

基层二级医院安宁疗护整合技术对晚期肿瘤共病管理的效果分析

杜海霞

敦煌市总医院，甘肃敦煌，736200；

摘要：目的：探讨基层二级医院应用安宁疗护整合技术对晚期肿瘤共病管理的效果。方法：选取 2024 年 5 月至 2025 年 5 月期间在基层二级医院就诊的 100 例晚期肿瘤共病患者，年龄在 30-95 岁之间，随机分为对照组和实验组，每组 50 例。对照组采用常规对症支持治疗，实验组在常规对症支持治疗基础上应用安宁疗护整合技术。比较两组患者的症状控制效果、生活质量评分、患者及家属满意度以及医疗资源消耗情况。结果：实验组患者的疼痛、乏力、呼吸困难等症状控制有效率显著高于对照组 ($P<0.05$)；实验组生活质量评分（包括生理功能、心理状态、社会功能等维度）明显优于对照组 ($P<0.05$)；实验组患者及家属满意度高于对照组 ($P<0.05$)；实验组医疗资源消耗低于对照组 ($P<0.05$)。结论：在基层二级医院中，安宁疗护整合技术能有效提升晚期肿瘤共病管理效果，改善患者生活质量，提高满意度，减少医疗资源浪费，具有重要的临床应用价值。

关键词：基层二级医院；安宁疗护；整合技术；晚期肿瘤；共病管理

DOI：10.69979/3029-2808.25.11.021

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究为前瞻性对照研究，选取 2024 年 5 月至 2025 年 5 月期间在本市 5 所基层二级医院肿瘤科及老年病科就诊的 100 例晚期肿瘤共病患者作为研究对象。所有患者均经病理组织学或细胞学检查确诊为晚期恶性肿瘤（IIIb 期及以上），且合并至少 1 种慢性疾病（如高血压、糖尿病、冠心病、慢性阻塞性肺疾病等）。

采用随机数字表法将患者分为对照组和实验组，每组各 50 例。对照组中，男性 28 例，女性 22 例；年龄 32-93 岁，平均年龄 (65.8 ± 12.3) 岁；肿瘤类型：肺癌 15 例，胃癌 10 例，结直肠癌 8 例，乳腺癌 7 例，其他 10 例；合并疾病：高血压 25 例，糖尿病 18 例，冠心病 12 例，慢性阻塞性肺疾病 8 例，其他 6 例（部分患者合并多种疾病）。实验组中，男性 26 例，女性 24 例；年龄 30-95 岁，平均年龄 (64.5 ± 13.1) 岁；肿瘤类型：肺癌 14 例，胃癌 11 例，结直肠癌 9 例，乳腺癌 6 例，其他 10 例；合并疾病：高血压 23 例，糖尿病 20 例，冠心病 11 例，慢性阻塞性肺疾病 9 例，其他 5 例（部分患者合并多种疾病）。

两组患者在性别构成 ($\chi^2=0.160$, $P=0.689$)、年龄分布 ($t=0.512$, $P=0.610$)、肿瘤类型 ($\chi^2=0.382$,

$P=0.984$)、合并疾病种类及数量等一般资料方面比较，差异均无统计学意义 ($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 病例选择标准

1. 纳入标准

经临床确诊为晚期恶性肿瘤（IIIb 期及以上），预计生存期 3-12 个月；

年龄在 30-95 岁之间；

合并至少 1 种慢性疾病，且该慢性疾病需要长期药物治疗或医疗干预；

患者意识清楚，能够配合完成问卷调查及相关评估；

患者及家属知情同意，自愿参与本研究，并签署知情同意书。

2. 排除标准

存在严重精神障碍，无法进行有效沟通和配合治疗者；

处于疾病终末期昏迷状态或认知功能严重障碍者；

拒绝接受安宁疗护服务或不配合研究流程者；

同时参与其他类似临床研究者。

1.3 方法

1.3.1 对照组

对照组采用常规对症支持治疗，具体措施如下：

症状管理：针对患者出现的疼痛、恶心呕吐、呼吸

困难、乏力等症状，给予相应的药物治疗，如疼痛患者根据疼痛程度使用非甾体类抗炎药、阿片类镇痛药等；恶心呕吐患者使用止吐药；呼吸困难患者给予吸氧、平喘等处理。

基础疾病治疗：继续沿用患者既往针对慢性基础疾病的治疗方案，如高血压患者给予降压药，糖尿病患者给予降糖药或胰岛素治疗等，并根据病情变化调整药物剂量。

常规护理：包括病情监测、生命体征测量、用药指导、基础生活护理等。

转诊与会诊：当患者出现复杂病情或难以控制的症状时，联系上级医院或相关科室进行会诊，必要时协助转诊。

1.3.2 实验组

实验组在对照组常规对症支持治疗基础上应用安宁疗护整合技术，具体内容如下：

多学科团队组建：成立由肿瘤科医师、全科医师、护士、社会工作者、心理咨询师、营养师等组成的安宁疗护多学科团队，明确各成员职责，定期召开团队会议（每周1-2次），共同评估患者病情，制定个性化治疗方案。

