

癌痛相关性压力性损伤现状及其防护研究进展

孙 艳, 金静芬, 孙红玲, 李艳娟

浙江大学医学院附属第二医院, 浙江杭州 310009

摘 要: 癌痛相关性压力性损伤发生率高, 增加患者的痛苦与病死率。本文就癌痛及癌痛相关性压力性损伤的研究现状、癌痛相关性压力性损伤的防护与管理策略进行综述, 以期对癌痛相关性压力性损伤的临床防护与管理提供理论依据与参考。

关键词: 癌痛; 压力性损伤; 防护; 研究进展 Doi: 10. 3969/j. issn. 1671-9875. 2020. 07. 007

中图分类号: R473. 73

文献标识码: A

文章编号: 1671-9875(2020)07-0028-04

压力性损伤 (pressure injury, PI) 是位于骨隆突处、医疗或其他器械下的皮肤和/或软组织的局部损伤, 此损伤是由于强烈和/或长期存在的压力或压力联合剪切力导致的^[1]。PI 的发生率在全世界居高不下, 住院患者的发生率为 3%~70%^[2], 肿瘤患者为 6.7%~13.0%^[3], 姑息治疗期间的晚期肿瘤患者高达 17%~47%^[4]。癌痛是肿瘤患者普遍存在且最难控制的症状之一, 癌痛有多种原因, 癌症本身 (如原发病灶和转移性病灶) 所致的疼痛, 创伤性诊断和治疗、癌症的并发症、长期卧床、体质衰弱、便秘、肌肉痉挛及心理因素等都可能参与癌痛的产生^[5]。癌痛使患者身体活动受限, 常处于被动体位, 压力长时间刺激局部皮肤, 组织血液循环受阻, 增加了 PI 发生的风险^[6]。一旦发生 PI, 肿瘤患者死亡的危险较无 PI 的肿瘤患者高出 85%^[7]。因此, 预防肿瘤患者癌痛相关性 PI, 对于延长患者生存时间、提高患者生活质量具有积极的意义。本文就癌痛与癌痛相关性 PI 的研究现状、防护及管理进行综述, 以期对临床制定癌痛相关性 PI 预防和管理策略提供理论依据, 提高肿瘤患者 PI 防护质量。

1 癌痛及癌痛相关性 PI 的研究现状

1.1 癌痛的控制现状

研究显示, 经过镇痛治疗仍有一半以上的癌症患者遭受严重的疼痛^[8], 75%~90% 的转移性和晚期癌症患者伴有中重度疼痛^[9]。世界卫生组织 (WHO) 建立的三阶梯镇痛原则, 为癌痛的标准化

诊断和治疗提供了依据^[10]。但仍有 50%~80% 肿瘤患者的癌痛未能得到完全缓解^[11], 癌痛控制不足的情况仍普遍存在^[12]。丁玥等^[13]对北京市 30 家医院住院癌症患者疼痛及控制状况的调查提示, 有 67.06% 的住院癌症患者遭受着中、重度疼痛, 而接受镇痛治疗且疼痛得到控制的患者仅为 42.37%。由此可见, 当前癌痛控制有待加强, 癌痛治疗现状不容乐观, 严重影响着患者的生活质量。疼痛控制不良可导致患者焦虑和抑郁问题, 继而诱发疼痛的产生, 影响疼痛控制及患者治疗结果, 癌痛控制已成为肿瘤患者康复与姑息治疗时期需首要解决的问题。

1.2 癌痛相关性 PI 的现状

Hendrichova 等^[4]回顾性分析了 414 例姑息治疗期间的晚期癌症患者, 发现其中 PI 的患病率为 22.9%, 发生率为 6.7%。癌痛发生时, 患者常常呈被动体位, 活动受到限制, 不能平卧是其 PI 发生的原因之一, 晚期癌症患者中约有四分之一因各种原因不能平卧, 包括伴随的疼痛、骨转移、骶丛神经侵犯等, 疼痛限制患者变更体位^[14], 给 PI 预防带来难度。周影等^[15]分析了 51 例肿瘤患者的临床资料, 12 例患者发生 PI, 其中 10 例为伴有多处骨转移的患者因疼痛而不愿在有骨转移的肢体上摆放体位。华红霞等^[16]分析了 205 例肿瘤住院患者 PI 患病率的影响因素, 由于癌痛等导致的强迫体位是肿瘤住院患者 PI 的危险因素, 存在强迫体位的患者 PI 发生的风险增加了 1.98 倍。晚期肿瘤患者因癌症和疼痛的双重煎熬, 部分患者出现了抑郁或焦虑甚至轻生的想法^[17], 绝望的负性情绪使患者不愿意配合治疗和护理, 认为生命已近终点, 拒绝翻身、变动体位和采取减压措施。癌痛如果得不到缓解, 患者会有极度不舒适感, 常

