

# ABC-X 模型理论结合癌痛护理对改善晚期胃癌化疗患者希望水平 和癌因性疲乏的作用

张爱梅 邢艺璇 吴鹏英 汪锦芳 丁露露

安徽医科大学第一附属医院 安徽 合肥 230000

**【摘要】**目的：分析晚期胃癌化疗患者应用 ABC-X 模型理论结合癌痛护理模式对改善希望水平和癌因性疲乏的作用。方法：选取 2025.1~2025.6 至我院就诊的 61 例晚期胃癌化疗患者作为对照组，选取 2025.7~2026.1 至我院就诊的 61 例晚期胃癌化疗患者作为研究组。对照组行常规护理，研究组加用 ABC-X 模型理论指导下的癌痛护理模式。组间对比癌痛程度、癌因性疲乏和希望水平。结果：研究组的癌痛程度低于对照组 ( $P<0.05$ )；研究组的癌因性疲乏评分均低于对照组 ( $P<0.05$ )；研究组希望水平评分高于对照组 ( $P<0.05$ )。结论：ABC-X 模型理论指导下的癌痛护理模式能够降低晚期胃癌化疗患者的癌痛程度，改善癌因性疲乏，提高希望水平。

**【关键词】**ABC-X 模型理论；癌痛护理；晚期胃癌；化疗；希望水平；癌因性疲乏

DOI:10.12417/2705-098X.26.13.081

胃癌为最常见的消化道恶性肿瘤之一。患者早期缺乏明显症状，很多患者确诊时已经处于晚期阶段<sup>[1]</sup>。癌痛是晚期胃癌患者的常见症状，而化疗还会产生恶心呕吐、骨髓抑制等不良反应，导致疼痛感进一步增强。癌痛不仅会导致患者生理痛苦，还会引发不良情绪，导致患者出现显著的癌因性疲乏，表现为精力下降、睡眠障碍等<sup>[2]</sup>。同时，长期的癌痛和癌因性疲乏还会使患者的治疗信念受到影响，降低患者的希望水平，使治疗依从性和生存质量水平降低。常规护理多遵医嘱开展药物镇痛，但是药物镇痛仅能缓解癌痛症状，无法改善患者心理、社会支持水平，难以改善患者的整体状态<sup>[3]</sup>。

ABC-X 模型理论是家庭压力理论的经典框架。该理论认为压力事件、可调动资源、认知评估和危机结果构建出动态交互系统。既往研究报道，该模型理论在慢性病管理等领域中存在较好的应用效果。但是，在晚期胃癌化疗患者中的报道较少。

有鉴于此，本文特研究晚期胃癌化疗患者应用 ABC-X 模型理论结合癌痛护理模式对改善希望水平和癌因性疲乏的作用。

## 1 资料与方法

### 1.1 基础资料

选取 2025.1~2025.6 至我院就诊的 61 例晚期胃癌化疗患者作为对照组，选取 2025.7~2026.1 至我院就诊的 61 例晚期胃癌化疗患者作为研究组。组间基础资料对比 ( $P>0.05$ )，存在可比性，见表 1 所示。患者及家属对研究知情同意，研究征得院伦理委员会批准。

表 1 组间基础资料比较

组别	研究组	对照组	$\chi^2/t$	P	
例数	61	61	-	-	
性别(n,%)	男	35(57.35)	33(54.10)	0.133	0.715
	女	26(42.62)	28(45.90)		
年龄( $\bar{x}\pm s$ ,岁)	59.34 $\pm$ 8.66	59.65 $\pm$ 9.12	0.193	0.848	
病程( $\bar{x}\pm s$ ,个月)	8.84 $\pm$ 1.65	8.73 $\pm$ 1.85	0.347	0.730	
疾病分期	IIIb 期	28(45.90)	27(44.26)	0.033	0.856
	IV 期	33(54.10)	34(55.74)		
化疗方案	FOLFOX 方案	32(52.46)	30(49.18)	0.131	0.717
	XELOX 方案	29(47.54)	31(50.82)		

### 1.2 纳入与排除标准

纳入标准：符合胃癌诊断<sup>[4]</sup>；经病理组织学确诊 IIIb 期、IV 期；首次接受化疗；经数字疼痛评分法 (number rating scales; NRS)  $\geq 4$  分；临床资料完整。

排除标准：存在第二原发性恶性肿瘤；心、脑、肝、肾等脏器功能障碍；精神认知障碍；既往存在药物滥用史；预计生存期  $< 3$  个月。

### 1.3 方法

对照组给予常规癌痛护理；护理人员每日应用 NRS 评分

作者简介：张爱梅，女 (1998-)，汉族，安徽蚌埠人，本科，护师，研究方向：癌痛护理。

项目基金：本研究由国家卫生健康委员会能力建设与继续教育中心 (NHC 党校) 资助，项目编号为 GWJMB202510042091。

对患者的疼痛程度进行评估。根据评估结果遵医嘱给予三阶梯药物镇痛治疗。并向患者介绍癌痛的知识 and 化疗事项。并指导患者生活护理和饮食指导。通过一对一沟通的方式帮助患者疏导负性情绪。

