

姑息护理干预对晚期肿瘤患者癌性疼痛及生活质量的影响研究

陆珍华¹, 陆艺苹¹, 曾 希², 方红燕², 张翠芬¹

¹南宁市福利中医医院临终关怀科, 广西 南宁

²广西壮族自治区人民医院安宁缓和医学中心, 广西 南宁

收稿日期: 2026年7月5日; 录用日期: 2026年8月5日; 发布日期: 2026年8月13日

摘 要

目的: 探究姑息护理模式应用于晚期肿瘤患者临床照护的实际成效, 分析该干预方案对患者癌性疼痛、心理状态及生活质量的改善作用, 为临床优化晚期肿瘤安宁疗护方案、完善癌痛规范化管理措施提供循证依据。方法: 选取本院临终关怀科2024年5月~2025年5月收治的86例晚期肿瘤患者作为研究对象。基于两样本均数比较的样本量计算公式, 设 $\alpha = 0.05$, 检验效能 $1 - \beta = 0.80$, 结合预试验结果(观察组VAS均值 2.50 ± 0.70 , 对照组 3.80 ± 0.90), 估算每组至少37例, 考虑15%脱落率, 最终每组纳入43例。采用随机数字表法(由SPSS 26.0生成)将患者按1:1比例分为对照组与观察组, 各43例。分组结果置于密封不透明信封中, 由不参与临床护理的独立研究人员在患者入组时开启并分配。对照组实施肿瘤晚期常规护理服务, 观察组在常规护理基础上叠加系统化姑息护理干预。持续干预4周后, 对比两组患者疼痛视觉模拟评分(VAS)、疼痛控制有效率、生活质量各维度评分、焦虑自评量表(SAS)与抑郁自评量表(SDS)评分, 以及护理满意度。所有结局指标由不参与干预实施且不知分组情况的独立评估人员进行测评, 数据分析阶段对分组变量进行编码处理, 实现评估者及分析者双盲。结果: 最终对照组42例、观察组41例完成全程研究(对照组1例因病情恶化转院脱落, 观察组2例脱落, 其中1例主动退出、1例因病情恶化死亡), 两组脱落率分别为2.33%和4.65%, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预后, 观察组VAS评分显著低于对照组(2.13 ± 0.62 vs. 4.26 ± 0.85), 组间差异具有统计学意义($t = 13.265, P < 0.001$); 观察组疼痛控制总有效率为92.68% (38/41), 显著高于对照组的71.43% (30/42), 组间差异有统计学意义($\chi^2 = 6.162, P = 0.013$); 观察组躯体功能(78.62 ± 3.85 vs. 62.35 ± 4.52)、心理功能(76.95 ± 4.26 vs. 60.18 ± 5.12)、社会功能(77.85 ± 4.12 vs. 63.26 ± 4.85)及总体生活质量(78.26 ± 3.95 vs. 61.58 ± 4.66)评分均优于对照组(P 均 < 0.001); 观察组SAS评分(40.25 ± 4.15 vs. 52.16 ± 5.32)及SDS评分(39.85 ± 4.02 vs. 51.32 ± 5.26)均显著低于对照组(P 均 < 0.001); 观察组护理满意度为97.56% (40/41), 高于对照组的83.33% (35/42), 组间差异有统计学意义($\chi^2 = 4.602, P = 0.032$)。结论: 对晚期肿瘤患者实施系统性姑息护理干预, 能有效缓解癌性疼痛, 改善焦虑、抑郁等负性情绪, 全面提升终末期生活质量, 并构建和谐护患关系。该模式契合安宁疗护核心理念, 具有显著的临床推广应用价值。

关键词

姑息护理, 晚期恶性肿瘤, 癌性疼痛, 生活质量, 安宁疗护

Study on the Effect of Palliative Care Intervention on Cancer Pain and Quality of Life in Patients with Advanced Tumors

Zhenhua Lu¹, Yiping Lu¹, Xi Zeng², Hongyan Fang², Cuifen Zhang¹

¹Department of Hospice Care, Nanning Welfare Traditional Chinese Medicine Hospital, Nanning Guangxi

²Hospice and Palliative Medicine Center, The People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning Guangxi

