

# 癌痛规范化护理流程对肺癌患者疼痛及睡眠质量的影响分析

伍诗麒

咸宁市中心医院湖北科技学院附属第一医院 湖北 咸宁 437000

**【摘要】：**目的：将肺癌患者疼痛及睡眠质量作为研究切入点，探讨癌痛规范化护理流程的实际应用价值。方法：筛选我院呼吸与危重症医学科于2024年5月至2025年5月收治的肺癌伴癌痛患者的病例资料，按照随机抽签法将68例研究对象分为参照组（常规护理流程， $n=34$ ）和观察组（癌痛规范化护理流程， $n=34$ ），比较数字疼痛评分、匹兹堡睡眠质量指数和生命质量问卷评分。结果：两组观察主体干预前的数字疼痛评分分别为 $(6.25 \pm 1.23)$ 分、 $(6.43 \pm 1.36)$ 分，数据差异并不显著（ $P>0.05$ ）；干预后，观察主体癌痛程度得以缓解，并且观察组疼痛评分 $(2.17 \pm 1.04)$ 显著低于参照组 $(4.24 \pm 1.17)$ 分，数值差异显著（ $P<0.05$ ）；观察组匹兹堡睡眠质量指数为 $(6.39 \pm 1.47)$ ，而参照组总分为 $(10.98 \pm 1.42)$ 分，数值差异显著（ $P<0.05$ ）；观察组癌症患者生命质量问卷（QLQ-ST022）评分均低于参照组（ $P<0.05$ ）。结论：根据肺癌患者个体差异，在常规护理基础上开展癌痛规范化护理流程，可有效改善睡眠质量，缓解癌痛程度，并保障生存品质，值得推广。

**【关键词】：**癌痛规范化护理流程；肺癌；疼痛；睡眠质量；生活质量

DOI:10.12417/2705-098X.26.01.063

肺癌是起源于呼吸上皮细胞的恶性肿瘤，肿瘤持续生长可直接压迫周围组织和神经，伴随癌细胞浸润至胸壁、肋骨、神经丛等结构，机体可因持续刺激神经末梢而引发癌痛<sup>[1]</sup>。此外，肿瘤细胞转移至远处器官，可因骨破坏、肝包膜受牵拉而产生疼痛。持续性癌痛信号可抑制睡眠相关神经递质释放，干扰正常的睡眠节律，在担忧病情恶化、睡眠环境改变等多种因素影响下，大脑因始终处于高度紧张状态而诱发睡眠障碍，加剧患病群体心理负担，进而形成恶性循环<sup>[2]</sup>。规范化流程是为抑制癌痛而规划和执行的护理流程，以“全周期、个体化”为护理原则，旨在通过系统性、全面性、个性化服务精准管理癌痛，全程强调规范执行和完善操作<sup>[3]</sup>。基于此背景，本次研究特选取68例肺癌伴癌痛患者开展护理试验，现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本研究经院内伦理委员会审核批准，将科室于试验节点（2024年5月至2025年5月）收治的肺癌伴癌痛患者的病例资料予以整理，从中筛选68例符合研究要求的观察主体，按照随机抽签法将其分为参照组（ $n=34$ ）和观察组（ $n=34$ ）。两组肺癌伴癌痛患者的年龄、病程等资料无统计学意义（ $P>0.05$ ），其中参照组男性/女性人数为23例/11例，年龄 $(43-74)$ 岁，均值 $(62.49 \pm 3.95)$ 岁，均值患病时长 $(5.38 \pm 1.54)$ 年；观察组男性/女性人数为22例/12例，年龄 $(44-75)$ 岁，均值 $(62.27 \pm 3.81)$ 岁，均值患病时长 $(5.43 \pm 1.07)$ 年。

纳入标准：（1）经病理即组织学检查确诊肺癌且伴中重度疼痛者；（2）对研究知情且签署同意书者；（3）无焦虑症、精神心理障碍者。

排除标准：（1）合并其他类型疼痛者；（2）合并严重认知功能障碍或精神疾病者；（3）脑部转移者；（4）睡眠障碍

综合征者。

### 1.2 方法

（1）参照组常规护理流程，即肺癌伴癌痛患者入院后，详细记录体温、心率等临床体征指标，并告知药物、饮食及活动注意事项，遵医嘱服用镇痛药物。同时，督促患者按时参与诊治项目，及时处理指标异常状况，并保持病室内洁净安全，减少过多光线、噪声干扰患者睡眠。

