

基于 ACP 联合 Orem 自护理论用于食管癌终末期降低 癌性疼痛提高生存质量研究

胡旭红 雷媛媛

兰州石化总医院 甘肃 兰州 730060

【摘要】目的：观察对食管癌终末期患者开展基于 ACP 联合 Orem 自护理论护理对患者癌性疼痛、生活质量的影响。方法：以本院 2025 年收治 1 例食管癌终末期患者为对象，在治疗期间进行基于 ACP 联合 Orem 自护理论护理，对患者疼痛程度、生存质量、自护能力、心理状态变化情况进行观察。结果：疼痛程度对比，该患者护理后疼痛 VAS 评分低于护理前，（ $P<0.05$ ）。生活质量，该患者护理后生活质量评分高于护理前，（ $P<0.05$ ）。负面心理评分，该患者护理后评分低于护理前，（ $P<0.05$ ）。自护能力，护理后高于护理前，（ $P<0.05$ ）。结论：对食管癌终末期患者开展基于 ACP 联合 Orem 自护理论护理，可以降低患者癌性疼痛，提升患者生活质量，改善患者心理状态，提升患者自护能力。

【关键词】 ACP；Orem 自护理论；食管癌；终末期；癌性疼痛；生存质量

DOI:10.12417/2811-051X.26.09.027

食管癌为当前临床较为常见的癌症类型，具有较高的风险性，甚至会危及到患者生命安全。食管癌终末期患者伴随有不同程度癌性疼痛症状，会对患者生理、心理健康均会造成影响，降低患者生活质量^[1-2]。为降低食管癌终末期患者疼痛症状并改善患者生活质量，需结合该部分患者特点准确开展患者在治疗期间护理工作。预立医疗照护计划（advance care planning, ACP）在癌症患者护理过程中具有较高的适用性，指导患者主动参与到患者护理过程中，结合自身对未来医疗、护理的目标以及偏好等协同制定相关护理措施，促使各方面干预方案更加符合患者实际情况^[3-4]。Orem 自护理论护理核心在于提升患者自我照顾能力，帮助患者更加准确掌握在治疗期间的护理要点，从而降低病症对自身造成的负面影响，起到提升生活质量的作用。本研究主要对食管癌终末期患者开展基于 ACP 联合 Orem 自护理论护理对患者疼痛、生存质量的影响进行分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以本院 2025 年收治 1 例食管癌终末期患者为对象，在治疗期间进行基于 ACP 联合 Orem 自护理论护理。该患者为男性，年龄 61 岁，入院时 T:36.7℃，P:110 次/分，R:20 次/分，Bp:125/96mmHg。神志清晰，精神差，消瘦，自主体位，查体合作，步入病房。病理诊断确诊为食管癌终末期。

1.2 方法

1.2.1 常规护理

该患者在治疗期间，各方面基础护理工作护理人员需严格按照临床护理制度以及相关要求进行开展。指导患者对自身病症特点进行认识和了解，严格按照医生要求指导患者进行用药，保持良好的用药行为。关注患者在用药期间各方面指标变化情况，判断是否存在异常。积极和患者进行沟通，了解患者

自身各方面症状变化。指导患者明确在治疗期间以及日常生活中需要注意的问题。

1.2.2 基于 ACP 联合 Orem 自护理论护理

该患者在落实各方面基础护理的同时开展基于 ACP 联合 Orem 自护理论护理。（1）ACP 模式护理。①初步 ACP 阶段。护理人员需耐心为患者讲解 ACP 护理模式的特点，增加患者对该护理模式的认知水平，并为患者发放相关书籍资料或者视频资料，帮助患者自行进行了解。并在和患者沟通的过程中，评估患者是否存在有关于病症认识的误区等。鼓励患者写下近 3 天的护理需求，并指导患者家属陪同患者观看《寻梦环游记》、《七号房的礼物》等电影，并分享观看体验。②第二阶段，家庭会议-半结构化访谈。I、意愿评估。护理人员需积极和患者进行沟通，引导患者将内心的意愿进行倾诉，并在最短时间和患者建立信任感，增加患者对护理人员的信任感。II、患者经历。在与患者沟通的过程中，护理人员需引导患者对以往经历进行倾诉，了解患者患病过程以及当前阶段对待病症的态度等。同时需要询问患者当前阶段疼痛症状的控制情况、治疗期间睡眠情况以及当前阶段用药情况等。III、人生经历与价值观。指导患者主动分享人生中有意义或者有趣的事情，并鼓励患者分享该部分事件对于自身的影响等。询问患者认为生活中的哪些事件对于自身来说最为重要。IV、死亡关。询问患者对待自身病症的态度以及患者对“死亡”的看法。V、患者意愿。指导患者主动讲出自身是否存在有尚未完成的心愿，是否存在有特别痛苦的事情，还有哪些想见的人或者事物等。VI、临终决策替代。询问患者如果自身病症太重无法自主进行表达，希望谁替代自己对外界进行交流。③第三阶段，辅助决策。I、观看决策视频。指导患者观看与食管癌治疗相关的视频资料，包括常见治疗措施的原理以及对突发症状的应对措施等，促使患者可以在最短时间内对自身病症特点以及治疗方案进行了解。

