

# 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

冯志亮,熊飞,武凌,蔡雁,曹寅,丁春梅

【关键词】 肺癌;癌痛;生活质量;多学科协作;护理

doi:10.3969/j.issn.1671-0800.2024.08.035

【中图分类号】 R473.73 【文献标志码】 B 【文章编号】 1671-0800(2024)08-1101-03

我国每年肺癌新发病例人数高达 82.8 万,死亡率为 28.09/10 万,位居我国癌症发病率和死亡率首位,已严重影响居民健康生活<sup>[1]</sup>。癌性疼痛(简称癌痛)是指由恶性肿瘤疾病本身或在治疗期间引起的疼痛,是由肿瘤本体、压迫或转移等所致,早期发生率达 56%,中晚期甚至高达约 90%,且具有基础疼痛水平高、持续时间长和反复发作等特点<sup>[2-3]</sup>。肺癌是癌痛发生率最高的瘤种,在疾病发展过程中和治疗管理时都会经历高度痛苦,有效管理和降低疼痛感受对肺癌患者有重要意义。目前对肺癌患者的癌痛管理存在诸多弊端,其中缺乏多学科合作已成为我国肺癌癌痛管理的主要障碍,但这对于减轻患者疼痛和提高生活质量却非常重要<sup>[4]</sup>。宁波市第九医院自 2023 年 1 月起运用多学科协作模式对肺癌癌痛患者实施全周期管理并取得良好效果,现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 采用便利抽样法选取 2022 年 3 月至 2023 年 10 月本院诊治的 68 例肺癌癌痛患者为研究对象,按照入院时间先后顺序,将 2022 年 3—12 月诊治的患者作为对照组,将 2023 年 1—10 月诊治的患者作为观察组。纳入标准:(1)符合肺癌的相关诊断标准<sup>[5]</sup>,出现癌痛;(2)年龄 $\geq 18$ 岁;(3)有认知及自主沟通能力;(4)患者或照护人员能基本操作智能手机。排除标准:(1)有精神疾病史,意识不清;(2)研究期间退出或死亡。对照组无样本脱落,观察组因研究期间死亡脱落 1 例,其余均完成研究。两组

一般资料差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表 1。本研究获得宁波市第九医院伦理委员会批准,所有研究对象均自愿参加本研究并签署书面知情同意书。

## 1.2 方法

1.2.1 对照组 采用专科化规范管理。由专科医生在门诊对患者进行口头疼痛评估,根据经验开具镇痛药物,患者复诊时再次评估镇痛效果并调整治疗方案;住院期间予以 WHO 癌痛三阶梯镇痛治疗,围手术期在术毕予以切口局部封闭注射罗哌卡因联合自控镇痛泵(PCA);出院前由病房护士进行宣教,嘱按时服药、定期复诊,出院后第 1、2、4 周进行电话随访。

1.2.2 观察组 采用多学科协作管理。团队成员包括专科医生、疼痛专科护士、药剂师、健康管理师、麻醉医生、全科医生,均具有 10 年以上临床工作经验,具体实施方案如下。

1.2.2.1 门诊期间 (1)接诊医生使用数字疼痛评分

表 1 两组一般资料比较

项目	对照组(n=34)	观察组(n=33)	$\chi^2(t)$ 值	P值
性别[例(%)]			0.42	> 0.05
男	19(55.88)	21(63.64)		
女	15(44.12)	12(36.36)		
年龄(岁)	63.2 $\pm$ 11.2	66.5 $\pm$ 9.5	(1.30)	> 0.05
身高(cm)	163.02 $\pm$ 5.56	160.73 $\pm$ 4.16	(1.90)	> 0.05
体质量(kg)	64.59 $\pm$ 6.27	64.18 $\pm$ 8.12	(0.23)	> 0.05
文化程度[例(%)]			0.93	> 0.05
初中及以下	19(55.88)	19(57.58)		
高中/大专	6(17.65)	4(12.12)		
本科及以上	9(26.47)	10(30.30)		
婚姻[例(%)]			2.45	> 0.05
已婚	30(88.24)	25(75.76)		
离异	2(5.88)	2(6.06)		
丧偶	2(5.88)	6(18.18)		
病变位置[例(%)]			0.79	> 0.05
左侧	19(55.88)	20(60.61)		
右侧	14(41.18)	11(33.33)		
双侧	1(2.94)	2(6.06)		

