

护理团队策略下疼痛干预对胃癌患者睡眠质量、 疼痛管理与生活质量的影响

李明云

遵义医科大学第二附属医院腹部肿瘤科 贵州遵义

【摘要】目的 探讨护理团队策略下疼痛干预在改善胃癌患者睡眠质量、疼痛程度及生活质量中的应用效果。**方法** 选取 2025 年 1 月-2026 年 1 月我院收治的 100 例胃癌患者,按随机数字表法分为对照组(50 例,常规护理)与观察组(50 例,护理团队策略下疼痛干预)。对比两组护理前后匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)、视觉模拟疼痛评分(VAS)、世界卫生组织生存质量测定简表(WHOQOL-BREF)评分,统计患者护理满意度。**结果** 护理前两组 PSQI、VAS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理后观察组 PSQI、VAS 评分均显著低于对照组($P<0.05$)。护理前两组 WHOQOL-BREF 各维度评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理后观察组生理、心理、社会关系、环境维度评分均显著高于对照组($P<0.05$)。观察组护理满意度 96.00%,显著高于对照组的 84.00% ($P<0.05$)。**结论** 护理团队策略下疼痛干预可有效减轻胃癌患者疼痛程度,改善睡眠质量,全面提升患者生活质量,且患者认可度高,值得临床推广应用。

【关键词】 胃癌; 护理团队策略; 疼痛干预; 睡眠质量; 生活质量

【收稿日期】 2026 年 4 月 13 日

【出刊日期】 2026 年 5 月 14 日

【DOI】 10.12208/j.jnmn.20260273

The impact of pain intervention under the nursing team strategy on sleep quality, pain management and quality of life in gastric cancer patients

Mingyun Li

Department of Abdominal Oncology, the Second Affiliated Hospital of Zunyi Medical University, Zunyi, Guizhou

【Abstract】 Objective To explore the application effect of pain intervention under the nursing team strategy in improving sleep quality, pain degree and quality of life of gastric cancer patients. **Methods** A total of 100 gastric cancer patients admitted to our hospital from January 2025 to January 2026 were selected and divided into the control group (50 cases, conventional nursing) and the observation group (50 cases, pain intervention under nursing team strategy) by random number table method. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Visual Analogue Scale (VAS) and World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) scores of the two groups before and after nursing were compared, and the nursing satisfaction of patients was counted. **Results** There was no significant difference in PSQI and VAS scores between the two groups before nursing ($P>0.05$); after nursing, the PSQI and VAS scores of the observation group were significantly lower than those of the control group ($P<0.05$). There was no significant difference in the scores of each dimension of WHOQOL-BREF between the two groups before nursing ($P>0.05$); after nursing, the scores of physical, psychological, social relationship and environmental dimensions of the observation group were significantly higher than those of the control group ($P<0.05$). The nursing satisfaction of the observation group was 96.00%, which was significantly higher than 84.00% of the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Pain intervention under the nursing team strategy can effectively reduce the pain degree of gastric cancer patients, improve sleep quality, comprehensively enhance the quality of life of patients, and has high patient recognition, which is worthy of clinical promotion and application.

【Keywords】 Gastric cancer; Nursing team strategy; Pain intervention; Sleep quality; Quality of life

胃癌是全球高发的消化道恶性肿瘤,其发病率、死亡率均位居恶性肿瘤前列,因早期起病隐匿,多数患者确诊时已处于中晚期,约60%~80%的中晚期胃癌患者会伴随不同程度的疼痛症状^[1],其中30%以上为中重度疼痛,严重影响患者的躯体舒适度与心理状态。疼痛不仅会引发患者躯体剧痛,还会诱发烦躁、焦虑等负性情绪,进而干扰睡眠,导致夜间痛醒、睡眠片段化等问题,而睡眠障碍又会进一步降低患者痛阈,形成“疼痛-睡眠差-疼痛加剧”的恶性循环^[2],严重加重患者身心负担,降低生活质量。