并结合患者病情变化情况细化各方面基础护理操作,满足患者在治疗期间的护理需求。及时对患者开展安宁疗护,建议家属给予患者更多关怀,通过正念减压、认知行为疗法帮助患者减轻焦虑、抑郁情绪,指导患者利用听音乐、阅读等方式转移对疾病的注意力。④动态调节。在患者治疗期间,护理人员需和患者保持积极沟通,结合患者病情变化以及需求变化对护理措施进行调节。(2) Orem 自护理论护理。①入院评估。患者在入院后,护理人员在与患者沟通过程中,准确评估患者对自身病症的了解程度以及日常护理能力等。掌握患者在治疗期间以及日常生活中存在的护理缺陷等。②完全补偿护理。系统性为患者讲解在治疗期间需要注意的各方面护理问题,包括如何有效缓解疼痛、如何保持良好的用药行为以及如何保持良好的生活习惯等,促使患者能够自主对治疗期间的各方面护理技巧进行掌握和理解,避免患者存在认知误区。在日常饮食方面,需要以清淡、营养丰富食物为主,避免摄入辛辣、油腻等刺激性食物,减少对胃肠道造成的刺激。指导患者在治疗期间保持良好的心态,积极将心理压力进行倾诉,并开展部分自己喜欢的事情,起到对自身注意力进行转移的目的。③部分补偿护理系统。在患者治疗期间,护理人员准确观察患者日常行为变化情况,评估患者是否存在有不健康的护理行为等,及时协助患者进行纠正,起到对患者自护能力进行针对性提升的作用。鼓励患者在日常治疗期间保持适当的活动锻炼,结合患者自身耐受情况合理控制运动量。④日常生活层面指导。I、疼痛护理。在病症影响下,患者会存在有不同程度疼痛症状,甚至超过滋生耐受范围。护理人员需及时开展疼痛护理,耐心为患者讲解存在疼痛症状的原因,帮助患者正确认识癌痛。并按照药物镇痛、非药物镇痛相结合的方式对患者疼痛症状进行管理。在服用镇痛药物治疗期间,需对镇痛药物服用时间、服用量严格控制,并观察患者在服用镇痛药物过程中的变化情况,判断是否出现不良反应等。并鼓励患者通过开展自身喜欢的活动通过转移注意力的方式缓解疼痛。II、睡眠指导。在癌痛等因素影响下,患者存在有失眠的症状。护理人员需及时对患者进行睡眠指导。为患者提供舒适、安静的病房环境。并通过睡前放松等方式对患者心理状态进行改善,促进睡眠。告知患者在睡前2h 尽量减少饮水等,避免因夜间频繁如厕等因素影响到睡眠。III、生活层面指导。结合对患者日常生活习惯评估情况,对患者治疗期间生活进行指导,帮助患者保持健康的生活习惯,积极参与到自身饮食管理、作息管理以及用药管理过程中,保持良好的生活习惯。

1.3 观察指标

(1) 疼痛程度。利用视觉模拟量表 VAS 对患者疼痛程度进行评估,分值在 1~10 分,分值越高则疼痛症状越严重。(2) 生活质量。患者护理前后生活质量需通过生存质量测定量表 (WHOQOL-BREF) 进行评估,结合患者在日常治疗期间的

行为表现等对各个维度进行评分,分值越高则患者生活质量越好。(3) 负面心理评分。患者在治疗期间心理状态,需按照 BDI 量表评估患者抑郁心理,BAI 量表评估患者焦虑心理,每个量表均包括 21 个问题,每个 0~4 分,评分越高则表明患者焦虑、抑郁心理越严重。(4) 自护能力分析。按照自我护理力量表 (ESCA),对患者在治疗过程中自我概念 (0~32 分)、自护责任感 (0~24 分)、自我护理技能 (0~48 分) 以及健康知识水平 (0~68 分) 进行评估,得分越高则表明患者自护能力越好。

1.4 统计学方法

以 SPSS24.0 对研究中相关数据进行分析,均值±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 对计量数据进行表达,t 检验,%对计数数据表示, χ^2 检验, ($P < 0.05$) 差异具备统计学意义。

2 结果

2.1 疼痛程度统计

护理前,该患者 VAS 评分为 6 分,护理后 3 天评分为 4 分,护理后 5 天评分为 3 分,该患者护理后疼痛 VAS 评分低于护理前, ($t=16.075, P < 0.001$)。

2.2 生活质量统计

护理前,该患者 WHOQOL-BREF 评分为 62 分,护理后 3 天评分为 68 分,护理后 5 天评分为 75 分,该患者护理后 WHOQOL-BREF 评分高于护理前, ($t=12.425, P < 0.001$)。

