

疼痛护理结合健康宣教对结直肠癌患者情绪、疲乏程度、疼痛及睡眠质量的影响

刘艳玲 李光辉 刘位真
(河南省人民医院肿瘤中心 郑州 450000)

摘要:目的:探讨疼痛护理结合健康宣教在结直肠癌患者中的应用效果。方法:回顾性分析医院 2021 年 1 月至 2022 年 1 月收治的 97 例结直肠癌患者的临床资料,按照干预方案不同分为两组。对照组(48 例)采用常规护理干预,研究组(49 例)采用疼痛护理结合健康宣教干预。比较两组干预前后知识掌握情况,不良情绪[汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)]、疲乏程度(Piper 疲乏量表)、疼痛数字评分法(NRS)、匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)及满意度。结果:和干预前比较,两组干预后疾病知识、护理知识、遵医行为评分均显著提高,HAMA、HAMD、认知、情感、行为、感觉、NRS、PSQI 评分显著降低,且研究组疾病知识、护理知识、遵医行为评分高于对照组,HAMA、HAMD、认知、情感、行为、感觉、NRS、PSQI 评分低于对照组($P<0.05$);研究组满意度(95.92%)较对照组(77.08%)高($P<0.05$)。结论:疼痛护理结合健康宣教可有效缓解结直肠癌患者不良情绪,减轻疲乏、疼痛程度,改善睡眠质量,提升满意度。

关键词:结直肠癌;健康宣教;疼痛护理;睡眠质量;疼痛;疲乏程度

中图分类号:R473.73

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2023.01.032

结直肠癌是临床常见的消化系统恶性肿瘤之一,发病率、病死率约占全球恶性肿瘤的 10%,在我国发病率仅次于胃癌、肝癌^[1]。结直肠癌患者早期多无明显症状,随着病情进展可出现腹泻、便血、腹痛、贫血等症状^[2]。目前,手术是结直肠癌的主要治疗方式之一,疗效确切^[3]。但手术并发症较多,其中疲乏较为常见,70%~80%患者术后会出现疲乏,且疲乏也是恶性肿瘤患者常见的临床表现^[4]。疼痛是结直肠癌常见症状,容易导致患者产生不良情绪,进而影响睡眠质量,不利于预后^[5]。相关研究发现,疼痛不仅是因疾病自身所引发的,也与手术、并发症、心理等因素密切相关^[6]。由此可见,加强对结直肠癌的护理干预,缓解患者疼痛及疲乏程度,对于改善预后意义重大。本研究观察疼痛护理结合健康宣教对结直肠癌患者情绪、疲乏程度、疼痛和睡眠质量的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析我院 2021 年 1 月至 2022 年 1 月收治的 97 例结直肠癌患者的临床资料,按照干预方案不同分为两组。对照组 48 例,男

27 例,女 21 例;年龄 42~76 岁,平均(55.61 ± 5.18)岁;病变部位:结肠 22 例,直肠 26 例;文化程度:小学及初中 26 例,高中 13 例,大专及以上 9 例。研究组 49 例,男 30 例,女 19 例;年龄 43~78 岁,平均(56.12 ± 6.03)岁;病变部位:结肠 21 例,直肠 28 例;文化程度:小学及初中 24 例,高中 15 例,大专及以上 10 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入与排除标准 (1)纳入标准:符合结直肠癌诊断标准^[7],且经病理确诊者;符合手术指征,且接受手术治疗者;年龄 40~80 岁者;具有一定沟通能力者。(2)排除标准:合并其他恶性肿瘤者;伴认知功能障碍或精神疾病者;伴病情不稳定或不断恶化者;预计生存期低于 3 个月者;入组前 1 个月内服用过镇痛药物者。

1.3 干预方法 对照组给予口头讲解相关知识、定时查房、心理指导、保持良好病房环境、关注生命体征等常规干预。研究组给予疼痛护理结合健康宣教干预。(1)组建干预团队。团队成员包括 1 名主治医