作者简介: 孙艳 (1982-), 女, 硕士, 主管护师。

收稿日期: 2020-04-17

通信作者: 金静芬, zrzjzkh1@zju.edu.cn

基金项目: 浙江省医药卫生平台计划 (重点资助 A 类), 编号 2016ZDA007

常会陷入到“疼痛—焦虑或抑郁—失眠—疼痛加重”的恶性循环中^[18],甚至出现止痛药抵抗,引起或加重患者的疲乏、食欲减退等症状,患者食物摄入减少、消化不良,加重营养不良的状况,而营养不良进一步使 PI 发生的危险增加^[19]。急性或严重疼痛使患者交感神经兴奋,产生生理反应,如心率加快、新陈代谢亢进^[20],皮肤因出汗潮湿、氧耗增加而对压力的耐受性降低,易发生 PI。综上所述,癌痛是困扰晚期肿瘤患者 PI 预防的难点。癌痛患者 PI 发生的主要危险因素为体位改变受限导致的组织持续受压、营养不良、皮肤潮湿、严重的负性情绪问题。

2 癌痛相关性 PI 的防护与管理策略

2.1 癌痛患者 PI 风险评估

现有的 PI 预防和治疗指南一致推荐,准确评估 PI 危险因素、制定针对性预防和治疗策略是管理的关键步骤^[21],且重点强调风险评估工具的适用性,有效性和可靠性。Braden、Norton 和 Waterlow 量表是国内外最常用的 PI 风险评估量表,但因其使用的人群、疾病存在差异性,预测肿瘤患者 PI 风险结果不理想^[22]。越来越多的机构开始重视癌痛对肿瘤患者 PI 发生的影响,并着手研发评估量表。Fromantin 等^[23]研制癌症患者的 PI 评分表(PUSO),包括 3 个条目:移动性、失禁和潮湿/剪切力,该评分表敏感性 90%,特异性 82%,可以标准化评估每个癌症患者的 PI 发生风险,快速引入适当的措施,但存在高估的风险而引起过度预防和保护,从而引起不必要的医疗资源浪费。方良玉等^[24]针对肿瘤患者特定风险因素,编制了专用的肿瘤患者 PI 风险评估量表,量表一致性信度系数 Cronbach's α 为 0.758,重测信度系数为 0.851,因子载荷最低为 0.422,具有良好的信效度,量表包含 18 个条目,敏感性 95.1%,特异性 97.2%,可用于肿瘤患者 PI 风险的测评。肿瘤患者存在消耗大于摄入、全身性营养不良、恶病质、疼痛、强迫体位等特异性风险因素,研究和应用专用的 PI 风险评估量表有助于筛选出癌痛相关性 PI 高风险人群,临床预防干预措施也将更有针对性,更加经济有效。

2.2 癌痛相关性 PI 的管理模式

发达国家很早就将 PI 的预防和管理上升为国家层面的重要医疗质量管理目标,我国医务人员

及管理者也将 PI 管理作为医院的管理重点以及评价医院护理质量的重要监测指标之一^[17]。针对癌痛和强迫体位患者减压措施难以落实的难题,有学者^[6,25]将 PI 的预防与疼痛管理相结合,成立疼痛—PI 护理管理小组,由护理管理小组根据癌痛患者相应疼痛评分等级进行 PI 预防与护理,即肿瘤患者的癌痛管理与 PI 管理相结合,能有效降低患者发生 PI 的风险,减轻患者痛苦。对于癌痛引起强迫体位的患者,在医生制定疼痛规范化治疗方案,有效控制疼痛的同时,护理人员及时评估疼痛对患者体位改变和活动的影响,给予有效护理干预。同时对患者加强日常指导和心理护理,提醒患者避免长时间保持固定体位,如患者短时间内疼痛不能缓解,根据病情及不同受压部位的要求早期选择适宜的保护措施,如定时更换体位、使用气垫床、新型敷料局部保护等,并密切观察受压部位的皮肤变化情况。护理人员动态评估患者的疼痛程度及变化,并将评估结果作为指导 PI 预防的重要指标之一,可以使护理人员及时了解患者的 PI 风险,并及时对其进行干预,此方式使患者能够适当改变体位,身体活动范围和耐受程度得到改善,同时有效降低患者卧床期间的摩擦力和剪切力,提升其舒适度及生活质量,降低 PI 的发生风险。