研究组利用 ABC-X 模型理论结合癌痛护理模式:

(1) 成立护理小组: 由护士长任组长, 组员包括责任护士 6 名。组内培训晚期胃癌化疗的疾病知识、护理技巧、沟通方式及 ABC-X 模型理论的概念和实施方式。全部组内成员均通过培训考核。

(2) 压力源识别: 患者入院 24h 内, 护理人员应用半结构化访谈对患者的压力源进行识别, 主要内容包括生理(疼痛性质和程度、化疗不良反应等)、心理(恐惧死亡、担忧疗效、死亡焦虑等)、社会(家庭经济负担、社会支持水平、家属照护能力等)三方面, 根据患者的压力源情况进行建档, 根据患者的压力源强度分析护理需求。

(3) 资源整合: 对医疗、家庭和社会三方进行资源整合, 全方位对患者进行支持。①医疗资源: 组建肿瘤科、疼痛科、心理科、营养科等多学科团队, 每周进行 1 次联合查房, 结合患者的化疗反应、疼痛程度调整镇痛方案和护理计划。②家庭资料: 护理人员对家属进行培训, 主要内容包括疼痛评估反高发、镇痛药物使用注意事项、沟通方法、心理支持方法等。护理人员指导家属积极参与到患者的疾病管理中, 并给予患者家庭情感支持。③社会资源方面: 建立病友互助微信群, 群内定期组织分享会, 让患者轮流分享自身的抗癌经历, 增强患者抗癌信念。

(4) 认知重构: 护理人员向患者详述癌痛的机制、镇痛方法的原理。打破患者疼痛和病情恶化关联、镇痛药物具有成瘾性等固有观念。并教会患者进行正念减压、冥想、肌肉放松训练等自我调节方法。和患者共同制定短期目标。包括独立进食、独立行走等。鼓励患者完成目标, 并在完成后对患者进行肯定和鼓励。让患者多多回忆过去的美好, 对生命的意义进行寻找和发掘。

(5) 动态评估和改进: 护理人员每日对患者的疼痛程度、癌因性疲乏水平和希望水平进行评估。结合患者的评估结果对护理措施进行调整, 确保护理计划的有效性和针对性。两组均进行为期 1 个月的护理干预。

#### 1.4 观察指标

(1) 疼痛程度: 应用 NRS 评分对患者干预前、干预 1 周、干预 2 周、干预 4 周的疼痛程度进行评估。NRS 为十分制, 分数越低, 疼痛程度越轻。

(2) 癌因性疲乏: 应用 Piper 疲乏量表(Piper Fatigue Scale; PFS) 于干预前后评估。PFS 量表包含行为/严重程度、情感、感觉、认知/情绪 4 个维度, 共计 22 个条目, 每个条目 0~10

分。每个维度分值=维度得分之和/维度条目数, 每个维度最高 10 分, 分数越低, 癌因性疲乏水平越低。

(3) 希望水平: 应用 Herth 希望量表(Herth Hope Index; HHI) 于干预前后评估, HHI 量表包含现实和未来的积极态度、采取积极行动、与他人保持亲密关系 3 个维度, 每个维度 4 个条目, 每个条目 1~4 分, 分数越低, 希望水平越低。

#### 1.5 统计学分析

将数据导入 SPSS27.0 软件进行统计学处理。满足正态分布的计量资料( $\bar{x} \pm s$ ) 行 t 检验, 计数资料[n(%)] 行  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  时差异有统计学意义。

### 2 结果

#### 2.1 疼痛程度比较

干预后, 研究组疼痛程度评分低于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表 2 所示。

表 2 组间疼痛程度比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	研究组	对照组	t	P
例数	61	61	-	-
干预前	6.87 ± 1.23	6.92 ± 1.18	0.229	0.819
干预 1 周	4.25 ± 0.98	5.36 ± 1.05	6.036	0.000
干预 2 周	3.12 ± 0.76	4.28 ± 0.89	7.741	0.000
干预 4 周	2.05 ± 0.54	3.47 ± 0.72	12.323	0.000

#### 2.2 癌因性疲乏比较

干预 4 周, 研究组癌因性疲乏评分均低于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表 3 所示。

表 3 两组癌因性疲乏对比表 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	研究组	对照组	t	P	
例数	61	61	-	-	
行为/严重程度	干预前	7.23 ± 1.35	7.19 ± 1.32	0.165	0.869
	干预 4 周	3.12 ± 0.78	4.56 ± 0.95	9.150	0.000
情感	干预前	6.95 ± 1.28	6.89 ± 1.25	0.262	0.794
	干预 4 周	2.87 ± 0.69	4.23 ± 0.88	9.499	0.000
感觉	干预前	7.12 ± 1.31	7.08 ± 1.29	0.170	0.865
	干预 4 周	3.05 ± 0.75	4.42 ± 0.92	9.015	0.000
认知/情绪	干预前	6.78 ± 1.24	6.72 ± 1.21	0.270	0.787
	干预 4 周	2.76 ± 0.67	4.09 ± 0.85	9.598	0.000

