

安宁疗护联合疼痛护理对癌症临终期患者的临床干预效果研究

李丽华 吴锦花

红安县人民医院 湖北黄冈 438400

摘要: 目的: 分析安宁疗护联合疼痛护理对癌症临终期患者的临床干预效果。方法: 2024-1~2024-12 癌症临终期患者 48 例, 对照组 24 例常规护理; 分析组 24 例安宁疗护联合疼痛护理; 比较不同方案护理效果差异。结果: 分析组在睡眠质量、疼痛评分、心理状态均低于对照组, $P < 0.05$ 。结论: 安宁疗护联合疼痛护理可显著性改善癌症临终期患者的心理状态, 提高睡眠质量, 缓解疼痛程度, 具有临床推广与运用价值。

关键词: 疼痛护理; 癌症临终期; 安宁疗护; 睡眠质量; 疼痛程度

癌症临终期是指癌症患者病情发展到不可逆转的阶段, 通常意味着生命即将进入最后的几周或几天, 这一阶段的护理和管理不仅仅关注身体症状的缓解, 还涉及心理、社会、精神等多个层面的支持, 同时癌症临终期患者机体承受一定程度癌痛, 这可加重心理烦躁情绪, 为控制应激反应的发生, 也为保障其日常生活水平, 予以患者护理措施非常有必要, 其中安宁疗护联合疼痛护理应用价值颇高^[1]。安宁疗护是一种以患者为中心的医疗模式, 旨在减轻癌症临终期患者的痛苦, 提高其生命质量, 而有效的疼痛护理不仅能减轻患者的生理痛苦, 还能改善其心理和情绪状态, 提高生命尊严感, 两种方法结合有助于缓解患者机体不适的同时保持良好心态, 更安详、更幸福的度过最后时光^[2]。因此, 本文就分析癌症临终期患者用安宁疗护联合疼痛护理效果与临床应用价值。

1 基础资料与护理方法

1.1 基础资料

2024-1~2024-12 癌症临终期患者 48 例, 因具体实施的护理模式不同将其划分为 2 个小组, 对照组 24 例, 44~85 岁, 平均年龄 (64.82 ± 1.09) 岁, 男 14 例, 女 10 例; 分析组 24 例, 44~86 岁, 平均年龄 (64.87 ± 1.10) 岁, 男 15 例, 女 9 例; 各组基线数据较比, 无差异性 $P > 0.05$ 。

1.2 护理方法

对照组常规护理: 为患者挑选安静、舒适的病室, 并加强卫生管理, 同时纠正其错误的饮食, 定时巡视, 依据患者机体状况及需求落实相对应护理措施。

分析组安宁疗护联合疼痛护理: (1) 安宁疗护: ①症

状护理: 对于呼吸困难者调整卧位姿势, 并给予低流量氧气吸入 $(1-2L/min)$ 。对于恶心呕吐的患者避免油腻、刺激性食物, 采用少量多餐模式, 并予以吐药药物。对于便秘患者增加膳食纤维摄入, 如水果、蔬菜, 必要时使用缓泻剂 (如乳果糖、开塞露)。对于乏力与营养不良者提供高热量、高蛋白流质或半流质食物。允许患者根据自身情况自由选择进食方式, 减少进食压力。②精神支持: 护理人员倾听患者诉求, 鼓励表达情感, 提供情感支持, 并引导患者回忆人生重要经历, 使其感受到生命价值。护理人员需表现出耐心、理解和接纳, 让患者感到被尊重和关怀。同时, 为患者播放舒缓的音乐或患者喜欢的曲目, 尊重患者信仰需求, 可邀请神职人员进行慰藉, 更鼓励家属多陪伴患者, 减少孤独感。③生活护理: 每 2 小时翻身一次, 及时清洁皮肤, 保持皮肤干燥, 减少感染风险, 督促患者用温水漱口, 若口腔干燥可应用生理盐水湿润口腔, 加强对皮肤完整性的观察, 可涂抹保湿乳液改善皮肤瘙痒与皲裂症状。协助患者排尿, 必要时使用导尿管, 但需注意防止尿路感染。对有便秘问题的患者, 提供通便措施, 避免排便困难。④临床关怀: 避免无效抢救, 如心肺复苏或侵入性操作。降低环境噪音, 可播放舒缓音乐, 家属可握住患者的手或轻声交流。遵从患者的意愿安排后事, 如是否愿意在家中离世, 是否有器官捐献意愿等。

(2) 疼痛护理: ①疼痛评分: 间隔 4 个小时评估患者机体疼痛程度, 分析疼痛性质, 观察疼痛是否因体位、运动或压力变化加重, 分析是否需要调整护理措施。②药物镇痛: 对于轻度疼痛患者应用非阿片类镇痛药: 对乙酰氨基酚、布洛芬、塞来昔布, 并监测胃肠道反应, 防止胃溃疡和出血。