2.3 癌痛相关性 PI 防护实践

2.3.1 体位管理

现有的 PI 防治指南并没有特别针对肿瘤晚期等生命终末期患者的特殊条目,指南中的一些建议,比如重新摆放患者的体位,可能会引起疼痛,或者使患者感到恶心或无法侧躺,这些建议可能与临终护理的优先顺序相冲突^[4]。肿瘤晚期患者是 PI 的高危人群,医护人员与患者及家属进行有效沟通,并向其讲解 PI 相关知识,取得患者、家属的配合对预防和管理 PI 是至关重要的^[20]。对于 PI 高风险患者,预防比治疗更有效,专家强烈建议提高护理人员对肿瘤患者 PI 预防作用的认识及重视程度,并为患者提供相应的干预措施^[26]。医院为患者准备充足的 PI 防护设备,护理人员确保合理分配,如优先分配保护性床垫给 PI 高风险患者使用,尤其注意足跟部位的防护,如给予软枕悬空减压以保护足跟,这些措施均可以对 PI 起到一定的防护作用^[2]。同时,医院人员应该与癌痛患者进行有效沟通,对其提供 PI 防治的相关知识,使患者

及家属能意识到重新定位的重要性,重新定位包括将患者移动到不同的位置,以消除或重新分配身体部位的压力^[27],如定时翻身、使用保护性动力床垫等。

2.3.2 营养支持

有文献报道,营养不良或营养摄入不足是导致 PI 发生发展和难以愈合的独立危险因素^[28]。肿瘤患者发生营养不良或存在营养风险是极为常见的,其营养不良发生率为 40%~80%,营养风险发生率为 39%~68%^[29]。影响肿瘤患者营养状况的因素是多方面的,主要是由于肿瘤代谢所致的营养流失增加、患者进食严重减少、食物消化吸收障碍三者共同作用^[30],加之精神因素也可抑制食欲,最终导致患者的营养需求不能满足而出现营养不良^[31]。一项关于营养干预对 PI 发生影响的 Meta 分析发现,提供营养支持的患者 PI 发生率低于一般护理的患者^[32]。应用营养风险筛查与评估工具可以及时、有效地评估存在营养不良或潜在营养风险的肿瘤患者。营养风险筛查 2002 (NRS 2002)、营养不良通用筛查工具(MUST)和患者主观全面评定法(PG-SGA)对营养风险均有较好筛查能力,可用于评估肿瘤患者的营养风险^[33]。对发生营养不良或存在营养风险的肿瘤患者,调理胃肠功能,提供良好的膳食是改善其营养状况的重要条件,可根据病情给予患者高蛋白、高热量、高维生素及富含钙、锌等饮食,必要时可给予肠内途径与肠外途径相结合的方法补充营养,根据患者的病情选择不同的方法,逐渐改善患者的营养状况。另外水肿患者应限制水和盐的摄入,脱水患者应及时补充水和电解质^[34]。营养不良或存在营养风险的患者需请营养科会诊,制定并执行膳食计划,从而保证机体营养物质的摄入。

2.3.3 心理干预

对于肿瘤晚期患者应特别注意预防和治疗疼痛及其他症状,并根据患者和家属的需要提供心理、精神和情感支持以满足其提高尊严、舒适和生活质量的要求。护理计划过程中的每一个步骤,包括评估、目标设定、干预和评价,都涉及到包括多学科团队、患者和家属在内的协作方法^[35]。癌痛等慢性疼痛发生时,患者常伴有复杂的生理和心理反应,大部分患者常有不同程度的恐惧、抑郁、焦虑、孤独等心理障碍,部分患者甚至对抗治疗。慢性癌痛患者任何原因的负性心理都有可能

