

基于症状管理理论的安宁疗护患者疲乏 ——疼痛症状群干预方案构建及应用

余兴梅¹ 王蕾¹ 吕春花²

(1.西安交通大学第一附属医院; 2.空军军医大学第二附属医院 陕西西安 710061)

【摘要】目的 探讨基于症状管理理论构建安宁疗护患者疲乏-疼痛症状群干预方案及应用效果。方法 本研究分为三个阶段。第一阶段:方案构建,通过文献研究,采用两轮德尔菲专家咨询,对方案进行修订论证。第二阶段:方案完善,选取15例患者进行预试验,评估方案可行性与可接受性,进一步优化干预内容。第三阶段:效果评价。采用便利抽样法,选取2025年5月至12月某市三级甲等医院肿瘤科收治的140例终末期安宁疗护患者为研究对象,按照数字随机匹配分为观察组和对照组,各70例。对照组接受常规安宁疗护护理,观察组在对照组基础上接受基于症状管理理论构建的疲乏-疼痛症状群干预方案。干预周期为4周,比较两组患者疲乏-疼痛症状群负担、癌症患者自我管理效能感及生活质量。结果 构建的安宁疗护患者疲乏-疼痛症状群干预方案包含3个一级维度、8个二级模块、22项具体干预措施。两轮德尔菲专家咨询结果显示,专家权威系数为0.85和0.91,肯德尔和谐系数为0.38 ($P<0.01$),表明专家意见协调性好,方案具有较好的内容效度。实施症状管理理论模式后,观察组疲乏-疼痛症状群总分显著低于对照组 ($P<0.001$);观察组症状管理自我效能感得到提升,得分显著高于对照组 ($P<0.05$);观察组生活质量各维度得分均显著高于对照组 ($P<0.05$);方案依从性方面,观察组干预完成率为89%,患者对非药物干预措施接受度良好。结论 基于症状管理理论构建的安宁疗护患者疲乏-疼痛症状群干预方案科学可行,能显著降低终末期癌症患者的疲乏-疼痛症状群负担,改善生活质量。该方案注重非药物干预措施的综合运用,体现了安宁疗护整体照护理念,可为临床安宁疗护症状管理实践提供参考。

【关键词】 症状管理理论; 安宁疗护; 疲乏-疼痛症状群; 生活质量;

Development and Application of an Intervention Program for Fatigue-Pain Symptom Cluster in Hospice Care Patients Based on Symptom Management Theory

Yu Xingmei¹ Wang Lei¹ Lü Chunhua²

(1.First Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University;

2.Second Affiliated Hospital of Air Force Medical University (Xi'an, Shaanxi Province 710061))

[Abstract] Objective To explore the development of an intervention program for fatigue-pain symptom cluster in hospice care patients based on symptom management theory and evaluate its application efficacy. Methods The study was conducted in three phases. Phase 1: Program development. Through literature review and two rounds of Delphi expert consultations, the program was revised and validated. Phase 2: Program refinement. A pilot trial involving 15 patients was conducted to assess program feasibility and acceptability, followed by further optimization of intervention content. Phase 3: Effect evaluation. Using convenience sampling, 140 terminally ill hospice care patients admitted to the Oncology Department of a tertiary Grade A hospital in a city from May to December 2025 were enrolled. Participants were randomly matched into an observation group and a control group ($n=70$ each). The control group received conventional hospice care nursing, while the observation group received the fatigue-pain symptom cluster intervention program based on symptom management theory. The intervention period lasted 4 weeks, with comparisons made between the two groups regarding fatigue-pain symptom burden, cancer patients' self-management efficacy, and quality of life. Results The developed palliative care patient fatigue-pain symptom cluster intervention protocol comprised 3 primary dimensions, 8 secondary modules, and 22 specific interventions. Two rounds of Delphi expert consultations yielded expert authority coefficients of 0.85 and 0.91, with a Kendall concordance coefficient of 0.38 ($P<0.01$), indicating high consensus among experts and strong content validity of the protocol. After implementing the symptom management theory model, the observation group demonstrated significantly lower total fatigue-pain symptom cluster scores compared to the control group ($P<0.001$); enhanced symptom management self-efficacy with significantly higher scores ($P<0.05$); and significantly improved quality of life across all dimensions ($P<0.05$). In terms of protocol adherence, the observation group achieved an 89% intervention completion rate with favorable patient acceptance of non-pharmacological interventions. Conclusion The symptom management theory-based palliative care fatigue-pain symptom cluster intervention protocol is scientifically valid and clinically feasible, effectively reducing symptom burden and improving quality of life in terminally ill cancer patients. Emphasizing comprehensive non-pharmacological interventions, this approach reflects holistic palliative care principles and provides valuable reference for clinical symptom management practices.

