

doi: 10.13241/j.cnki.pmb.2019.10.041

对于可改善癌性疼痛的教育干预的研究进展 *

贾玄烨 李长键 李虹萱 许张轩 邹小明[△]

(哈尔滨医科大学附属二院 普外科 黑龙江 哈尔滨 150086)

摘要:疼痛是癌症患者的一种常见症状,全世界每年有超过 1000 万人被诊断出患有癌症,而与他们病情相关的疼痛是一个严重的问题。尽管在国际上有明确的评估和管理癌症相关疼痛的指南,但是出现癌症相关疼痛的患者并未能得到充分合理的治疗,疼痛症状重。目前,相当一部分患者对癌症止痛药物的使用缺乏认识,针对患者进行合理的教育干预显得尤为重要。本文通过检索多个中外数据库的临床研究,对探讨癌症患者疼痛教育干预的研究进展进行综述,以期对癌性疼痛的教育干预提供新的改进思路。

关键词:癌症疼痛;教育干预;自我管理

中图分类号:R730.5 **文献标识码:**A **文章编号:**1673-6273(2019)10-1990-03

Research Progress in the Educational Interventions to Improve Cancer-related Pain*

JIA Xuan-ye, LI Chang-jian, LI Hong-xuan, XU Zhang-xuan, ZOU Xiao-ming[△]

(Department of General Surgery, Second Affiliated Hospital of Harbin Medical University, Harbin, Heilongjiang, 150086, China)

ABSTRACT: Pain is a common symptom of cancer. More than 10 million people are diagnosed with cancer worldwide each year, as well as the pain associated with their condition is a serious problem. Despite some specific guidelines are set to assess and manage it, the management of cancer-related pain is always suboptimal and grievous. At present, a fairly large number of patients with poor awareness about the usage of analgesic, therefore, reasonable education intervention is significant. Through searching the clinical study in multiple databases, this paper was summarized the research advance of educational intervention on patients with cancer pain, in order to provide new improvement ideas about educational intervention.

Key words: Cancer pain; Education intervention; Self-management

Chinese Library Classification(CLC): R730.5 **Document code:** A

Article ID: 1673-6273(2019)10-1990-03

前言

恶性肿瘤是严重影响人们生活与生存的事件。国际癌症研究中心发布的数据显示,近年全球恶性肿瘤每年新发病例约一千多万,死亡约几百万^[1]。在我国,因肿瘤死亡的人数占全部死亡人数的 1/4^[2],据统计,在全球 184 个国家和地区中,中国恶性肿瘤的发病处于中等偏上水平^[3]。疼痛是癌症患者的一种常见症状,在 2008 年全球抗癌年伊始,国际癌症研究协会(International Association for the Study of Pain, IASP)指出:全世界每年有超过 1000 万人被诊断出患有癌症,而与他们病情相关的疼痛是一个严重的问题。虽然对于每个患癌症的人来说,疼痛不一定是不可避免的,但不可否认的是,这一症状出现的十分普遍。无法缓解的癌症疼痛的后果是毁灭性的^[4]。数据表明,66%进展性、转移性或晚期癌症的患者出现疼痛症状,而在这些患者中,38%表现为中重度疼痛^[5]。尽管在国际上,早有明确的评估和管理癌症相关疼痛的指南,但是出现癌症相关疼痛的患者并未能得到充分合理的治疗^[6]。在一项于上海地区开展的由 114 名癌症患者参与的研究中显示,有 50.9%的患者未能

遵医嘱规范使用止痛药物,其主要原因包括以下几点:① 害怕使用止痛药物的不良反应(29.8%);② 担心使用止痛药物会成瘾(21.9%);③ 药物的止痛效果差(20.2%);④ 担心长期使用会失效(18.4%);⑤ 对止痛药物认识不足(14.9%);⑥ 医生对药物的讲解不详细(11.4%)。目前,相当一部分患者对癌症止痛药物的使用缺乏认识,针对患者进行合理的教育干预显得尤为重要^[7]。本文通过检索多个中外数据库的临床研究,对探讨癌症患者疼痛教育干预的研究进展进行综述,以期有助于形成一个更加完善的针对癌性疼痛的教育干预体系。