### 2.3 希望水平比较

干预4周, 研究组希望水平评分均高于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表4所示。

表4 两组希望水平对比表 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别		研究组	对照组	t	P
例数		61	61	-	-
现实和未来 的积极态度	干预前	6.34 ± 2.05	6.28 ± 2.12	0.159	0.874
	干预4周	12.56 ± 2.58	10.23 ± 2.47	5.095	0.000
采取积极行 动	干预前	6.87 ± 2.08	6.79 ± 2.05	0.214	0.831
	干预4周	13.01 ± 2.52	10.87 ± 2.43	4.774	0.000
与他人保持 亲密关系	干预前	6.12 ± 2.11	6.06 ± 2.09	0.161	0.872
	干预4周	13.28 ± 2.55	10.05 ± 2.45	7.134	0.000

### 3 讨论

晚期胃癌难以通过手术治疗, 临床一般采用化疗控制肿瘤进展, 延长生存期。晚期胃癌化疗患者身心状态显著下降。而癌痛和癌因性疲乏是导致患者生活质量降低的关键原因<sup>[5]</sup>。常规护理干预仅关注患者的疼痛症状, 对患者的心理和社会支持存在忽视, 导致患者的实际护理效果有待提高。ABC-X模型理论为晚期胃癌患者的癌痛护理提供了新的视角, 该模型强调压力源、应对资源和认知评估三者的相互作用, 认为通过整合

资源和重构认知, 可以帮助个体有效应对压力, 避免危机的发生<sup>[6]</sup>。

本次研究数据显示, 研究组的癌痛程度低于对照组 ( $P < 0.05$ ); 研究组的癌因性疲乏评分均低于对照组 ( $P < 0.05$ ); 研究组希望水平评分高于对照组 ( $P < 0.05$ )。分析原因为: 该模式首先从压力源切入, 突破传统单一生理疼痛评估的局限, 系统识别生理-心理-社会三维叠加压力源, 揭示疼痛与焦虑、经济负担、照护缺失的交互放大效应, 从根源上阻断痛觉敏化的心理社会通路, 减少非器质性疼痛的持续强化<sup>[7-8]</sup>。医疗资源整合中多学科医疗资源优化镇痛方案, 能够抑制生理痛觉传导。家庭资源可以提高家属照护与情感支持功能, 缓冲压力源的负性冲击。社会资源能够搭建同伴支持网络, 降低孤独感与无助感。三种资源协同增强患者的压力应对能力, 既提升镇痛效果, 又通过改善情绪状态减轻癌因性疲乏, 同时为希望水平提升奠定基础<sup>[9]</sup>。认知重构能够纠正癌痛与病情恶化、镇痛药物成瘾的错误认知, 消除用药抗拒与疼痛恐惧, 提高镇痛依从性。正念训练等技术调节中枢痛觉调控通路, 降低痛觉敏感性。生命意义的探索与短期目标设定则能够重塑自我价值感, 从认知层面将生存压力转化为生命动力, 显著提升希望水平, 并通过心理状态改善进一步缓解癌因性疲乏<sup>[10]</sup>。

综上所述, ABC-X模型理论指导下的癌痛护理模式能够降低晚期胃癌化疗患者的癌痛程度, 改善癌因性疲乏, 提高希望水平。

### 参考文献:

- [1] 曹敏,张培莉,侯晓雅,等.ABC-X模型下结直肠癌化疗患者照顾者营养照护体验的质性研究[J].护理学报,2025,32(2):13-18.
- [2] 费超男,段培蓓,杨玲,等.基于前哨症状的耳穴贴压预防胃癌化疗患者症状群的效果[J].护理学杂志,2023,38(17):65-69.
- [3] 徐兴娜,冯莉霞,张蕾.Orem自理理论人文关怀的护理在胃癌化疗患者中的应用[J].护理实践与研究,2023,20(4):579-583.
- [4] 国家卫生健康委员会.胃癌诊疗规范(2018年版)[J].中华消化病与影像杂志(电子版),2019,9(3):118-144.
- [5] 王双,王蓓,朱琰琰.胃癌病人化疗期间症状群分布及疲乏-特异症状群-心理症状群的影响因素[J].全科护理,2023,21(14):1903-1906.
- [6] 杨贵丽,毛燕,王倩倩.胃癌术后化疗病人癌因性疲乏影响因素分析及护理对策[J].蚌埠医学院学报,2024,49(7):913-916.
- [7] 周佳,阮淑芳,熊川,等.追踪护理联合个体化系统营养干预对晚期胃癌化疗患者的应用效果评价[J].山西卫生健康职业学院学报,2023,33(5):135-136.
- [8] 叶玉环,郑玲玲.基于Orem自理理论的人文关怀护理对晚期胃癌化疗患者的影响[J].实用临床医学,2023,24(4):84-87.
- [9] 黄新群,曾秀梅,刘晓梅.行化学治疗的中晚期胃癌患者癌性疼痛现状调查及影响因素分析[J].中西医结合护理(中英文),2023,9(11):126-128.
- [10] 基于社会支持赋能的心理护理干预对胃癌患者化疗期间创伤后应激与复发恐惧的影响[J].健康忠告,2023(20):147-149,159.