[Key words] Symptom Management Theory; Palliative Care; Fatigue-Pain Symptom Cluster; Quality of Life;

疼痛、疲乏和呼吸困难是晚期癌症患者最难管理的症状之一。安宁疗护旨在通过多学科协作模式，为终末期癌症患者提供症状控制、舒适照护及心理社会支持。国家卫生健康委发布的《安宁疗护实践指南（2025年版）》明确指出^[1]，症状控制是安宁疗护实践的核心内容之一，应结合病情给予必要的非药物治疗，包括放松疗法、芳香疗法、音乐疗法等。疲乏和疼痛是终末期癌症患者最常见且相互关联的两大核心症状，二者常同时出现、相互加剧，形成“疲乏-疼痛症状群”，严重影响患者的生活质量和临终尊严。研究表明^[2]，心理困扰患者对症状管理干预的反应较差，而多学科团队的协调照护是有效症状管理的关键组成部分。

症状管理理论由 Larson 等^[3]于 1994 年首次提出，2001 年 Dodd 等^[4]报道了该理论的最新进展，该理论强调症状管理是一个动态过程，包含症状体验、管理策略和症状结局三个核心维度，并受到个体、环境及健康/疾病状态三大因素的影响，这一理论为安宁疗护患者的症状群管理提供了系统的理论框架。目前，国内关于安宁疗护患者症状管理的研究多聚焦于单一症状的干预，缺乏基于症状管理理论的疲乏-疼痛症状群整合性干预方案。本研究旨在基于症状管理理论，构建适用于安宁疗护患者的疲乏-疼痛症状群干预方案，并验证其临床效果，为终末期癌症患者的症状管理提供循证依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

采用便利抽样法，选取 2025 年 5 月至 12 月某市三级甲等医院肿瘤科的终末期安宁疗护患者作为研究对象。

纳入标准：（1）经病理学确诊为恶性肿瘤终末期；（2）年龄≥18 岁；（3）预计生存期≤6 个月；（4）存在中重度疲乏和疼痛（ESAS 评分≥4 分）；（5）知晓病情及诊断；（6）具备基本的阅读理解和沟通能力；（7）知情同意，自愿参与本研究。排除标准：（1）合并其他严重躯体疾病或精神疾病；（2）认知功能障碍；（3）正在参与其他症状管理干预研究。

采用两样本率比较的样本量计算公式，参考预试验结果及文献： $n = (Z\alpha + Z\beta)^2 \times [P1(1-P1)+P2(1-P2)] / (P1-P2)^2$ 参数设定： $\alpha = 0.05$ （双侧）， $Z\alpha = 1.96$ ； $\beta = 0.20$ （检验效能 80%）， $Z\beta = 0.84$ ； $P1 = 0.85$ （试验组有效率，基于预试验）；

$P2 = 0.55$ （对照组有效率，基于文献）；考虑 20%脱落率，结合临床实际情况，最终确定总样本 $N = 140$ 例，按照数字随机匹配原则分为观察组和对照组，各 70 例。

1.2 干预方法

对照组：接受常规安宁疗护护理，包括症状评估、药物管理、基础护理及健康教育。

试验组：在对照组基础上，接受基于症状管理理论的疲乏-疼痛症状群干预方案，干预周期为 4 周，由经过统一培训的安宁疗护专科护士实施。具体如下：

1.2.1 干预方案构建

1.2.1.1 文献研究与证据总结

系统检索国内外数据库关于安宁疗护患者疲乏-疼痛症状群管理的相关文献，参考 PRISMS 症状自我管理支持分类法识别干预核心要素。检索关键词包括：“palliative care/hospice care”“fatigue-pain symptom cluster”“symptom management”“non-pharmacological intervention”“安宁疗护”“疲乏-疼痛症状群”“症状管理”“非药物干预”等。