目前临床针对胃癌疼痛的管理以药物干预为主,但单一药物治疗易产生耐受性与不良反应;常规护理则侧重基础生活照护,缺乏多学科协同的疼痛评估与个体化干预方案,难以满足患者动态变化的疼痛护理需求^[3]。护理团队策略作为一种新型护理模式,通过整合多学科专业力量,为患者提供全流程、系统化的疼痛干预服务,其在肿瘤疼痛管理中的应用价值逐渐受到关注。本研究选取100例胃癌患者开展对照试验,探究护理团队策略下疼痛干预的应用效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2025年1月-2026年1月我院腹部肿瘤科收治的100例胃癌患者为研究对象。按随机数字表法将患者分为对照组与观察组,各50例。观察组男29例,女21例;年龄43~77岁,平均(58.23±7.53)岁;病程7个月~5年,平均(2.23±0.96)年;疼痛程度:轻度11例,中度29例,重度10例。对照组男26例,女24例;年龄41~79岁,平均(59.21±6.97)岁;病程6个月~5年,平均(2.48±0.88)年;疼痛程度:轻度12例,中度28例,重度10例。两组患者性别、年龄、病程、疼痛程度等基线资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院伦理委员会批准,所有患者及家属均知情并签署知情同意书。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:①经病理组织学或影像学检查确诊为胃癌^[4],临床资料完整;②VAS评分 ≥ 3 分,存在明确疼痛症状;③年龄18~80岁,意识清晰,认知功能正常,可配合完成量表评估与护理干预;④预计生存期 ≥ 6 个月;⑤自愿参与本研究。

排除标准:①合并严重心脑血管疾病、肝肾功能衰竭、血液系统疾病等严重并发症;②合并精神疾病、认知障碍或语言沟通障碍,无法配合研究;③合并其他慢性疼痛疾病或近期使用过影响疼痛评估的镇痛药物;

④胃癌远处广泛转移,处于终末期恶病质状态;⑤预计生存期 < 6 个月;⑥妊娠或哺乳期女性;⑦因各种原因中途退出研究,无法完成全程干预与随访。

1.3 护理方法

对照组:实施常规护理。入院后完成患者病情评估,遵医嘱开展生命体征监测、用药指导、病房环境管理及基础生活护理;向患者及家属讲解胃癌相关疾病知识、治疗流程与注意事项;对手术患者定时观察手术切口及疼痛情况,疼痛明显时按医嘱给予非甾体抗炎药或阿片类药物镇痛,配合注意力转移、音乐疗法等基础干预缓解疼痛。

观察组:在常规护理基础上,实施护理团队策略下疼痛干预,具体措施如下:

组建专业化疼痛护理团队:由护士长担任组长,成员包括责任护士、疼痛专科护士、管床医生、康复师,明确各成员岗位职责,统一开展疼痛评估、干预方案制定、实施与效果评价全流程工作,定期开展团队培训,提升疼痛干预专业能力。

动态化疼痛评估:患者入院1h内完成首次疼痛评估,采用VAS量表,全面评估疼痛部位、性质、程度、发作时间、诱发因素及缓解方式;手术患者术后每4h复评1次,非手术患者每日复评2次,若VAS评分 ≥ 4 分立即启动疼痛干预流程,详细记录疼痛动态变化情况。

多模式个体化疼痛干预:根据疼痛评估结果制定个体化镇痛方案,遵医嘱合理使用镇痛药物,严格控制用药剂量、时间与途径,减少药物不良反应;同时联合非药物干预,包括体位指导(协助患者采取舒适体位,减少肿瘤部位压迫)、局部冷敷(术后48h内切口冷敷,减轻肿痛)、放松训练(腹式呼吸、渐进式肌肉放松)、音乐疗法(播放舒缓音乐)、注意力转移(引导患者阅读、聊天)等,缓解躯体疼痛与心理紧张。

全程化疼痛健康教育:团队成员分层次开展疼痛知识宣教,采用口头讲解、宣传手册、视频等方式,向患者讲解疼痛产生原因、疼痛评分方法、镇痛方案及配合要点,纠正患者“忍痛”“镇痛药物成瘾”等认知误区,提升患者疼痛自我管理能力。

针对性心理支持:密切关注患者情绪状态,主动倾听患者疼痛诉求与心理感受,对存在焦虑、恐惧、抑郁等负性情绪的患者,及时给予心理疏导与安慰,鼓励家属给予情感支持,建立良好护患关系,提升患者疼痛干预配合度。