Received: July 5, 2026; accepted: August 5, 2026; published: August 13, 2026

Abstract

Objective: To explore the practical effect of the palliative-care model for clinical nursing of patients with advanced tumors, analyze its influences on cancer-related pain, psychological status and quality-of-life (QoL), and provide evidence-based references for optimizing clinical hospice-care strategies and standardizing cancer-pain management for terminally-ill cancer patients. **Methods:** A total of 86 patients with advanced tumors admitted to the Department of Hospice Care of our hospital from May 2024 to May 2025 were enrolled. The sample-size formula for comparing the means of two-sample populations was adopted with $\alpha = 0.05$ and test power $(1 - \beta) = 0.80$. According to preliminary trial outcomes (the Visual Analogue Scale (VAS) score of the observation group: 2.50 ± 0.70 versus 3.80 ± 0.90 in the control group), at least 37 subjects were required for each group. Considering a 15% loss-to-follow-up rate, 43 patients were finally included in each group. Participants were allocated at a 1:1 ratio by the random-number table generated via SPSS 26.0. Grouping results were sealed in opaque envelopes and assigned by independent researchers who took no part in nursing implementation upon enrollment. The control group received routine nursing for advanced-cancer patients, while the observation group was given standardized palliative-care interventions on the basis of conventional nursing. After four-week continuous intervention, the VAS scores, overall response rate of pain control, scores of each QoL dimension, Self-Rating Anxiety Scale (SAS), Self-Rating Depression Scale (SDS) and nursing-satisfaction levels were compared between the two groups. All outcome indicators were evaluated by blinded assessors without intervention-related participation. Group-assignment data were coded during statistical analysis to achieve double-blind status for evaluators and analysts. **Results:** Ultimately, 42 patients in the control group and 41 cases in the observation group completed the whole research. One patient was transferred owing to disease deterioration in the control group; two patients dropped out in the observation group including one voluntary withdrawal and one death from disease progression. The loss-to-follow-up rates were 2.33% and 4.65% respectively with no statistically significant difference ($P > 0.05$). After intervention, the VAS score of the observation group was markedly lower than that of the control group (2.13 ± 0.62 vs. 4.26 ± 0.85 , $t = 13.265$, $P < 0.001$). The overall effective rate of pain-relief reached 92.68% (38/41) in the observation group, which was significantly higher than 71.43% (30/42) in the control group ($\chi^2 = 6.162$, $P = 0.013$). Compared with the control group, the observation-group patients obtained higher scores in physical function (78.62 ± 3.85 vs. 62.35 ± 4.52), psychological function (76.95 ± 4.26 vs. 60.18 ± 5.12), social function (77.85 ± 4.12 vs. 63.26 ± 4.85) and overall quality-of-life (78.26 ± 3.95 vs. 61.58 ± 4.66) (all $P < 0.001$). Besides, the observation-group showed decreased SAS (40.25 ± 4.15 vs. 52.16 ± 5.32) and SDS scores (39.85 ± 4.02 vs. 51.32 ± 5.26) (all $P < 0.001$). Nursing-satisfaction rate of the observation group was 97.56% (40/41), higher than 83.33% (35/42) in the control group ($\chi^2 = 4.602$, $P = 0.032$). **Conclusion:**

Systematic palliative-care interventions can effectively relieve cancer-related pain, mitigate anxiety and depression, improve overall quality-of-life and promote harmonious nurse-patient relationships for patients with advanced tumors. Consistent with core concepts of hospice-care, this model is worthy of extensive clinical application.

Keywords

Palliative Care, Advanced Malignant Tumors, Cancer Pain, Quality of Life, Hospice Care

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

恶性肿瘤是严重威胁居民生命健康的危重疾病。据统计，我国恶性肿瘤年新发病例数已超过 400 万例，且发病率呈逐年上升趋势[1]。疾病进展至晚期时，癌细胞易出现全身扩散与远处转移，临床已难以根治。癌性疼痛是晚期肿瘤患者最典型的临床症状，约 70%~90%的晚期癌症患者承受着中重度持续性疼痛，具有持续性强、反复发作、痛感剧烈等特点。单纯使用镇痛药物仅能短暂缓解症状，无法解除患者身心双重痛苦[2]。长期癌痛可致睡眠障碍、食欲减退、活动能力下降，并诱发恐惧、悲观、压抑等不良情绪，不仅严重降低终末期生活质量，还可能导致患者拒绝配合治疗。

