

优质人文护理对肿瘤晚期患者生活质量评分、躯体痛苦评分的影响

胡功莉 侯 蕾^(通讯作者)

山东省泰安市肿瘤医院 山东 泰安 271000

【摘要】：目的：探讨优质人文护理对肿瘤晚期患者生活质量评分、躯体痛苦评分的实际影响。方法：研究时间段为2025年3月至2026年2月，从我院筛选96例肿瘤患者，所有研究对象均符合肿瘤终末期诊断标准，按照随机数字表法分为参照组（常规护理， $n=48$ ）和观察组（优质人文护理， $n=48$ ），持续干预4周后比较数字评定量表（NRS）评分、焦虑自评量表（SAS）、抑郁自评量表（SDS）及欧洲癌症研究与治疗组织生活质量量表（EORTC QLQ-C30）评分。结果：两组肿瘤患者NRS、SAS、SDS及QLQ-C30评分均发生明显改变，且观察组NRS、SAS、SDS评分低于参照组（ $P<0.05$ ）；QLQ-C30评分高于参照组（ $P<0.05$ ）。结论：在肿瘤晚期患者诊疗期间应用优质人文护理，有助于提高日常生活质量，减轻躯体痛苦评分，并帮助患者树立积极生活观念，值得推广。

【关键词】：优质人文护理；肿瘤晚期；躯体痛苦；生活质量；负性情绪

DOI:10.12417/2705-098X.26.16.026

据数据显示，全球每年新发恶性肿瘤人数已超过2000万例，严重威胁人类的生命健康^[1]。尤其是肿瘤晚期患者多伴随持续性癌性疼痛、乏力等不适症状，不利于保障终末期日常生活质量。常规护理侧重于疾病管理，常因未持续关注肿瘤晚期患者的实际心理状态及情绪需求，而难以提高整体护理效果。优质人文护理是以患者为中心的姑息护理模式，可通过共情、沟通、陪伴等方式，保障患病群体的护理质量，现被广泛应用于临床。基于此背景，我院特选取96例肿瘤晚期患者开展分组试验，旨在探讨优质人文护理对于肿瘤晚期患者的实际影响，报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究经院内伦理委员会审核批准，研究对象为2025年3月至2026年2月收治的96例肿瘤晚期患者，具体资料如下：

参照组男27例，女21例，年龄（ 61.37 ± 7.29 ）岁，范围为46-79岁，KPS评分（ 58.56 ± 12.38 ）分，受教育年限（ 9.47 ± 4.18 ）年，肺癌/胃癌/结直肠癌人数为20例/15例/13例，占比为41.67%/31.25%/27.08%；观察组男26例，女22例，年龄（ 61.48 ± 7.32 ）岁，范围为45-78岁，KPS评分（ 58.39 ± 12.41 ）分，受教育年限（ 9.26 ± 4.09 ）年，肺癌/胃癌/结直肠癌人数为21例/15例/12例，占比为43.75%/31.25%/25.00%。两组患者基线资料对比，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：①病理学或细胞学检查确诊为恶性肿瘤，且TNM分期为Ⅳ期；②Karnofsky功能评分 ≥ 40 分；③存在癌性躯体疼痛，NRS评分 ≥ 3 分；④患者及家属知情且签署知情同意书。

排除标准：①中途放弃治疗者；②合并严重精神疾病或认知功能障碍；③无法配合护理干预者；④同期已参与类似护理试验者。

1.2 方法

1.2.1 参照组常规护理

密切监测患者生命体征、病情变化，耐心讲解疾病相关知识，遵医嘱给予对症支持治疗，并协助患者洗漱、翻身、进食。同时，常规安抚患者情绪，落实皮肤护理、口腔护理等基础护理服务。

1.2.2 观察组优质人文护理

①疼痛人文护理：根据疼痛数字评分法（NRS）开展分层护理，轻度疼痛以非药物镇痛模式为主，包括调整体位、局部按摩、放松训练、音乐疗法等，中重度疼痛患者可在上述基础上增加药物镇痛，并实时观察用药效果。同时，实时观察并询问患者有无乏力、恶心、失眠、便秘等症状，并根据患者的个体需求制定护理措施，为其营造温馨、安宁的住院环境。

②心理人文护理：每日预留15-20min开展一对一心理沟通服务，鼓励患者自由表达恐惧、难过等负面情绪，充分尊重患者的人格与隐私，引导患者回忆人生成就、家庭温暖往事，并通过腹式呼吸训练、渐进式肌肉放松训练等方式，改善患者失眠、心慌等问题。同时，提前对家属开展预哀伤指导，使其理性看待家人病情，并鼓励家属给予患者高质量陪伴，使其建立积极治疗心态。

