

循证式癌痛护理对晚期非小细胞肺癌患者胃肠道功能及疼痛程度的影响

肖洁¹, 张波^{2*}

(1. 马鞍山十七冶医院护理部; 2. 马鞍山十七冶医院肿瘤科, 安徽 马鞍山 243000)

【摘要】目的 分析循证式癌痛护理对晚期非小细胞肺癌 (NSCLC) 患者的胃肠道功能及疼痛程度、生活质量的影响, 以期为晚期 NSCLC 的综合治疗提供新的思路 and 依据。**方法** 选取 2022 年 3 月至 2023 年 3 月期间马鞍山十七冶医院收治的 80 例晚期 NSCLC 患者, 以随机数字表法将其分为对照组 (40 例) 和循证组 (40 例), 两组患者均采用紫杉醇 + 卡铂治疗, 同时对对照组患者采用常规护理, 循证组患者在常规护理的基础上联合应用循证式癌痛护理, 21 d 为 1 个疗程, 持续干预 3 个疗程。比较两组患者干预前后胃肠道功能 [胃动素 (MTL)、胃泌素 (GSA)、抑胃肽 (GIP)] 及视觉模拟量表 (VAS) 疼痛评分、日常生活活动能力量表 (ADL) 评分, 以及干预期间不良反应发生情况。**结果** 与干预前比, 干预后两组患者血清 MTL、GSA、GIP 均下降, 但循证组均高于对照组; 与干预前比, 干预后两组患者 VAS 疼痛评分均降低, ADL 评分均升高, 且循证组 VAS 疼痛评分低于对照组, ADL 评分高于对照组; 循证组患者的不良反应总发生率为 17.50%, 低于对照组的 40.00% (均 $P<0.05$)。**结论** 循证式癌痛护理可减轻晚期 NSCLC 患者胃肠道功能的损害, 缓解疼痛, 提升生活质量, 且安全性较高。

【关键词】 晚期非小细胞肺癌; 循证式癌痛护理; 胃肠道功能; 生活质量

【中图分类号】 R473.73

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2024.15.0134.03

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2024.15.044

晚期非小细胞肺癌 (non-small cell lung cancer, NSCLC) 是一种起源于肺部支气管黏膜或腺体的恶性肿瘤, 可能出现咳嗽、咳痰、咯血等症状, 影响患者肺功能, 常伴有剧烈癌痛和胃肠道功能紊乱, 对患者生活质量造成严重威胁。目前, 临床针对晚期 NSCLC 患者多采用化疗来稳定病情, 但也存在着一系列的不良反应, 如恶心、腹泻、食欲减退等胃肠道症状, 以及肿瘤本身或治疗引起的疼痛, 严重影响患者生活质量。因此有效缓解癌痛、改善胃肠道功能极为重要, 但单一药物治疗难以全面解决癌痛和胃肠道功能等复杂问题, 因此, 联合有效的护理措施, 对于提高治疗效果和患者生活质量至关重要。常规护理往往以标准化的操作流程为主, 缺乏对患者个体化需求的关注, 这可能导致护理效果不佳, 患者疼痛和心理需求得不到充分满足^[1]。而循证式癌痛护理是以患者需求为导向, 依据最新科学证据进行的护理实践, 其强调个体化疼痛管理, 通过科学评估, 为患者量身打造护理方案, 不仅关注疼痛的物理缓解, 更重视患者心理与生活质量的提升^[2]。基于此, 本研究旨在探讨循证式癌痛护理对晚期 NSCLC 患者胃肠道功能及疼痛程度、生活质量的影响, 以期为晚期 NSCLC 的综合治疗提供新的思路 and 依据, 现将本研究结果详细报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2022 年 3 月至 2023 年 3 月期间马鞍山十七冶医院收治的 80 例晚期 NSCLC 患者, 以随机数字表法将其分为对照组 (40 例) 和循证组 (40 例)。对照组患者中男性 25 例, 女性 15 例; 年龄 45~76 岁, 平均 (63.24±6.51) 岁; 病程 1~5 年, 平均 (2.68±0.69) 年; TNM 分期^[3]: III 期 27 例, IV 期 13 例。循证组患者中男性 26 例, 女性 14 例; 年龄 45~77 岁, 平均 (63.44±6.46) 岁; 病程 1~5 年, 平均 (2.71±0.72) 年; TNM 分期: III 期 28 例, IV 期 12 例。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 组间可比。纳入标准: (1)符合《中华医学会肺癌临床诊疗指南 (2018 版)》^[4] 中 NSCLC 的相关诊断标准, 并经病理活检确诊; (2)具有癌痛症状; (3)表达能力强, 依从性较好。排除标准: (1)精神障碍; (2)肿瘤已侵犯重要血管; (3)合并肺动脉栓。本研究经马鞍山十七冶医院医学伦理委员会审核批准, 且患者或家属均已签署知情同意书。