传统护理以病情监测、用药管理、基础生活照料为主，缺乏疼痛管理、心理疏导与人文关怀[3]。近年来，随着安宁疗护理念的推广，临床逐渐认识到晚期肿瘤护理需从“以疾病为中心”转向“以患者为中心”的整全照护模式。姑息护理作为安宁疗护的核心组成部分，目标不再是治愈疾病，而是减轻痛苦、提升舒适度、维护生命尊严。该模式通过分级症状干预、心理疏导、家庭支持、人文关怀等综合措施改善患者身心状态[4]。

2. 资料与方法

2.1. 研究设计

本研究为单中心、前瞻性随机对照试验。选取本院临终关怀科收治的晚期肿瘤患者为研究对象，采用随机数字表法将研究对象分为对照组与观察组。对照组予以常规晚期肿瘤护理，观察组在常规护理基础上实施系统化姑息护理干预。所有研究对象均接受为期 4 周的规范化干预，干预结束后统一测评并对比两组患者疼痛程度、心理状态、生活质量及护理满意度等结局指标。

2.2. 样本量估算

基于两样本均数比较的样本量计算公式 $n = 2\sigma^2(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2(\mu_1 - \mu_2)^{-2}$ 。设检验水准 $\alpha = 0.05$ (双侧)，检验效能 $1 - \beta = 0.80$ ，查表得 $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$ ， $Z_{1-\beta} = 0.84$ 。根据预试验结果(观察组 VAS 评分干预后均值 2.50 ± 0.70 ，对照组 3.80 ± 0.90)，合并标准差 $\sigma = \sqrt{(n_1 - 1)s_1^2 + (n_2 - 1)s_2^2 / (n_1 + n_2 - 2)} = 0.81$ ， $\mu_1 - \mu_2 = 1.30$ 。代入公式计算得每组至少 37 例，考虑 15% 的脱落率，最终确定每组纳入 43 例，两组共计 86 例。

2.3. 一般资料

选取 2024 年 5 月~2025 年 5 月本院临终关怀科收治的 86 例晚期肿瘤患者为研究对象,采用随机数字表法分为两组,各 43 例。

对照组:男 22 例,女 21 例;年龄 45~78 岁,平均(61.35 ± 5.26)岁;肿瘤类型:肺癌 13 例,胃癌 9 例,肝癌 7 例,结直肠癌 8 例,其他肿瘤 6 例;疼痛分级:II 级疼痛 25 例,III 级疼痛 18 例。

观察组:男 23 例,女 20 例;年龄 46~79 岁,平均(62.18 ± 5.31)岁;肿瘤类型:肺癌 12 例,胃癌 10 例,肝癌 6 例,结直肠癌 9 例,其他肿瘤 6 例;疼痛分级:II 级疼痛 24 例,III 级疼痛 19 例。

对比两组患者性别、年龄、肿瘤类型、疼痛分级等基线资料,差异无统计学意义($P > 0.05$),组间具有可比性。

2.4. 纳入与排除标准

纳入标准:① 经影像学、病理活检确诊为恶性肿瘤,疾病发展至晚期,无手术、放化疗等根治性治疗指征;② 存在持续性癌性疼痛,VAS 评分 ≥ 4 分;③ 患者意识清晰,语言沟通正常,可配合完成全程评估与护理干预;④ 患者及家属知情同意,自愿参与本研究并签署知情同意书;⑤ 临床资料完整,可完成为期 4 周的连续干预。

排除标准:① 合并精神疾病、认知功能障碍,无法正常沟通者;② 合并严重心、肝、肾功能衰竭或其他急性并发症者;③ 疼痛由外伤、炎症等非肿瘤因素引发者;④ 研究期间中途放弃治疗、转院或病情急剧恶化死亡,未能完成全部干预流程者。

2.5. 随机化与分配隐藏

采用 SPSS 26.0 软件生成随机数字表,将 86 例患者按 1:1 比例随机分配至对照组或观察组。具体操作如下:由不参与临床护理工作的独立研究人员(统计分析师)在 SPSS 中设定随机种子数(seed = 20230101),生成 43 个“1”(对照组)和 43 个“2”(观察组)的随机序列,并按入组顺序依次编号。

分配隐藏采用密封不透光信封法:将每个分组结果打印后分别装入按顺序编号的密封不透明信封中,信封外仅标注序号(1~86),不透露任何分组信息。当符合纳入标准的患者签署知情同意书后,由负责入组评估的护士按顺序开启下一个信封,告知其分组结果。该开启信封的护士不参与后续任何干预措施的执行与结局评估,从而确保分配隐藏的充分实施。