（2）观察组癌痛规范化护理流程，措施如下：①全面评估，利用专业评估工具（数字评分法等）并结合患者主诉实时评估癌痛程度，询问其是否存在胸部原发灶疼痛、骨转移痛、神经侵犯痛，并注意咳嗽、深呼吸等动作是否诱发或加重疼痛<sup>[4]</sup>。同时，结合影像学检查判断癌痛与肿瘤进展、转移是否有关。②癌痛管理，了解肺癌伴癌痛患者疼痛感受、睡眠状况，并根据三阶梯止痛药物治疗原则逐级选药，即NRS1-3分者服用非甾体类抗炎药，并监测胃肠道反应；NRS4-6分者采取弱阿片类+非甾体药，并观察呼吸频率；NRS评分7-10分者遵医嘱服用强阿片类药物，并预防性使用缓泻剂<sup>[5]</sup>。此外，中等疼痛患者评估频率为6h，而重度患者则缩短至1h，要求医疗团队应共同监测癌痛情况并根据用药效果调整用药策略。镇痛管理期间辅助体位管理、腹式呼吸训练、咳嗽管理，以此保障身心舒适度。③心理-社会支持干预，医疗团队结合影像学报告解释疼痛原因，并指导患者开展正念冥想、音乐疗法，积极面对疾病，以此转移疼痛注意力。同时，指导家属观察肺癌患者疼痛发作规律，记录疼痛部位、程度，以便医疗团队科学调整用药策略。④动态优化管理，用药后评估疼痛评分有无下降，观察患者呼吸频率、血氧饱和度有无改善，并记录便秘、头晕等用药副作用情况。若患者诊疗期间出现新转移灶，应重新评估疼痛类型，并加强家属照护培训力度。

### 1.3 观察指标

(1) 疼痛程度: 利用数字评分法(NRS)评估观察主体疼痛程度, 依据评分将其分为无痛(0分)、轻度疼痛(1-3分)、中度疼痛(4-6分), 重度疼痛(7-10分)<sup>[6]</sup>。

(2) 睡眠质量: 利用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评估肺癌患者干预后的实际睡眠质量, 其中包含睡眠质量、入睡时间等7个项目, 每个项目0-3分, 总评分超过7分视患者存在睡眠障碍, 其评分和睡眠质量呈负相关<sup>[7]</sup>。

(3) 生活质量: 利用癌症患者生命质量问卷(QLQ-ST022)评估肺癌患者干预后的实际生存质量, 其中包括吞咽功能、饮食活动等8个维度, 总分经线性转换为百分制, 其评分与生命质量负相关。

### 1.4 统计学方法

应用SPSS28.0统计学软件分析, 计量资料: ( $\bar{x} \pm s$ )/t检验, 计数资料: [n(%)]/X<sup>2</sup>检验, 若P<0.05代表差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 疼痛程度比较

根据表1可知, 两组肺癌患者干预前的癌痛评分分别为(6.25±1.23)分、(6.43±1.36)分, 数值差异无统计学意义(P>0.05); 干预后, 观察组癌痛评分(2.17±1.04)显著低于参照组(4.24±1.17), 数值差异显著(P<0.05)。

表1 疼痛程度比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	观察组 (n=34)	参照组 (n=34)	t 值	P 值
干预前	6.25±1.23	6.43±1.36	0.774	0.356
干预后	2.17±1.04	4.24±1.17	4.108	0.012

### 2.2 睡眠质量评分比较

根据表2可知, 观察组经癌痛规范化护理流程干预后的日间功能、入睡时间等维度评分均低于参照组(P<0.05)。

表2 睡眠质量评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

观察指标	观察组(n=34)	参照组(n=34)	t 值	P
日间功能	1.17±0.32	1.93±0.36	3.876	0.028
入睡时间	1.51±0.84	2.06±1.03	4.895	0.027
睡眠时间	0.92±0.53	1.88±1.45	2.897	0.032
入睡效率	0.76±0.15	1.45±0.77	2.974	0.036
睡眠质量	1.45±0.58	2.33±1.15	5.156	0.018
睡眠障碍	1.07±0.45	2.14±1.06	4.653	0.032

助眠用药	0.63±0.06	1.45±0.52	3.987	0.024
总体评分	6.39±1.47	10.98±1.42	6.942	0.002

### 2.3 生存质量评分比较

根据表3可知, 观察组肺癌伴癌痛患者的QLQ-ST022评分均低于参照组(P<0.05)。

表3 生存质量评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

观察指标	观察组(n=34)	参照组(n=34)	t 值	P
吞咽功能	27.38±9.22	37.45±10.26	8.084	<0.001
饮食活动	40.62±9.75	50.13±11.31	10.385	<0.001
味觉功能	23.24±8.53	26.78±8.27	9.074	<0.001
焦虑状态	29.56±9.74	54.05±10.48	8.375	<0.001
脱发	14.36±7.08	17.14±7.13	9.071	<0.001
呃逆	36.37±11.15	44.72±12.26	8.762	<0.001
疼痛	25.58±8.03	33.85±9.11	8.376	<0.001
外观状态	17.46±7.64	21.64±6.42	9.472	<0.001