基金项目: 宁波市卫生健康科技计划项目(2022Y31)

作者单位: 315000 宁波,宁波市第九医院

通信作者: 冯志亮,Email:584757156@qq.com

(NRS) 进行疼痛评估, 患者加入多学科协作团队微信群。(2)NRS≤3 分时专科护士予以信息化远程宣教; NRS≥4 分时药剂师介入予以服药指导并跟踪药物不良反应, 及时反馈给专科医生以动态调整治疗方案。(3) 患者复诊前经线上评估后至医共体总院或院区门诊就医, 若描述病情与实际有较大出入时, 启动云诊室联合就诊。

1.2.2.2 住院期间 (1)严格遵守常规、量化、全面、动态的评估原则, 入院 8h 内进行 NRS 单维量表评估, 24h 内进行简明疼痛评估量表(BPI)多维评估。当 NRS≤3 分时予以正念疗法、冥想及音乐疗法辅助治疗; NRS≥4 分时按四阶梯超前镇痛管理<sup>[6]</sup>, 同时复合针灸、揲针、穴位按摩等中医适宜技术管理。(2)长期服用阿片类药物的患者严格剂量管理, 并由药剂师提供药学会诊和监护服务, 实时反馈给专科医生, 动态调整药物剂量。(3)术后由经专业培训的麻醉医生进行超声引导下肋间神经阻滞(ICNB)或椎旁神经阻滞(PVB), 同时复合 PCA 综合管理术后疼痛, 期间密切监测患者生命体征, 保持人工气道和循环安全。(4)出院前在背俞穴肺俞、募穴中府穴位埋线; 专科护士录制 NRS 量表评估和疼痛日志居家自我监测视频, 通过微信传送至患者或家属手机端, 专科护士和药剂师每天远程监测疼痛评分和服药效果; 出院后第 1、2、4 周进行线上视频随访。

1.2.2.3 居家期间 (1)患者每天记录疼痛日志并反馈疼痛的具体情况; 药剂师延续监测药物不良反应, 当疼痛显著变化时立即与专科医生共同确定调整药物剂量; 健康管理师协同专科护士进行音乐疗法、按摩疗法等支持性干预, 并在生活饮食、日常锻炼方面给予个体化管理方案; 全科医生定期随访监测疼痛管理情况, 并通过短视频、社区讲座、义诊等多元化科普宣教。根据复诊和线上咨询意见, 通过“浙里护理”线上 APP 平台, 给予穴位埋线、揲针等中医适宜技术延续性管理。

1.2.2.4 难治性癌痛 由上级三甲医院实施竖脊肌平面阻滞、鞘内药物输注系统等治疗后转至医共体总院或院区病房延续管理。

1.3 评价指标 (1) NRS 数字评分及爆发痛发生次数。NRS 量表分为 0~10 分, 评分越高代表疼痛程度越严重, 爆发痛评估参照癌性爆发痛专家共识(2019 年版)<sup>[7]</sup>。(2)生活质量评价。采用中文版健康调查简表(SF-36)<sup>[8]</sup>, 包括躯体功能、躯体角色、躯体疼痛、一般健康、活力、社会功能、情感职能和心理健康 8 个维度,

总分 100 分, 分数越高, 表明生活质量水平越高。(3) 服药依从性及药物不良反应发生率。采用中文版 Morisky 服药依从性量表(MMAS-8)<sup>[9]</sup>, 共 8 个条目, 总分 8 分, 8 分依从性高、6~7 分依从性良、≤5 分依从性低。1.4 统计方法 采用 SPSS 25.0 统计软件进行分析, 计数资料采用 $\chi^2$  检验; 符合正态分布的计量资料以均数±标准差表示, 采用 *t* 检验; 对不同时间点的计量资料比较采用重复测量方差分析; 非正态分布的计量资料以 *M*(*P*<sub>25</sub>, *P*<sub>75</sub>) 表示, 组间比较采用秩和检验。*P* < 0.05 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组 NRS 评分及爆发痛发生次数比较 观察组在干预后第 2 周和第 4 周的 NRS 评分均低于对照组(均 *P* < 0.05), 见表 2。在干预后第 1 周和第 2 周, 观察组爆发痛发生次数均少于对照组(均 *P* < 0.05), 见表 3。