2.6. 盲法

因本研究为护理干预性研究,对患者及执行干预的护士实施双盲不可行(患者及护士均知晓接受的干预类型)。为最大限度控制测量偏倚,本研究对结局评估者及数据分析者实施盲法。

评估者盲法:所有结局指标(VAS、QOL、SAS、SDS 及护理满意度问卷)的测评由 1 名不参与任何干预措施制定与执行的研究人员(专职评估护士)独立完成。该评估护士不接触患者的分组信息,且在每次评估前由研究者告知“仅负责量表填写指导与收集”,不问及患者的干预经历。评估在安静独立的环境中进行,所有问卷不标注分组信息,仅以编码号标识。

分析者盲法:数据录入完成后,由统计分析师对分组变量进行 A/B 编码处理(编码对照表由第三方研究人员保管,分析期间不向统计师透露),使统计分析阶段分析者处于盲态。待全部统计分析完成后,由第三方研究人员揭盲,将结果对应至对照组与观察组。

2.7. 护理方法

两组干预周期均为 4 周。

2.7.1. 对照组

实施晚期肿瘤常规护理。(1) 环境管理：维持病室温度 22℃~26℃，湿度 50%~60%，每日通风 2 次，每次 30 分钟，保持安静整洁。(2) 基础护理：落实皮肤、口腔及体位护理，每 2 小时协助翻身 1 次，使用气垫床预防压疮；指导有效咳嗽及深呼吸，预防坠积性肺炎。(3) 病情监测：每日晨、晚间各评估 1 次疼痛程度(采用 NRS 评分)及睡眠情况，记录每餐进食量，完整记录病情变化。(4) 用药管理：严格遵医嘱发放镇痛药物，讲解用药注意事项，观察并记录恶心、便秘等不良反应。(5) 健康宣教：采用一对一讲解结合图文手册方式，每周 1 次，每次 20 分钟，向患者及家属普及疼痛自我评估方法、镇痛药物使用规范及居家照护要点。

2.7.2. 观察组

在常规护理基础上，实施系统化姑息护理干预。安宁疗护护士接受为期 1 周的姑息护理专项培训，含理论授课(姑息护理理念、WHO 三阶梯止痛原则、尊严护理与共情沟通技术)及情景模拟考核，考核合格后方可参与研究。心理咨询师负责每周 1 次团体督导及复杂心理问题的会诊与转介，日常心理干预由安宁疗护护士执行。具体干预频次如下：疼痛评估每日 1 次；个体化心理疏导每周 3 次，每次 30~40 分钟；家庭协同护理每周 1 次(每次 60 分钟，含家属心理疏导与照护技能指导)；舒适护理与症状动态评估每日进行。具体措施如下：

1) 疼痛分级个体化镇痛护理

全面评估患者疼痛部位、性质、持续时间、诱发及缓解因素，结合 VAS 评分划分疼痛等级，依据分级结果制定个体化镇痛方案[5]。

针对Ⅱ级中度疼痛患者，以非药物干预为主：指导患者开展腹式呼吸(每分钟 6~8 次)、渐进式肌肉放松训练，借助音乐、影视、交流等方式转移注意力；对无骨转移及出血倾向者，行疼痛部位热敷(45℃~50℃，15~20 分钟)及轻柔按摩，操作前需完成皮肤完整性及血栓风险评估。

针对Ⅲ级重度疼痛患者，严格遵循 WHO 癌症三阶梯止痛原则，配合医师规范给药：基础用药选用吗啡或羟考酮缓释片，备用即释制剂处理暴发性疼痛，目标维持 24 小时 NRS 评分 ≤ 3 分，规避疼痛急性发作。用药后 30 分钟及 2 小时各评估 1 次镇痛效果，密切监测恶心、便秘、头晕等不良反应——便秘者预防性给予乳果糖或聚乙二醇，恶心者给予甲氧氯普胺，头晕需排除药物过量并及时通知医师调整剂量。根据疼痛变化动态调整方案，实现精准镇痛。