## 3 讨论

肺癌患者可因肿瘤直接侵犯周围组织、压迫邻近器官、心理负担等因素而诱发癌痛, 常表现为躯体痛、内脏痛、神经病理性疼痛等多种疼痛类型。由于夜间皮质醇水平可因人体生物钟影响而呈现明显下降趋势, 肺癌患者痛觉阈值随之下降。与此同时, 肿瘤阻塞气道、肺功能受损等因素均可导致肺癌患者出现呼吸困难, 在焦虑、抑郁等负面情绪双重作用下, 通过神经内分泌系统加剧疼痛感受, 由此形成“疼痛-失眠-疼痛加剧”的恶性循环<sup>[8]</sup>。由于癌症患者的睡眠障碍多与躯体疼痛、心理负担、环境改变等因素有关, 如何加强癌症患者的疼痛管理力度已成为临床重点关注内容, 而癌痛规范化护理流程可通过综合性评估、多学科协作共同作用的系统化治疗策略, 以此实现疼痛与失眠问题的有效管理。

在本次研究中, 观察组癌痛评分(2.17±1.04)显著低于参照组(4.24±1.17), 数值差异显著(P<0.05)。说明癌痛规范化护理流程缓解疼痛效果较为理想, 笔者查询高质量文献, 结合自身临床经验, 试分析相关原因如下: 癌痛多为肿瘤压迫组织、肿瘤转移、治疗副作用、并发症等因素共同作用的结果, 明确肺癌患者疼痛原因并对其进行规范化、个性化、全面化镇痛管理, 方可改善癌痛程度。由于癌痛机制较为复杂, 常规护理流程无法实时追踪癌痛程度的动态变化, 在个体差异、机械化管理流程作用下, 癌痛缓解程度并不理想, 仅由干预前的(6.43±1.36)分下降至(4.24±1.17)分。而癌痛规范化护理流程采用疼痛评估工具, 并结合疼痛部位、性质、诱因等因素,

针对性制定镇痛方案,可满足肺癌患者个体镇痛需求。与此同时,医疗团队建立“评估-干预-再评估-调整”的疼痛管理体系,可确保血药浓度快速达到镇痛阈值,落实精准定位疼痛管理。此外,多学科分工协作打破既往常规“单一护理”模式,在常规药物镇痛管理基础上增加体位管理、腹式呼吸训练、咳嗽管理、心理与社会干预等措施,从根本上满足肺癌伴癌痛患者的身心需求,从而显著提升镇痛效果。此外,研究发现:观察组干预后睡眠质量评分、生存质量评分均低于参照组( $P<0.05$ ),说明癌痛规范化护理流程可进一步改善患病群体的睡眠状况、生存质量。研究显示,高达68%的晚期肺癌患者因肿瘤压迫支气管或侵犯胸膜而出现 $SpO_2$ 小于90%,并因频繁觉醒而中断深睡眠周期。其次,受褪黑素、皮质醇节律等多种因素影响,人体疼痛敏感度于夜间升高,在癌痛、躯体不适、心理压力等多种因素作用,表现为“睡眠-痛醒-失眠”,促使生存质量直线

下降。常规护理流程多仅靠患者主观描述开展药物治疗、环境干预,常因无法精准定位睡眠周期破坏环节而影响整体护理效果。癌痛规范化护理流程要求医疗团队利用睡眠结构专业评估工具、疼痛专业评估工具,实时评估肺癌患者的睡眠质量、疼痛程度,并根据个体差异构建“精准评估+多模式干预+动态优化”的管理体系,全面弥补单一护理模式的局限性。此外,医疗团队个性化满足肺癌伴癌痛患者的睡眠需求,并基于正念冥想、音乐疗法等放松训练,辅助患者缓解身心压力,减轻因心理情绪问题导致的睡眠障碍,整体身心舒适度有所保障,PSQI评分、QLQ-ST022评分得以改善。

综上所述,全面评估肺癌患者疼痛程度并落实癌痛规范化护理流程,可有效改善睡眠质量,缓解癌痛程度,并进一步提高生存品质,值得大力推广。

### 参考文献:

- [1] 李黎,黄燕云,林淑娟.癌痛规范化护理流程对肺癌患者疼痛及睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2024,11(09):2079-2081.
- [2] 朱向阳,王美华,季红燕,等.多模式镇痛护理联合耳穴压豆对晚期肺癌患者癌痛程度及癌因性疲乏症状的影响[J].中华养生保健,2024,42(18):105-108.
- [3] 冯志亮,熊飞,武凌,等.多学科协作模式在肺癌癌痛患者全周期管理中的应用研究[J].现代实用医学,2024,36(08):1101-1103.
- [4] 肖洁,张波.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[J].现代医学与健康研究电子杂志,2024,8(15):134-136.
- [5] 高阿丽,王丹.癌痛规范化护理流程对肺癌患者疼痛评分的影响[J].婚育与健康,2024,30(13):133-135.
- [6] 蔡宝华,林理真.癌痛规范化干预流程对肺癌患者疼痛及睡眠质量的效果研究[J].世界睡眠医学杂志,2024,11(06):1421-1423.
- [7] 孙连洁.癌痛规范化护理流程对肺癌患者疼痛及睡眠质量的影响[J].医学信息,2023,36(17):164-167.
- [8] 吕阳.癌痛标准化护理流程优化新入院肺癌病人疼痛效果分析[J].中国标准化,2022,(16):261-263.