1.2.1.2 质性访谈与需求分析

对 12 例终末期癌症患者及 8 名安宁疗护专科护士进行半结构化访谈，了解疲乏-疼痛症状群的临床管理现状、患者需求及实践障碍。访谈提纲基于症状管理理论框架设计，涵盖症状体验、现有管理策略、干预效果及改进建议等方面。

1.2.1.3 专家咨询与方案修订

采用两轮德尔菲专家咨询法，邀请 15 名来自安宁疗护、肿瘤护理、心理学及康复医学领域的专家对初拟方案进行修订论证。专家纳入标准：（1）在相关领域工作 10 年以上；（2）具有副高级以上职称；（3）熟悉症状管理理论与实践。两轮咨询后，专家意见趋于一致，形成最终干预方案。

1.2.1.4 预试验与方案完善

选取 15 例终末期癌症患者进行预试验，评估方案的可行性与可接受性，根据实施过程中发现的问题进一步优化干预内容和流程。

1.2.1.5 干预方案内容

基于症状管理理论的“症状体验-管理策略-症状结局”三维框架，构建的安宁疗护患者疲乏-疼痛症状群干预方案包含 3 个一级维度、8 个二级模块、22 项具体干预措施，见表 1。

表 1 安宁疗护患者疲乏-疼痛管理方案

一级维度	二级模块	核心干预措施
症状体验	动态评估	1.每日症状日记：患者记录疲乏、疼痛程度及影响因素 2.埃德蒙顿症状评估系统评估：每周完成 ESAS 量表，全面评估 9 项核心症状 3.症状变化趋势分析：绘制症状变化曲线，识别症状波动规律
	需求识别	4.患者困扰度评估：采用数字评分法评估症状对生活的影响程度 5.个体化目标设定：与患者及家属共同制定症状管理目标
管理策略	教育支持	6.症状认知教育：讲解疲乏-疼痛症状群的成因及相互关系 7.自我监测指导：培训患者正确使用评估工具 8.家庭照护者培训：指导家属掌握基本照护技能
	心理调适	9.认知行为干预：帮助患者调整对症状的灾难化认知 10.正念放松训练：引导患者进行正念呼吸、身体扫描练习

运动康复	12.个体化活动计划：根据患者体力状况制定活动方案 13.床上被动/主动运动：指导患者及家属进行肢体活动 14.疲劳管理技巧：能量节约技术指导 15.穴位按摩：选择合谷、足三里等穴位进行按摩
物理与感官干预	16.音乐疗法：根据患者偏好选择舒缓音乐，每日聆听 20-30 分钟 17.放松训练：指导患者进行渐进式肌肉放松 18.每周症状再评估：动态监测症状变化
症状结局	19.方案动态调整：根据评估结果优化干预措施 20.出院指导：提供居家症状管理建议
效果评价	21.家属赋能：培训家属掌握延续性照护技能 22.随访计划：制定定期随访方案，监测远期效果
延续支持	

1.3 评价指标

1.3.1 主要结局指标

①疼痛-疲乏症状群总分：采用 Dong 等^[5]汉化的中文版埃德蒙顿症状评估量表评价患者的症状负担。该量表包括疼痛、疲乏、恶心、抑郁、焦虑、嗜睡、食欲、呼吸急促、健康状况和其他症状 10 个条目，各条目评分为 0~10 分。“没有症状”计 0 分，“症状最差”计 10 分，提取其中的疼痛、疲乏条目进行评价，总分为 0~20 分，得分越高，提示患者的疼痛-疲乏症状群负担越重。该量表的信效度良好，Cronbach' S d 系数为 0.72。

1.3.2 次要结局指标

②生活质量：生活质量采用 Zhang 等^[6]汉化的中文版安宁疗护患者生活质量量表评价患者的生活质量。该量表包括功能状态、症状管理、整体生活质量 3 个维度，共 15 个条目，其中功能状态维度 5 个条目、症状管理维度 9 个条目，均采用 Likert 4 级评分法，从“没有”到“非常多”分别计 1~4 分；整体生活质量维度 1 个条目，采用 Likert 7 级评分法，从“很差”到“极好”分别计 1~7 分。功能状态或整体生活质量维度得分越高，症状管理维度得分越低，表示生活质量越高。该量表的 Cronbach's α 系数为 0.64~0.80。在本研究中此量表中症状管理维度与主要结局指标维度有重合，因此调查时提取其中功能状态及生活质量维度。