2) 专项心理干预，缓解负性情绪

晚期肿瘤患者普遍存在死亡恐惧、焦虑、抑郁等心理问题[6]。护理人员每日安排专属时间(30~40 分钟)与患者一对一沟通，建立稳固的护患信任关系。每次干预前采用心理痛苦温度计(DT，0~10 分)快速评估心理痛苦程度，≥4 分者增加沟通频次至每日 2 次。耐心倾听患者内心诉求，接纳负面情绪，及时给予安抚与鼓励。针对性格内向、情绪严重低落者，结合共情护理、尊严护理理念，尊重个人意愿，肯定其生命价值，帮助理性接纳病情。根据患者体力状况开展个性化休闲活动——卧床者以听音乐、有声读物为主，能下床者安排手工制作或绘画，每日提供至少 2 种可选活动。如患者表达强烈绝望或自杀意念，立即启动心理危机干预流程：通知心理咨询师紧急会诊、加强床旁监护、与家属沟通并做好安全防范。

3) 家庭协同护理，强化家庭支持

家属是晚期患者重要的精神支柱[7]。家庭协同护理采用“家庭会议”形式，每周 1 次，每次 60 分钟，流程包括：① 开场，护士总结患者本周身心状况(5 分钟)；② 家属表达感受与困惑(15 分钟)；③ 护士给予姑息护理理念宣教、癌痛照护方法指导及沟通技巧培训(25 分钟)；④ 共同制定下周照护计划(10

分钟);⑤ 答疑与总结(5 分钟)。同时关注家属心理状态,采用 Zarit 照顾者负担量表(ZBI)初步筛查,负担较重者转介心理咨询师。叮嘱家属避免在患者面前流露消极情绪,引导其主动参与日常照护,依靠亲情陪伴提供精神支持,增强患者生活信心。

4) 精细化舒适护理,践行人文关怀

以提升终末期舒适度、维护生命尊严为核心开展细节护理。

(1) 饮食护理:根据患者口味与消化能力制定个体化方案,遵循少食多餐原则(每日 5~6 餐),选择高蛋白、清淡、易消化食物。记录每餐进食量(以百分比估算),目标维持 $\geq 70\%$ 标准摄入量,低于 50%者通知营养师会诊。

(2) 体位管理:推荐半卧位(床头抬高 $30^{\circ}\sim 45^{\circ}$)减轻腹部张力;侧卧位时使用软枕支撑肢体关节,避免骨隆突处受压;每 2 小时协助更换体位 1 次,减少躯体压迫。

(3) 人文关怀:充分尊重患者生活习惯与个人信仰,入院时完成宗教信仰评估并记录,在病室布置、饮食禁忌、临终仪式等方面予以尊重。尽量减少夜间治疗性操作,营造温馨、安静、有尊严的休养环境[8]。

5) 动态症状评估与护理方案优化

建立姑息护理专项记录单,每日动态评估疼痛(NRS)、睡眠时长、进食量(百分比)、恶心呕吐频次、乏力程度(0~10 分)。

设定干预触发阈值:疼痛 NRS > 4 分持续 2 小时、连续 2 餐进食量 $< 50\%$ 、夜间睡眠 < 4 小时持续 3 天,任一情况立即启动护理方案重新评估并通报主管医师。

重点预防晚期常见并发症——便秘者常规予膳食纤维及乳果糖/聚乙二醇;口腔黏膜炎者每日 2 次生理盐水漱口;卧床者使用气压泵或指导踝泵运动(每日 3 组,每组 20 次)预防深静脉血栓;呼吸困难者予半卧位及低流量吸氧($2\sim 3$ L/min)。

所有评估与干预措施记录于专项单中,每周汇总分析趋势,持续优化照护方案。

2.8. 观察指标

疼痛程度:采用 VAS 评分法评估,总分 0~10 分,0 分为无痛,1~3 分为轻度疼痛,4~6 分为中度疼痛,7~10 分为重度疼痛,评分越高提示疼痛越剧烈。

疼痛控制效果:分为显效、有效、无效。显效:疼痛基本消失,VAS 评分降幅 $\geq 70\%$,患者可正常休息活动;有效:疼痛明显缓解,VAS 评分降幅 $30\%\sim 69\%$,睡眠轻度受影响;无效:疼痛无改善甚至加重,VAS 评分降幅 $< 30\%$ 。总有效率 = (显效例数 + 有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