师、1 名护士长、3 名责任护士、1 名心理医师，其中护士长担任队长，带领团队学习疼痛、健康教育等知识，提升业务水平。(2)疼痛评估。患者入院时，通过数字疼痛评分法(NRS)对疼痛程度进行评估，并收集疼痛史、疼痛部位、目前所用止痛药物等信息，并制定干预方案，以评分 NRS=4 分作为分界线，若 NRS 评分≥4 分则进行止痛治疗，直至评分<4 分。(3)知识培训。由责任护士对患者及其家属进行疼痛知识、缓解方法、治疗方法、药物不良反应及处理措施等知识讲解，提升认知度，做好心理建设，缓解不良情绪。(4)放松训练。指导进行全身肌肉放松训练，并指导患者在训练时配合呼吸训练，20~30 min/ 次，2 次/d。(5)镇痛药物使用。由主治医师根据患者疼痛具体情况选择镇痛药物，术后 1 d 给予自控硬膜外镇痛泵，药物为 75 mg 布比卡因+2 mg 吗啡，疼痛缓解后服用阿片类止痛药物，并做好药物不良反应处理措施。(6)音乐疗法。根据患者爱好、年龄等选择合适的音乐，如古典、民谣等，在患者晨起和入睡前各播放 30~40 min，音量大小以患者适宜为度。(7)心理干预。由心理医师通过一对一访谈了解患者心理状况，并给予耐心心理疏导，并多讲解成功患者经历，消除不良情绪，树立信心。(8)健康宣教。通过一对一讲解、播放视频、开展健康讲座、微信公众号知识推送等形式对患者及其家属进行健康宣教，内容包括疾病病因、危害、治疗方法、药物使用、饮食原则、疼痛等，在宣教后尽可能让患者进行简单复述，充分保证知识掌握情况，并告知掌握健康知识的重要性。两组均干预 1 个月。

1.4 观察指标 (1)知识掌握情况。采用我院自制调查表对两组干预前后知识掌握情况进行评估，内

容包括疾病知识、护理知识、遵医行为 3 个方面，每个方面 0~10 分，分值高知识掌握情况好。(2)不良情绪。采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密顿抑郁量表(HAMD)对两组干预前后不良情绪进行评估，其中 HAMA 包含抑郁心境、认知功能及失眠等 14 个测评项目，HAMD 包含入睡困难、早醒及迟缓等 24 个测评项目，评分低不良情绪轻。(3)疲乏程度。采用 Piper 疲乏量表对两组干预前后疲乏程度进行评估，内容包括认知、情感、行为及感觉 4 个测评项目，每项 0~10 分，分值低疲乏程度轻。(4)疼痛程度。采用 NRS 对两组干预前后疼痛程度进行评估，分值 0~10 分，评分低疼痛轻。(5)睡眠质量。采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)对两组干预前后睡眠质量进行评估，内容包括睡眠时间、障碍、效率等 7 个方面，总分 0~21 分，评分低睡眠质量好。(6)满意度。采用我院自制问卷对两组满意度进行评估，内容包括态度、质量、操作水平 3 个方面，总分 0~30 分，分为非常满意(26~30 分)、一般(21~25 分)、不满意(0~20 分)，满意度=(一般例数+非常满意例数)/总例数×100%。

1.5 统计学方法 采用 SPSS23.0 软件分析数据。计量资料(知识掌握情况及 HAMA、HAMD、疲乏程度、NRS、PSQI 评分)以($\bar{x} \pm s$)表示，行 *t* 检验；计数资料用%表示，行 χ^2 检验。*P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组知识掌握情况比较 两组干预前各项知识掌握评分比较，无显著性差异(*P*>0.05)；干预后，两组疾病知识、护理知识、遵医行为评分均显著提高，且研究组高于对照组(*P*<0.05)。见表 1。

