

规范化癌痛护理对食管癌患者疼痛及胃肠道功能紊乱的影响

刘 丽 赵紫凝

新疆医科大学附属肿瘤医院 新疆 乌鲁木齐 830000

【摘 要】：目的：探讨规范化癌痛护理对食管癌患者术后疼痛程度及胃肠道功能紊乱的干预效果。方法：于 2025 年 1 月至同年 12 月这一时间段内，纳入我院收治的食管癌手术病例共计 150 例，并依据随机数字表法，将其均等划分为两个组别，每组 75 例。对照组施以常规围术期护理及镇痛管理，观察组则在上述基础上实施癌痛全程管理理念的规范化癌痛护理方案。结果：相较于对照组，观察组干预后的疼痛评分、胃肠道症状评分均更低（ $P<0.05$ ），术后肠鸣音恢复、首次排气及排便时间亦更短（ $P<0.05$ ），临床疗效更高（ $P<0.05$ ）。结论：规范化癌痛护理能够有效缓解食管癌患者的术后疼痛，并对其胃肠道功能紊乱具有积极的改善作用，有利于加速术后康复进程，宜推广。

【关键词】：食管癌；规范化癌痛护理；胃肠道功能紊乱；视觉模拟评分法

DOI:10.12417/2811-051X.26.12.036

食管癌是目前我国多发的一种消化系统恶性肿瘤，发病率及死亡率都长期未见明显下降，外科手术仍是基本的根治性方法^[1]。但所施行的手术本身会造成较大的创伤，而术中对胃肠道的解剖处理或对迷走神经的损害又不能完全避免，结果是患者较易发生胃肠道功能紊乱（如腹胀、恶心、排泄迟缓、胃瘫等），诸如此类的并发症对术后营养状况和恢复都是不利因素^[2]。有关癌痛的报道显示，这是肿瘤病患最害怕遇到的症状，不加控制的疼痛既可诱发应激、加重心脏负担，又可通过神经-内分泌-免疫机制妨碍胃肠运动，因而使所提及的消化道问题更为突出^[3]。近年来，随着肿瘤护理学科的精细化发展，规范化癌痛护理作为一种整合了标准评估、多模式镇痛、动态滴定及全程心理支持的综合管理体系，已被证实能显著提升肿瘤患者的生存质量^[4]。本研究系统评价规范化癌痛护理对食管癌患者术后疼痛及胃肠道功能紊乱的具体影响，以期为临床构建更为高效、优质的围术期护理路径提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入 2025 年 1 月至 2025 年 12 月期间，我院拟行食管癌根治术的 150 例患者作为研究样本。借助随机数字表法，将所有入组者均分为 2 组，各包含 75 例。观察组中男性 42 例，女性 33 例；年龄范围介于 45-78 岁之间，平均年龄为（ 62.35 ± 7.82 ）岁；病程跨度从 1-12 个月不等，平均病程为（ 5.68 ± 0.64 ）个月。对照组中男性 40 例，女性 35 例；年龄 47-80 岁，平均（ 63.01 ± 8.15 ）岁；病程跨度从 1.5-11 个月不等，平均（ 5.42 ± 0.61 ）个月。两组患者基线资料均衡可比（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：经术后病理组织学检查确诊为原发性食管鳞癌或腺癌者；具备明确手术指征，并成功接受了根治性肿瘤切除及消化道重建术者；自愿参与并已签署书面同意书。

排除标准：术前已存在严重的胃肠道动力障碍或炎症性肠病者；伴有远处重要脏器转移或合并其他类型原发性恶性肿瘤

者；术后因严重并发症需转入重症监护室进行机械通气治疗者。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组患者接受胸外科术后常规护理干预：护理上以医嘱所指的患者自控静脉镇痛泵为基础来施行镇痛，又按世界卫生组织建议的“三阶梯”止痛思路，将主诉疼痛剧烈作为追加药物的提示信号。有关体位及引流管的处置要予以适当安排，对生命体征应作连续性观察与记录。若发生腹胀或其他胃肠道症状，按常规方法鼓励患者在术后 24 小时内少量饮水，肠鸣音出现后即开始流食或半流质饮食的过渡。

1.2.2 观察组

观察组在对照组相同常规护理的基础上，引入并实施了系统化的规范化癌痛护理方案，具体操作细节如下：

（1）构建多维评估体系与动态滴定机制：入院即由责任护士利用视觉模拟评分法做有关疼痛的基线调查，将所见的疼痛部位、性质、出现时间和诱因予以清楚说明。不单纯依赖按需给药的做法，而是结合按时给药与按需给药来设计治疗方案，在评分基础上对所用镇痛药（基本是盐酸羟考酮缓释片）作剂量调节，努力使病人休息时的疼痛评分不超过 3 分，非预期性爆发痛在一天中出现的次数少于 3 次。

