 d 疼痛较术前明显减轻,第 2~6 天疼痛逐渐缓解至消失。61 例患者术后当天 NRS 评分与术前比较无统计学差异($P>0.05$),术后 1~6 d NRS 评分显著低于术前($P<0.05$)。具体见图 1。

3 讨论

规范化疼痛护理使轻度腹部疼痛且接受胰腺氩氦刀经皮冷冻治疗的患者疼痛减轻。本次研究发现,在 43 例术前腹部

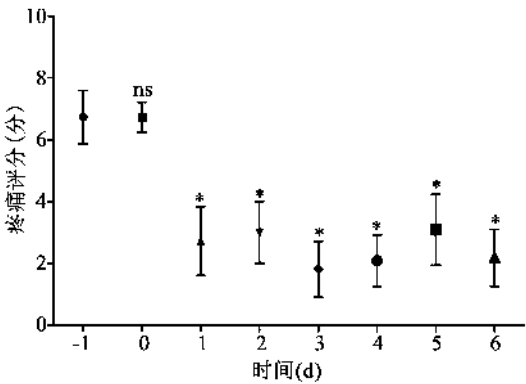


图 1 本组 61 例患者冷冻术前术后 NRS 评分变化

注:ns 为无统计学意义,* $P<0.05$

疼痛≤3 分但接受胰腺冷冻治疗以减轻肿瘤负荷的患者中,25 例(40%)患者手术当天疼痛评分≥4 分,我们发现疼痛与手术创伤、止血物堵塞、穿刺针道刺激胰腺组织及肿瘤坏死有关。术后禁食期间,我们给予肌肉注射吗啡 10 mg 镇痛,吗啡是 WHO 推荐治疗癌痛的金标准,用药 30 min 后再次给予复评,初次使用阿片类药物时药剂量不宜过高,从小剂量开始若仍有疼痛,按原服用剂量的 25%~50% 逐渐加量,阿片类药物治疗癌痛剂量没有封顶,只要规范操作可持续增加剂量直至无痛。在用药过程中护士注意加强用药指导和心理护理,由于担心医生将治疗重点放在镇痛上,而忽略了癌症本身的治疗,许多患者不愿向医护人员表述自己的疼痛^[2]。许一岭等^[3]研究显示,12.7% 的患者同意“应避免向医生说疼痛”;医护人员主动讲解疼痛的原因及缓解时间,疼痛得不到有效缓解会影响患者的睡眠、食欲、减低抵抗力,从而使肿瘤有进一步发展的机会等健康知识,消除患者紧张、焦虑情绪。术后 6 h 血压平稳给予半卧位,手术伤口使用弹力绷带加压包扎,并给予沙袋压迫、腹带加压包扎以减轻伤口皮肤张力。在工作中使用暗示性语言,在伤口换药或揭开敷料前告知患者可能出现的疼痛及程度,以增加患者的疼痛耐受性。经以上疼痛护理,25 例(40%)患者手术当天疼痛评分≥4 分,15 例术后第 3 天疼痛评分<3 分,6 例疼痛评分<2 分,4 例疼痛基本消失。规范化疼痛护理使有腹部疼痛并接受氩氦刀经皮冷冻治疗的患者疼痛减轻。本次研究发现在 18 例有腹部疼痛并接受胰腺氩氦刀经皮冷冻治疗患者中,手术当天疼痛减轻 1~2 分,术后 1 d 疼痛较术前明显减轻,第 2~6 天疼痛逐渐缓解至消失。冷冻治疗缓解疼痛可能与胰腺癌引起疼痛的方式有关,大多数胰腺癌患者疼痛的原因是由于肿瘤压迫或浸润位于其后方邻近的腹腔神经丛所致。氩氦刀冷冻治疗可即时对肿瘤细胞起到破坏作用,起效快,可短时间内明显减小肿瘤负荷,缓解瘤体压迫造成的临床症状。2002 年,有研究者对 9 例不可切除胰腺癌患者使用冷冻消融术,所有患者的疼痛都得到缓解。另外,规范化疼痛护理也可起缓解疼痛的作用。放松训练能降低肿瘤患者围术期患者的焦虑,减轻疼痛。术前 3 天开始每天定时对患者进行放松和意想训练,指导患者放松肌肉、屈膝、屈髋、放松腹肌和背肌、闭目,缓慢进行呼吸活动;在愉快的意想中使精神和身体达到一种松弛状态,每次 30 min。术后根据患者的病情及情趣采取个性化音乐感受疗法,

参考负诱导原理让患者转变其现存的不良情绪,使患者的神经集中在疼痛之外的刺激上。对于疼痛评分 >3 分者给予口服曲马朵缓释片等镇痛药,5 分以上在排除腹腔出血等并发症时可按医嘱给予麻醉镇痛药,用后需评估患者药物使用效果及观察不良反应。经过以上疼痛护理,18 例术前疼痛超过 4 分患者,术后 2 d 8 例疼痛评分 <2 分,10 例患者疼痛基本消失。

4 小结

氩氦刀经皮冷冻对不可切除的胰腺癌患者提供了新的治疗选择,结合规范的疼痛护理可有效缓解胰腺癌患者癌性腹痛,提高患者的生活质量^[4-5]。然而,由于本组病例数较少,缺乏长期随访观察即远期镇痛效果研究,仍需要更多的病例和数据以明确其临床应用价值。

参考文献

[1] 周亮,张丽,王玉娥,等. CT 引导下氩氦刀冷冻术联合腹

腔神经丛阻滞术缓解胰腺癌患者癌性腹痛的效果[J]. 广东医学,2014,35(4):540-543.

