

※ 内科护理

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

蔡新楠^a, 宋意^b, 奚萍^a, 朱晨茜^c, 李节^d, 于从^c

(深圳市第二人民医院 a. 老年医学科; b. 烧伤科; c. 护理部; d. 胸外科, 广东 深圳 518000)

[摘要] 目的 总结1例安宁疗护专科护士主导的食管癌骨转移终末期患者的终末期护理经验。方法 2024年10月收治的1例62岁晚期食管鳞状细胞癌多发骨转移患者, 患者签署安宁疗护知情同意与生前预嘱后, 由安宁疗护专科护士主导制定个体化症状管理方案, 实施疼痛控制、营养支持、心理干预及连续性照护。结果 安宁疗护专科护士作为症状管理专家和多学科协调者, 通过循证护理实践实现了患者症状控制、心理支持和有尊严善终的护理目标。结论 由安宁疗护专科护士主导的终末期护理能有效控制终末期癌症患者症状, 改善生活质量, 体现了专科护士在安宁疗护中的核心价值。

[关键词] 安宁疗护; 专科护士; 食管癌; 多学科协作; 症状管理; 心理支持

[中图分类号] R473.73 **[文献标识码]** B **[DOI]** 10.16460/j.issn2097-6569.2025.22.062

安宁疗护是以生存期预计不超过6个月的终末期患者及其家属为中心, 通过多学科协作模式, 旨在控制疼痛等症状, 并提供心理、精神及社会支持, 从而提升患者生命末期生活质量的一种照护模式^[1]。随着我国人口老龄化加剧和疾病谱转变, 社会对安宁疗护的需求持续增长^[2], 每年约有750万需要此类服务的患者^[3]。然而, 我国安宁疗护服务目前尚处于初级阶段, 覆盖率不足1%^[4]。在现有医疗模式下, 医生往往更侧重于疾病治疗, 对晚期癌症患者复杂症状的关注相对有限。癌症患者生命末期普遍面临疼痛控制困难、心理痛苦未被充分识别, 家庭照护者负担过重等问题^[5-7]。国外研究表明^[8], 由护士主导的姑息照护模式能有效改善患者的生活质量、自我效能及家庭支持功能。我国也认识到护士在安宁疗护中的关键作用, 并于2019年由中华护理学会启动了安宁疗护专科护士培养项目^[9]。尽管专科护士培训已在推进, 但国内关于安宁疗护专科护士主导临床实践的具体应用效果、对患者结局(如症状改善)以及护理质量提升等方面的报道仍较为缺乏。现有研究多聚焦于理论探讨、制度构建或人员认知培训层面^[10], 亟需更多来自实践一线的实证依据。因此, 本文旨在总结1例由安宁疗护专科护士主导的癌症终末期患者照护过程, 重点探讨其在实施多

维症状干预、整合跨专业照护资源以及改善患者症状等方面的作用, 以期为中国发展护士主导型安宁疗护模式提供实践参考。

1 临床资料

1.1 一般资料 患者, 男性, 62岁, 2024年10月5日“以全身多发骨转移性疼痛为主的进行性加重1月余”入院。诊断为食管鳞状细胞癌术后, 伴广泛骨转移。入院时神志清楚, 精神状态差, 明显消瘦(体质指数15 kg/m²), 活动受限, 主要疼痛部位为胸椎、腰椎及右髋部, 静息状态数字疼痛评分(Numeric Rating Scale, NRS)6分, 伴每日≥4次爆发痛(峰值NRS 9分), 严重影响睡眠与进食。实验室检查: 血清白蛋白28 g/L(提示中度营养不良), 血红蛋白105 g/L, 白细胞4.2×10⁹/L。影像学检查(X线、MRI)提示胸3、胸8、腰2椎体及右侧髋骨多发骨转移灶。

1.2 治疗与转归 2024年10月5日入院后, 胸外科医生常规予止痛抗感染, 营养等治疗, 因疼痛控制不理想, 患者多次表达想结束生命。患者入院第19天胸外科护士邀请安宁疗护专业小组介入, 经安宁疗护医生评估患者姑息表现状态量表(Palliative Performance Scale, PPS)评分为40%, 姑息预后指数(palliative prognostic index, PPI)为5分, 符合我院安宁疗护准入条件, 随即启动安宁共照模式。安宁疗护专科护士迅速组织患者及家属床旁家庭会议, 深入了解患者及家属意愿与核心需求, 患者于当日基于自身意愿签署了安宁疗护生前预嘱, 明确放弃针对原发病的侵入性治疗。经多学科会诊调整镇痛方案, 入院第22天疼痛得到有效控制, NRS评分由6分降