（2）强化胃肠功能保护与症状护理：护理小组对所遇到的胃肠道问题作细致观察，以腹部顺时针按摩或用口香糖假饲来鼓励胃肠做适当蠕动。疼痛得到控制后即刻翻身、活动四肢，借生理性应激促使肠神经较快地恢复功能。若腹胀特别明显或有恶心现象，须按医生意见使用甲氧氯普胺、莫沙必利一类促动力药，同时记下第一次排气或排便的实际发生时间。

（3）实施全程心理疏导与认知干预：按照术后疼痛与焦虑彼此关联的思路，由护理人员就所遇疼痛的客观存在、镇痛药的安全价值以及非药物缓解手段（例如听乐曲或做深呼吸）

做适当说明。利用护患之间良好关系来减轻病人对术后痛苦的忧虑，鼓励其主动配合治疗、相信自身能力、按要求完成各项处置。

(4) 开展延续性随访与健康指导：在出院前就给病人发放有关疼痛的日记本以及健康教育资料，同时建群（微信群）。出院之后按周做电话随访，调查患者住院期间疼痛是否缓解、镇痛药使用是否规律、排便是否正常等情况。对疼痛未获良好控制或者有明显便秘的病例要迅速处理——可远程建议调药或来院检查，以使所施疼痛管理保持连贯、统一的状态。

1.3 观察指标

(1) 疼痛程度评估：通过视觉模拟评分法（VAS）测评，依托 10 厘米长标尺，一端标“0”代表完全无痛，另一端标“10”代表难以耐受的剧痛，受试者按自身主观感受标记刻度，分值越高，疼痛反应越强烈。

(2) 胃肠道功能恢复评估：选用胃肠道症状评定量表（GSRS）进行评价，量表由 15 个条目构成，采用 Likert 7 级评分法，总分范围介于 15 至 105 分之间，分值越高，胃肠道症状越重。同时，记录患者术后肠鸣音恢复时间、首次肛门排气时间以及首次经肛门排便时间。

(3) 临床疗效：结合 VAS 以及 GSRS 评分改善情况评定疗效，显效：VAS 评分较前降低 $\geq 50\%$ ，且 GSRS 评分降低 $\geq 60\%$ ；有效：VAS 评分降低 $\geq 25\%$ 但 $< 50\%$ ，且 GSRS 评分降低 $\geq 30\%$ 但 $< 60\%$ ；无效：VAS 评分及 GSRS 评分均未达到上述标准或出现加重情况。总有效率=（显效+有效）/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计分析

本研究中涉及的各项数据用 SPSS 23.0 软件处理， χ^2 与 t 检验的资料是计数与计量资料，并且，计数和计量资料也用（%）和（ $\bar{x} \pm s$ ）表示。差异符合统计学条件时， $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 疼痛及胃肠道症状评分比较

表 1 显示，观察组干预后 VAS 及 GSRS 评分均更低（ $P < 0.05$ ）。

表 1 VAS 及 GSRS 评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别		观察组	对照组	t	P
例数		75	75	-	-
VAS 评分	干预前	7.27±0.65	7.31±0.68	0.408	>0.05
	干预后	2.15±0.26	4.32±0.42	6.827	<0.05
GSRS 评分	干预前	68.52±6.82	68.36±6.72	0.359	>0.05
	干预后	32.41±3.53	45.75±4.69	11.422	<0.05

2.2 胃肠功能恢复时间比较

表 2 显示，观察组患者术后肠鸣音恢复、首次肛门排气及排便的时间均更短（ $P < 0.05$ ）。

表 2 胃肠功能恢复时间比较（ $\bar{x} \pm s$ ，h）

组别	观察组	对照组	t	P
例数	75	75	-	-
肠鸣音恢复时间	18.42 $\pm$ 1.36	26.73 $\pm$ 1.91	8.307	< 0.05
首次肛门排气时间	42.15 $\pm$ 4.92	58.37 $\pm$ 5.57	10.115	< 0.05
首次肛门排便时间	68.52 $\pm$ 6.47	89.23 $\pm$ 7.83	8.925	< 0.05

2.3 临床疗效比较

表 3 显示，观察组患者的临床总有效率更高（ $P < 0.05$ ）。

表 3 临床疗效比较（例，%）

组别	观察组	对照组	χ^2	P
例数	75	75	-	-
显效	40(53.33)	28(37.33)		
有效	30(40.00)	32(42.67)		
无效	5(6.67)	15(20.00)		
总有效率	70(93.33)	60(80.00)	5.714	< 0.05

