

· 临床报道 ·

穴位按摩结合放松训练对癌症患者慢性轻中度疼痛的影响

刘洁¹ 白琴²

疼痛在癌症患者中发生率较高,严重影响患者的生活质量^[1]。发生癌痛的患者中,以轻中度疼痛患者居多^[2]。一些常用补充替代疗法诸如身心干预、音乐疗法、按摩、针刺疗法等能够降低患者的焦虑、抑郁情绪,缓解恶性疼痛,有益于患者的化疗^[3],已在国外癌症治疗中得到应用。但目前将补充替代疗法针对性应用于癌症患者轻中度疼痛的研究还较少。本研究旨在探讨补充替代疗法中的穴位按摩结合放松训练对癌症患者慢性轻中度疼痛的干预效果,为临床疼痛控制提供借鉴。

资料与方法

1 诊断标准 (1)癌症的诊断标准:符合癌症临床表现,经理化检查有阳性结果支持;经手术或各种内镜检查,经细胞或组织病理学检查证实^[4]。(2)疼痛的诊断参考美国国家综合癌症网络(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)成人癌痛临床实践指南^[5]。轻中度疼痛的评估依据疼痛数字评分(numerical rating scale, NRS)^[6],1~3分为轻度疼痛,4~6分为中度疼痛。

2 纳入标准 (1)符合癌症诊断标准及疼痛诊断标准;(2)年龄18~80岁;(3)疼痛数字评分≤6分;(4)主诉包括隐痛、钝痛等慢性疼痛;(5)未使用具有直接镇痛作用的药物;(6)签署知情同意书。

3 排除标准 (1)意识理解障碍;(2)听力障碍。

4 一般资料 96例均为2012年2~7月收入河南省肿瘤医院中西医结合病区的癌症患者。按随机数字表分为干预组和对照组,每组48例。其中干预组男26例,女22例,平均年龄(59.18±10.01)岁;对照组男32例,女16例,平均年龄(56.12±12.17)岁。两组患者疾病种类、疼痛程度、治疗方式、病程等一般资料比

较(表1),差异均无统计学意义($P>0.05$)。

表1 两组患者一般资料比较 (例)

项目	干预组 (48例)	对照组 (48例)	χ^2	P
职业				
农民	32	33	2.426	0.489
行政技术人员	10	7		
工人	4	6		
其他	2	2		
文化程度				
小学及以下	13	14	1.520	0.678
初中	27	27		
高中	6	3		
大专及以上	2	4		
疾病种类				
肺癌	17	19	0.952	0.917
胃癌	11	11		
肝癌	9	7		
食管癌	7	8		
其他	4	3		
疼痛程度				
轻度	16	22	1.568	0.210
中度	32	26		
治疗方式				
化学治疗	36	34	0.150	0.698
中药扶正治疗	12	14		
病程				
<1年	29	32	0.959	0.619
1~3年	14	11		
3~5年	5	5		

5 治疗方法 两组均采用癌症中、西医常规治疗^[4]和护理,包括使用铂类药物、依托泊苷、阿霉素、5-氟尿嘧啶、表柔比星等化学药物治疗,应用具有活血化瘀、清热解毒、补益气血、扶正祛邪的中药制剂治疗。护理方面,两组患者均采取相同的护理措施,即肿瘤内科常规护理^[7],包括观察患者住院期间的病情,为患者进行饮食及用药方面的健康宣教,向化疗患者介绍治疗中的注意事项以及根据患者的护理等级及自理能力提供基础和生活护理。干预组在常规治疗的基础上指导患者自行或在家属帮助下进行穴位按摩,以足三里、内关、合谷及阿是穴为主穴,每个穴位

作者单位:1.郑州大学附属洛阳中心医院护理部(河南 471009);

2.河南大学护理学院(河南 475000)

