

全程疼痛护理管理在晚期恶性肿瘤患者中的应用效果

张金凤

石家庄平安医院 河北 石家庄 050000

【摘要】目的 本研究旨在分析全程疼痛护理管理应用于晚期肿瘤癌痛人群的临床成效，完善终末期疼痛干预体系。**方法** 选取 2025 年 1—12 月本院 100 例晚期恶性肿瘤伴癌痛患者，随机均分两组。对照组采用肿瘤科常规疼痛照护，观察组实施全程疼痛护理，对比两组疼痛、情绪、用药安全、依从性及生活质量相关指标。**结果** 观察组干预后疼痛、焦虑抑郁评分及药物不良反应发生率更低，治疗依从性与整体生存质量更优，组间差异存在统计学意义（ $P < 0.05$ ）。**结论** 全流程规范化疼痛护理可有效管控晚期肿瘤患者癌痛症状，减少用药并发症、改善心理状态，临床推广价值较高。

【关键词】 晚期恶性肿瘤；全程疼痛护理；癌痛；生存质量

晚期肿瘤患者受病灶浸润、骨转移、神经受压及治疗损伤影响，多数存在持续性中重度癌痛，反复发作的痛感会扰乱作息与进食，诱发负性情绪、降低疼痛耐受度，恶性循环严重损害终末期生存状态^[1]。当前常规疼痛护理模式较为被动，评估体系零散、缺乏延续性，加之患者存在镇痛用药认知偏差，致使整体镇痛效果受限^[3]。本研究构建全流程疼痛管控护理体系，探究其在晚期癌痛患者中的应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取 2025 年 1—12 月于本院 100 例晚期恶性肿瘤患者为研究对象，通过随机数字抽样法完成均等分组。对照组男女病例分别为 27 例、23 例，年龄区间 42~79 岁，均值（ 61.35 ± 9.42 ）岁；观察组男性 25 例、女性 25 例，年龄跨度 40~81 岁，平均年龄（ 60.78 ± 9.66 ）岁。两组研究对象的基础临床资料均衡性一致，组间对比无统计学差异（ $P > 0.05$ ）。

1.2 方法

对照组采用肿瘤科常规疼痛照护模式，仅依规执行阶梯镇痛给药，被动评估患者疼痛状态，未开展系统化用药科普与认知矫正。仅对症处理用药不良反应，无规范化出院指导及延续性随访干预。

观察组：全程疼痛护理管理。① 入院 24 小时内完成生理、心理、社会三维综合评估，运用 NRS 量表记录疼痛相关指标，辅以 BPS 量表评估特殊类型癌痛，结合 SAS、SDS 量表判定情绪状态，梳理用药认知偏差与家庭照护情况，建立专属档案并定制个性化镇痛方案。② 住院阶段实行分级定时评估，轻度疼痛每日监测 2 次，中重度疼痛用药 4 小时后复评，爆发痛即刻评估；双人核对镇痛药物，提前使用乳果糖、护胃药剂预防阿片类药物不适，出现嗜睡、呼吸放缓及时告知医师。搭配每日两次、每次 30 分钟音乐放松、局部热敷、体位调整等非药物镇痛手段。③ 一对一疏导负面情绪，科普止痛机制消除成瘾顾虑，组织病友交流，同步指导家属识别疼痛发作信号。患者出院发放疼痛指导手册，于出院 1、2、4 周通过线上、电话回访，记录居家疼痛与用药不良反应，疼痛控制欠佳者安排复诊调药，构建院内至居家连贯的疼痛管控体系。

1.3 观察指标

以 NRS 评估疼痛，SAS、SDS 评判负面情绪；统计各类镇痛相关不良反应，划分三档服药依从等级，借助 EORTC QLQ-C30 量表从多维度评定患者整体生存质量。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 统计软件完成数据处理，计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间对比行独立样本 t 检验；计数资料采用率（%）描述，行 χ^2 检验， $P < 0.05$ 代表差异存在统计学意义。

2 结果

表 1 两组干预前后 NRS、SAS、SDS 评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)							
组别	例数	NRS		SAS		SDS	
对照组	50	7.53±2.47	4.62±1.08	65.56±3.73	53.71±6.25	67.19±3.70	55.19±5.87
观察组	50	7.40±2.55	2.15±0.73	65.29±3.48	42.36±5.14	67.22±3.43	43.62±4.95
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表 2 两组镇痛药物不良反应发生情况对比 [n (%)]						
组别	例数	便秘	恶心呕吐	头晕嗜睡	排尿困难	总发生率
对照组	50	5(10.00%)	3(6.00%)	3(6.00%)	1(2.00%)	12 (24.00%)
观察组	50	1(2.00%)	1(2.00%)	1(2.00%)	0(0.00%)	3 (6.00%)
P						<0.05

表 3 两组镇痛治疗依从性对比 [n (%)]					
组别	例数	完全依从	部分依从	不依从	依从率
对照组	50	39(78.00%)	8(16.00%)	3(6.00%)	39 (78.00%)
观察组	50	48(96.00%)	2(4.00%)	0(0.00%)	48 (96.00%)
P					<0.05

表 4 两组干预后 EORTC QLQ-C30 各维度评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)				
组别	例数	躯体功能	情绪功能	社会功能
对照组	50	62.17±5.36	60.42±4.91	59.38±5.12
观察组	50	78.54±4.29	76.83±3.75	75.61±4.08
P		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

晚期肿瘤患者癌痛诱因复杂，单一药物镇痛模式仅能实现短期症状缓解，疼痛持续刺激会诱发不良情绪，降低机体痛阈，形成身心交互的恶性循环^[4]。传统护理模式干预较为被动、体系零散，缺乏动态化评估、风险前置防控及延续性照护体系，无法满足患者身心一体化的镇痛康复需求，整体干预效果存在明显局限。本研究构建的全流程疼痛管控模式，整合入院评估、院内分层干预、健康心理指导及居家随访环节，形成闭环式护理体系，可有效纠正患者镇痛认知误区，消解负面心理状态，提升疼痛治疗配合度。该干预模式可有效优化癌痛管控效果，规避用药安全隐患，全方位改善患者终末期身心状态。

综上，全程疼痛护理管理弥补了常规护理的诸多短板，干预科学规范、实用性强，可广泛应用于临床晚期肿瘤患者的姑息镇痛护理工作中。

【参考文献】

[1] 杨婧,赵婷.全程化疼痛护理管理对晚期癌痛患者疼痛情况、用药依从性及生活质量的影响

[J]. 临床医学研究与实践,2022,7(25):155-158.

[2] 郭华,房雪莹,王楠楠,等.疼痛全程规范化管理在癌痛患者中的应用效果分析[J]. 肿瘤基础与临床,2025,38(1):135-137.

[3] 周薇薇.疼痛管理在晚期肿瘤患者护理管理中的应用效果观察[J]. 糖尿病之友,2023(3):267-268.

[4] 褚丽,李善萍.规范化全程护理管理在癌痛患者中的应用效果[J]. 医药前沿,2023,13(20):88-90.