对中度疼痛患者应用弱阿片类药物：曲马多、可待因，同时注意镇静、恶心、呕吐等副作用，适当给予抗呕吐药物。针对重度疼痛患者用强阿片类药物：羟考酮、芬太尼、氢吗啡酮，护理人员需监测呼吸抑制，注意血氧饱和度，预防阿片类药物导致的便秘，鼓励多饮水并使用缓泻剂（如乳果糖），观察患者是否出现耐药性或依赖性，并调整剂量。③非药物镇痛：骨痛或局部炎症性疼痛患者进行热敷或冷敷，还可轻柔按摩有助于放松肌肉，但避免肿瘤区域直接按压，还可应用经皮神经电刺激，通过低频电脉冲刺激神经，缓解神经源性疼痛。④特殊护理：对进入临终阶段（呼吸急促、意识模糊、全身衰竭）的患者，应采取舒适护理，避免过度干预，采用镇静镇痛疗法（如咪达唑仑+吗啡）维持无痛状态，护理工作以减少痛苦为核心，避免频繁翻身或过度刺激，同时不强迫进食、减少不必要的医疗干预（如插管）。

1.3 观察指标

患者睡眠状况选用匹兹堡睡眠质量指数量表（21 分）评估，分值与睡眠质量负相关。选择视觉疼痛评分量表（10 分）评估患者机体疼痛程度，分值与疼痛评分负相关。采用焦虑自评量表（100 分）评估患者的心理状态，分值与心理情绪负相关。

1.4 统计学方法

SPSS 25.0 统计对本文数据处理，计量资料 $\bar{x} \pm s$ 表示，t 检验，以 $P < 0.05$ ，说明数据比较存在差异性。

2 结果

分析组在睡眠质量、疼痛评分、心理状态均低于对照组， $P < 0.05$ 。具体见表 1

表 1 组间睡眠质量、疼痛评分、心理状态的比较（ $\bar{x} \pm S$ ，分）

小组	例数	睡眠质量	疼痛评分	心理状态
对照组	24	15.01 ± 0.75	6.15 ± 0.47	45.14 ± 3.36
分析组	24	10.15 ± 0.43	4.00 ± 0.21	31.09 ± 1.71
t		27.540	20.461	15.257
P		0.000	0.000	0.000

3 讨论

癌症临终期患者机体各系统功能逐渐衰竭，机体伴有严重的疼痛、极度乏力及消瘦、食欲下降、意识模糊或昏迷、呼吸困难等症状，此阶段不仅患者心理恐惧，家属更是伤心与难过，所以癌症临终期护理服务非常有必要，而且此阶段

护理工作的核心在于“以人为本”，尽可能缓解痛苦，维护生命的尊严，同时给予患者和家属最大的心理和情感支持，让患者安详的离世^[3]。

常规护理形式单一，所能发挥的效果有限，而安宁疗护联合疼痛护理临床应用价值颇高。安宁疗护不仅能够缓解患者的身体痛苦，还能改善心理状态，增强生命尊严，同时也有助于家属心理支持和社会资源优化，其最终目的是让患者在舒适、幸福、平静的状态下走完人生最后一程，实现真正的“善终”^[4]。疼痛护理核心目标是缓解患者的生理痛苦，改善心理状态，提高生命质量，并帮助患者以尊严、安详的方式走完人生最后阶段^[5]。科学、规范的疼痛管理不仅可以提高患者的舒适度，还能减轻家属的心理压力，使整个家庭在面对生命终点时更加平和、有序。安宁疗护联合疼痛护理是癌症临终期患者综合管理的重要组成部分，其核心目标是提高患者的生活质量，缓解痛苦，使患者在生命的最后阶段保持尊严，减少不适，同时给予患者及其家属心理和精神上的支持，该联合护理模式在临终期癌症患者中具有重要的临床意义和人文价值^[6]。通过本次研究所得结果为：说明联合护理方案可通过精准的疼痛管理、心理支持等手段改善睡眠，帮助患者更好的休息，保障深度睡眠，而且采用药物与非药物护理可优化患者的疼痛管理，使疼痛控制更加充分，改善机体舒适度。癌症终末期患者往往存在抑郁、焦虑和恐惧，联合护理通过心理护理、家庭陪伴、宗教信仰支持等方式，帮助患者缓解负面情绪，提高心理安宁度，所以说明该模式能够更全面得满足癌症临终期患者的需求，利于其情绪的平稳，提高对现状的接受度，建议在更多医疗机构推广应用。

综上所述：安宁疗护联合疼痛护理具有全面性、综合性等护理优势，对癌症临终期患者应用可优化情绪的同时提高睡眠质量，减轻机体疼痛程度，整体护理效果满足临床需求。

参考文献：

[1] 王齐. 安宁疗护联合疼痛护理对癌症临终期患者的临床干预效果研究[J]. 基层医学论坛, 2023, 27(12): 43-46.
[2] 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.
[3] 孙文艳, 徐瑾, 杨明. 康复期癌症志愿者参与安宁疗护模式在晚期癌症患者临终关怀中的应用[J]. 齐鲁护理杂

志,2021,27(10):153-155.

[4] 玛丽亚木古丽·克依木,谢木斯娅·艾买提.安宁疗护对妇科病房临终癌症患者护理效果[J].中国保健营养,2020,30(26):205-206.

[5] 王君艳,王佳宏.安宁疗护用于肿瘤病房临终癌症病

人护理中的效果观察[J].科学养生,2021,24(4):150.

[6] 杨倩文,姚芳.安宁疗护联合疼痛护理在癌症晚期患者临终前的应用[J].中国实验方剂学杂志,2023,29(21):203.

作者简介:李丽华(1979—),女,汉族,大学本科,肿瘤护理。