[收稿日期] 2025-03-25

[基金项目] 深圳市卫生经济学会护理经济评价专业委员会科研基金项目(HLJJY2023-1007)

[作者简介] 蔡新楠(1992-), 女, 黑龙江哈尔滨人, 本科学历, 主管护师。

[通信作者] 于从(1975-), 女, 吉林长春人, 本科学历, 主任护师。E-mail: Yucong0923@163.com

至3~4分,爆发痛频率由每日>4次减至2次。同时依据舒适优先原则将营养支持方案从1 800~2 000 kcal/d调整至1 200 kcal/d。患者疼痛、恶心呕吐等症状明显改善。入院第30天,患者症状趋于平稳,安宁疗护专科护士启动“三位一体”模式(医院-社区-居家),并顺利完成转诊。最终,患者于2024年11月27日在妻子陪伴下安详离世。

2 护理

2.1 联合多学科力量开展以舒适为导向的症状干预

2.1.1 疼痛管理 (1)精准疼痛评估:为精准把握患者动态变化的疼痛状况,安宁疗护专科护士确立了“常规每4hNRS评分法+Wong-Baker面部表情备用+爆发痛随时评估”的复合评估策略。同时,基于家庭在终末期照护中的核心作用,安宁疗护专科指导患者及家属共同记录详尽的“疼痛日记”,包括用药时间/剂量、疼痛性质、持续时间及缓解方法,为后续方案调整提供依据。(2)多学科会诊调整镇痛方案:患者对常规阿片类药物(羟考酮20 mg)反应差,爆发痛频繁(NRS 9分),伴有神经病理性疼痛。因外科团队更侧重于手术治疗,对复杂癌痛管理经验可能有限,安宁疗护专科护士先与该病区护士长沟通获得支持,进而主动协调并邀请疼痛科医生、麻醉医师、药师进行多学科会诊。经团队讨论,共同将羟考酮逐步滴定至80 mg每12 h 1次,添加普瑞巴林75 mg,每日1次;针对神经病理性疼痛,即释型吗啡10 mg口服作为爆发痛救援用药。调整后第3天,患者NRS评分由6分降至3~4分,爆发痛频率由每日>4次减至2次。同时安宁疗护专科护士针对患者用药后出现嗜睡等状况,与患者和家属做好解释工作,减轻患者及家属焦虑,并与该病区护士沟通注意观察病情。(3)中西医结合镇痛:为进一步提升舒适度并探索非药物干预,安宁疗护专科护士邀请中医科医师评估,根据患者疼痛的特点选择神门、肾上腺、内分泌等特定穴位组合实施耳穴压豆,指导患者家属帮助患者每日按压3次,每次5 min^[11-12]。既减轻疼痛,又增进了家属参与感,患者反馈“家人的按摩让我感到温暖”。(4)虚拟现实技术应用^[13]:有文献表明^[14],虚拟现实(virtual reality,VR)已经应用于对患者躯体及情绪症状的控制。安宁疗护专科护士通过了解患者职业经历,制作患者年轻时参加歌舞团活动的VR,每次干预15~20 min,通过强大的感官分散和积极情绪诱导,患者反馈“能想起美好时光,痛感减轻”,疼痛评分可临时降低1~2分,并且对安宁疗护专科护士信任感增加,愿意分享自己的担忧焦