1.2 治疗与护理方法 两组患者均采用紫杉醇 + 卡铂治疗, 于第 1 天使用 175 mg/m² 紫杉醇注射液 (上海上药新亚药业有限公司, 国药准字 H20113538, 规格: 5 mL: 30 mg) 通过静脉滴注给药。第 1 天使用卡铂注射

作者简介: 肖洁, 大学本科, 副主任护师, 研究方向: 内科护理。

通信作者: 张波, 硕士研究生, 主治医师, 研究方向: 肿瘤科。E-mail: 770573397@qq.com

液（齐鲁制药有限公司，国药准字 H20020180，规格：10 mL：100 mg）静脉滴注，AUC=6，均使用 500 mL 的 5% 葡萄糖溶液进行稀释后静脉滴注。21 d 为 1 个疗程，持续治疗 3 个疗程。

治疗期间对照组患者采用常规护理干预，密切监测患者的呼吸、心率、血压及体温等生命体征，及时发现并处理化疗药物可能带来的不良反应，定期评估患者的疼痛程度，遵医嘱给予适当的止痛药物；同时，保持患者皮肤清洁，预防褥疮发生。此外，给予患者心理支持，在患者化疗期间进行饮食作息等健康宣教。循证组患者在常规护理的基础上联合应用循证式癌痛护理干预：(1)确定问题和评估：对患者进行全面评估，包括疼痛程度、心理状态、生活质量等方面。(2)寻找循证依据：根据确定的问题，查阅相关的文献和研究证据，寻找支持护理实践的理论基础，关注 NSCLC 患者疼痛管理的最新研究成果和专家建议。(3)制定护理计划：结合患者具体情况和循证依据，制定个性化护理计划。包括疼痛缓解措施、心理干预、生活方式调整等多个方面。(4)实施护理措施：①疼痛护理，第一，三阶梯止痛原则：根据患者的疼痛程度和身体状况，采用不同阶梯的止痛药物，轻度疼痛可采用非处方止痛药，中度疼痛可能需要使用弱阿片类药物，而重度疼痛则可能需要使用强阿片类药物。第二，按时按量给药：确保患者按时服用止痛药，根据患者的疼痛反馈，适时调整药物剂量。第三，辅助缓解疼痛方法：按摩疼痛部位以放松肌肉，或针灸刺激神经、促进血液循环，缓解疼痛。②心理干预，第一，放松训练：引导患者进行深呼吸、渐进性肌肉松弛等放松训练，缓解紧张。第二，认知行为疗法：帮助患者识别和改变消极的思维模式和行为习惯，增强应对疾病和疼痛的积极态度和信心。③提供社会支持，定期进行家庭访视，了解患者生活状况及疼痛控制情况，提供必要的指导和帮助，组织患者参加病友交流会，让患者分享彼此的经验、感受和支持，从而减轻心理压力，增强战胜疾病的信心。④生活方式调整，第一，作息习惯：保持作息规律，保证睡眠充足。第二，合理饮食：指导患者多吃富含蛋白质、维生素和矿物质的食物，增强身体抵抗力，均衡营养。第三，运动锻炼：根据患者状况，推荐适当的运

动方式，如散步、太极拳等，以提高身体素质。⑤健康教育，第一，疾病介绍：向患者及其家属解释 NSCLC 的发病机制、临床表现、治疗方法和预后情况，以便患者更好地了解和管理疾病。第二，治疗方法：介绍目前针对 NSCLC 的各种治疗方法，以及各自的优缺点和适应证。第三，护理要点：教育患者及其家属如何进行日常护理，包括疼痛控制、皮肤护理、预防感染等，以提高患者的生活质量和预后效果。(5)评估与反馈：定期评估护理措施的实施效果，疼痛程度是否减轻、心理状态是否改善等。(6)持续跟进与记录疼痛情况，与医疗团队保持密切沟通，共同制定和调整治疗方案及护理计划。

