

聚焦解决模式结合规范化疼痛干预在食管癌护理中的应用价值分析

雷佩

西安交通大学第一附属医院 陕西 西安 710061

摘要:目的 在食管癌护理中,分析聚焦解决模式和规范化疼痛干预结合应用的临床效果。方法 选取2021年1月至2024年1月期间,我院收治的300例食管癌患者作为研究对象,随机分为观察组和对照组,每组150例。两组患者均接受常规护理,观察组在此基础上增加聚焦解决模式和规范化疼痛干预,对比两组患者抑郁、焦虑自评量表得分(SAS、SDS)及术后不同时间点的视觉模拟疼痛评分(VAS)。结果 干预后,观察组的SAS和SDS评分低于对照组($P < 0.05$),在术后3小时、6小时及12小时的VAS评分同样低于对照组($P < 0.05$)。结论 在食管癌患者的护理过程中,聚焦解决模式结合规范化疼痛干预能有效缓解患者的焦虑症状,并减轻术后疼痛,提高其生活质量,具有较高的临床应用价值。

关键词:解决模式;规范化疼痛干预;食管癌护理

食管癌是一种严重的消化道恶性肿瘤,给患者带来了极大的负担。传统的食管癌护理侧重于物理治疗和药物干预,难以有效缓解患者的心理压力,抑制管理疼痛的效果。因此,探索有效的护理方法,以提高食管癌患者的生活质量显得尤为重要。聚焦解决模式作为一种短期心理干预策略,强调利用患者现有的资源,帮助其构建解决问题的方法,快速改善心理状态。规范化疼痛干预则通过系统的评估,为患者提供了更为科学的疼痛管理方法。这两种方法有效结合,能够为食管癌患者提供全面的护理方案,使其应对身体和心理的双重挑战。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在2021年1月至2024年1月期间,选取我院300例食管癌患者为研究对象,按照随机数字表法分为观察组和对照组,每组各150例患者。观察组中有98例男性患者,52例女性患者;对照组中有97例男性患者,53例女性患者。观察组患者的平均年龄为 58.76 ± 9.67 岁;对照组患者的平均年龄为 58.84 ± 9.82 岁。两组患者在年龄、性别等方面无明显差异($P > 0.05$)。纳入标准:(1)年龄在40至75岁之间的食管癌患者;(2)根据临床及病理检查明确诊断为食管癌;(3)病程超过1年;(4)患者或其法定代理人签署知情同意书。排除标准:(1)合并有其他严重器官功能障碍,如心、肝、肾功能不全的患者;(2)近期内接受过其他临床试验的患者;(3)孕妇或哺乳期女性;(4)对研究中可能使用的药物过敏的患者。(5)有精神疾病或认知障碍,无法理解研究内容或无法配合研究的患者。

1.2 方法

对照组患者接受常规的食管癌护理方案,包括基本的营养支持、疼痛管理以及必要的心理支持。疼痛管理按照标准的医院疼痛控制指南进行,主要使用非甾体

抗炎药(NSAIDs)和必要时的弱效阿片类药物。对照组患者定期接受身体检查,监测治疗反应。观察组患者在接受与对照组相同的标准护理基础上,额外引入聚焦解决模式和规范化疼痛干预。基于初步评估开展聚焦解决模式,在首次会话中,心理咨询师将与患者进行深入的对话,评估患者当前的心理状态,了解其心理需求。在初步评估后,与患者一起确定短期可实现的心理健康目标。这些目标通常足够具体、量化,并且与患者的日常生活密切相关。探讨患者过去解决类似问题的资源,鼓励其充分利用这些资源来应对当前的挑战。引导患者拓展新的应对策略,结合个人强项和已有资源,制定具体的行动计划。患者需在日常生活中实施这些策略,每次随访时评估进展情况,并根据需要调整方法。在最后一次咨询会话中,总结学生的学习进展,确保其能够独立且持续地应用所学技能。同时,为患者提供规范化疼痛干预,使用标准化工具(视觉模拟评分表-VAS)定期评估患者的疼痛强度。向患者提供疼痛管理的教育,包括疼痛的生物学基础和有效的疼痛管理策略,确保患者充分理解治疗方案。结合药物和非药物治疗方法,局部药物应用、系统性药物治疗(如NSAIDs、阿片类药物等)、物理治疗(如热敷、冷敷)、心理治疗(如放松训练、认知行为疗法)等,根据患者的疼痛评估结果,定制个性化的疼痛管理计划。定期重新评估疼痛状况,并根据患者的治疗效果调整治疗方案。