2.3 负面心理评分统计

护理前,该患者 BAI 评分为 42 分,护理后 3 天评分为 35 分,护理后 5 天评分为 30 分,该患者护理后 BAI 评分低于护理前, ($P < 0.05$)。护理前,该患者 BDI 评分为 45 分,护理后 3 天评分为 36 分,护理后 5 天评分为 28 分,该患者护理后 BDI 评分低于护理前, ($t=19.045, P < 0.001$)。

2.4 自护能力统计

护理前,该患者 ESCA 评分为 50 分,护理后 3 天评分为 62 分,护理后 5 天评分为 75 分,该患者护理后 ESCA 评分高于护理前, ($t=10.064, P < 0.001$)。

3 讨论

食管癌终末期属于较为严重的癌症类型,该部分患者生存周期有限,癌痛等病理因素以及心理因素等影响下,患者在治疗期间生存质量较低,甚至可能出现消极应对生活的行为^[5-6]。在对该患者进行护理的过程中,在落实各方面基础护理的层面上,需指导患者保持良好的自护能力,积极参与到自身病症管理的过程中^[7-8]。

ACP 护理理论在癌症患者护理中保持有较高的实施率,因食管癌终末期患者已经处在生命的最后阶段。在执行各方面护理操作的过程中,充分尊重的患者的选择,结合患者自身需求

开展各方面护理,在满足患者终末期护理需求的基础上,可以促使患者充分感受到被尊重感,间接起到对患者生理、心理等方面症状进行改善的作用^[9-10]。Orem 自护理论则以提升患者在治疗期间自护能力为基础,由护理人员准确评估患者在日常治疗期间行为习惯以及对自身病症管理的行为等,并制定针对性指导方案,帮助患者明确自身病症特点以及治疗方案,掌握在治疗阶段的各方面护理行为,鼓励患者主动参与到自身病症管理的过程中,提升自护能力,间接起到对患者治疗期间生活质量进行提升的作用^[11-13]。本次研究中该食管癌中终末期患者在接受各方面常规护理的层面上接受基于 ACP 联合 Orem 自护

理论护理,疼痛程度明显降低且自护能力显著提升,负面心理评分降低,表明在两种护理模式配合的作用下,可以对该患者治疗期间的心理状态进行调节,降低患者心理压力,提升患者自护能力,主动参与到病症管理过程中。且该患者护理后生活质量明显提升,表明在该护理方案的作用下,可以在一定程度上降低病症对患者自身生活造成的影响,起到对生活质量进行提升的效果。

综合研究,在对食管癌终末期患者进行护理过程中在开展各方面基础护理的层面上可以开展基于 ACP 联合 Orem 自护理论护理,降低患者癌性疼痛,提升患者生存质量。

参考文献:

- [1] 秦瑞,徐凌波,徐辰诚.早期量化活动结合呼吸训练器对食管癌术后患者的影响[J].安徽医学,2025,24(06):120-123.
- [2] 于晓静.幸福 PERMA 模式护理在食管癌围术期患者中的应用效果[J].当代护士,2025,32(35):60-63.
- [3] 郭金丹.格林模式健康教育联合需求层次理论基础上的心理护理对食管癌放疗患者的应用价值[J].河南医学研究,2025,34(22):4206-4209.
- [4] 马智敏,孟霞,王婧影,等.主观全面营养状况评估结合家属同步赋能教育在行放射治疗食管癌患者中的应用[J].中西医结合护理(中英文),2025,11(11):25-28.
- [5] 蔡新楠,宋意,奚萍,等.1 例安宁疗护专科护士主导的食管癌放疗术后伴骨转移患者终末期护理[J].护理学报,2025,32(22):62-64.
- [6] 陈光毅,李秀梅,陈付红,等.食管癌内镜黏膜下剥离术患者症状管理方案的构建及干预效果研究[J].中国卫生标准管理,2025,16(22):190-194.
- [7] 许珊.标准化护理在老年中晚期食管癌放疗治疗患者中的应用效果分析[J].中国社区医师,2025,41(32):109-111.
- [8] 王俊霞,肖青,朱莉,等.循证医学理念指导下的集束化预防护理在食管癌术后家庭肠内营养病人中的应用[J].全科护理,2025,23(22):4298-4301.
- [9] 孙云,孙秀云,王兰,等.基于跨理论模型的家庭赋权营养支持管理在食管癌术后病人中的应用研究[J].蚌埠医科大学学报,2025,50(11):1629-1634.
- [10] 诸葛琪.加速康复外科理念在胸外科食管癌患者围术期护理中的应用效果分析[J].当代医药论丛,2025,23(31):173-176.
- [11] 林玲玲,蔡莹莹,黄晓蕊,等.食管癌患者术后早期肠内营养喂养不耐受预防管理方案的构建与应用[J].护理学杂志,2025,40(21):105-110.
- [12] 孙宝侠,任贇虹,黄华平,等.基于焦点解决的短程术前心理护理在腹腔镜食管癌手术患者苏醒期躁动中的应用效果[J].医药前沿,2025,15(31):123-127.
- [13] 白倩,李惠霞,赵雨晴,等.食管癌患者照顾者经济毒性的体验及应对方式的质性研究[J].当代护士,2025,32(31):95-99.