1.3 观察指标 (1)胃肠道功能指标：分别于干预前后采集两组患者空腹静脉血 5 mL，以 3 000 r/min 离心 5 min 后取上层血清，采用全自动生化分析仪（美国贝克曼公司，型号：AU5800）检测胃动素（MTL）、胃泌素（GSA）、抑胃肽（GIP）水平。(2)疼痛和日常生活能力：分别于干预前后采用视觉模拟量表（VAS）^[5] 疼痛评分评估患者疼痛情况，分值 0~10 分，分数越高则疼痛越严重；采用日常生活活动能力量表（ADL）^[6] 评估患者日常生活能力，分 10 个方面，分值 0~100 分，得分越高，则日常生活自理能力越好。(3)不良反应发生情况，统计两组患者腹泻、恶心呕吐、皮疹不良反应发生情况。不良反应总发生率为各项不良反应发生率之和。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 26.0 统计学软件分析数据，计数资料以 [例 (%)] 表示，组间比较采用 χ^2 检验；计量资料经 S-W 法检验证实符合正态分布，用 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组间比较采用独立样本 t 检验，干预前后比较采用配对 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者胃肠道功能指标比较 与干预前比，干预后两组患者血清 MTL、GSA、GIP 均下降，但循证组均高于对照组，差异均有统计学意义（均 $P<0.05$ ），见表 1。

2.2 两组患者 VAS 疼痛评分、ADL 评分比较 与干预前比，干预后两组患者 VAS 疼痛评分均降低，ADL 评分均升高，且循证组 VAS 疼痛评分低于对照组，ADL 评

表 1 两组患者胃肠道功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	MTL(pg/mL)		GSA(μmol/L)		GIP(μmol/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	40	266.48±27.37	188.63±19.68*	91.67±10.85	71.83±8.14*	136.86±14.33	109.33±11.67*
循证组	40	266.51±27.62	204.56±21.93*	91.78±10.87	82.57±9.65*	136.72±14.29	123.94±12.46*
t 值		0.005	3.419	0.045	5.380	0.044	5.413
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与干预前比，* $P<0.05$ 。MTL：胃动素；GSA：胃泌素；GIP：抑胃肽。

分高于对照组，差异均有统计学意义（均 $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 两组患者 VAS 疼痛评分、ADL 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	VAS 疼痛评分		ADL 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	40	5.94±1.03	2.87±0.54*	60.86±6.43	71.36±7.89*
循证组	40	5.97±1.05	2.01±0.43*	60.03±6.45	76.25±8.08*
t 值		0.129	7.879	0.576	2.739
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与干预前比，* $P<0.05$ 。VAS：视觉模拟量表；ADL：日常生活活动能力量表。

2.3 两组患者不良反应发生情况比较 循证组患者的不良反应总发生率为 17.50%，低于对照组的 40.00%，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 两组患者不良反应发生情况比较 [例 (%)]

组别	例数	腹泻	恶心呕吐	皮疹	总发生
对照组	40	6(15.00)	7(17.50)	3(7.50)	16(40.00)
循证组	40	2(5.00)	4(10.00)	1(2.50)	7(17.50)
χ^2 值					4.943
P 值					<0.05

3 讨论

晚期 NSCLC 因其病灶广泛，手术难以彻底清除，且存在较高的复发和转移风险，因此病情控制主要依赖化疗。然而，单纯的化疗方案可能会对患者的胃肠道功能造成损害，加重癌痛，影响患者生存期和生活质量。在常规护理中，医护人员会按时给予药物、监测患者生命体征，并提供基础生活照顾，但这种护理模式往往缺乏对疼痛和化疗不良反应的深入管理。

