

# 安宁疗护结合疼痛护理对癌症临终期的干预效果

杨永健

上海中医药大学附属龙华医院 上海 200032

**【摘要】：**目的：探究安宁疗护结合疼痛护理对癌症临终期的干预效果。方法：选取于2019年8月至2021年8月本院收治的130例癌症临终期患者，随机分为观察组（安宁疗护结合疼痛护理）和对照组（常规护理）各65人。结果：相比于对照组，观察组护理满意度（96.92%）较高，护患纠纷发生率（6.15%）较低（ $P<0.05$ ）；干预后，观察组心理弹性、QOL评分均较高（ $P<0.05$ ）。结论：对癌症临终期患者实施安宁疗护结合疼痛护理，能够提高护理满意度，减少护患纠纷的发生，改善其心理弹性和生存质量。

**【关键词】：**安宁疗护；疼痛护理；癌症临终期

## Palliative care combined with pain care for the intervention effects of cancer dying

Yongjian Yang

Longhua Hospital Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai, 200032

**Abstract:** Objective: To explore the effect of palliative care combined with pain care on the intervention of cancer in the terminal stage. Methods: A total of 130 terminally ill cancer patients admitted to the hospital from August 2019 to August 2021 were randomly divided into 65 people in the observation group (palliative care combined with pain care) and control group (routine care). Results: Compared with the control group, the observation group had higher nursing satisfaction (96.92%) and lower incidence of nursing disputes ( $P<0.05$ ), and the psychological resilience and QOL scores of the observation group were higher ( $P<0.05$ ) after the intervention. Conclusion: The implementation of palliative care combined with pain care for terminal cancer patients can improve nursing satisfaction, reduce the occurrence of nursing disputes, and improve their psychological resilience and quality of life.

**Keywords:** Palliative care; Pain care; Terminal cancer

当前，随着人口老龄化程度的不断加剧和人们生活、饮食习惯的改变，使得癌症的发生率明显增高。对于癌症临终期患者来说，通过手术和药物治疗已经无法挽救他们的生命，所以临床更为关注他们的内心情绪，并致力于尽可能地减轻其躯体疼痛，提高其舒适度<sup>[1-2]</sup>。近年来，在临床中逐渐引入临终关怀护理，它可以将精神支持和照顾提供给患者，改善患者的心理状态，使其在面对死亡时保持平和的心态<sup>[3-4]</sup>。因此，本文旨在探究安宁疗护结合疼痛护理对癌症临终期的干预效果。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取于2019年8月至2021年8月本院收治的130例癌症临终期患者，随机分为观察组和对照组各65人。观察组男35例、女30例，平均年龄（ $67.26 \pm 8.13$ ）岁；对照组男33例、女32例，平均年龄（ $66.87 \pm 7.19$ ）岁。一般资料无差异， $P>0.05$ 。

### 1.2 方法

常规护理对照组，给予观察组安宁疗护结合疼痛护理：

（1）心理干预。癌症临终期患者较易出现各种不良情绪，例如谵妄、焦虑、抑郁等，长时间存在不良情绪，会加重病情。因此护理人员需要针对性地疏导患者的不良情绪，可以通过进行太极拳、瑜伽等户外活动，放松患者的心情，使其保持心情舒畅，可以在一定程度上延长濒死期。（2）死亡教育。每月

组织开展病友交流会、健康知识讲座等集体活动，强化护患之间的交流和沟通，丰富患者的生活，使其对死亡、肿瘤的恐惧感减轻。护理人员在于患者谈论死亡话题时，需要采用一定的谈话技巧，综合性地评估患者的心理和病情状态，了解患者承受死亡事件的能力，为患者提供针对性、个性化的教育，以便让患者更好地接受、面对病情的变化，以平静的心情度过临终期。（3）家属干预。强化对家属的宣教，让家属给予患者一定的陪伴和照顾，使其获得精神支持。良好的家庭氛围能够提升患者的幸福感，使其痛苦感减轻。（4）疼痛干预。由于疼痛症状的存在，会对患者的身心健康产生影响，护理过程中需要按照患者的疼痛程度，开展针对性的镇痛护理，镇痛药物需要合理使用，以提升患者的舒适度为前提，将疼痛控制工作做好。

### 1.3 观察指标

（1）护理满意度；（2）护患纠纷；（3）运用心理弹性量表（CD-RIS）<sup>[5]</sup>评估心理弹性；（4）运用QOL评分量表<sup>[6]</sup>评价生存质量。

### 1.4 统计学分析

运用SPSS22.0统计学软件，用“（ $\bar{x} \pm s$ ）”、[n(%)]表示，“t”“ $\chi^2$ ”检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 护理满意度