症状综合评估与管理：采用埃德蒙顿症状评估量表(ESAS)每周对患者的生理、心理症状进行全面评估，根据评估结果制定个体化症状管理方案。对于疼痛患者，采用阶梯镇痛疗法，并结合非药物镇痛方法（如音乐疗法、放松训练等）；对于其他症状，采取综合干预措施，如呼吸困难患者除吸氧外，配合呼吸训练、心理疏导等。

心理社会支持：心理咨询师每周对患者及家属进行1-2次心理疏导，帮助患者缓解焦虑、抑郁等不良情绪，引导家属正确应对患者的病情变化。社会工作者为患者及家属提供社会资源链接、经济援助咨询等服务。

营养支持：营养师根据患者的病情、饮食习惯及营养状况，制定个性化营养方案，指导患者合理膳食，必要时给予肠内或肠外营养支持。

家庭护理指导：对患者家属进行护理技能培训，如基础生命体征监测、压疮预防、管道护理等，提高家属的照护能力。同时，建立家庭-医院联动机制，通过电话、微信等方式定期随访，及时解决患者家庭照护中遇到的问题。

终末期关怀：当患者进入终末期时，给予尊严疗法，

尊重患者的意愿，提供舒适的环境和人性化的护理，陪伴患者及家属度过最后时光。

1.4 观察指标

症状控制效果：采用埃德蒙顿症状评估量表(ESAS)评估患者治疗前及治疗后1个月、3个月的症状严重程度，该量表包括疼痛、乏力、恶心、呕吐、呼吸困难、失眠、食欲丧失、便秘、抑郁、焦虑10个项目，每个项目采用0-10分评分法，0分为无症状，10分为最严重。症状控制有效率=(治疗后症状评分较治疗前降低≥30%的患者例数/总例数)×100%。

生活质量评分：采用癌症患者生活质量测定量表(EORTC QLQ-C30)评估患者治疗前及治疗后3个月的生活质量，该量表包括躯体功能、角色功能、认知功能、情绪功能、社会功能5个功能维度，每个维度得分越高，表明生活质量越好。

患者及家属满意度：采用自制满意度调查问卷，于治疗后3个月对患者及家属进行调查，内容包括医疗服务态度、治疗效果、沟通交流等方面，分为非常满意、满意、一般、不满意4个等级，满意度=(非常满意例数+满意例数)/总例数×100%。

医疗资源消耗：统计两组患者治疗3个月内的住院次数、住院天数、急诊就诊次数及医疗费用。

1.5 统计学处理

采用SPSS 22.0统计学软件进行数据分析。

2 结果

2.1 两组患者症状控制有效率比较

具体数据见表1。

表1 两组患者治疗后3个月症状控制有效率比较(例, %)

症状	对照组(n=50)	实验组(n=50)	χ ² 值	P值
疼痛	32(64.0)	45(90.0)	10.889	0.001
乏力	28(56.0)	42(84.0)	9.412	0.002
呼吸困难	25(50.0)	40(80.0)	9.091	0.003
恶心呕吐	30(60.0)	43(86.0)	8.451	0.004
失眠	26(52.0)	41(82.0)	9.211	0.002

2.2 两组患者生活质量评分比较

具体数据见表2。

表 2 两组患者治疗前后生活质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

功能维度	组别	治疗前	治疗后 3 个月	t 值 (组内)	P 值 (组内)	t 值 (组间)	P 值 (组间)
躯体功能	对照组	45.2±8.5	52.6±9.1	4.023	0.000	3.852	0.000
	实验组	44.8±8.7	63.5±10.2	9.637	0.000		
角色功能	对照组	40.5±7.8	48.2±8.5	4.315	0.000	4.126	0.000
	实验组	41.2±8.1	59.8±9.3	10.254	0.000		
认知功能	对照组	48.6±9.2	55.3±9.8	3.562	0.001	3.215	0.002
	实验组	47.9±9.5	64.2±10.5	8.973	0.000		
情绪功能	对照组	38.5±8.3	46.8±9.0	4.521	0.000	5.236	0.000
	实验组	39.2±8.6	62.5±10.1	12.365	0.000		
社会功能	对照组	42.3±7.6	49.5±8.2	4.123	0.000	4.568	0.000
	实验组	41.8±7.9	60.2±9.0	10.876	0.000		

2.3 两组患者及家属满意度比较

治疗后 3 个月，实验组患者及家属满意度为 92.0% (46/50)，显著高于对照组的 72.0% (36/50)，差异有统计学意义 ($\chi^2=6.400$, $P=0.011$)。

2.4 两组患者医疗资源消耗比较

具体数据见表 3。

表 3 两组患者治疗 3 个月内医疗资源消耗比较 ($\bar{x} \pm s$)