通讯作者:白琴, Tel:0371-23880508, E-mail: baiqin@henu.edu.cn

DOI: 10.7661/CJIM.2014.11.1392

按摩 4 ~ 5 min, 按摩后聆听音乐 20 min, 以世界名曲、传统民乐为主, 期间配合身心放松训练, 每天 1 次, 持续 2 周。

6 观察指标及方法

6.1 疼痛程度的评分 在干预前、干预第 7 天、第 14 天采用中文版简明疼痛量表 (Chinese Version of the Brief Pain Inventory, BPI-C) 评分^[8], 包括 12 个条目, 其中疼痛程度评估 5 个条目, 包括 24 h 内最剧烈疼痛程度、最轻微疼痛程度、平均疼痛程度、目前疼痛程度以及疼痛缓解程度。采用 0 ~ 10 评分, 0 分代表无痛, 10 分代表最痛, 分值越大, 疼痛程度越强。本研究所取疼痛程度为 24 h 各项目平均疼痛程度。

6.2 疼痛影响项目的评估 疼痛项目包括疼痛对日常生活、情绪状态、行走能力、工作家务、人际关系、睡眠和生活乐趣 7 个方面, 影响程度亦采用 0 ~ 10 评分, 影响越大则分值越大^[8], 评估各项得分和总分。BPI-C 在癌症患者中应用后证实具有良好的内在一致性和重测信度, Cronbach's α 系数为 0.954, 条目的 ICC 值范围在 0.774 ~ 0.89 之间^[9]。

7 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计软件进行数据分析。计量资料均用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 计数资料采用 χ^2 检验, 计量资料采用成组设计资料的 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

1 脱落情况 干预过程脱落 16 例, 其中干预组 7 例, 对照组 9 例。干预组患者因使用止痛药物退出有 2 例, 对照组 5 例; 两组因病情加重退出者均为 1 例; 因患者出院未能继续完成研究者干预组 4 例, 对照组 3 例。

2 两组 BPI-C 评分比较 (表 2) 与干预前比较, 干预组第 7、14 天 BPI-C 评分平均值降低 ($P < 0.01$); 对照组第 14 天 BPI-C 评分值较干预前降低 ($P < 0.01$)。与对照组同时期比较, 干预组患者第 7、14 天 BPI-C 评分均降低, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。

表 2 两组干预前后 BPI-C 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	BPI-C
干预	41	干预前	4.00 ± 1.04
		干预第 7 天	2.88 ± 0.75* [△]
		干预第 14 天	1.85 ± 1.03* [△]
对照	39	干预前	3.73 ± 0.85
		干预第 7 天	3.49 ± 0.76
		干预第 14 天	3.28 ± 1.06*

注: 与本组干预前比较, * $P < 0.01$; 与对照组同时期比较, [△] $P < 0.01$

3 两组疼痛影响的项目评分及总分比较 (表 3) 与干预前比较, 干预组第 7、14 天在日常生活、情绪状态、行走能力、工作家务、人际关系、睡眠及生活乐趣各项评分减低 ($P < 0.01$), 总分亦降低 ($P < 0.01$); 对照组干预第 7、14 天总分降低 ($P < 0.01$)。与对照组同时期比较, 第 7、14 天干预组患者疼痛影响的各项评分及总分均降低 ($P < 0.05, P < 0.01$)。

讨 论

美国国立补充和替代医学中心 (National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM) 将补充替代医学 (Complementary and Alternative Medicine, CAM) 定义为“主流医学之外的一组医疗健康照顾体系、实践及其相关产业”。它包含独立替代医学系统、精神意念疗法、生物学基础疗法、机体调整疗法和能量疗法等几大部分^[10]。补充替代疗法是指符合 CAM 定义范围内的一系列治疗方法。已有研究表明, 音乐疗法可用于急、慢性疼痛, 对于轻中度疼痛具有明显的缓解作用^[11]; 关于疼痛与 CAM 的循证研究也表明, 疼痛可能与人体经络堵塞, 能量不能正常流动有关, 针灸、按摩等方法的原理便在于将可能堵塞的经络打通, 从而缓解疼痛^[12]。

患者疼痛影响各因子评分在 2 ~ 5 分之间, 说明慢性轻中度疼痛对癌症患者造成了一定影响, 特别是在工作家务、生活乐趣、情绪状态、日常生活和睡眠方面, 其中对工作家务的影响最大, 可能是由于长期慢性疼