1.3 观察指标

在干预前和干预后,根据焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS),评估患者的焦虑水平和抑郁症状的严重程度,监测心理干预对焦虑症状的改善效果,验证护理干预对于缓解抑郁症状的有效性。焦虑自评量表(SAS)是一种常用于临床和研究领域的工具,用以量化个体的焦虑水平,包括紧张、心慌、恐惧、睡眠障

表 1. 对比两组患者 SAS、SDS 的评分 [($\bar{x} \pm s$) 分]

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	150	53.81±2.76	39.53±1.42	55.09±3.21	40.31±1.49
对照组	150	53.79±2.83	45.69±2.11	55.32±3.19	46.82±2.16
t 值		0.131	18.039	0.098	17.414
P 值		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

碍等焦虑的各种常见症状。测试者根据最近一段时间内的感受和行为来选择最符合自己实际情况的选项。分数越高,表明个体的焦虑水平越高。抑郁自评量表(SDS)关注于情绪低落、悲观失望、生理功能障碍(如睡眠和食欲改变)、认知能力下降等抑郁的各种表现,采用四点量表,让测试者根据自己在过去一段时间内的体验来进行评分。SDS的得分越高,说明测试者的抑郁症状越严重。

在术后3小时、6小时、12小时,依据视觉模拟评分(VAS),对患者进行疼痛评估,评估其术后疼痛的强度,准确分析疼痛管理措施的疗效。这些指标能够全面评价心理和疼痛干预措施对食管癌患者的具体影响,确保干预措施的有效性,展示聚焦解决模式和规范化疼痛干预在临床实践中的价值。视觉模拟评分通常由一条长度为10厘米(100毫米)的直线组成,这条线的一端标记为“无痛”,另一端标记为“疼痛难忍”或“最严重的痛”。患者要在直线上的适当位置做标记,表示其当前感受到的疼痛程度。如果患者的标记位于直线正中,则其疼痛评分为50毫米。

1.4 统计学方法

本次研究采用SPSS23.0统计学软件对数据进行分析, $p < 0.05$, 差异具有统计学意义。

2 结果

观察组的SAS评分从53.81±2.76降至39.53±1.42,SDS评分从55.09±3.21降至40.31±1.49,而对照组的SAS评分从53.79±2.83降至45.69±2.11,SDS评分从55.32±3.19降至46.82±2.16。干预后,观察组的SAS和SDS评分明显低于对照组($P < 0.05$),见表1,说明聚焦解决模式的心理干预能够有效缓解患者的抑郁症状,减轻患者的焦虑。观察组在术后3小时、6小时和12小时的VAS评分为2.93±1.32、2.63±1.19、2.29±1.06,明显低于对照组的5.23±2.06、4.82±1.87、4.48±1.69($P < 0.05$),见表2,表明观察组的规范化疼痛管理方面与对照组相比更为有效。这两种方式相结合,对于食管癌患者而言,能够表现出比常规护理更优越的效果。

表 2. 对比两组患者术后不同时段 VAS 的评分 [($\bar{x} \pm s$) 分]

组别	例数	术后 3h	术后 6h	术后 12h
观察组	150	2.93±1.32	2.63±1.19	2.29±1.06
对照组	150	5.23±2.06	4.82±1.87	4.48±1.69
t 值		6.713	7.101	7.813
P 值		< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

3.1 病症及护理模式概述

食管癌是发生在食管黏膜上皮细胞的恶性肿瘤,包括鳞状细胞癌和腺癌等主要类型。长期饮酒、吸烟、热液烫伤、不良饮食习惯以及慢性食管炎等多种因素都会引发食管癌。此外,胃食管反流病(GERD)和贲门失弛缓症也是食管腺癌的重要风险因素。食管癌患者会表现出吞咽困难、食管感觉有异物阻塞、胸骨后疼痛及体重下降等常见症状,由于食管与多个重要器官相邻,食管癌的扩散速度快,侵犯到气管、支气管和胸膜等结构。若发生食管癌,患者有手术、放疗、化疗及靶向等多种治疗方法,而选择何种治疗方法取决于癌症的阶段、患者的整体健康状况以及癌症的具体类型。早期食管癌可能通过内镜下切除术或者小切口手术治疗,而更晚期的疾病则可能需要综合性治疗。在完成治疗后,护理人员要考虑疼痛管理、营养支持、心理支持及并发症预防等多方面因素对食管癌患者进行护理。