1 癌性疼痛管理方案

现有治疗方案主要是三阶梯治疗方案。该方案包括:第一阶梯:轻度疼痛患者,首选解热镇痛类药物,如扑热息痛及非甾体抗炎药物;第二阶梯:中度疼痛患者,使用弱阿片类药物,如可待因和曲马多等;第三阶梯:重度疼痛患者,使用强阿片类药物,如羟考酮、吗啡等^[8,9]。美国国立综合癌症网络(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)于 2016 年发布的《成人癌痛临床指南(2016 年第 2 版)》提出对疼痛的管理应达到

* 基金项目:国家自然科学基金项目(81672355)

作者简介:贾玄烨(1991-),硕士研究生,主要研究方向:胃恶性肿瘤,E-mail: hydeyll.student@sina.com

△ 通讯作者:邹小明(1958-),博士生导师,教授,主要研究方向:胃恶性肿瘤,E-mail: hydliyl@126.com,电话:0451-86605726

(收稿日期:2018-06-23 接受日期:2018-07-18)

“4A”的目标,即:优化镇痛(Optimize Analgesia)、优化日常生活(Optimize Activities of Daily Living)、使药物不良反应最小化(Minimize Adverse Effects)和避免不恰当给药(Avoid Aberrant Drug Taking)^[10]。

2 癌性疼痛教育干预

目前,针对医学领域进行质量改进的研究逐渐成为热门话题之一,因此,有关癌性疼痛教育干预的研究也在逐年增多,其中涉及了多种教育干预方式,本综述在众多癌性疼痛教育干预方式中,选择了对癌性疼痛患者的行为教育干预及心理教育干预进行阐述。

2.1 癌性疼痛患者的行为教育干预

2.1.1 在院癌性疼痛患者的行为教育干预 多篇临床研究提及对于癌性疼痛在院患者进行教育干预的临床路径^[11-14]。其中有1项研究对临床路径有详细的阐述^[13]。该研究的评估时间包括入院第1天、用药当日、用药3日、用药期间、出院当天及出院后1周。教育干预的主要内容了解患者各阶段疼痛及止痛药物使用情况,并根据不同阶段患者治疗情况发放教育材料、提供咨询服务及制定治疗方案。该研究最后得出,进行癌性疼痛行为教育干预的患者,对癌性疼痛相关知识如疼痛评估方法、止痛药物毒副作用等方面的学习理解程度要好于对照组,另外进行行为教育干预的患者的生活质量,也明显好于对照组。

2.1.2 院外癌性疼痛患者的行为教育干预 临床研究显示,多项研究采用了自我疼痛干预项目(PRO-SELF Pain Control Program, PRO-SELF PCP)作为干预方式的基本框架^[15-18]。自我疼痛干预项目最早是由闵可夫斯基科研团队于2003年提出的一种疼痛干预方式,旨在为院外癌症患者及其家庭护理人员提供疼痛自我管理支持^[16]。其主要的三个核心策略为:提供相关信息,建立管理技巧,持续护理培训。提供相关信息包括:一份疼痛调查问卷,用于确定患者及家庭陪护人员对于9项在疼痛自我管理中常见的障碍的了解情况及态度,以及一本包含正确信息的私人订制的教学手册,这其中包括药物剂量、副作用及与其他药物连用等信息;建立管理技巧包括:根据个人评估及目标设置对疼痛及副作用的自我管理行为进行评估,并根据评估结果修改相应计划,同时患者会得到如何和自己的主治医师就难以缓解的疼痛及自身需求进行交流的建议;持续护理培训包括:患者根据自身疼痛和症状采取和应用不同策略的培训^[18]。在近年的研究中,不同国家或科研团队在原始框架上形成了不同版本的自我疼痛干预项目,如其中一项有179名研究对象参与的研究最终研究结果表现出明显改善的研究采用了挪威版的自我疼痛干预项目,该自我疼痛干预项目包括由一名经过特殊训练的肿瘤科医护人员在患者出院后的第1周、第3周及第6周进行家庭随访,在出院后的2、4及5周进行电话跟踪随访。在出院后的第1周,医务人员会根据每个研究对象的疼痛评分,为每个患者提供个性化教育以及包括管理疼痛和副作用的书面材料,教育患者如何服用药物,如何与自己的主管医生就无法缓解的疼痛及调整处方进行交流。在出院后的第2/4/5周,医务人员会对患者的疼痛评分及疼痛缓解程度进行收集,并将进一步加深对患者的教育,患者将得到有关于如何调节疼痛管理计划及如何与其主管医生取得联系以改善疼痛程度的指导。在出院后的第3/6周,医务人员会进行家访,加强教育材料的应