表 3 两组干预前后各项目评分及总分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	日常生活	情绪状态	行走能力	工作家务	人际关系	睡眠	生活乐趣	总分
干预	41	干预前	4.15 ± 0.79	3.95 ± 1.26	2.83 ± 1.60	4.93 ± 1.37	3.59 ± 0.92	3.68 ± 1.11	4.51 ± 1.00	27.63 ± 5.69
		干预第 7 天	2.95 ± 0.77* ^{△△}	2.68 ± 0.99* [△]	1.93 ± 1.08* ^{△△}	3.49 ± 1.03* ^{△△}	2.20 ± 0.68* ^{△△}	2.41 ± 0.74* ^{△△}	3.00 ± 0.74* ^{△△}	18.66 ± 3.94* ^{△△}
		干预第 14 天	2.05 ± 0.92* ^{△△}	1.49 ± 1.17* ^{△△}	1.05 ± 1.07* ^{△△}	2.71 ± 1.29* ^{△△}	0.88 ± 0.68* ^{△△}	1.34 ± 0.83* ^{△△}	1.90 ± 1.09* ^{△△}	11.41 ± 4.90* ^{△△}
对照	39	干预前	3.74 ± 0.91	3.46 ± 0.94	3.00 ± 1.05	4.87 ± 0.89	3.41 ± 0.75	3.36 ± 0.74	4.26 ± 0.94	26.10 ± 4.45
		干预第 7 天	3.64 ± 0.74	3.21 ± 0.80	2.90 ± 1.00	4.51 ± 0.89	3.18 ± 0.68	3.21 ± 0.70	3.82 ± 0.79	24.46 ± 3.58*
		干预第 14 天	3.41 ± 1.04	3.21 ± 1.01	2.79 ± 0.98	4.46 ± 0.91	2.82 ± 0.76	3.03 ± 0.84	3.56 ± 0.88	23.28 ± 4.66*

注: 与本组干预前比较, * $P < 0.01$; 与对照组同时期比较, [△] $P < 0.05, \Delta P < 0.01$

痛给患者带来了体力和精力的损耗。研究表明,疼痛也是直接导致患者失眠及生活质量下降的重要因素,慢性疼痛还可导致失眠与抑郁的恶性循环^[13]。在本研究中,两组患者在情绪状态、睡眠等方面便存在由疼痛导致的此类影响。

根据 WHO“三级阶梯”止痛原则,轻中度疼痛患者可以通过使用非甾体类药物、弱阿片类药物和其他辅助药物来缓解疼痛^[14]。但丁玥等^[15]的调查显示,538 例患者中用药方法为按时用药的仅有 293 例,占 49.75%。不能按时用药的患者可能存在对疼痛治疗或止痛药物的顾虑^[16]。本研究结果表明,穴位按摩结合放松训练能够降低疼痛对癌症患者的影响程度。因此,医护人员在了解患者的顾虑和想法后,可建议患者尝试补充替代疗法与药物治疗相结合缓解疼痛,同时关注患者的精神需求^[17]。

目前在许多国家,补充替代疗法在普通人群和癌症患者中的应用人数均呈逐渐增长趋势,已成为安宁护理机构中为患者实施姑息照顾的重要方面^[18]。针刺疗法、芳香疗法、催眠、按摩、放松训练、灵性治疗等已成为经常使用的治疗形式,主要用来缓解疼痛、呼吸困难和恶心呕吐等症状^[19]。对于癌症患者,特别是进入疾病晚期的癌症患者,如何能够最大限度缓解患者不适症状,提供给患者最舒适、最平静的安宁护理,是医护人员最值得关注的问题。

本研究结果显示,在系统的治疗和护理第 14 天后,两组患者的疼痛程度及影响程度较治疗前有所改善,但两组患者疼痛程度及影响评分在第 7、14 天比较,干预组患者效果更为显著,可见穴位按摩结合放松训练的干预能够有效降低慢性轻中度疼痛的影响程度,减轻和缓解癌症患者疼痛,与已有研究结果^[20,21]一致。