聚焦解决模式是一种短期心理治疗方法,侧重于探索解决方案。与传统的心理治疗相比,聚焦解决模式更加关注患者的资源、能力和希望,强调在生活中已经拥有的解决策略。在聚焦解决模式下,护理人员要在治疗开始时与患者一起设定具体、明确的目标,探讨问题未发生的情况,即“例外情况”,这些是患者已经找到的解决方法。护理人员要强调客户自身的资源,帮助他们识别并利用这些资源来解决问题。护理人员可以让客户设想未来成功解决问题的场景,增强其积极性。聚焦解决模式快速有效,能帮助客户改善心理状态,在临床心

理治疗、教育、社会工作及企业管理等多个领域均有重要意义。对于食管癌患者，聚焦解决模式能够帮助其缓解与病情相关的心理压力，快速找到应对身体病痛、家庭关系和日常生活挑战的策略，提高其生活质量。

规范化疼痛干预是一种系统的疼痛管理策略，通过标准化的方法评估患者的疼痛，同时结合物理治疗和心理疗法等药物治疗、非药物治疗手段，为患者提供个性化的疼痛管理计划。护理人员在实行规范化疼痛干预时，要全面评估患者的疼痛性质、持续时间、影响因素等，结合使用药物（如非甾体抗炎药、阿片类药物）和非药物方法（认知行为治疗、放松训练、物理治疗）。护理人员还要定期监测患者的疼痛状况，根据需要调整治疗方案，同时加深患者对疼痛管理的认识。食管癌患者会因疼痛影响生活质量，而规范化疼痛干预能够利用系统化方法优化疼痛管理，减轻患者的疼痛，使其更好地参与治疗，减少疼痛带来的心理负担。聚焦解决模式和规范化疼痛干预各自在心理和生理层面为患者提供支持，共同作用于提升食管癌患者的整体治疗体验。食管癌患者在治疗期间常遭遇严重的身体痛苦及心理压力，不仅会影响治疗恢复过程，还可能降低生活质量。聚焦解决模式结合规范化疼痛干预，为食管癌患者提供了全面的护理策略，将为患者的身体和心理健康带来积极影响。

3.2 研究结论

在聚焦解决模式结合规范化疼痛干预的观察组中，食管癌患者的心理状态和疼痛控制均有显著改善，为食管癌综合治疗提供了新的视角。聚焦解决模式作为一种

心理干预手段，能够有效缓解患者的焦虑、抑郁症状。相较于传统的心理治疗，聚焦解决模式强调在短时间内通过目标设定和资源利用快速调整心理状况，对于处于治疗期间的食管癌患者而言尤为重要。此外，规范化疼痛干预在疼痛管理方面的成效，也突出了其在控制食管癌患者术后疼痛中的优势。观察组的VAS评分明显低于对照组，说明个性化的疼痛管理方案，结合药物和非药物治疗，可以有效地控制疼痛。将聚焦解决模式和规范化疼痛干预结合应用于食管癌患者的护理中，不仅改善了患者的心理状态，减轻了疼痛，还可能对患者的整体治疗效果产生正面影响。这种综合干预策略能够使患者在面对长期且强度大的治疗过程中保持较好的状态，有助于治疗顺利进行。然而，本次研究样本数量有限，且主要集中在一个治疗中心内进行，可能影响结果的普遍适用性。未来的研究可以扩大样本量，同时在多中心进行研究，以此验证结果的广泛适用性。未来研究还要深入探讨不同类型、不同阶段的食管癌患者对干预的响应差异，提出更有效的治疗措施。

综上所述，聚焦解决模式与规范化疼痛干预的结合为食管癌患者的护理提供了一种创新策略。通过聚焦解决模式，患者能在护理人员的引导下快速确定并利用自身资源，对抗焦虑和抑郁。规范化疼痛干预利用综合药物治疗和非药物疗法，为患者提供了个性化的疼痛管理方案，改善了其术后的疼痛状况。这种结合方式不仅提高了治疗的有效性，也增强了患者的整体康复体验。

参考文献：

[1] 王褚楚. 聚焦解决模式结合规范化疼痛干预在食管癌护理中的应用价值[J]. 中国医学文摘(耳鼻咽喉科学), 2021,36(05):193-195.
[2] 刘文静, 赵紫凝, 韩记真. 食管癌患者术后应用规范化疼痛护理对于改善患者疼痛情况与负性情绪的效果研究[J]. 新疆医科大学学报, 2021,44(09):1077-1080.

[3] 吴文裕, 江金治, 林振原. 聚焦解决模式对改善食管癌患者不良情绪的应用效果评价[J]. 基层医学论坛, 2019,23(33):4760-4762.

[4] 刘琳娜, 蒋维连. 聚焦解决模式在食管癌患者心理状况及生存质量中的应用效果[J]. 当代护士(下旬刊), 2015,(04):94-96.