

# 胰腺癌晚期患者疼痛规范化护理对生活质量的改善效果

吴慧敏 吴丹

荆州市第一人民医院 湖北 荆州 434000

**摘要:**目的: 探讨疼痛规范化护理在胰腺癌晚期患者中的应用价值, 分析其对患者生活质量的改善效果。方法: 选取2022年6月至2025年1月在我院肝胆胰外科收治的胰腺癌晚期患者120例, 采用随机数字表法分为观察组和对照组各60例。对照组给予常规护理干预, 观察组实施疼痛规范化护理模式。比较两组患者的生活质量各项指标变化情况。结果: 观察组疼痛控制有效率显著高于对照组, 日常生活能力评分明显优于对照组, 心理状态改善程度也显著好于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 疼痛规范化护理能够有效改善胰腺癌晚期患者的生活质量, 值得临床推广应用。

**关键词:** 胰腺癌晚期; 疼痛规范化护理; 生活质量; 改善效果

引言: 胰腺癌作为消化系统恶性肿瘤中预后最差的疾病之一, 具有早期诊断困难、进展迅速、转移早等特点。晚期胰腺癌患者常伴有剧烈疼痛症状, 严重影响患者的生理功能和心理健康。传统的护理模式往往难以满足患者多层次的护理需求, 而规范化疼痛护理作为一种系统性、标准化的护理干预措施, 能够为患者提供个性化的疼痛管理方案<sup>[1]</sup>。本研究通过对比分析疼痛规范化护理与常规护理的效果差异, 为提高胰腺癌晚期患者的生活质量提供科学依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2022年6月至2025年1月在我院肝胆胰外科收治的胰腺癌晚期患者120例作为研究对象, 按照随机数字表法为观察组和对照组, 每组60例。观察组男性34例, 女性26例; 年龄48-73岁, 平均(61.25±7.43)岁。对照组男性32例, 女性28例; 年龄46-74岁, 平均(60.89±7.61)岁。两组基线资料比较( $P > 0.05$ ), 具有可比性。纳入标准: 经病理学检查确诊为胰腺癌晚期; 意识清楚, 能配合完成各项评估。排除标准: 合并其他恶性肿瘤; 存在严重心、肝、肾等重要脏器功能障碍; 精神疾病史或认知功能障碍。

### 1.2 护理方法

对照组实施常规护理干预, 包括基础生命体征监测、药物镇痛治疗配合、一般生活护理支持、健康宣教等标准化护理流程。护理人员根据医嘱按时给药, 监测患者疼痛缓解情况, 提供基本的生活照护服务。

观察组在常规护理基础上实施疼痛规范化护理模式: (1) 疼痛评估规范化: 建立完整的疼痛评估体系, 使用数字评分法(NRS)进行疼痛强度评估, 每日至少评估4次。评估内容包括疼痛性质、部位、程度、持续时间、

诱发因素等。建立疼痛评估档案, 动态记录疼痛变化趋势。对于NRS评分  $\geq 4$  分的患者, 及时报告医生调整镇痛方案。(2) 个性化镇痛方案: 根据WHO三阶梯镇痛原则, 结合患者个体化特点制定镇痛方案。轻度疼痛给予非甾体抗炎药, 中度疼痛使用弱阿片类药物, 重度疼痛采用强阿片类药物。根据患者疼痛规律, 按时给药而非按需给药, 避免疼痛反复发作。对于爆发痛, 准备即释型阿片类药物备用。考虑患者的年龄、体重、肝肾功能、合并疾病等因素, 调整用药剂量和频次。(3) 多模式镇痛干预: 结合药物镇痛与非药物镇痛方法。药物方面, 合理使用辅助镇痛药物如抗抑郁药、抗惊厥药等。非药物方面, 采用物理疗法如热敷、按摩、针灸等; 心理干预如放松训练、音乐疗法、认知行为疗法等; 社会支持如家属陪伴、心理咨询等。(4) 并发症预防管理: 针对长期使用阿片类药物可能出现的便秘、恶心呕吐、嗜睡等副作用, 提前采取预防措施。建立便秘预防方案, 定时排便训练, 合理使用缓泻剂。恶心呕吐防治采用渐进式给药, 必要时使用止吐药物。密切监测呼吸抑制、尿潴留等严重并发症, 建立应急预案。(5) 教育指导强化: 加强患者及家属疼痛知识教育, 提高治疗依从性。详细讲解疼痛评估方法, 教会患者正确表达疼痛感受。介绍药物作用机制、用法用量、注意事项等。建立患者自我管理能力和减少不必要的医疗资源消耗。制作通俗易懂的健康教育手册, 开展疼痛管理讲座。(6) 团队协作模式: 建立由医生、护士、药师等组成的多学科疼痛管理团队。定期召开病例讨论会, 评估疼痛控制效果, 及时调整治疗方案。加强医护沟通, 确保护理措施与医疗方案协调一致。建立疼痛管理质量监控指标, 持续改进服务质量。