③中文版癌症自我管理效能感量表 (Chinese-version Strategies Used by People Promote Health, C-SUPPH)。该量表由钱会娟^[7]汉化，包括 positivity 态度、自我减压和自我决策 3 个维度，共 28 个条目。量表采用 Likert 5 级评分法，每个条目按 1~5 分反映信心等级，总分为 28~140 分，该量表被证实具有良好信效度，总量表和各维度的 Cronbach's α 系数为 0.85~0.97^[8]。

④方案依从性：记录干预完成率

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件进行数据分析。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，计数资料以频数和百分比描述，采用独立样本 t 检验、配对样本 T 检验及重复测量方差分析比较两组差异，以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 干预方案构建结果

构建的安宁疗护患者疲乏-疼痛症状群干预方案包含 3 个一级维度、8 个二级模块、22 项具体干预措施。两轮德尔菲专家咨询结果显示，专家权威系数为 0.91，肯德尔和谐系数为 0.38 ($P < 0.01$)，表明专家意见协调性好，方案具有较好的内容效度。预试验结果显示，方案完成率为 86%，患者接受度评分为 4 分 (满分 5 分)，表明方案具有良好的可行性和可接受性。

2.2 一般资料比较

观察组：男 38 例、女 32 例；年龄 47~76 岁；癌症分期：Ⅲ期 15 例，Ⅳ期 55 例。对照组：男 42 例、女 28 例；年龄 45~74 岁；癌症分期：Ⅲ期 24 例，Ⅳ期 46 例。两组患者的临床资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

2.3 两组患者干预前后评分比较结果

实施症状管理理论模式后，观察组疲乏-疼痛症状群总分均显著低于对照组 ($P < 0.001$)；观察组症状管理自我效能感得到提升，得分显著高于对照组 ($P < 0.05$)；观察组生活质量各维度得分均显著高于对照组 ($P < 0.001$, $P < 0.05$)；方案依从性方面，试验组干预完成率为 89%，患者对非药物干预措施的接受度良好，见表 2、表 3、表 4。

表 2 两组干预前后疲乏-疼痛症状群得分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	干预前	干预后	t 值	P 值
观察组	70	10.66 ± 4.995	6.04 ± 2.648	6.331	< 0.001
对照组	70	11.14 ± 3.972	8.81 ± 4.066	3.570	< 0.001
t 值		0.637	4.754		
p 值		0.525	< 0.001		

表 3 两组干预前后患者症状管理自我效能感得分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	干预前	干预后	t 值	P 值
观察组	70	65.90 ± 24.995	76.96 ± 24.354	3.831	< 0.001
对照组	70	62.87 ± 18.347	66.03 ± 20.321	1.058	0.294
t 值		0.817	2.883		
p 值		0.415	0.005		

表4 两组干预前后生活质量各维度得分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	功能状态维度				整体生活质量维度			
		干预前	干预后	t 值	P 值	干预前	干预后	t 值	P 值
观察组	70	9.53 ± 3.37	12.80 ± 3.86	6.081	< 0.001	3.19 ± 1.61	4.01 ± 1.40	3.061	0.003
对照组	70	8.97 ± 3.00	9.54 ± 3.13	1.156	0.252	3.60 ± 1.70	3.49 ± 1.67	0.353	0.725
t 值		1.034	5.486			1.482	2.033		
p 值		0.303	< 0.001			0.141	0.044		

3 讨论

3.1 基于症状管理理论构建安宁疗护患者疲乏-疼痛症状群方案干预的有效性分析

本研究基于症状管理理论构建干预方案,将“症状体验-管理策略-症状结局”三个维度贯穿于干预全过程。症状管理理论强调症状管理是一个动态的、多维度的过程,需要综合考虑个体、环境及健康状态的影响。Chapman 等^[2]的研究发现,共享决策、多学科协调照护、识别和减少心理困扰是安宁疗护症状管理成功的关键要素。本研究构建的干预方案强调多学科团队协作,包括医生、护士、心理治疗师、康复治疗师等的共同参与,通过定期病例讨论和方案优化,确保干预措施的科学性和个体化。