虑等情绪。

2.1.2 营养管理 (1)舒适优先:患者因食管狭窄仅能进食流质,且进食后恶心呕吐症状严重,体质指数15 kg/m²,且拒绝蛋白粉。安宁疗护专科护士针对终末期患者的生理特点及过度营养支持的潜在风险如水肿、呼吸困难、腹胀、心衰等^[15],将患者营养需求从1 800~2 000 kcal/d调整到1 200 kcal/d。面对患者吞咽困难、却仍保有进食意愿的复杂矛盾局面,护士的核心护理目标是尊重患者“舒适优先”核心诉求,寻求最适宜的个体化营养支持方案。鼓励但不强迫患者进食,每日根据患者实际摄入600~800 kcal,安宁疗护专科护士协调营养科制定肠外营养方案,通过输液港补充至约1 200 kcal,同时形成“阶梯式营养支持”,逐渐满足机体需要,确保总体能量供应达标。持续2周后,白蛋白从28 g/L升至32 g/L。(2)改良蛋白粉,增进口感:患者初始表示不喜欢蛋白粉的味道,安宁疗护专科护士采用“味觉掩蔽技术”指导家属适当加入果酱或杏仁粉改善口感。患者对改良后的混合蛋白粉接受度明显提高,表示加入杏仁粉后,入口后第一口杏仁粉味道可以掩盖蛋白粉的异味,随后可以感受到果酱的味道,较改良之前接受度提高^[16]。最终患者从最初的拒绝进食到每日完成4~5次小量进食。(3)芳香干预,刺激感官:安宁疗护专科护士利用薄荷的芳香醒脾、抑制胃肠逆蠕动作用^[17],指导患者每日餐前闻薄荷气味5 min。干预1周后,呕吐频率由每日4次减至2次,呕吐等级由Ⅲ级降至Ⅱ级。

2.2 协调社会资源,缓解心理困扰 (1)焦虑识别,提供援助:患者心理痛苦评分(Distress Thermometer, DT)7分,安宁疗护专科护士主动组织床旁家庭会议,创造安全沟通空间。在会议中邀请医生清晰说明病情,协助患者明确并签署生前预嘱,确保其医疗自主权^[18-19]。运用陪伴式人生回顾技术通过倾听患者回忆人生重要经历如职业成就、家庭温馨时刻,帮助其在生命尾声找寻价值与意义。将患者珍藏的影像资料转化为沉浸式场景,患者在体验后感慨“感觉像回到了年轻时候”,显著改善了情绪,更主动地与护士分享内心感受,DT评分稳步降至并稳定在4分。同时患者因与现任妻子是重组家庭,与前妻及女儿多年不联系,担心前妻与女儿争夺家产,自己的老母亲无人照顾。对于患者重组家庭财产分配的深层忧虑,安宁疗护专科护士判断这构成重要的心理负担,随即采取了法律-护理联动,联合社工协调律师上门提供咨询,并全程心理陪伴,在温馨环境中提供情感支持,确保咨询过程安全可控。患者咨询后

如释重负地表示“心里的石头落地了”,完成了对核心焦虑的化解。(2)家属照护压力缓解:安宁疗护专科护士预见到家属长期照护将面临身心俱疲的风险,其策略是赋能家属并创造喘息机会。首先,评估家属技能需求,每日投入30 min教授翻身、叩背、口腔护理等必需技术,使其逐步掌握,提升能力与信心,减轻无助感。同时,理解“照顾者需被照顾”,主动联系社工团队,每周提供2次、每次30~60 min的临时照护支持,让家属得以短暂“放风”休息^[20]。并联系义工协助患者理发,提升患者和家属形象,间接缓解家属的无力感。这些综合干预使家属焦虑评分由69分降至50分。

2.3 专科护士主导的连续性照护 患者及家属担心出院后回到家无法控制不适症状,且家中有年迈的母亲,起初不愿回家。安宁疗护专科护士通过“三位一体”(医院—社区—居家)转诊模式,在患者出院前48 h启动转诊流程,与二级医院建立联系,并召开远程多学科会议,交接患者情况,建立微信工作群实时沟通^[21-22]。出院后通过远程随访确认症状控制情况,协助解决新问题,以确保照护连续性。最后患者于11月27日在妻子的陪伴中安详离去。

[参 考 文 献]