表 1 两组知识掌握情况比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	疾病知识		护理知识		遵医行为	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	48	3.65± 1.27	6.02± 1.50*	4.25± 1.23	5.86± 1.46*	4.84± 1.62	6.31± 1.57*
研究组	49	3.44± 1.33	7.59± 1.64*	4.36± 1.31	7.13± 1.57*	5.03± 1.54	8.18± 1.48*
<i>t</i>		0.793	4.917	0.426	4.124	0.592	6.037
<i>P</i>		0.430	0.000	0.671	0.000	0.555	0.000

注：与本组干预前对比，**P*<0.05。

2.2 两组疲乏程度比较 两组干预前 Piper 疲乏量表各项评分比较；无显著性差异(*P*>0.05)；干预后，

两组认知、情感、行为及感觉评分均显著降低，且研究组低于对照组(*P*<0.05)。见表 2。

表 2 两组疲乏程度比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	认知		情感		行为		感觉	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	48	7.35± 1.47	5.33± 1.46*	7.49± 1.53	5.32± 1.52*	7.64± 1.72	4.63± 1.49*	8.32± 1.57	4.39± 1.49*
研究组	49	7.48± 1.51	3.29± 1.37*	7.69± 1.62	3.06± 1.41*	7.53± 1.60	2.67± 1.35*	8.16± 1.64	2.53± 1.39*
t		0.430	7.098	0.625	7.594	0.326	6.792	0.491	6.359
P		0.669	0.000	0.534	0.000	0.745	0.000	0.625	0.000

注:与本组干预前对比,* $P<0.05$ 。

2.3 两组不良情绪评分比较 两组干预前各项不良情绪评分比较,无显著性差异($P>0.05$);干预后,两组 HAMA、HAMD 评分均显著降低,且研究组低于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组不良情绪评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	HAMA		HAMD	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	48	14.89± 2.36	9.69± 1.59*	16.75± 2.43	11.46± 2.03*
研究组	49	14.56± 2.13	6.53± 1.54*	16.32± 2.28	7.43± 1.65*
t		0.723	9.943	0.899	10.740
P		0.471	0.000	0.371	0.000

注:与本组干预前对比,* $P<0.05$ 。

2.4 两组疼痛、睡眠质量评分比较 两组干预前疼痛、睡眠质量比较,无显著性差异($P>0.05$);干预后,两组 NRS、PSQI 评分均显著降低,且研究组低于对照组($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组疼痛、睡眠质量评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	NRS		PSQI	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	48	7.55± 2.04	4.26± 1.62*	15.49± 2.83	9.46± 2.11*
研究组	49	7.34± 2.16	2.38± 1.55*	15.02± 2.67	6.63± 1.75*
t		0.492	5.841	0.841	7.196
P		0.624	0.000	0.402	0.000

注:与本组干预前对比,* $P<0.05$ 。

2.5 两组满意度比较 研究组满意度(95.92%)较对照组(77.08%)高($P<0.05$)。见表 5。

表 5 两组满意度比较[例(%)]

组别	n	非常满意	一般	不满意	满意度
对照组	48	28(58.33)	9(18.75)	11(22.92)	37(77.08)
研究组	49	35(71.43)	12(24.49)	2(4.08)	47(95.92)
χ^2					7.412
P					0.006

3 讨论

结直肠癌具有发病率高、病死率高、预后差等特

点,发病原因比较复杂,主要与遗传、饮食习惯、生活习惯、环境等因素有关^[8]。近年来随着人们生活方式的不断改变,该病患者人数不断增多,给家庭和社会带来沉重的压力^[9]。现阶段,人们对于生活质量的要求逐渐上升,如何有效改善结直肠癌患者身心健康,提升生活质量,是当前临床研究的热点^[10]。相关研究发现,疲乏、睡眠障碍及疼痛是结直肠癌患者常见的临床表现^[11-12]。由于长期受到疾病折磨及手术创伤,患者机体耐受力降低,产生不良情绪,加重了疲乏程度。同时受到疼痛、疲乏、不良情绪的影响,患者睡眠质量降低,而睡眠质量的下降会加重疲乏及疼痛程度^[13-14]。因此,在结直肠癌的治疗过程中不仅要重视提升存活率、延长生存时间,也要重视患者心理健康及减轻不适症状。