2.2 两组生活质量评分比较 两组干预前生活质量各维度得分差异均无统计学意义(*t* ≤ 2.00, 均 *P* > 0.05), 两组干预后 4 周生活质量各维度得分差异均有统计学意义(*t* ≥ 5.30, 均 *P* < 0.05), 见表 4。

2.3 两组服药依从性及药物不良反应发生率比较 观察组服药依从性优良率高于对照组( $\chi^2=9.11, P <$

**表 2 两组数字疼痛评分比较** 分

组别	干预前	干预后 1 周	干预后 2 周	干预后 4 周
对照组( <i>n</i> =34)	4(3, 5)	3(2, 3) <sup>a</sup>	2(1, 3) <sup>a</sup>	2(1, 3) <sup>ab</sup>
观察组( <i>n</i> =33)	4(3, 5)	2(2, 3) <sup>a</sup>	2(1, 2.5) <sup>a</sup>	1(1, 2) <sup>ab</sup>
<i>Z</i> 值	0.09	1.03	2.02	2.33
<i>P</i> 值	> 0.05	> 0.05	< 0.05	< 0.05

注: 与干预前比较, a*P* < 0.05; 与干预后 1 周比较, b*P* < 0.05

**表 3 两组爆发痛发生次数比较** 次

组别	干预前	干预后 1 周	干预后 2 周	干预后 4 周
对照组( <i>n</i> =34)	6.56±2.29	3.68±1.41	3.03±1.34	2.56±1.19
观察组( <i>n</i> =33)	6.36±2.03	2.45±1.15	2.12±1.36	2.18±1.40
<i>t</i> 值	0.37	3.89	2.75	1.19
<i>P</i> 值	> 0.05	< 0.05	< 0.05	> 0.05

**表 4 两组生活质量评分比较** 分

项目	对照组( <i>n</i> =34)		观察组( <i>n</i> =33)	
	干预前	干预后 4 周	干预前	干预后 4 周
躯体功能	61.15±7.50	66.91±4.97	63.06±6.27	74.45±6.60
生理职能	62.56±6.83	65.59±8.55	59.45±5.79	74.97±5.15
躯体疼痛	57.24±6.02	63.91±9.26	56.42±6.76	76.42±6.88
一般健康	55.82±6.87	63.65±6.30	56.39±6.53	76.94±7.48
活力	56.24±7.17	62.44±8.83	58.88±5.04	78.94±6.21
社会功能	61.06±4.53	64.09±5.80	60.70±5.64	77.73±6.99
情感职能	62.85±4.96	66.53±7.12	62.15±4.69	76.82±6.23
心理健康	61.94±6.27	66.18±6.97	60.52±4.77	76.09±7.24

0.05), 观察组便秘、恶心呕吐及眩晕药物不良反应发生率均低于对照组(均  $P < 0.05$ ), 见表 5 ~ 6。

### 3 讨论

癌痛具有基础水平高和突发性特征, 而缓解具有滞后性, 这就要求对患者进行评估、治疗及监测时具有及时而精准的方案。本研究通过多学科团队, 在疾病发展与治疗的不同周期对肺癌癌痛患者进行复合式管理, 结果显示观察组在干预后 2 周和 4 周 NRS 评分、干预后 1 周和 2 周爆发痛发生次数均低于对照组(均  $P < 0.05$ )。这说明观察组在短期内能有效降低肺癌癌痛患者的持续性和突发性疼痛感受, 并且在不同时间点上的疼痛缓解效果比对照组更为显著, 这可能与多学科团队整合各专业优势, 能迅速响应患者疼痛变化并调整治疗方案有关。相比于传统专科治疗的管理局限, 观察组发挥医共体双向管理特点, 通过“三甲-二甲-社区-家庭”的一体化管理路径, 全方位提升患者的疼痛管理效果, 具有更高效和精准的优势。

肺癌患者因体力活动和锻炼水平不足导致生活质量受损, 而非药物干预措施有助于改善患者症状和生活质量<sup>[10]</sup>。本研究结果显示观察组干预后的生活质量各维度得分均高于对照组(均  $P < 0.05$ )。这说明患者生活质量的改善可能与疼痛的有效管理、患者教育及心理社会支持等多方面因素有关, 也反映了多学科协作模式在促进患者生理、心理和社会功能恢复方面的综合效益。观察组通过院内-院外一体化管理, 结合以有氧运动为主的辅助性支持策略, 对患者生活质量有正向的改善作用, 同时多学科团队在患者生活饮食、日常锻炼方面给予个体化指导, 使患者身心症状和对回归社会的信心得到进一步提升<sup>[11]</sup>。这一结果提示在癌痛管理中, 除了关注疼痛外, 还应重视患者的整体身心状况和生活质量, 而单一的医疗干预可能不足以满足患者的全面需求, 综合性、多维度的干预措施同样重要。