③家庭人文护理：由医护人员定期组织患者家属参与健康宣教与心理疏导活动，借助图文手册、科普视频强调家庭情感支持的重要性，并采用温和、亲切的沟通方式，指导家属协助患者开展穿衣、进食等日常生活活动。同时，根据患者的实际饮食爱好制定每日食谱，确保每日饮食摄入均衡，且不刻意隐瞒患者的实际病情，并通过翻看家庭相册、肢体触摸、语言鼓励等方式，逐步减轻患者的孤独感。

④环境人文护理：室内温度维持22-24℃，相对湿度保持50%-60%，白天保持自然光充足，夜间使用柔和小夜灯，不可

强光直射，并允许患者在室内摆放私人物品，如家庭相册、小摆件等。同时，严禁在病房内讨论危重病情，在休息时段为患者播放老歌、戏曲、舒缓音乐，并定时开窗通风，及时清理呕吐物、排泄物，为患者营造舒适诊疗环境。

1.3 观察指标

①躯体痛苦评分：采用 NRS 评分评估躯体痛苦程度，总分 10 分，评分越高代表躯体痛苦程度越严重，Cronbach's α 系数为 0.837^[2]。

②生活质量评分：采用欧洲癌症研究与治疗组织(EORTC)开发的生活质量核心量表 QLQ-C30，围绕躯体功能、角色功能、情绪功能、认知功能、社会功能予以评估，得分越高代表生活质量越高，Cronbach's α 系数为 0.829^[3]。

③负性情绪：采用专业量表 SAS、SDS 评估患者心理状态，SAS 评分 ≥ 50 分表明患者存在焦虑情绪，而 SDS 评分 ≥ 53 分表明患者存在抑郁情绪，且评分越高负面情绪越严重，Cronbach's α 系数分别为为 0.872、0.846^[4]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS27.0 统计学软件进行数据分析，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，行 t 检验，计数资料以[n (%)]表示，行 χ^2 检验， $P < 0.05$ 代表差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 NRS 评分比较

两组患者 NRS 均呈现下降趋势，且观察组评分低于参照组 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者 NRS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	参照组	观察组	t 值	P
例数	48	48		
干预前	6.53 $\pm$ 1.27	6.49 $\pm$ 1.26	0.387	0.153
干预后	4.17 $\pm$ 0.98	2.34 $\pm$ 0.81	8.264	<0.001

2.2 两组患者 QLQ-C30 评分比较

两组 QLQ-C30 评分均呈现明显上升趋势，且观察组评分高于参照组 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者 QLQ-C30 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

观察指标	时间点	参照组 (n=48)	观察组 (n=48)	t 值	P 值
躯体功能 (分)	干预前	53.19 $\pm$ 4.29	53.28 $\pm$ 4.92	0.452	0.817
	干预后	64.25 $\pm$ 3.53	71.34 $\pm$ 3.74	10.265	<0.001
角色功能	干预前	54.21 $\pm$ 4.12	54.36 $\pm$ 4.23	0.341	0.934

(分)	干预后	66.18 $\pm$ 3.29	72.29 $\pm$ 3.71	11.197	<0.001
情绪功能 (分)	干预前	55.27 $\pm$ 4.43	55.24 $\pm$ 4.92	0.306	0.682
	干预后	65.53 $\pm$ 3.62	71.61 $\pm$ 3.46	10.434	<0.001
认知功能 (分)	干预前	54.34 $\pm$ 4.21	54.34 $\pm$ 4.38	0.184	0.524
	干预后	64.56 $\pm$ 3.64	70.56 $\pm$ 3.81	11.184	<0.001
社会功能 (分)	干预前	52.72 $\pm$ 4.68	52.58 $\pm$ 4.64	0.265	0.481
	干预后	63.83 $\pm$ 3.24	72.72 $\pm$ 3.52	12.028	<0.001

2.3 两组患者 SAS、SDS 评分比较

两组 SAS、SDS 评分均呈现明显下降趋势，且观察组评分低于参照组 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者 SAS、SDS 评分比较