会导致疼痛加剧,使患者依从性进一步下降,如定时翻身等护理措施不能有效落实,直接造成患者局部皮肤长时间受压而导致 PI。从对患者进行 PI 风险评估中获得相关信息后,对患者和家属进行 PI 相关的教育就变得非常重要,因为这样患者和家属才会对 PI 防治有具体的预期,在跨学科团队、患者和家属共同协作下,制定出个性化的护理计划。医生正确评价患者疼痛的性质和程度,选择相应适量的镇痛药物控制疼痛,护理人员依据临床医生制定的方案,在实施治疗的过程中,向患者说明接受治疗的效果,帮助患者了解疼痛产生的原因、服药后的不良反应,同时还要给患者安置一个比较舒适的体位,并对患者及家属提出的各种疑问给予耐心解释,以解除患者一些不必要的恐惧和焦虑。并注意观察患者的精神状态及心理反应,用心理学知识、技巧帮助患者克服障碍达到控制疼痛的理想效果,增加患者活动耐受力 and 依从性,降低 PI 发生率。

3 结语

晚期肿瘤患者癌痛控制不佳,癌痛依然普遍存在,患者心身都遭受巨大的痛苦。癌痛导致患者体位改变的减压计划无法落实,患者营养、心理、皮肤功能状态受到影响,是癌痛相关 PI 发生的主要问题,同时也会加重原有的肿瘤病情。癌痛患者 PI 的防护必须合理分配资源并有效实施,通过癌痛相关 PI 的管理策略,将 PI 预防与疼痛管理相结合,重视癌痛患者的体位管理、营养支持、心理护理,此外,还应进行教育,以提高患者与家属对 PI 的认识和风险意识,提高护理人员对防护措施落实的重视,降低癌痛患者发生 PI 的风险,减轻患者痛苦,提高患者生活质量。

参考文献:

- [1] 褚万立,郝岱峰. 美国国家压疮咨询委员会 2016 年压力性损伤的定义和分期解读[J]. 中华损伤与修复杂志(电子版),2018,13(1):64—68.
- [2] ALJEZAWI M, TUBAISHAT A. Pressure injuries among hospitalized patients with cancer: prevalence and use of preventive interventions[J]. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2018, 45(3):227—232.
- [3] MAIDA V, ENNIS M, KUZIEMSKY C, et al. Wounds and survival in cancer patients[J]. Eur J Cancer, 2009, 45(18): 3237—3244.
- [4] HENDRICHOVA I, CASTELLI M, MASTROIANNI C, et al. Pressure ulcers in cancer palliative care patients[J]. Palliat