MTL 能够促进胃肠道蠕动，帮助消化，缓解化疗引起的胃肠道不适；GSA 则能刺激胃酸分泌，提高胃肠道对营养的吸收能力；而 GIP 则能调节胰岛素分泌，帮助维持血糖稳定，对于化疗期间可能出现的血糖波动有一定调节作用^[7]。因此，监测血清中 MTL、GSA、GIP 的水平变化，不仅有助于评估化疗对患者胃肠道功能的影响，还能为调整化疗方案和护理措施提供重要参考。循证式癌痛护理以科学证据为基石，确保护理措施精准有效，提升护理质量；通过精准评估胃肠癌痛，定制个性化护理方案，如调整饮食、优化药物镇痛，兼顾心理抚慰；同时，此模式尊重患者个体差异，融合心理、社会支持，减轻身心痛苦，增强治疗信心，减轻化疗对胃肠功能的伤害^[8]。本研究结果显示，干预后，循证组患者血清 MTL、GSA、GIP 水平均低于对照组，这提示循证式癌痛护理可一定程度改善晚期 NSCLC 患者的肠道功能。

在疼痛管理方面，常规护理可能主要依赖药物治疗，而循证式癌痛护理则采纳了三阶梯止痛原则，这一原则确保患者能够得到与疼痛程度相匹配的治疗，通过严格按时、按量给药，有效控制疼痛感。此外，循证护理还结合了非药物性的缓解疼痛方法，如按摩和针灸，这些方法能够放松肌肉，促进血液循环，进一步减轻疼痛；同时，循证护理还注重生活方式的调整，帮助患者建立健康、规律的生活习惯，提高身体素质，进而提升患者生活质量^[9]。本研究中，循证组患者 VAS 疼痛评分低于对照组，ADL 评分高于对照组，这提示循证式癌痛护理可减轻晚期 NSCLC 患者疼痛，提升生活质量。

在不良反应管理方面，循证式癌痛护理，通过科学的药物选择和管理，结合非药物缓解疼痛方法，有效降低了不良反应的发生率^[10]，因此，本研究中，循证组的不良反应总发生率低于对照组，证实了其安全性。

综上，循证式癌痛护理可减轻晚期 NSCLC 患者胃肠道功能的损害，减轻疼痛，提升生活质量，且安全性较高，值得推广。

参考文献

[1] 云婷. 循证式癌痛管理现状及影响因素的研究进展 [J]. 循证护理, 2018, 4(11): 985-987.

[2] 苏丽菊, 黄宝英. 基于时机理论的护理干预结合循证式癌痛护理对肺癌患者 NRS 评分及睡眠质量的影响 [J]. 世界睡眠医学杂志, 2024, 11(1): 235-237.

[3] 覃帮能, 刘触灵. CT 诊断非小细胞肺癌 TNM 分期的临床价值 [J]. 重庆医学, 2017, 46(31): 4406-4408.

[4] 中华医学会, 中华医学会肿瘤学分会, 中华医学会杂志社. 中华医学会肺癌临床诊疗指南 (2018 版) [J]. 中华肿瘤杂志, 2018, 40(12): 935-964.

[5] 胡利兵, 高跃. 全胸腔镜肺叶切除术治疗非小细胞肺癌的临床效果及对术中出血量、VAS 疼痛评分的影响 [J]. 中外医学研究, 2019, 17(6): 133-134.

[6] 郭书姣. 循证护理对介入治疗的肺癌患者生活质量、心理状态的影响 [J]. 实用中西医结合临床, 2020, 20(4): 173-174.

[7] 郭娟云, 杨晓华. 基于时机理论的护理干预结合循证式癌痛护理对肺癌患者疼痛介质水平、疾病自我感受负担及生存质量的影响 [J]. 临床医学研究与实践, 2023, 8(14): 112-114.

[8] 苏玲玲. 循证护理在晚期肺癌疼痛护理中的应用 [J]. 中华肿瘤防治杂志, 2020, 27(1): 226, 228.

[9] 许英娜, 汪丹, 陈美玲, 等. 探讨循证护理应用于肺癌患者疼痛管理中的应用效果 [J]. 实用心脑血管病杂志, 2020, 28(2): 191-193.

[10] 孙颖颖. 规范化癌痛护理干预对晚期癌痛患者焦虑抑郁及生活质量的影响 [J]. 黑龙江中医药, 2021, 50(5): 361-362.