### 1.3 观察指标

(1) 疼痛控制效果:采用数字评分法(NRS)评估患者疼痛程度,0分表示无痛,10分表示剧痛。疼痛缓解率 = (治疗前NRS评分-治疗后NRS评分)/治疗前NRS评分 $\times 100\%$ 。完全缓解: NRS评分降至0分;部分缓解: NRS评分下降 $\geq 50\%$ ;轻度缓解: NRS评分下降 $< 50\%$ ;无效: NRS评分无变化或增加。疼痛控制有效率 = 完全缓解率+部分缓解率。(2) 日常生活能力:采用Barthel指数评估患者日常生活活动能力,总分100分。分数越高表示日常生活能力越强。(3) 心理状态:采用患者健康问卷抑郁量表(PHQ-9)评估患者的抑郁症状。该量表总分范围0-27分,评分标准:0-4分无抑郁,5-9分轻度抑郁,

10-14分中度抑郁,15-19分中重度抑郁,20-27分重度抑郁。得分越高表示抑郁程度越严重。

#### 1.4 统计学处理

通过SPSS26.0处理数据,计数(由百分率(%))进行表示)、计量(与正态分布相符,由均数 $\pm$ 标准差表示)资料分别行 $\chi^2$ 、 $t$ 检验; $P < 0.05$ ,则差异显著。

## 2 结果

### 2.1 两组患者疼痛控制效果比较

观察组疼痛控制有效率为93.33%,明显高于对照组的71.67%,差异有统计学意义( $P < 0.001$ )。见表1。

表1 两组患者疼痛控制效果比较[n(%)]

组别	例数	完全缓解	部分缓解	轻度缓解	无效	有效率
观察组	60	28(46.67)	28(46.67)	3(5.00)	1(1.67)	56(93.33)
对照组	60	15(25.00)	28(46.67)	12(20.00)	5(8.33)	43(71.67)
$\chi^2$ 值	-	-	-	-	-	9.600
$P$ 值	-	-	-	-	-	0.002

### 2.2 两组患者日常生活能力比较

护理干预后,观察组Barthel指数评分显著高于对照

组,差异有统计学意义( $P < 0.001$ )。见表2。

表2 两组患者日常生活能力比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	干预前	干预后
观察组	60	35.67 $\pm$ 7.24	72.45 $\pm$ 8.36
对照组	60	34.89 $\pm$ 7.58	58.23 $\pm$ 9.17
$t$ 值	-	0.567	10.842
$P$ 值	-	0.572	0.000

### 2.3 两组患者心理状态比较

观察组PHQ-9评分显著低于对照组,差异有统计学意

义( $P < 0.001$ )。见表3。

表3 两组患者心理状态比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	PHQ-9评分
观察组	60	8.45 $\pm$ 2.23
对照组	60	12.67 $\pm$ 3.15
$t$ 值	-	8.268
$P$ 值	-	0.000

## 3 讨论

疾病相关因素对疼痛产生的重要影响不容忽视。胰腺癌本身具有独特的生物学特性,肿瘤细胞浸润性生长,侵犯周围组织器官,压迫神经血管,引起剧烈疼痛。随着病情进展,肿瘤体积增大,疼痛程度逐渐加重<sup>[2]</sup>。同时,胰腺癌患者常伴有胆道梗阻、腹水、营养不良等并发症,这些因素相互作用,进一步加剧了患者的

痛苦体验。此外,患者的心理状态、社会支持系统、经济状况等因素也会间接影响疼痛的感知和耐受程度<sup>[3]</sup>。因此,在疼痛管理过程中,必须充分考虑疾病本身的复杂性,采取综合性干预措施。

本研究结果显示,观察组患者疼痛控制有效率达到93.33%,显著高于对照组的71.67% ( $P < 0.05$ )。这一结果表明疼痛规范化护理在提高疼痛控制效果方面具