常规护理虽然可在一定程度上缓解结直肠癌患者的痛苦、疲乏、不良情绪,但存在针对性不强等局限性,导致护理效果不佳^[15]。本研究结果显示,和干预前相比较,两组干预后疾病知识、护理知识、遵医行为评分均显著升高,而 HAMA、HAMD、认知、情感、行为、感觉、NRS、PSQI 评分均显著降低,且研究组改善幅度大($P<0.05$)。这提示疼痛护理结合健康宣教可有效缓解结直肠癌患者不良情绪,减轻疲乏,缓解疼痛,提升睡眠质量。分析原因在于:(1)通过对患者疼痛程度进行评估,可了解患者疼痛具体情况,为制定个体化干预奠定基础;(2)通过疼痛知识培训,可以使患者及其家属掌握相关知识,做好心理建设,使患者可以正确面对疼痛,有利于缓解不良情绪;(3)通过放松训练、镇痛药物使用指导、音乐疗法等具体措施,可有效转移患者注意力,进而缓解疼痛程度,有利于缓解不良情绪,减轻疲乏程度,提升睡眠质量;(4)通过开展心理干预,可进一步缓解不良情绪,使患者树立信心,提高依从性,有利于改善预

后。

临床发现，部分恶性肿瘤患者对疼痛存在一定程度的错误认知，50%~60%的患者认为疼痛治疗会影响术后恢复，而选择忍受痛苦^[16]。因此，本研究对结直肠癌患者加强健康宣教，通过开展多形式的健康教育，提升患者知识掌握情况，改变患者认知，消除疑虑，缓解不良情绪，有利于疼痛的治疗。另外，本研究结果发现，研究组满意度(95.92%)较对照组(77.08%)高($P<0.05$)，说明疼痛护理联合健康宣教效果得到患者及其家属认可。综上所述，在结直肠癌患者中开展疼痛护理联合健康宣教，可有效提升患者认知，缓解疼痛，改善不良情绪，减轻疲乏程度，提升睡眠质量，提升满意度。

参考文献

[1]卢溪.思维导图与快速康复护理理念在结直肠癌患者阶段性健康教育中的应用[J].长春中医药大学学报,2021,37(2):433-435.
[2]Moriwaki T,Fukuoka S,Taniguchi H,et al.Propensity score analysis of regorafenib versus trifluridine/tipiracil in patients with metastatic colorectal cancer refractory to standard chemotherapy (REGOTAS): a japanese society for cancer of the colon and rectum multicenter observational study[J].Oncologist,2018,23(1):7-15.
[3]李娜,马冬,刘大勇,等.围手术期综合宣教对直肠癌根治术患者治疗依从性、心理状态和生活质量的影响[J].癌症进展,2021,19(12):1284-1286,1291.
[4]黄珏,肖璐璐,谢佳旭.围术期疼痛护理干预对结直肠癌患者术后疼痛及睡眠质量的影响[J].中外医疗,2022,41(6):153-157.
[5]Ye X,He D,Zhao J,et al.Application value of nursing intervention combined with early nutritional support in preventive stoma reversion of low rectal cancer[J].Oncol Lett,2019,17(4):3777-3782.

(上接第 98 页) Bras(1992),2022,68(1):61-66.