用,并对疼痛管理进行额外的指导^[17]。

另有一项基于皇家马斯登医院姑息治疗和疼痛控制指南的研究^[19]。该研究包括35分钟的初评估和之后每周1次的电话随访或在疼痛医院门诊进行的随访。其内容包括:①、评估,包括对疼痛程度、病因、爆发性疼痛出现情况及个人心理状态的评估;②、根据患者个人需求制定私人疼痛治疗计划;③、治疗疼痛及相关症状,如恶心和便秘;④、基于患者的疼痛强度及副作用的评估;⑤、根据需要联合采取其他治疗手段如心理治疗;⑥、肿瘤专科医生或临床护理专家与初级保健医生或护士采取协调工作^[19]。

2.2 癌性疼痛的心理教育干预

2.2.1 背景 癌症的诊断与治疗会对患者的心理和精神产生一定的影响,在接受常规治疗,如手术、放化疗时,患者会产生诸多心理反应。癌症患者常常存在焦虑、抑郁、悲伤、恐惧等心理状态,这些反应可直接影响患者的治疗态度,对生存期产生重要影响^[20]。癌性疼痛作为癌症的常见症状之一会加重患者的抑郁、焦虑、乏力、自杀倾向等负性情绪,而负性情绪又可能加重患者的癌性疼痛,二者相互影响,严重影响到患者整体生活质量^[21,22]。

2.2.2 干预措施 在15篇临床研究中,共5项研究提及基于患者的心理教育干预措施^[23-27],其中2项研究的主要研究对象为黑色素瘤患者^[23,24],这2项研究是同一科研团队在不同时期进行的研究,该研究的干预措施主要包括两个部分:分发心理教育手册及电话会议。心理教育手册包括:①、用于表达风险因素的图形和图表;②、康复行为图册;③、不同年龄和背景的澳大利亚黑色素瘤患者的经验引用;④、一份问题提示表,用以协助患者与其医生进行交流;⑤、护理规划,用以提供详尽的诊疗进程;⑥、口碑网站及服务机构的名单。电话会议总共进行3次,具体时间取决于黑色素瘤高危诊所的约见时间。

另有研究采用心理干预疗法,如心理暗示止痛法、转移止痛法等和健康教育相结合的方法,包括协助患者克服应用止痛药物的心理障碍、正规使用止痛药物及帮助患者建立社会支持等对癌性疼痛加以干预^[25]。剩余两篇针对乳腺癌患者的研究,也同样是通过会议、讲座、冥想等方法进行心理干预^[26,27]。