[2] 刘玉,林细吟,赵娟娟,等. 肿瘤科护士疼痛控制护理行为调查[J]. 护理研究,2014,28(7):2581-2585.

[3] 许一吟,陈梦丽,陈杏丽. 骨折患者疼痛及止痛相关认知的现状调查与分析[J]. 中国护理管理,2013,13(7):92-94.

[4] 文彦,杨慧,刘晓琴,等. 癌痛规范化治疗在肺癌疼痛患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2014,20(6):107-109.

[5] 郭平,韩莹,蔡华,等. 全方位健康教育在缓解恶性肿瘤患者疼痛中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2013,19(18):140-141.

本文编辑:谭 峰 2015-03-02 收稿

优质化护理干预在抑郁症患者中的应用

朱丽玮

(中国人民解放军 92608 部队医院 上海市 200940)

【摘要】目的:探讨优质化护理干预在抑郁症患者中的应用效果。方法:将 58 例抑郁症患者随机分为实验组和对照组各 29 例,对照组给予常规治疗和护理,实验组给予优质化护理干预,比较两组服药依从性、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分及护理满意度。结果:实验组服药依从性、HAMD 评分及护理满意度均优于对照组($P < 0.05$)。结论:优质化护理干预对改善抑郁症患者服药依从性及护理满意度效果明显,值得推广。

【关键词】优质护理干预;抑郁症;服药依从性

中图分类号:R473.74 文献标识码:B DOI:10.3969/j.issn.1006-7256.2015.21.041 文章编号:1006-7256(2015)21-0083-02

抑郁症被认为是一些人进入了社会情感表达的误区所导致的病态表现。随着社会压力越来越大,抑郁症患者的人数越来越多。抑郁症患者的这种情感障碍严重地妨碍了正常的情感表达和对事物的判断,呈现出一种精神性疾病^[1]。有关数据显示,全世界抑郁症患者人数已经超过了 1 亿,随着社会竞争压力的不断增加,抑郁症患者数目会持续增加^[2-3]。2014 年 1 月~2015 年 1 月,我们对 29 例抑郁症患者采用优质化护理干预,效果满意。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取同期收治的抑郁症患者 58 例,随机分为对照组和实验组各 29 例,所有的患者均满足中国精神障碍中有关抑郁症分类以及诊断标准,汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分 >17 分,未出现双相障碍和精神分类等其他疾病,同时未出现严重的心、肝以及肾等问题^[4]。对照组男 19 例、女 10 例,年龄 18~65 岁,平均 46.9 岁;实验组男 17 例、女 12 例,年龄 15~57 岁,平均 44.2 岁。两组一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法 对照组采取常规的抗抑郁治疗,如采用文拉法辛等药物治疗,并在此基础上组织患者看电视、听音乐、打球或者做一些医疗保健操等,患者依据自身的兴趣爱好和能力并在医护人员的指导之下参与,除此之外无其他特殊的干预措

施。实验组在进行常规抗抑郁治疗的基础上进行优质化护理,包括阅读治疗、电休克法和人文关怀等,具体措施如下:①阅读疗法:医护人员需要结合患者的实际情况选择适宜的书籍,并进行适当的心理指导,实行阅读疗法。治愈抑郁症关键是了解患者产生抑郁症原因,这就需要医护人员、心理咨询师和家属有效的配合。首先,判断患者产生心理问题的原因以及抑郁症的程度。其次,心理咨询师需要定期与患者进行单独的谈话,从谈话中可以了解患者产生抑郁症的病因和治疗效果。最后,由专业的心理咨询师、专业的医护人员和图书管理者组成特定的治疗小组对患者进行会诊和治疗。会诊结果表明,抑郁症患者具有不同程度的抑郁和焦虑等不良情绪并导致身体不适,最终引发心理和行为的扭曲。导致患者产生抑郁症的因素有很多,主要有生物因素,即身体疾病所产生的焦虑;社会因素,即对生活和社会事件中的应激反应;心理因素,即患者自身的认知体系^[5]。针对不同的患者采取不同内容、类型的图书,并在恰当的时间进行阅读治疗。阅读治疗法一般分为 3 个阶段,首先,初级阶段所选书籍一般为明理类,如《阅读疗法》让患者了解阅读治疗法的基本原则,并产生自信心。其次,中级阶段为平衡类书籍的阅读。抑郁症患者常会有心理不平衡或者爱钻牛角尖等现象,所以在进行书籍选择时,应该让抑郁症患者了解到社会中的许多人像他们一样