生活质量:采用肿瘤患者生活质量量表(QOL)评估,包含躯体功能、心理功能、社会功能、总体生活质量 4 个维度,各维度满分 100 分,得分越高代表生活质量越好。

负性情绪:采用 SAS、SDS 评估,量表满分均为 100 分,SAS 临界值 50 分,SDS 临界值 53 分,分值越高,焦虑、抑郁情绪越严重。

护理满意度:采用本院自制满意度问卷评价,满分 100 分。90~100 分为非常满意,70~89 分为满意,70 分以下为不满意。总满意度 = (非常满意例数 + 满意例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

2.9. 统计学方法

本研究数据采用 SPSS 26.0 统计学软件分析,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料以[n(%)]表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2.10. 质量控制

为保证研究规范性，从以下方面实施质量控制。

干预实施前：观察组干预护士须具有 5 年以上工作经验，入选后接受 1 周专项培训(含姑息护理理念、WHO 三阶梯止痛原则、疼痛评估工具使用、共情沟通技术、家庭会议组织流程)，经理论考核(≥ 80 分)及情景模拟考核(≥ 85 分)合格后方可参与研究。所有量表评估人员接受统一培训，组内相关系数(ICC) ≥ 0.85 方可参与评估。

干预实施中：由科室护士长及护师组成质量监督小组，每周抽查观察组护理记录，对照 SOP 核查各项干预落实率(频次及内容是否达标)，发现问题及时整改。建立患者干预参与登记表，预设依从性合格标准为完成 $\geq 80\%$ 计划总频次；连续 2 次缺席者由责任护士了解原因并调整方案。评估者不参与干预执行且不知分组，数据录入与统计分析由独立人员完成并编码处理，实现三方盲法。设立不良事件登记本，记录并处理跌倒、压疮、药物不良反应、自杀意念等事件。

数据管理：评估在安静独立环境中进行，患者独立填写；体力不支者由评估人员中性语调诵读后代填。

脱落管理：退出、病情恶化转院或死亡视为脱落，如实记录脱落原因及时间节点，数据保留至脱落前最后一次评估，不进行数据填补。两组脱落率超过 15% 时重新评估研究可行性。建立家属联系方式登记表，由责任护士每周沟通 1 次，减少失访。

3. 结果

3.1. 受试者流程图(CONSORT)

本研究 86 例晚期肿瘤患者均签署知情同意书并入组随机分配。对照组 43 例，1 例因病情恶化转院脱落，最终 42 例完成研究；观察组 43 例，2 例脱落(1 例主动退出，1 例因病情恶化死亡)，最终 41 例完成研究。两组脱落率分别为 2.33% 和 4.65%，差异无统计学意义($\chi^2 = 0.314, P = 0.575$)，无脱落率超过 15% 需重新评估的情形。所有脱落患者的基线数据及脱落前最后一次评估数据已保留，未进行数据填补。具体流程见图 1。

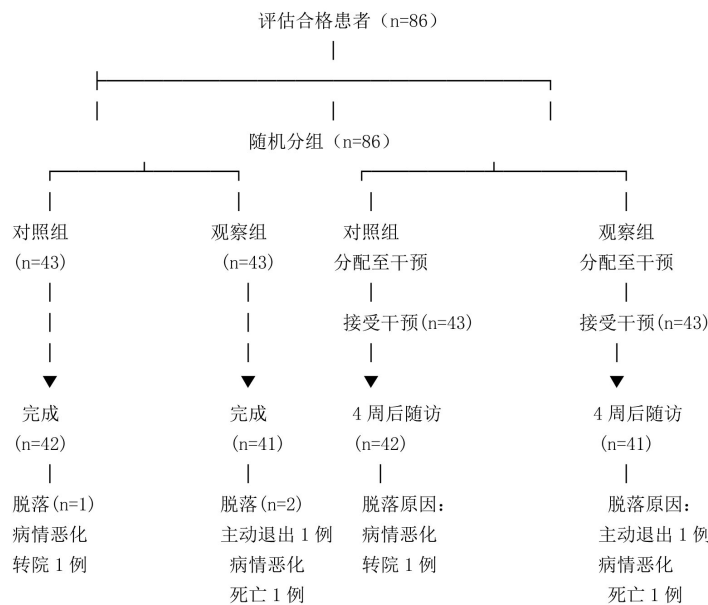


Figure 1. CONSORT flowchart of participant screening, randomization and follow-up
图 1. 受试者筛选、随机分组及随访流程图(CONSORT)