观察组高于对照组 ( $P<0.05$ )，见表1。

表1 护理满意度[n(%)]

| 组别       | 例数 | 非常满意 | 满意 | 不满意 | 总满意度          |
|----------|----|------|----|-----|---------------|
| 观察组      | 65 | 32   | 31 | 2   | 96.92%(63/65) |
| 对照组      | 65 | 25   | 26 | 14  | 78.46%(51/65) |
| $\chi^2$ |    |      |    |     | 11.895        |
| P        |    |      |    |     | <0.05         |

### 2.2 护患纠纷

观察组低于对照组 ( $P<0.05$ )，见表2。

表2 护患纠纷[n(%)]

| 组别       | 例数 | 发生例数 | 发生率           |
|----------|----|------|---------------|
| 观察组      | 65 | 4    | 6.15%(4/65)   |
| 对照组      | 65 | 12   | 18.46%(12/65) |
| $\chi^2$ |    |      | 10.125        |
| P        |    |      | <0.05         |

### 2.3 心理弹性评分

干预后，观察组均高于对照组 ( $P<0.05$ )，见表3。

表3 心理弹性评分 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 检查指标 | 观察组 (n=65) | 对照组 (n=65)       | t                | P            |
|------|------------|------------------|------------------|--------------|
| 韧性   | 干预前        | 18.76 $\pm$ 2.53 | 18.75 $\pm$ 2.52 | 1.241 >0.05  |
|      | 干预后        | 45.18 $\pm$ 1.38 | 34.76 $\pm$ 1.64 | 11.015 <0.05 |
| 力量性  | 干预前        | 11.19 $\pm$ 1.25 | 11.19 $\pm$ 1.26 | 5.351 >0.05  |
|      | 干预后        | 27.85 $\pm$ 0.21 | 19.56 $\pm$ 0.24 | 12.044 <0.05 |
| 乐观性  | 干预前        | 7.09 $\pm$ 1.12  | 7.09 $\pm$ 1.13  | 3.654 >0.05  |
|      | 干预后        | 14.58 $\pm$ 1.20 | 10.29 $\pm$ 1.11 | 10.528 <0.05 |

### 2.4 生存质量

观察组干预后均高于对照组 ( $P<0.05$ )，见表4。

表4 生存质量 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 检查指标    | 观察组 (n=65) | 对照组 (n=65)       | t                | P            |
|---------|------------|------------------|------------------|--------------|
| 活动能力    | 干预前        | 1.21 $\pm$ 0.33  | 1.22 $\pm$ 0.25  | 5.241 >0.05  |
|         | 干预后        | 3.25 $\pm$ 0.54  | 2.25 $\pm$ 0.48  | 10.524 <0.05 |
| 自身疾病认识  | 干预前        | 1.35 $\pm$ 0.11  | 1.45 $\pm$ 0.04  | 5.824 >0.05  |
|         | 干预后        | 4.20 $\pm$ 0.25  | 2.15 $\pm$ 0.02  | 15.241 <0.05 |
| 社会支持    | 干预前        | 1.35 $\pm$ 0.35  | 1.39 $\pm$ 0.28  | 2.215 >0.05  |
|         | 干预后        | 4.58 $\pm$ 0.52  | 2.52 $\pm$ 0.35  | 12.548 <0.05 |
| 疼痛      | 干预前        | 1.24 $\pm$ 0.41  | 1.25 $\pm$ 0.39  | 4.156 >0.05  |
|         | 干预后        | 3.21 $\pm$ 0.39  | 2.28 $\pm$ 0.47  | 11.847 <0.05 |
| 睡眠      | 干预前        | 1.39 $\pm$ 0.38  | 1.40 $\pm$ 0.58  | 3.654 >0.05  |
|         | 干预后        | 4.36 $\pm$ 0.58  | 2.32 $\pm$ 0.62  | 14.152 <0.05 |
| 精神与体力   | 干预前        | 1.58 $\pm$ 0.52  | 1.62 $\pm$ 0.54  | 3.012 >0.05  |
|         | 干预后        | 4.38 $\pm$ 0.62  | 2.52 $\pm$ 0.58  | 10.336 <0.05 |
| 食欲      | 干预前        | 1.25 $\pm$ 0.33  | 1.26 $\pm$ 0.31  | 2.514 >0.05  |
|         | 干预后        | 3.52 $\pm$ 0.52  | 2.11 $\pm$ 0.38  | 9.524 <0.05  |
| 日常生活    | 干预前        | 1.36 $\pm$ 0.22  | 1.37 $\pm$ 0.25  | 3.541 >0.05  |
|         | 干预后        | 4.12 $\pm$ 0.65  | 3.11 $\pm$ 0.50  | 11.247 <0.05 |
| 家庭理解与照顾 | 干预前        | 1.52 $\pm$ 0.24  | 1.53 $\pm$ 0.33  | 0.684 >0.05  |
|         | 干预后        | 3.69 $\pm$ 0.57  | 2.17 $\pm$ 0.51  | 10.548 <0.05 |
| 治疗副作用   | 干预前        | 1.26 $\pm$ 0.15  | 1.26 $\pm$ 0.22  | 4.522 >0.05  |
|         | 干预后        | 3.85 $\pm$ 0.57  | 2.64 $\pm$ 0.45  | 15.247 <0.05 |
| 面部表情    | 干预前        | 1.33 $\pm$ 0.16  | 1.34 $\pm$ 0.18  | 2.355 >0.05  |
|         | 干预后        | 4.06 $\pm$ 0.64  | 2.11 $\pm$ 0     | 12.524 <0.05 |
| 对治疗的态度  | 干预前        | 1.15 $\pm$ 0.11  | 1.17 $\pm$ 0.06  | 1.574 >0.05  |
|         | 干预后        | 4.15 $\pm$ 0.47  | 3.02 $\pm$ 0.34  | 11.578 <0.05 |
| 生存质量总分  | 干预前        | 21.28 $\pm$ 4.02 | 20.87 $\pm$ 3.69 | 5.322 >0.05  |
|         | 干预后        | 50.15 $\pm$ 5.22 | 35.54 $\pm$ 3.74 | 10.255 <0.05 |