本研究结果中发现,基于症状管理理论的疲乏-疼痛症状群干预方案能显著降低患者的疲乏和疼痛水平,改善生活质量。这一结果与国内孟楠等^[9]对消化道肿瘤晚期患者及潘芳芳等^[10]对肺癌患者的研究结果一致,安宁疗护干预可显著改善患者的心理状态、疼痛感受及生存质量。郭颖英等^[11]的研究也证实,虚拟现实技术在晚期癌症患者安宁疗护中的应用,可有效改善患者即时的疼痛、疲乏、恶心、厌食、焦虑和抑郁等症状。本研究中也发现干预后癌症患者自我效能感得到显著提升,但总得分低于陈光远等^[12]调查癌症患者的

结果(94.30 ± 22.72)分,可能是因为本研究选取的患者为终末期患者,其预后生存期总体情况较差。

3.2 对临床护理实践的启示

①转变症状管理理念:临床护理人员应从“单一症状管理”转向“症状群综合管理”,认识到疲乏与疼痛的相互关联性,制定整合性干预方案。②重视非药物干预的应用:本研究表明,非药物干预在缓解疲乏-疼痛症状群方面具有显著效果。建议临床护理人员综合运用教育支持、心理调适、运动康复、放松训练等多种非药物干预措施。③强化多学科协作:症状管理需要多学科团队的共同努力。建议医疗机构建立安宁疗护多学科协作团队,定期开展病例讨论,优化症状管理方案。

4 结论

基于症状管理理论构建的安宁疗护患者疲乏-疼痛症状群干预方案科学可行,能显著降低终末期癌症患者的疲乏-疼痛症状群负担,改善生活质量。该方案注重非药物干预措施的综合运用,体现了安宁疗护整体照护理念,可为临床安宁疗护症状管理实践提供参考,建议在更大范围内开展多中心随机对照试验,进一步验证方案的有效性和推广价值。

参考文献:

- [1]国家卫生健康委办公厅. 安宁疗护实践指南(2025年版)[EB/OL]. (2025-08-26).
- [2]Chapman EJ, Pini S, Edwards Z, et al. Conceptualising effective symptom management in palliative care: a novel model derived from qualitative data[J]. BMC Palliative Care, 2022, 21(1): 17.
- [3]Larson PJ, Carrieri-Kohlman V, Dodd MJ, et al. A model for symptom management. The University of California, San Francisco School of Nursing Symptom Management Faculty Group[J]. Image J Nurs Sch, 1994, 26(4): 272-276.
- [4]Dodd M, Janson S, Facione N, et al. Advancing the science of symptom management[J]. J AdvNurs, 2001, 33(5): 668-676.
- [5]Dong YX, Chen H, Zheng YY, et al. Psychometric validation of the Edmonton symptom assessment system in Chinese patients[J]. J Pain Symptom Manage, 2015, 50(5): 712-717. e2.
- [6]Zhang T., Wang N, Zhang J, et al. Cross-cultural verification of the EORTC QLQ-C15-PAL questionnaire in mainland China[J]. Palliat Med, 2016, 30(4): 401-408.
- [7]钱会娟. 癌症患者自我管理效能感水平的横断面研究及其影响因素分析[D]. 上海: 第二军医大学, 2011.
- [8]Wu F, Howell D, Fang Q, et al. Trajectory patterns and factors influencing self-management behaviors in Chinese patients with breast cancer[J]. Cancer Nurs, 2020, 43(2): E105-E112.
- [9]孟楠, 韩宇, 樊宇, 等. 基于安宁疗护的消化道肿瘤晚期患者心理与疼痛护理路径构建[J]. 中文科技期刊数据库(文摘版)医药卫生, 2025(4): 207-211.
- [10]潘芳芳, 陈星, 严凌花, 等. 基于症状管理理论构建肺癌免疫治疗患者的免疫相关疲劳症状管理方案[J]. 国际护理学杂志, 2025, 44(1): 21-25.
- [11]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(11): 58-62.
- [12]陈光远, 朱毓, 王子迎, 等. 质子重离子治疗癌症患者自我管理效能感在社会支持和自我管理行为间的中介效应[J]. 中华现代护理杂志, 2022, 28(15): 2000-2005.