持续化效果评价与方案优化:团队每日交接班时

汇总患者疼痛评估、干预及效果数据,每周召开1次干预效果复盘会,根据患者病情变化、疼痛程度改善情况及时调整镇痛方案与护理措施,确保疼痛干预的有效性与针对性。

1.4 观察指标

①睡眠质量:采用PSQI量表^[5]评估,量表包含睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物、日间功能障碍7个维度,各维度0~3分,总分0~21分,分值越高表示睡眠质量越差。于护理前、护理干预4周后各评估1次。

②疼痛程度:采用VAS量表^[6]评估,量表为10cm水平直线,左端0分为无痛,右端10分为最剧烈疼痛,患者根据自身疼痛感受标记评分,分值越高表示疼痛程度越重。于护理前、护理干预4周后各评估1次。

③生活质量:采用WHOQOL-BREF量表^[7]评估,量表包含生理、心理、社会关系、环境4个维度,各维度满分100分,分值越高表示生活质量越好,该量表Cronbach's α 系数为0.728,信效度良好。于护理前、护理干预4周后各评估1次。

④护理满意度:采用科室自拟护理满意度量表评估,量表满分100分,干预结束后由患者独立填写,其中80~100分为十分满意,60~79分为基本满意,<60分为不满意。护理满意度=(十分满意例数+基本满意

例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学方法

采用SPSS 26.0统计学软件进行数据处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本t检验,组内比较采用配对样本t检验;计数资料以[n(%)]表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组护理前后PSQI、VAS评分比较

护理前,两组PSQI、VAS评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);护理后,两组PSQI、VAS评分均较护理前显著降低($P < 0.05$),且观察组评分显著低于对照组($P < 0.05$),见表1。

2.2 两组护理前后WHOQOL-BREF各维度评分比较

护理前,两组WHOQOL-BREF量表生理、心理、社会关系、环境维度评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);护理后,两组各维度评分均较护理前显著升高($P < 0.05$),且观察组各维度评分显著高于对照组($P < 0.05$),见表2。

2.3 两组护理满意度比较

观察组与对照组护理满意度比较 $P < 0.05$,观察组更高,见表3。

表1 两组护理前后PSQI、VAS评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

分组	n	PSQI		VAS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	50	17.24 \pm 1.44	7.28 \pm 1.74*	6.48 \pm 1.25	2.53 \pm 0.37*
对照组	50	17.52 \pm 1.74	10.47 \pm 1.46*	6.38 \pm 1.52	4.47 \pm 0.46*
t	/	0.877	9.931	0.359	23.237
p	/	0.383	<0.001	0.720	<0.001

注:与护理前比较,* $P < 0.05$

表2 两组WHOQOL-BREF评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	生理		心理		社会关系		环境	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	50	58.51 \pm 5.18	80.51 \pm 8.62*	57.37 \pm 5.42	72.81 \pm 6.93*	55.86 \pm 5.50	74.44 \pm 6.06*	46.75 \pm 5.49	76.12 \pm 6.51*
对照组	50	57.52 \pm 4.30	63.34 \pm 5.78*	57.77 \pm 4.15	65.94 \pm 5.42*	56.28 \pm 4.19	64.90 \pm 6.04*	46.15 \pm 4.83	70.36 \pm 6.16*
t		1.040	16.125	0.571	7.611	0.592	10.868	0.800	6.264
P		0.301	<0.001	0.569	<0.001	0.555	<0.001	0.425	<0.001

注:与护理前比较,* $P < 0.05$

表3 两组护理满意度比较[n (%)]

组别	例数	十分满意	基本满意	不满意	护理满意度 (%)
观察组	50	32 (64.00)	16 (32.00)	2 (4.00)	48 (96.00)
对照组	50	26 (52.00)	16 (32.00)	8 (16.00)	42 (84.00)
χ^2	/	/	/	/	4.000
P	/	/	/	/	0.046

3 讨论

疼痛与睡眠障碍是中晚期胃癌患者最常见的两大症状,二者相互影响、互为因果,是制约患者康复与生活质量提升的关键因素^[8]。胃癌患者的疼痛多由肿瘤组织浸润周围组织、手术创伤、放疗刺激等因素引起,具有持续性、波动性特点,长期疼痛会导致患者神经内分泌紊乱,进而影响睡眠结构;而睡眠不足又会降低患者的疼痛阈值,使患者对疼痛的感知更敏感,同时还会诱发焦虑、抑郁等负性情绪,进一步降低患者的治疗配合度与自我照护能力,形成恶性循环。