## 3 讨论

在癌症患者中，暴怒症、抑郁症患者占有很大的比例，肿瘤患者死亡率与其抑郁情绪之间具有十分密切的关系，相比于无抑郁情绪的癌症患者来说，抑郁情绪严重的癌症患者具有较高的死亡率。受死亡与疾病的威胁，肿瘤患者临终期的心理和生理状态会显著降低，心理发生扭曲，不仅会加重自身的痛苦感，还会对家属的情绪产生严重影响。所以，为使癌症患者在

临终期平和的面对死亡,需要为其提供有效、科学的临终护理服务。

通过探究安宁疗护结合疼痛护理对癌症临终期的干预效果,结果显示,在护理满意度、护患纠纷、心理弹性及生存质量改善方面,观察组均优于对照组( $P<0.05$ )。表明通过加强对患者的安宁疗护及疼痛护理,能够获得更为理想的护理效果,分析原因主要在于:近年来在医学领域中,安宁疗护属于一种新兴的服务模式,它指的是将积极性、全面性的照护服务提供给已经没有治愈希望的患者,目的在于在生命的最后时光,帮助患者无痛苦、安详地度过,使其临终生活质量得到提升。安宁疗护的护理理念包括全程、全队、全家、全人,护理服务包含了多方面的需求,例如精神、社会、心理、生理等,

开展安宁疗护过程中主要以患者的感受为基础,将多方面的照护提供给临终期患者,使其能够正视死亡,提高舒适度,减少各种不良情绪,控制病情,使其生存期尽可能地延长。此外,癌痛是癌症临终期患者的主要症状,剧烈的疼痛症状会加重患者的痛苦感,影响疾病的生活质量。护理人员通过全面的评估患者的疼痛程度,并采取针对性的疼痛干预措施,不仅可以减轻患者的疼痛症状,还能够缓解其不良情绪,使其在临终期保持乐观、平和的心态,进而改善其生存质量。

综上所述,对癌症临终期患者实施安宁疗护结合疼痛护理,能够提高护理满意度,减少护患纠纷的发生,使其心理弹性及生存质量得到明显改善。

### 参考文献:

- [1] 查文娟.安宁疗护结合疼痛护理对癌症临终期的干预效果[J].中外医学研究,2020,18(17):70-72.
- [2] 张慧荣,姜宏宁,安海燕,等.芳香疗法在安宁疗护中对老年恶性肿瘤患者临终期生命质量的影响[J].北京医学,2021,43(4):340-343.
- [3] 黄明辉,宋媛.1例吗啡自控镇痛泵静脉泵入治疗胰腺癌临终患者重度癌痛的护理[J].中国保健营养,2019,29(9):161.
- [4] TABIBIAN,BORNA E.,SALEHANI,ARSALAAN A.,KUHN,ELIZABETH N.,et al.Transitioning the Treatment Paradigm:How Early Palliative Care Service Involvement Affects the End-of-Life Course for Critically Ill Patients in the Neuro-Intensive Care Unit[J].Journal of palliative medicine,2019,22(5):489-492.
- [5] 崔亚丽.晚期癌症临终期患者的安宁疗护效果探讨[J].糖尿病天地,2018,15(5):124.
- [6] 傅月美,胡泉东,胡芳琳,等.安宁疗护在癌症临终期患者中的应用效果分析[J].现代实用医学,2020,32(2):231-233.