指标	对照组 (n=50)	实验组 (n=50)	t 值	P 值
住院次数 (次)	2.5±1.2	1.2±0.8	6.325	0.000
住院天数 (天)	18.6±8.5	9.2±5.3	6.874	0.000
急诊就诊次数 (次)	1.8±0.9	0.7±0.5	6.923	0.000
医疗费用 (元)	15680.5±5230.8	8950.3±3120.5	7.215	0.000

3 讨论

晚期肿瘤共病患者由于病情复杂、症状繁多，在基层二级医院的管理面临诸多挑战。常规对症支持治疗往往侧重于疾病本身的治疗，而忽视了患者的心理、社会及精神需求，难以达到理想的治疗效果^[1]。安宁疗护作为一种新型的医疗服务模式，以提高患者生活质量为核心，通过多学科团队合作，为患者提供全方位的照护，在晚期肿瘤患者的管理中已显示出良好的效果。

本研究结果显示，实验组患者在应用安宁疗护整合技术后，症状控制有效率显著高于对照组，生活质量评分明显优于对照组，这与安宁疗护强调的综合症状管理和个性化照护密切相关^[2]。安宁疗护多学科团队通过定期评估患者症状，制定个体化的治疗方案，将药物治疗与非药物治疗相结合，不仅能有效缓解患者的生理症状，还能改善患者的心理状态。例如，对于疼痛患者，除了合理使用镇痛药物外，音乐疗法、放松训练等非药物方法能减轻患者的疼痛感受；心理咨询则能帮助患者缓解焦虑、抑郁等不良情绪，增强患者应对疾病的信心。

在患者及家属满意度方面，实验组显著高于对照组，这得益于安宁疗护提供的全方位、人性化服务^[3]。安宁疗护团队不仅关注患者的病情，还注重与患者及家属的沟通交流，及时了解他们的需求并提供帮助。社会工作者提供的社会资源链接和经济援助咨询，能减轻患者家庭的经济负担和心理压力；家庭护理指导则提高了家属的照护能力，让患者在熟悉的家庭环境中得到更好的照护，从而提高了患者及家属的满意度。

在医疗资源消耗方面，实验组明显低于对照组，这主要是因为安宁疗护整合技术通过有效的症状管理和预防，减少了患者的住院次数和急诊就诊次数。安宁疗护多学科团队通过定期随访和评估，能够及时发现患者病情变化，提前采取干预措施，避免了病情恶化导致的紧急住院和急诊处理^[4]。同时，个性化的治疗方案和合

理的用药指导，也减少了不必要的医疗费用支出，提高了医疗资源的利用效率。

基层二级医院作为基层医疗卫生服务体系的重要组成部分，在晚期肿瘤共病管理中具有贴近患者、服务便捷等优势^[5]。但由于医疗资源相对有限、专业人才缺乏等原因，其安宁疗护服务的开展受到一定限制。本研究表明，在基层二级医院应用安宁疗护整合技术是可行且有效的，通过组建多学科团队、开展综合评估与管理、提供心理社会支持等措施，能够有效提升晚期肿瘤共病管理效果。

综上所述，在基层二级医院中应用安宁疗护整合技术对晚期肿瘤共病患者进行管理，能有效改善患者的症状，提高生活质量，提升患者及家属满意度，减少医疗资源消耗，值得在基层医疗机构推广应用。通过不断加强基层医院安宁疗护服务能力建设，可为更多晚期肿瘤共病患者提供优质、便捷的医疗服务，让他们在生命的最后阶段得到尊严和关怀。

参考文献

[1] 陆月娟,居晓明,张英,等.疼痛管理在晚期肿瘤患者社区安宁疗护中的效果及对疼痛情况的改善分析[C]

//中国生命关怀协会.关爱生命大讲堂之生命关怀与智慧康养系列学术研讨会论文集(中)--银发浪潮下老年护理的挑战与机遇专题.上海市奉贤区南桥镇光明社区卫生服务中心;上海市奉贤区南桥镇光明社区卫生服务中心全科门诊;,2025:654-656. DOI: 10.26914/c.cnkihy.2025.027422.

[2] 柯琳.康复治疗技术为晚期肿瘤患者点亮安宁疗护之光[C]//广东省肿瘤康复学会.二〇二五年华南健康管理论坛健康科普作品文集.深圳市龙岗区第七人民医院简竹护理院安宁疗护科;,2025:230-232. DOI: 10.26914/c.cnkihy.2025.028554.

[3] 王宏艳,杨晓亮,陶星宇.医院-社区-家庭三级联动安宁疗护在晚期肿瘤患者中的应用效果分析[J].中国社区医师,2025,41(13):130-132.

[4] 颜小红,莫俐君,孙永梅.安宁疗护全程全人照护模式在晚期肿瘤病人中的应用[J].护理研究,2025,39(5):814-819.

[5] 罗承慧,张小霞,唐晓燕,等.疼痛护理在晚期肿瘤患者安宁疗护中的应用分析[J].甘肃医药,2025,44(02):168-171. DOI: 10.15975/j.cnki.1004-2725.2025.02.019.