- Med, 2010, 24(7): 669—773.
- [5] 姚萍, 王莉敏. 恶性肿瘤患者疼痛管理研究与进展[J]. 上海护理, 2013, 13(5): 64—67.
 - [6] 张翠萍, 曹艳, 康璇. 癌痛—压力性损伤规范化管理在恶性肿瘤病人护理中的应用[J]. 护理研究, 2017, 31(34): 4428—4430.
 - [7] TAVAN H, AZADI A, VEISANI Y. Return to work in cancer patients: a systematic review and meta-analysis[J]. Indian J Palliat Care, 2019, 25(1): 147—152.
 - [8] VAN DEN BEUKEN—VAN EVERDINGEN M H, HOCHSTENBACH L M, JOOSTEN E A, et al. Update on prevalence of pain in patients with cancer: systematic review and meta-analysis[J]. J Pain Symptom Manage, 2016, 51(6): 1070—1090.
 - [9] FALK S, DICKENSON A H. Pain and nociception: mechanisms of cancer induced bone pain[J]. J Clin Oncol, 2014, 32(16): 1647—1654.
 - [10] NAUCK F. Cancer pain therapy [J]. Urologe A, 2009, 48(10): 1175—1176.
 - [11] 廖志军, 丁罡, 姜峰, 等. “远程服务”在癌痛健康管理中的效果评价[J]. 上海医药, 2013(16): 5—8.
 - [12] HJERMSTAD M J, KAASA S, CARACENI A, et al. Characteristics of break through cancer pain and its influence on quality of life in an international cohort of patients with cancer[J]. Bmj Supportive & Palliative Care, 2016, 6(3): 344—352.
 - [13] 丁玥, 杨萍, 孙丽秋, 等. 北京市 30 家医院住院癌症患者疼痛及控制状况的调查[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(3): 282—285.
 - [14] MCNEES P, MENESES K D. Pressure ulcers and other chronic wounds in patients with and patients without cancer: A retrospective, comparative analysis of healing patterns[J]. Ostomy/wound Management, 2007, 53(2): 70—78.
 - [15] 周影, 程予波, 温茜, 等. 肿瘤住院患者压疮危险因素调查分析[J]. 检验医学与临床, 2014(13): 1845—1846.
 - [16] 华红霞, 任国琴, 卢回芬. 肿瘤住院患者 205 例压疮患病率的影响因素分析[J]. 贵州医药, 2016, 40(9): 1002—1003.
 - [17] 黄菁, 巫云立. 癌性疼痛伴抑郁状态的治疗进展[J]. 重庆医学, 2019, 48(7): 1188—1190, 1195.
 - [18] DRAGIOTI E, LEVIN L A, BERNFORT L, et al. Insomnia severity and its relationship with demographics, pain features, anxiety, and depression in older adults with and without pain: cross-sectional population-based results from the pains65+ cohort[J]. Ann Gen Psychiatry, 2017, 16(15): 1—10.
 - [19] CLARK M, SCHOLS J M, BENATI G, et al. Pressure ulcers and nutrition: a new European guideline[J]. J Wound Care, 2004, 13(7): 267—272.
 - [20] KERYLN C. Pressure injury prevention and management in palliative care[M]. Australia: Textbook of Palliative Care, 2018: 1—14.
 - [21] MERVIS J S, PHILLIPS T J. Pressure ulcers: prevention and management[J]. J Am Acad Dermatol, 2019, 48(2): 246—271.
 - [22] 曹艳, 王娟, 王艳, 等. 3 种压疮评估量表对肿瘤内科患者临床效度的测定[J]. 新疆医科大学学报, 2016, 39(8): 981—983, 988.
 - [23] FROMANTIN I, FALCOU M C, BAFFIE A, et al. Inception and validation of a pressure ulcer risk scale in oncology[J]. J Wound Care, 2011, 20(7): 328, 330—334.
 - [24] 方良玉, 金静芬, 孙红玲, 等. 肿瘤患者压力性损伤风险评估量表的编制及信效度检验[J]. 护理与康复, 2019, 18(11): 1—6, 14.
 - [25] 周洁, 王峰, 刘霞, 等. 恶性肿瘤患者疼痛相关性压疮的规范化管理[J]. 中国护理管理, 2015, 15(6): 671—673.
 - [26] WAUGH S M. Attitudes of nurses toward pressure ulcer prevention: a literature review[J]. Medsurg Nurs, 2014, 23(5): 350—357.
 - [27] MOORE Z E, COWMAN S. Repositioning for treating pressure ulcers[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2015, 1: CD 006898.
 - [28] IIZAKA S, KAITANI T, NAKAGAMI G, et al. Clinical validity of the estimated energy requirement and the average protein requirement for nutritional status change and wound healing in older patients with pressure ulcers: A multicenter prospective cohort study[J]. Geriatr Gerontol Int, 2015, 15(11): 1201—1209.
 - [29] ORREVAL Y, TISHELMAN C, PERMERT J, et al. Nutritional support and risk status among cancer patients in palliative home care services [J]. Support Care Cancer, 2009, 17(2): 153—161.
 - [30] 李晶, 赵化荣. 恶性肿瘤患者营养状况评估的研究进展[J]. 现代肿瘤医学, 2018, 26(1): 145—148.
 - [31] TAKAHASHI H, CHIBA T, TAIRABUNE T, et al. A retrospective study on the influence of nutritional status on pain management in cancer patients using the transdermal fentanyl patch[J]. Biol Pharm Bull, 2014, 37(5): 853—857.
 - [32] BECK A M, INGERSLEV J K, GOTTRUP F. Nutrition and pressure ulcers among old people[J]. Ugeskr Laeger, 2006, 168(41): 3514—3516.
 - [33] 吉琳琳, 侯栋梁, 宋丽楠, 等. 营养风险筛查 2002、营养不良通用筛查工具和患者主观整体评估在住院肿瘤患者中应用和比较[J]. 营养学报, 2017, 39(3): 242—246.
 - [34] 张英秀, 于淑玲, 宗爱霞, 等. 压疮患者护理及营养支持[J]. 医学信息, 2012, 25(7): 206—207.
 - [35] NENNA M. Pressure ulcers a tend of life: an overview for home care and hospice clinicians[J]. Home Healthc Nurse, 2011, 29(6): 350—365.