3 讨论

2016年有研究将疼痛重新定义为“一种与实际的或潜在的组织损伤,或与这种损伤的描述有关的一种令人不愉快的感觉和情感体验,包括了感觉、情感、认知和社会成分的痛苦体验”^[28]。另外,一项针对晚期癌症患者对于死亡焦虑情况的研究显示,成为别人的负担是这类患者最痛苦的感觉,并且与死亡相关的焦虑痛苦、沮丧以及恐惧将使生活质量显著降低^[29]。一篇有关北京地区癌症患者生存质量的调查表明,对于癌性疼痛的良好控制能明显改善出现癌性疼痛患者的生存质量^[30]。虽然目前我国对于改善癌症患者癌性疼痛的关注度有所提高,但是针对癌性疼痛进行的患者教育干预手段还有待提升。从现况来说,对于癌性疼痛的教育干预未能形成一个完整的体系,并且缺乏统一标准,教育干预的方式也较为单一。针对上述问题,笔者认为,对于癌症患者癌性疼痛的管理应从多方面多角度出发,在协助患者合理使用止痛药物的同时,应加强门诊癌症患者的管理,在治疗时,应进行多学科交流,从多角度出发,细致分析癌性疼痛出现的原因,形成系统、规范、全面的癌性疼痛患

者教育干预体系。在进行教育干预时,应注意阶段性及个体化,对癌症患者长期的生存质量投以更多的关注度。

4 小结

本文针对癌性疼痛患者的行为教育干预及心理教育干预两个方面进行分析,主要探讨了在上述两种教育干预模式下不同的干预方式。从本文涉及的临床试验研究中可以得出,合理的教育干预模式可以有效的改善癌性疼痛患者的生活质量。目前,癌性疼痛教育干预未能形成一个完整的体系,教育干预方式较为单一,通过本篇综述,希望可以为癌性疼痛教育干预的质量改进提供新的发展思路。

参考文献(References)