有显著优势。规范化护理通过建立完善的疼痛评估体系,实现了对疼痛的动态监测和及时干预。标准化的评估流程减少了主观判断误差,提高了评估的准确性和可靠性。同时,多模式镇痛策略的应用充分发挥了各种治疗方法的优点,形成了协同效应。药物镇痛与非药物镇痛相结合,既保证了镇痛效果,又降低了单一药物的不良反应风险<sup>[4]</sup>。日常生活能力的改善是衡量护理效果的重要指标之一。本研究中,观察组患者Barthel指数评分达到(72.45±8.36)分,明显高于对照组的(58.23±9.17)分( $P < 0.05$ )。这一结果反映了疼痛规范化护理对患者功能恢复的积极作用。疼痛的有效控制使患者能够更好地参与日常活动,减少了因疼痛导致的功能退化。护理人员通过功能锻炼指导、环境改造建议、辅助器具使用培训等方式,帮助患者维持和改善生活自理能力。同时,疼痛减轻也提高了患者的活动积极性,促进了身体机能的恢复<sup>[5]</sup>。心理状态的变化同样值得关注。观察组患者的PHQ-9评分降至(8.45±2.23)分,显著低于对照组的(12.67±3.15)分( $P < 0.05$ ),说明疼痛规范化护理不仅改善了生理症状,还对心理健康产生了积极影响。慢性疼痛往往伴随着情绪障碍,形成恶性循环。疼痛规范化护理通过多维度干预打破了这种循环,为患者提供了全方位的支持。心理护理、社会支持、家庭关怀等非药物干预措施发挥了重要作用,帮助患者建立了积极的应对态度<sup>[6]</sup>。

疼痛规范化护理的核心在于标准化流程的建立和执行。这包括疼痛评估标准化、镇痛方案个体化等多个环节。标准化并不意味着僵化,而是要在统一框架下实现个性化服务。护理人员需要具备扎实的专业知识和丰富的临床经验,能够准确识别疼痛类型,合理选择干预措施,及时调整护理方案。同时,还需要良好的沟通技巧和人文关怀能力,与患者建立信任关系,提高治疗依从性<sup>[7]</sup>。多学科协作是疼痛规范化护理成功的关键因素。疼痛管理涉及多个专业领域,需要医生、护士、药师、康复师等专业人员的密切配合。医生负责制定总体治疗方案,护士承担具体的护理实施,药师提供用药指导,心

理护理小组进行心理干预,康复师设计功能训练计划。各部门之间的信息共享和协调配合至关重要,只有形成合力才能实现最佳效果<sup>[8]</sup>。患者教育在疼痛管理中占据重要地位。许多患者对疼痛认识不足,存在用药恐惧、忍痛观念等误区,影响了治疗效果。规范化护理强调患者参与,通过健康教育提高患者的自我管理能力和生活能力。教育内容包括疼痛知识普及、评估方法学习、用药指导、生活方式调整等。通过系统的教育,患者能够更好地理解疾病,积极配合治疗,提高生活质量。

综上所述,疼痛规范化护理为胰腺癌晚期患者提供了系统性、专业性的疼痛管理解决方案。通过标准化流程、多模式干预、个体化服务,有效改善了患者的疼痛状况、生活能力和心理状态。

#### 参考文献

- [1]张心怡.个性化综合护理对胰腺癌患者疼痛缓解的效果[J].生命科学仪器,2025,23(3):256-257,260.
- [2]陈静,熊冉,李彤.激励式信念干预联合疼痛改善性护理在胰腺癌疼痛患者中的应用[J].当代护士,2025,32(4):69-73.
- [3]管唯然,魏思东,陈燕,等.认知-心理-疼痛维度专项护理在晚期胰腺癌疼痛患者中的应用研究[J].现代医药卫生,2024,40(8):1299-1302.
- [4]李树霞.规范化疼痛护理联合心理疏导在胰腺癌患者治疗期间的效果[J].中国标准化,2023(14):287-289.
- [5]田娜.疼痛护理联合音乐护理在胰腺癌术后患者中的效果观察[J].航空航天医学杂志,2022,33(6):766-768.
- [6]张连香,赵海蓉,张志琴.Roy适应模式护理对胰腺癌患者负性情绪及术后疼痛程度的影响分析[J].长春中医药大学学报,2021,37(1):171-173.
- [7]陈希.疼痛护理对胰腺癌晚期患者癌痛程度及心理状态的影响[J].养生保健指南,2021(26):177.
- [8]康苗,郝天丽,董艳琴,等.中医拔膏疗法加辨证施护对胰腺癌患者急性疼痛的影响[J].甘肃医药,2025,44(12):1143-1145.