综上所述,穴位按摩结合放松训练对癌症患者的慢性轻中度疼痛具有缓解作用,能够降低疼痛带给患者日常生活等方面的影响。补充替代疗法较为便捷,适合慢性疼痛患者长期使用,有利于癌痛患者生活质量的改善。在安宁护理机构中使用补充替代疗法,能够缓解患者的不适症状,也体现了对患者的人文关怀。

参 考 文 献

[1] 中华人民共和国卫生部. 癌症疼痛诊疗规范(2011 年版)[J]. 临床肿瘤学杂志, 2012, 17(2): 153-158.
 [2] 贺婷, 张美芬. 癌症患者的疼痛程度与疼痛信念的相关性研究[J]. 中华护理杂志, 2011; 46(9): 909-911.
 [3] Cassileth BR, Deng G. Complementary and alternative therapies for cancer[J]. Oncologist, 2004,

9(1): 80-89.

- [4] 汤钊猷主编. 现代肿瘤学[M]. 第 3 版. 上海: 复旦大学出版社, 2011, 350-390.
 [5] 严敏. 癌痛规范化治疗及 2010 年《NCCN 成人癌痛临床实践指南》(中国版) 解读[J]. 现代实用医学, 2012, 24(2): 127-129.
 [6] 殷磊. 护理学基础[M]. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 160-161.
 [7] 胡雁, 陆箴琪主编. 实用肿瘤护理[M]. 第 3 版. 上海: 上海科学技术出版社, 2013: 31-59.
 [8] Wang XS, Mendoza TR, Gao SZ, et al. The Chinese version of the Brief Pain Inventory (BPI-C): its development and use in a study of cancer pain[J]. Pain, 1996, 67(2-3): 407-416.
 [9] 高丽萍, 陈典璇, 韩富莲, 等. 中文版简明疼痛量表在癌症患者中内在一致性和重测信度分析[J]. 军医进修学院学报, 2010, 31(10): 1009-1011.
 [10] 朱茜, 张翔. 国外补充和替代医学的发展对我国中医药事业发展的借鉴[J]. 医学与社会, 2009, 22(9): 36-37, 43.
 [11] 马丽, 余丽君. 我国运用音乐进行疼痛干预的护理研究现状[J]. 中华护理杂志, 2008, 43(3): 268-271.
 [12] Hankey A. CAM and phenomenology of pain[J]. Evid-Based Complement Alternat Med, 2006, 3(1): 139-141.
 [13] 郑煜. 癌症患者疼痛性失眠发生情况调查[J]. 郑州大学学报(医学版), 2008, 43(4): 848-849.
 [14] 刘端祺. “三阶梯”止痛原则临床实践 20 年[J]. 医学与哲学(临床决策论坛版), 2007, 28(10): 10-12, 18.
 [15] 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.
 [16] 陆雨晗, 尤黎明, 马双莲, 等. 癌症疼痛患者对疼痛治疗的顾虑与遵医行为[J]. 中国疼痛医学杂志, 2004, 10(6): 335-337.
 [17] Büssing A, Balzat HJ, Heusser P. Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer - validation of the spiritual needs questionnaire[J]. Eur J Med Research, 2010, 15(6): 266-273.
 [18] Yildirim YK, Fadiloglu C, Uyar M. Complementary therapies in palliative cancer care [J]. Aqri, 2006, 18(1): 26-32.
 [19] Vitetta L, Sali A. Complementary medicine in palliative care [J]. Austr Family Physician, 2006, 35(10): 783.
 [20] 许姗姗, 杨佳妮. 音乐疗法配合癌症三阶梯止痛原则改善癌症患者疼痛的临床观察[J]. 中外医学研究, 2011, 9(34): 8-9.
 [21] 陈明霞, 郭琴. 穴位按摩改善癌痛症状的中医护理[J]. 内蒙古中医药, 2010, 29(24): 141-142.

(收稿: 2013-01-19 修回: 2014-09-07)