3.2. 两组患者干预前后 VAS 疼痛评分对比

干预前, 两组 VAS 疼痛评分对比无明显差异($P > 0.05$); 干预 4 周后, 两组疼痛评分均有所下降, 观察组评分显著低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

Table 1. Comparison of VAS pain scores between the two groups ($\bar{x} \pm s$, points)

表 1. 两组患者 VAS 疼痛评分对比($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	干预前	干预后
对照组	43	6.85 $\pm$ 1.12	4.26 $\pm$ 0.85
观察组	43	6.91 $\pm$ 1.08	2.13 $\pm$ 0.62
t 值	-	0.258	13.265
P 值	-	0.797	0.000

3.3. 两组患者疼痛控制效果对比

观察组疼痛控制总有效率为 93.02%, 高于对照组的 74.42%, 组间差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

Table 2. Comparison of pain control efficacy between the two groups [n(%)]

表 2. 两组患者疼痛控制效果对比[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	43	15 (34.88)	17 (39.54)	11 (25.58)	32 (74.42)
观察组	43	26 (60.47)	14 (32.55)	3 (6.98)	40 (93.02)
χ^2 值	-	-	-	-	5.460
P 值	-	-	-	-	0.019

3.4. 两组患者生活质量评分对比

干预后, 观察组躯体功能、心理功能、社会功能及总体生活质量评分均显著高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

Table 3. Comparison of quality of life scores between the two groups ($\bar{x} \pm s$, points)

表 3. 两组患者生活质量评分对比($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	躯体功能	心理功能	社会功能	总体生活质量
对照组	43	62.35 $\pm$ 4.52	60.18 $\pm$ 5.12	63.26 $\pm$ 4.85	61.58 $\pm$ 4.66
观察组	43	78.62 $\pm$ 3.85	76.95 $\pm$ 4.26	77.85 $\pm$ 4.12	78.26 $\pm$ 3.95
t 值	-	18.125	16.582	15.368	17.254
P 值	-	0.000	0.000	0.000	0.000

3.5. 两组患者负性情绪评分对比

干预前, 两组 SAS、SDS 评分无统计学差异($P > 0.05$); 干预后两组情绪评分均降低, 观察组降幅更大, 评分显著低于对照组($P < 0.05$)。见表 4。

Table 4. Comparison of negative emotion scores between the two groups ($\bar{x} \pm s$, points)
表 4. 两组患者负性情绪评分对比($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	SAS (干预前)	SAS (干预后)	SDS (干预前)	SDS (干预后)
对照组	43	65.32 ± 6.25	52.16 ± 5.32	63.85 ± 6.12	51.32 ± 5.26
观察组	43	64.98 ± 6.18	40.25 ± 4.15	64.12 ± 6.05	39.85 ± 4.02
t 值	-	0.251	11.562	0.205	11.285
P 值	-	0.802	0.000	0.838	0.000

3.6. 两组患者护理满意度对比

观察组护理总满意度为 97.67%，高于对照组 83.72%，差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 5。

Table 5. Comparison of nursing satisfaction between the two groups [n(%)]
表 5. 两组患者护理满意度对比[n(%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
对照组	43	18 (41.86)	18 (41.86)	7 (16.28)	36 (83.72)
观察组	43	29 (67.44)	13 (30.23)	1 (2.33)	42 (97.67)
χ^2 值	-	-	-	-	4.961
P 值	-	-	-	-	0.026

4. 讨论

晚期肿瘤患者病情呈不可逆进展状态，临床工作重心不再是病灶清除与疾病根治，而是以缓解躯体痛苦、调节心理状态、提升终末期生活质量、维护生命尊严为主要目标[9]。癌性疼痛是晚期肿瘤患者最主要的痛苦来源，持续性剧烈疼痛会从生理、心理、社会交往等多方面影响患者状态，也是造成其生活质量下降的核心诱因。传统常规护理模式内容较为基础，仅可满足患者基本生理照护需求，缺乏系统化、个性化的疼痛管理、心理疏导与人文服务，难以全面缓解患者多重痛苦，干预效果存在明显局限。

姑息护理是安宁疗护体系中应用广泛的护理模式，区别于传统以疾病治疗为核心的护理理念，该模式贴合晚期重症患者照护需求，以“缓解病痛、疏导情绪、尊重尊严”为核心，围绕症状管控、心理干预、家庭支持、人文服务开展全方位综合照护。本研究结果显示，观察组干预后 VAS 评分更低、疼痛控制有效率更高，说明结合疼痛分级的镇痛方案，联合规范用药与非药物放松疗法，可根据患者疼痛程度精准干预，有效改善癌痛症状，弥补了常规护理疼痛干预针对性不足的缺陷。