- [1] Chen W Q, Zheng S R, Zhang S W, et al. Report of cancer incidence and mortality in China, 2013[J]. *China Cancer*, 2017, 26(1): 1-10
- [2] Chen W Q, Zheng S R, Zhang S W, et al. Report of cancer incidence and mortality in China, 2012[J]. *China Cancer*, 2016, 25(1): 1-8
- [3] Torre L A, Bray F, Siegel R L, et al. Global cancer statistics, 2012[J]. *CA Cancer J Clin*, 2015, 65: 87-108
- [4] 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]. *Journal of pain and symptom management*, 2016, 51(6): 1071-1090
- [5] Oldenmenger W H, Geerling J I, Mostovaya I, et al. A systematic review of the effectiveness of patient-based educational interventions to improve cancer-related pain [J]. *Cancer Treatment Reviews*, 2018, 63: 96-103
- [6] Vellucci R, Mediati R D, Gasperoni S, et al. Assessment and treatment of breakthrough cancer pain: from theory to clinical practice [J]. *Journal of Pain Research*, 2017, 10: 2147-2155
- [7] Lu W Q, Yan Q, Mao B, et al. Analysis of the pain control in 114 cases of the advanced malignant tumor patients [J]. *Shanghai Medical & Pharmaceutical Journal*, 2015, 16: 46-48
- [8] Paulo R P, Peter G L, Antônio B. Adequacy of cancer-related pain management and predictors of under-treatment at referral to a pain clinic[J]. *Journal of Pain Research*, 2017, 10: 2097-2107
- [9] Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC[J]. *Lancet Oncol*, 2012, 13: 58-68
- [10] 胡夕春, 王杰军, 常建华, 等. 癌症疼痛诊疗上海专家共识(2017 年版)[J]. *中国癌症杂志*, 2017, 27(4): 312-320
- [11] Greco M T, Roberto A, Corli O, et al. Quality of cancer pain management: an update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer[J]. *J Clin Oncol*, 2014, 32(36): 4149-4154
- [12] Chen F F. Effect Analysis of pain education on pain management in patients with cancer[J]. *Hospital management forum*, 2015, 32(6): 92-94
- [13] Peng A L, Wu J, Yuan X Y, et al. Clinical pathway of the health education for cancer pain patients[J]. *Modern Hospital*, 2014, 14(11): 118-119
- [14] Lou F, Shang S. Attitudes towards pain management in hospitalized cancer patients and their influencing factors [J]. *China journal of cancer research*, 2017, 29(1): 75-85
- [15] Jahn P, Kuss O, Schmidt H, et al. Improvement of pain-related self-management for cancer patients through a modular transitional nursing intervention: a cluster-randomized multicenter trial [J]. *Pain*, 2014, 155: 746-754
- [16] Koller A, Miaskowski C, De Geest S, et al. Results of a randomized controlled pilot study of a self-management intervention for cancer pain[J]. *European Journal of Oncology Nursing*, 2013, 17(3): 284-291
- [17] Koller A, Miaskowski C, De Geest S, et al. Supporting self-management of pain in cancer patients: methods and lessons learned from a randomized controlled pilot study [J]. *European Journal of Oncology Nursing*, 2013, 17(1): 1-8
- [18] Rustøen T, Valeberg B T, Kolstad E, et al. The pro-self pain control program improves patients' knowledge of cancer pain management[J]. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2012, 44(3): 321-330
- [19] Williams J E, Peacock J, Gubbay A N, et al. Routine screening for pain combined with a pain treatment protocol in head and neck cancer: a randomised controlled trial [J]. *British Journal of Anaesthesia*, 2015, 115(4): 621-628
- [20] Johannsen M, Frederiksen Y, Jensen A B, et al. Psychosocial predictors of posttreatment pain after nonmetastatic breast cancer treatment: a systematic review and meta-analysis of prospective studies [J]. *Journal of pain research*, 2017, 11: 23-36
- [21] Xu S M, Zhang M, Li S, et al. Analysis on psychological characteristics of patients with cancer pain [J]. *Med J NMFNC*, 2015, 36(10): 672-675
- [22] Sharpe M, Walker J, Holm Hansen C, et al. Integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer (SMaRT Oncology-2): a multicentre randomised controlled effectiveness trial [J]. *Lancet*, 2014, 384: 1099-1108
- [23] Dieng M, Kasparian N A, Morton R L, et al. The melanoma care study: protocol of a randomised controlled trial of a psycho-educational intervention for melanoma survivors at high risk of developing new primary disease[J]. *MCPsychology*, 2015, 3(1): 23-35
- [24] Dieng M, Butow P N, Costa D S, et al. Psycho-educational intervention to reduce fear of cancer recurrence in people at high risk of developing another primary melanoma: results of a randomized controlled trial[J]. *J Clin Oncol*, 2016, 34(36): 4405-4414
- [25] 张艳玲, 刘冬英, 王丽. 心理干预对癌痛患者治疗效果的影响[J]. *中国实用神经疾病杂志*, 2013, 16(8): 38-39
- [26] Johannsen M, O' Toole M S, O' Connor M, et al. Clinical and psychological moderators of the effect of mindfulness-based cognitive therapy on persistent pain in women treated for primary breast cancer: explorative analyses from a randomized controlled trial [J]. *Acta oncologica*, 2017, 56(2): 321-328
- [27] Lengacher C A, Reich R R, Paterson C L, et al. Examination of broad symptom improvement resulting from mindfulness-based stress reduction in breast cancer survivors: a randomized controlled trial[J]. *J Clin Oncol*, 2016, 34(24): 2827-2834
- [28] Williams A C, Craig K D. Updating the definition of pain [J]. *Pain*, 2016, 157(11): 2420-2423
- [29] Engelmann D, Scheffold K, Friedrich M, et al. Death-related anxiety in patients with advanced cancer: validation of the german version of the death and dying distress Scale[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2016, 52(4): 582-587
- [30] Ping Y, Li Q S, Qian L, et al. Quality of life in cancer patients with pain in Beijing[J]. *Chin J Cancer Res*, 2012, 24(1): 60-66