组别	参照组	观察组	t 值	P 值
例数	48	48		
SAS 评分				
干预前	57.26 $\pm$ 4.39	57.34 $\pm$ 4.54	0.386	0.831
干预后	52.63 $\pm$ 2.37	48.19 $\pm$ 3.08	10.284	<0.001
SDS 评分				
干预前	59.19 $\pm$ 4.56	59.03 $\pm$ 4.39	0.186	0.372
干预后	53.08 $\pm$ 2.58	49.76 $\pm$ 3.41	9.314	<0.001

3 讨论

肿瘤晚期患者可因肿瘤持续增大侵袭周围组织，而引发癌痛、呼吸困难、消化道梗阻等症状，影响日常进食、翻身、行走等活动的正常开展。同时，放化疗、靶向、免疫治疗可引发恶心呕吐、骨髓抑制、周围神经麻木等问题，促使生活质量直线下降。常规护理目标在于辅助患者顺利开展抗肿瘤治疗，常在化疗、靶向治疗、定期抽血复查等诊疗项目中未关注患者的生理、心理需求，致使整体护理效果达不到患者预期。优质人文护理是全程贯穿人文关怀理念的新型护理模式，通过满足肿瘤晚期患者的护理需求，在临床诊疗期间开展系统性护理服务，以满足提高患者生活质量的护理目的。在本次研究中，观察组 NRS、SAS 及 SDS 评分低于参照组 ($P < 0.05$)，说明优质人文护理可缓解肿瘤晚期患者的躯体痛苦及负面情绪。肿瘤晚期患者躯体疼痛评分较高多与癌痛、呼吸困难、活动受限、焦虑情绪等因素有关，人文护理要求医护人员耐心倾听患者的主观疼痛感受，通过药物镇痛等方式，帮助患者缓解生理性疼痛，而放松训练、音乐疗法可帮助患者减轻心因性疼痛。部分肿瘤晚期患者因自理能力有限而产生自卑情绪，医护人员在临床护理期间注重贯彻人文关怀理念，可在保护患者尊严和隐私的基础上，为患者提供舒适的诊疗环境，以此减轻孤独感。优质人文护理还要求医护人员每日定时开展一对一沟通服务，通

过引导患者诉说心中的诉求,帮助其宣泄负性情绪,并在日常生活中大力开展健康宣教、音乐疗法,使其正确认识自身疾病。同时,在临床中加强家属健康指导,为患者提供更多地情感支持,有助于减少焦虑、抑郁情绪。

此外,观察组 QLQ-C30 评分高于参照组 ($P<0.05$),说明优质人文护理可提高肿瘤晚期患者日常生活质量,与占勤^[5]等人的研究结果一致。实际上,QLQ-C30 评分的变化与肿瘤晚期患者的躯体疼痛、乏力、恶心呕吐等并发症有关。常规护理方式在于遵医嘱开展镇痛药物治疗,未结合个体差异,致使疼痛控制效果有限,患者可因持续躯体不适症状而影响 QLQ-C30 评分。优质人文护理要求患者开展分层干预,轻度疼痛以非药

物镇痛为主,而中重度疼痛患者又在其基础上增加癌痛药物干预,并根据患者便秘、食欲减退、乏力等症状实施个性化护理服务,可有效减轻患者的躯体痛苦,并通过摆放家庭相册、摆件等方式,为患者营造舒适、温馨的休养环境,以实现生活质量提高的目的。同时,由于恐惧、绝望、焦虑等负性情绪也会影响肿瘤晚期患者的日常生活品质,优质人文护理特根据患者的生理、心理需求开展心理疏导服务,通过正确引导患者接纳自身疾病,以实现身心状态的正向调节作用。

综上所述,根据肿瘤晚期患者的个体差异,在临床诊疗期间实施优质人文护理,可显著提高日常生活质量,降低躯体痛苦评分,整体应用价值显著,值得推广。

参考文献:

- [1] 付萌,席芳,齐咏,等.基于卡诺模型的人文关怀及护理在晚期肺癌患者中的应用[J].海南医学,2025,36(9):1338-1343.
- [2] 高阿娟,刘乔,陈奕清,等.优质护理联合人文关怀对晚期恶性肿瘤患者情绪、睡眠及生活质量的影响[J].国际精神病学杂志,2024,51(4):1315-1318.
- [3] 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.
- [4] 任敏育.全程人文关怀护理对晚期妇科恶性肿瘤化疗患者心理状态、睡眠质量及并发症的影响[J].实用妇科内分泌电子杂志,2024,11(9):112-114.
- [5] 占勤,王灿,张佳佳,等.基于人文关怀的心理护理干预对晚期肿瘤患者的影响[J].护理实践与研究,2023,20(19):2880-2886.