3 讨论

食管癌根治术本身涉及较广的手术区域、较大的创伤，所用操作又往往造成迷走神经干或腹腔神经丛的牵拉性损害，结果是术后易发生由胃排空延迟或肠道蠕动不足所代表的胃肠道功能紊乱^[5-6]。这类胃肠道功能紊乱既妨碍营养的摄入和利用，又以腹胀、恶心等形式给病人带来明显不适，由此又加重围术期所经历的应激状态及对疼痛的敏感度^[7]。就术后急性疼痛而言，其引致的交感-肾上腺髓质激活会释放很多儿茶酚胺类物质，对胃肠道平滑肌的活动有抑制作用，是“疼痛—胃肠麻痹—加重疼痛”恶性循环的病理基础之一^[8-10]。从这个角度说，对疼痛加以有效控制正是打破恶性循环、加快术后恢复的重要实践课题^[11]。近年来《癌痛全程管理中国专家共识（2025 版）》一类权威指南已提出：癌痛治理不能只靠药物，要按筛查、分析、处理、跟踪的思路建立完整、规范的动态体系^[12]。此观点正好可以作为本研究护理创新的理论支撑。

本研究结果显示，观察组患者干预后 VAS 评分更低（ $P < 0.05$ ），这种改善应归因于规范化的癌痛管理中有关动态疼痛分析和个体用药的考虑。若不沿用传统“按需给药”这类被动做法，而是将“按时给药”以及爆发痛处理都纳入多模式镇痛设计，就可避免血药浓度过高或波动的情况，使镇痛效果趋于

稳定、持久。同时,良好的疼痛控制对病人较早活动、呼吸系统康复来说是极大的助力。对于胃肠道功能来说,观察组不管是 GSRS 评分所指的改善量,还是肠鸣音恢复、首次排气乃至排便的时间,均明显优于对照组($P<0.05$)。其潜在原因可能是:第一,有效的镇痛缓解了由剧烈疼痛所导致的交感神经过度兴奋状态,副交感神经张力因而部分恢复,肠道运动被较充分地调动起来;第二,规范护理所采用的咀嚼口香糖、腹部按摩之类非药物手段能通过头-迷走神经反射或物理形式促进胃

肠蠕动的“再启动”过程,具有较好的协同增效意义。观察组的临床总体有效率也更高($P<0.05$),说明对食管癌术后疼痛、消化障碍而言,规范化癌痛护理具有明显价值。

综上所述,基于全程管理理念的规范化癌痛护理模式,在食管癌围术期应用中展现出显著的优越性。它不仅能够切实降低患者的主观疼痛感受,还能通过打破疼痛与胃肠麻痹之间的负向联动,有效促进术后胃肠道功能的快速恢复。

参考文献:

- [1] 刘文静,赵紫凝,韩记真.食管癌患者术后应用规范化疼痛护理对于改善患者疼痛情况与负性情绪的效果研究[J].新疆医科大学学报,2021,44(9):1077-1080.
- [2] 石国艳.规范化癌痛护理在晚期癌痛患者中的应用及对患者生活质量的改善探讨[J].中华养生保健,2021,39(17):96-98.
- [3] 林天华.规范化癌痛护理对食管贲门癌患者疼痛及胃肠道功能紊乱的影响分析[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2023(8):115-118.
- [4] 杨晓华,郭娟云.规范化癌痛护理对食管贲门癌患者疼痛及胃肠道功能紊乱的影响[J].检验医学与临床,2022,19(16):2288-2290.
- [5] 朱言训,王晶,韩彦博.扶正祛邪启膈方对中晚期食管癌患者免疫功能、肿瘤标志物及胃肠功能紊乱的影响[J].医学理论与实践,2023,36(17):2937-2939.
- [6] 许丹,李娅芳,王艳芳.规范化癌痛护理干预对肿瘤内科晚期放疗癌痛患者焦虑抑郁的影响[C].医学护理创新学术交流会论文集(智慧医学篇),2024:1051-1053.
- [7] 郭华.规范化癌痛护理+舒缓护理对恶性肿瘤患者癌痛控制及生命质量的影响[J].中华养生保健,2024,42(7):99-102.
- [8] 宋丹蕾.标准化护理干预联合规范化癌痛护理对喉癌并糖尿病患者血糖及 VAS 评分的影响[J].中国标准化,2023,(8):298-301.
- [9] 张洁,张早愉,王宝君,等.规范化癌痛护理联合三阶段止痛治疗对癌痛患者的干预效果观察[J].中国医学创新,2021,18(10):109-114.
- [10] 贺婷婷,贝宴屏.规范化癌痛护理联合舒缓护理对恶性肿瘤患者放疗期间癌痛控制及生命质量的临床观察[J].中国现代医生,2022,60(2):181-184.
- [11] 胡月,平娟娟.基于 GQOL-74 量表规范化癌痛护理对晚期肝癌患者不良情绪、疼痛及睡眠的影响[J].国际护理学杂志,2022,41(4):720-724.
- [12] 中国医师协会疼痛科医师分会,国家卫生健康委能力建设和继续教育中心癌痛全程管理专家组,郑碧鑫,等.癌痛全程管理中国专家共识(2025 版)[J].中国疼痛医学杂志,2025,31(9):643-657.