病痛折磨叠加对生命终点的担忧，极易导致晚期肿瘤患者产生焦虑、抑郁情绪，而负性情绪又会放大疼痛感受，形成恶性循环。本研究中观察组干预后 SAS、SDS 评分显著降低，生活质量各维度评分优于对照组。究其原因，姑息护理通过常态化沟通、共情安抚及家庭协同照护，一方面帮助患者排解负面情绪，正视自身病情，减轻死亡恐惧；另一方面依托家属的亲情陪伴给予精神慰藉，打破身心不良循环，有效改善患者心理状态。

同时，姑息护理注重精细化舒适护理与人文关怀，结合患者个体情况制定饮食、体位、环境等照护方案，降低并发症与躯体不适，提升患者体感舒适度。该模式始终尊重患者人格与意愿，彰显医疗人文精神，不仅改善了患者终末期就医体验，也拉近了护患距离，护理满意度得到明显提升，本研究结果也对此予以证实[10]。

研究局限性：本研究为单中心设计，样本量相对有限，结论的外推性尚需多中心、大样本研究进一步验证；干预周期为 4 周，未能评估姑息护理的远期效果；主要结局指标为主观评估量表，虽由独立评估者实施，但仍可能存在一定测量偏倚；未来研究可增加客观指标(如镇痛药物用量变化)以进一步佐证干预效果。

5. 临床实践建议

基于本研究的积极结果，建议将姑息护理的核心操作条目(疼痛分级护理、每周 ≥ 2 次心理查房、每 2 周 1 次家庭支持会议)纳入肿瘤科与临终关怀科的质量考核指标体系，同时开发标准化的姑息护理培训课程与效果评估量表，以推动该模式的规范化推广。

6. 结语

对晚期肿瘤患者实施系统化姑息护理干预，能够有效控制癌性疼痛，改善焦虑、抑郁等负性情绪，全面提升患者终末期生活质量与护理满意度，契合当前安宁疗护的发展方向。该护理模式操作简便、实用性，可在肿瘤科、临终关怀科等临床科室推广使用。

基金项目

广西自然科学基金面上项目，项目名称：主动健康服务体系下缓和医疗多学科服务人员组成模式和服务能力评价体系构建的基础研究(2025GXNSFAA069432)。

参考文献

- [1] 袁翠萍, 徐婷, 崔岩. 安宁疗护理念下恶性肿瘤终末期患者的姑息性癌痛管理效果评价[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(44): 6-7+192.
- [2] 王海燕. 姑息护理对晚期肿瘤患者生活质量的影响[J]. 湖南中医杂志, 2011, 27(3): 114-115.
- [3] 张宁. 安宁疗护在晚期肿瘤患者护理中的应用[J]. 实用临床医学(江西), 2019, 20(7): 97-98.
- [4] 康林琰, 马运侠, 马丽娟. 疼痛护理联合协同护理对晚期肿瘤患者疼痛、心理状态及生活质量的影响[J]. 中国临床研究, 2024, 37(12): 1964-1968.
- [5] 庄显叶. 科普化姑息护理读本联合心理行为干预在晚期肿瘤患者中的应用研究[J]. 临床护理杂志, 2018, 17(5): 45-48.
- [6] 孙晓燕. 姑息护理联合人文关怀对晚期恶性肿瘤患者心理状态及癌性疼痛的影响[J]. 航空航天医学杂志, 2024, 35(3): 356-359.
- [7] 张仑, 张红, 吴兰华. 姑息护理干预在晚期肿瘤患者中的应用效果[J]. 当代护士(中旬刊), 2017, 24(7): 85-87.
- [8] 王慕卿, 林美华, 冯娜娜. 早期姑息护理在晚期恶性肿瘤患者中的应用效果[J]. 护理实践与研究, 2017, 14(20): 96-98.
- [9] 国家卫生计生委办公厅关于印发安宁疗护实践指南(试行)的通知[J]. 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会公报, 2017(2): 53-73.
- [10] 周娴, 姜羽艳, 刘茜. 多维度疼痛护理模式对晚期肿瘤患者疼痛程度、心理状况和生活质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2024, 33(17): 2461-2464+2482.