- [1] 中国安宁疗护指南工作组. 中国安宁疗护临床实践指南(2023年版)[J]. 中华医学杂志, 2023, 103(19): 1442-1465. DOI: 10.3760/cma.j.cn112137-20230518-00909.
- [2] 潘冉冉. 我国老龄化背景下安宁疗护发展困境及对策研究[J]. 老龄化研究, 2023, 10(4): 1661-1667. DOI:10.12677/AR.2023.104221.
- [3] 宁晓红. 中国大陆应该大力发展安宁缓和医疗事业——北京协和医院的经验体会[J]. 中国医学伦理学, 2019, 32(3):293-298, 318. DOI: 10.12026/j.issn.1001-8565.2019.03.03.
- [4] 盘古智库. 中国老年人生命关怀与尊严保护社会创新——老龄社会研究报告(No.10)[EB/OL]. (2024-11-26) [2025-03-01]. <https://www.pangoal.cn/index.php?c=show&id=6114>.
- [5] 林建光,许天文,解方为,等. 静脉自控镇痛治疗顽固性癌痛的临床疗效分析[J]. 中国肿瘤临床, 2015, 42(12):586-589. DOI:10.3969/j.issn.1000-8179.20141796.
- [6] 崔娜,张勇勤,蒋冠华,等. 癌症患者尊严感研究现状及热点的可视化分析[J]. 军事护理, 2023, 40(1):5-9. DOI:10.3969/j.issn.2097-1826.2023.01.002.
- [7] 何龙韬,吴汉. 中国癌症患者家庭照护者照护经历的质性Meta整合[J]. 中国全科医学, 2022, 25(4):416-423. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.258.
- [8] Choi YY, Hong B, Rha SY, et al. The effect of nurse-led enhanced supportive care as an early primary palliative care approach for patients with advanced cancer: a randomized controlled trial[J]. Int J Nurs Stud, 2025, 168: 105102. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2025.105102.
- [9] 和芳,何瑞仙. 安宁疗护专科护士认证和再认证发展现状[J]. 中华护理杂志, 2021, 56(4): 623-628. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2021.04.025.
- [10] 朱艳华,靳永萍,王培席,等. 护理人员安宁疗护的认知及相关培训现状的研究进展[J]. 中西医结合护理(中英文), 2020, 6(10):372-377.
- [11] 张玉宽,王喆,张秋月,等. 基于数据挖掘分析耳穴治疗偏头痛的选穴规律[J]. 上海针灸杂志, 2024, 43(8):923-928. DOI:10.13460/j.issn.1005-0957.2023.13.0033.
- [12] 卢雯平,王笑民,马飞. 乳腺癌中西医结合诊疗指南[J]. 北京中医药, 2024, 43(1):7-16. DOI:10.16025/j.1674-1307.2024.01.002.
- [13] Gaina AM, Stefanescu C, Szalontay AS, et al. A systematic review of virtual reality's impact on anxiety during palliative care[J]. Healthcare (Basel), 2024, 12(24): 2517. DOI: 10.3390/healthcare12242517.
- [14] 郭颖英,俞新燕,谢淑萍. 虚拟现实在癌症晚期患者安宁疗护中的应用[J]. 护理学报, 2024, 31(11):58-62. DOI: 10.16460/j.issn1008-9969.2024.11.058.
- [15] Sanders JJ, Temin S, Ghoshal A, et al. Palliative care for patients with cancer: ASCO guideline update[J]. J Clin Oncol, 2024, 42(19):2336-2357. DOI: 10.1200/JCO.24.00542.
- [16] 孔祥安妮,赵磊,展文珍,等. 掩味用辅料及其应用[J]. 药理学学报, 2023, 58(11):3179-3184. DOI:10.16438/j.0513-4870.2023-1015.
- [17] 刘明明,张苓,刘婷. 鼻翼涂抹薄荷油对女性患者术后恶心呕吐发生率的影响[J]. 中国现代医生, 2018, 56(24):85-87.
- [18] 中华护理学会安宁疗护专业委员会. 安宁疗护家庭会议专家共识[J]. 中华护理杂志, 2023, 58(13):1541-1544. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2023.13.001.
- [19] 王博,江伟,罗峪平. 从推广生前预嘱的角度谈缓和医疗照护对象[J]. 协和医学杂志, 2024, 15(1):42-44. DOI:10.12290/xhyxzz.2023-0617.
- [20] 丁敏,闫荣,林雨婷,等. 安宁疗护病人家庭照顾者支持性护理干预的研究进展[J]. 护理研究, 2022, 36(11):1951-1957. DOI:10.12102/j.issn.1009-6493.2022.11.012.
- [21] 国家卫生健康委办公厅. 关于进一步推进医养结合发展的指导意见[EB/OL]. (2022-07-15)[2025-07-19]. <http://www.nhc.gov.cn/lkjks/pqt/202207/c37e0318d3c9427e9cca6ad7d3a36e10.shtml>.
- [22] 程瑜,崔昌杰. 全人照护视角下医务社会工作参与构建普惠性安宁疗护体系的专业优势研究[J]. 社会工作与管理, 2024, 24(3):1-11. DOI:10.3969/j.issn.1671-623X.2024.03.001.

[本文编辑:王影]