本研究结果显示观察组服药依从性优良率高于对照组, 而发生便秘、恶心呕吐、眩晕等药物不良反应均低于对照组(均  $P < 0.05$ )。这说明常规专科化治疗并不能提高肺癌癌痛患者的服药依从性, 原因可能是弱阿片类药物镇痛效果达到“天花板效应”后, 继发对强阿片类药物的依赖, 导致药物滥用和服

表 5 两组干预后 4 周服药依从性比较 例(%)

组别	依从性高	依从性良	依从性差	优良率
对照组( $n=34$ )	5(14.70)	15(44.12)	14(41.18)	20(58.82)
观察组( $n=33$ )	12(36.36)	18(54.55)	3(9.09)	30(90.91)

表 6 两组干预后 4 周药物不良反应比较 例(%)

组别	对照组( $n=34$ )	观察组( $n=33$ )	$\chi^2$ 值	$P$ 值
便秘	22(64.71)	9(27.27)	9.44	$< 0.05$
恶心呕吐	18(52.94)	8(24.24)	5.81	$< 0.05$
眩晕	13(38.24)	4(12.12)	6.03	$< 0.05$
皮肤瘙痒	8(23.53)	3(9.09)	2.54	$> 0.05$
排尿困难	6(17.65)	3(9.09)	0.45	$> 0.05$

药依从性降低, 增加不良反应的发生率。观察组由药剂师进行全周期延续管理, 实时监测药物不良反应, 动态调整治疗方案, 覆盖了患者使用药物过程中评估、监测、调整、预防的全面管理, 对患者服药依从性和药物不良反应控制具有积极影响。

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

### 参 考 文 献

- [1] ZHENG R S, ZHANG S W, ZENG H M, et al. Cancer incidence and mortality in China, 2016[J]. J Natl Cancer Cent, 2022, 2(1): 1-9.
- [2] MERCADANTE S, MASEDU F, VALENTI M, et al. Breakthrough pain in patients with lung cancer. A secondary analysis of IOPS MS study[J]. J Clin Med, 2020, 9(5): E1337.
- [3] 孙秋雨, 张婧暄, 王攀峰. 癌痛患者居家自我管理支持方式的研究进展[J]. 中华现代护理杂志, 2021, 27(23): 3202-3206.
- [4] YU Z, LI W, SHANGGUAN X, et al. Knowledge, practices, and perceived barriers in cancer pain management at oncology units: A cross-sectional survey of medical staff in China[J]. J Pain Res, 2022, 15: 159-169.
- [5] 中华医学会肿瘤学分会, 中华医学会杂志社. 中华医学会肺癌临床诊疗指南(2022 版)[J]. 中华医学杂志, 2022, 102(23): 1706-1740.
- [6] 邓硕曾, 张金华, 林磊. 镇痛四阶梯与癌痛的优化管理[J]. 中华疼痛学杂志, 2021, 17(5): 459-461.
- [7] 中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会难治性癌痛专家组, 中华医学会疼痛学分会癌痛专家组. 癌性爆发痛专家共识(2019 年版)[J]. 中国肿瘤临床, 2019, 46(6): 267-271.
- [8] 苏晓宁, 郑建清, 陈樱. SF-36 量表和 EORTC QLQ-LC43 量表在肺癌患者生活质量测定中的应用效果[J]. 中国卫生标准管理, 2023, 14(9): 114-120.
- [9] 杜碧丽, 孟歌, 董翠丽. 以行为转变理论为指导的健康教育对癌症患者疼痛强度、服药依从性及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(2): 255-259.
- [10] AVANCINI A, SARTORI G, GKOUNTAKOS A, et al. Physical activity and exercise in lung cancer care: Will promises be fulfilled[J]? Oncologist, 2020, 25(3): e555-e569.
- [11] 宋莹婵, 杨青, 文彦. 基于 CFIR 框架的“医院-社区-家庭”联动下癌痛患者居家护理促进和障碍因素的质性研究[J]. 护士进修杂志, 2023, 38(21): 2010-2015.

收稿日期: 2024-02-24

(本文编辑: 陈志翔)