[9]吴利娜,秦建宁,丁辉.美托洛尔联合炙甘草汤加减治疗气阴两虚型冠心病心律失常疗效及安全性评价[J].长春中医药大学学报,2018,34(6):1193-1196.
[10]宋榜林,吴芳.炙甘草汤加减联合西医常规治疗冠心病合并心律失常的疗效及安全性观察[J].贵州医药,2022,46(8):1288-1289.
[11]包宇,胡宇才,黄金雨,等.炙甘草汤调控离子通道对室性快速性心律失常作用机制的研究进展[J].中华中医药学刊,2022,40(8):100-102.
[12]高晟玮,王振兴,刘志超,等.稳心颗粒抗心律失常药理机制研究进展[J].中国中医急症,2020,29(8):1501-1504.
[13]王鹏,韩静华,范东娜.加减炙甘草汤辅助治疗对冠状动脉分叉病变术后心律失常患者血流动力学及心肌酶水平的影响[J].国际中医中药杂志,2022,44(7):754-758.

[6]黄倩.围术期差异化阶段护理对腹腔镜结直肠癌患者疼痛及心理状态的影响[J].国际护理学杂志,2018,37(8):1110-1113.
[7]中华人民共和国国家卫生健康委员会.中国结直肠癌诊疗规范(2020版)[J].中华消化外科杂志,2020,19(6):563-588.
[8]娄英歌,申秋香,褚亚婷.综合性护理干预对结直肠癌手术患者术后早期胃肠道功能恢复的影响分析[J].四川解剖学杂志,2019,27(4):152-153.
[9]孙晓乐,徐海霞.五行宫调音乐配合穴位按摩护理对直肠癌 Miles 术后疲劳综合征患者精神心理状态和生活质量的影响[J].现代中西医结合杂志,2020,29(4):430-435.
[10]Shao W,Wang H,Chen Q,et al.Enhanced recovery after surgery nursing program, a protective factor for stoma-related complications in patients with low rectal cancer[J].BMC Surg,2020,20(1):316.
[11]米雪,张立力,缪景霞.基于指南的肺癌患者疲乏、疼痛、睡眠障碍症状群管理方案的应用及效果评价[J].中国实用护理杂志,2018,34(25):1947-1951.
[12]杨一兰.基于快速康复外科的多模式镇痛管理对腹腔镜结直肠癌病人术后疼痛的影响[J].护理研究,2019,33(17):3038-3041.
[13]薛琴芬,王艳玲,薛玲玲.五行音乐疗法对结直肠癌手术患者负性情绪、睡眠质量及生存质量的影响研究[J].检验医学与临床,2020,17(12):1763-1765.
[14]戴敏智,夏丽敏,左志贵,等.基于知信行理论模式的姑息护理关怀管理对晚期结直肠癌化疗患者的影响[J].中国医药导报,2020,17(1):179-182.
[15]Huang Q,Zhuang Y,Ye X,et al.The effect of online training-based continuous nursing care for rectal cancer-patients undergoing permanent colostomy[J].Am J Transl Res,2021,13(4):3084-3092.
[16]兰福旭,侯希清,陈文龙.同质健康教育模式对结直肠癌造口术后患者自我护理能力、自我效能及心理弹性的影响[J].癌症进展,2021,19(7):753-756.

(收稿日期: 2022-09-08)

[14]Scott PA,Rosengarten JA,Shahed A,et al.The relationship between left ventricular scar and ventricular repolarization in patients with coronary artery disease: insights from late gadolinium enhancement magnetic resonance imaging[J].Europace,2013,15(6):899-906.
[15]胡红平,文媛,张元元,等.稳心颗粒联合 RAS 抑制剂对高血压合并阵发性房颤患者血清 IL-6、hs-CRP、MMP-9、NT-proBNP 及左房重构的影响[J].现代中西医结合杂志,2017,26(25):2796-2799.
[16]邓雅文,陈恒文,武庆娟,等.基于网络药理学探讨甘松干预心律失常的作用机制[J].中国现代中药,2020,22(9):1485-1493.
[17]王安铸,马晓昌,郭丽君.炙甘草汤对比抗心律失常药物治疗室性期前收缩的 Meta 分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(14):2193-2200.

(收稿日期: 2022-10-10)