传统的胃癌疼痛护理模式以“被动遵医嘱给药”为主,存在疼痛评估不及时、干预方式单一、缺乏多学科协同与个体化方案等问题,难以实现疼痛的有效控制,也无法兼顾患者睡眠质量与心理状态的改善。护理团队策略下的疼痛干预以“患者为中心”,整合多学科专业力量,将疼痛评估、药物干预、非药物干预、健康教育、心理支持融为一体,形成全流程、系统化、个体化的疼痛管理体系,打破了常规护理的局限性,更符合胃癌患者动态化的疼痛护理需求。

本研究结果显示,护理后观察组 PSQI、VAS 评分均显著低于对照组,提示护理团队策略下疼痛干预能有效减轻胃癌患者疼痛程度,改善睡眠质量。分析其原因:一是动态化的疼痛评估实现了疼痛的早识别、早干预,入院 1h 内首次评估与术后定时复评,能及时掌握患者疼痛变化,避免疼痛加剧引发睡眠紊乱;二是多模式个体化镇痛结合了药物与非药物干预,在保证镇痛效果的同时,减少了单一药物的耐受性与不良反应,体位指导、放松训练等非药物干预还能缓解患者躯体紧张,进一步减轻疼痛对睡眠的干扰;三是全程化的健康教育纠正了患者的认知误区,减少了患者因“忍痛”“恐惧药物成瘾”而延误镇痛的情况,提升了患者疼痛自我管理能力和有助于维持疼痛控制效果,改善睡眠。

在生活质量方面,护理后观察组 WHOQOL-BREF 量表生理、心理、社会关系、环境各维度评分均显著高

于对照组,表明护理团队策略下疼痛干预能全面提升胃癌患者的生活质量。该护理模式不仅通过有效镇痛改善了患者的躯体舒适度,还通过针对性心理支持缓解了患者的焦虑、恐惧等负性情绪,稳定了患者心理状态;而良好的身心状态又有助于患者维持正常的社会交往,提升对治疗环境、生活环境的适应能力,进而实现生活质量的全方位提升。此外,观察组护理满意度 96.00%显著高于对照组,说明该护理模式贴合患者的实际需求,提升了患者的就医体验,获得了患者的高度认可。

综上所述,护理团队策略下疼痛干预应用于胃癌患者,能有效控制疼痛程度,改善睡眠质量,全面提升患者的生理、心理及社会功能,提高护理满意度,是一种高效、可行的护理模式,值得在临床胃癌护理中推广应用。本研究样本量较小,且随访时间较短,后续可扩大样本量,延长随访时间,进一步探究该护理模式对胃癌患者远期生存质量的影响。

参考文献

- [1] 刘迎,李娜,梁晗,等. 疼痛管理联合支持性心理干预对中晚期胃癌患者疼痛、心理困扰及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志,2023,42(13):2367-2372.
- [2] 张晓婷,王宏志. 神经肌肉阻滞程度对行腹腔镜胃癌根治术患者术后疼痛的影响[J]. 肿瘤研究与临床,2025,37(7):488-492.
- [3] 刘琼玲,江艳梅,刘红红. FST 指导下团队干预联合赋能心理护理在老年胃癌患者术后护理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2023,29(6):104-107.
- [4] 中国研究型医院学会消化道肿瘤专业委员会,中国医师协会外科医师分会多学科综合治疗专业委员会. 胃癌多学科综合治疗协作组诊疗模式专家共识[J]. 中国实用外科杂志,2017,37(1):37-38.
- [5] Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry*

- Res. 1989,28(2):193-213.
- [6] Faiz KW. VAS--visuell analog skala [VAS--visual analog scale]. Tidsskr Nor Laegeforen. 2014,134(3):323.
- [7] Suarez, Lidia, Tay,et al. Psychometric properties of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life assessment in Singapore[J]. Quality of life research: An international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation,2018,27(11):2945-2952.
- [8] 刘慧革,张莉,胡荣臻. 疼痛护理联合临终关怀对晚期胃癌患者癌因性疲乏、生存质量及死亡态度的影响[J]. 护理实践与研究,2021,18(21):3277-3280.

版权声明: ©2026 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS