

晚期恶性肿瘤患者癌痛治疗中全程化药学服务实施价值分析

申雪丽 张权林* 陈毓婷 徐苗

石河子市人民医院 新疆 石河子市 832000

【摘要】目的：分析全程化药学服务在晚期恶性肿瘤患者癌痛治疗中的实施价值及临床依从性影响。方法：随机抽选住院行姑息性治疗晚期恶性肿瘤患者81例为研究对象，行前瞻性临床研究，以2023年2月~6月期间入院者为对照组（40例）行常规癌痛治疗，以2023年7月~11月期间入院者为实验组（41例）行全程药学服务指导下癌痛治疗。评价不同治疗方案下患者简明疼痛评估量表评分，疼痛、止痛药知信行评分，服药依从性评分，癌痛缓解效果，药物不良反应严重程度，癌痛治疗满意度评价组间差异。结果：较对照组，研究组行药学服务指导下癌痛治疗后：（1）BPI分量表评分降低，且MMAS-8评分升高，差异显著（ $P < 0.05$ ）；（2）疼痛、止痛药维度知信行评分降低，差异显著（ $P < 0.05$ ）；（3）癌痛完全缓解、明显缓解占比及药物轻度不良反应占比升高，且治疗满意度评价升高，差异显著（ $P < 0.05$ ）。结论：晚期恶性肿瘤患者癌痛治疗中全程化药学服务的实施，可完善癌痛、止痛药知信行认知，引导患者在积极癌痛治疗后缓解疼痛、降低疼痛对生活质量影响，减轻药物毒副作用。

【关键词】晚期恶性肿瘤；癌痛治疗；全程化药学服务

DOI:10.12417/2811-051X.24.06.021

前言

癌痛是晚期恶性肿瘤患者临床常见并发症类型，与占位性恶性肿瘤增殖、转移所致骨骼浸润，神经压迫、破坏，抗癌治疗等因素密切相关，疼痛感受明显且存在爆发性发作特征，对患者精神健康、意志力及生活质量均有明显负面影响^[1]。癌痛治疗可在针对恶性肿瘤患者疼痛感受选择性应用药物单一镇痛或联合镇痛后，改善患者临床癌痛表现^[2]。但在实际癌痛治疗中发现，受既往癌痛治疗中药物服务缺乏影响，多数患者对癌痛治疗安全性、成瘾性存在负面联想，可导致患者治疗依从性降低，且存在明显毒副反应表现，应重视药物服务工作对癌痛治疗开展指导价值^[3-4]。因此，为分析全程化药学服务在晚期恶性肿瘤患者癌痛治疗中的实施价值及临床依从性影响，特开展临床研究，详情如下：

1 资料与方法

1.1 临床资料及分组

随机抽选住院行姑息性治疗晚期恶性肿瘤患者81例为研究对象，行前瞻性临床研究，以2023年2月~6月期间入院者为对照组（40例），以2023年7月~11月期间入院者为实验组（41例）。对照组（男/女，21/19），年龄47~81岁（ 64.08 ± 7.14 岁），病程8~39月（ 23.52 ± 3.36 月），确诊肺癌/乳腺癌/结直肠癌/肝癌，15/7/10/8例，伴骨转移/远端转移，7/16例；实验组（男/女，21/20），年龄46~83岁（ 64.51 ± 7.21 岁），病程9~37月（ 23.18 ± 3.31 月），确诊肺癌/乳腺癌/结直肠癌/肝癌，14/8/11/8例，伴骨转移/远端转移，9/15例。临床资料组间对比无显著差异（ $P > 0.05$ ），研究结果可比；研究由医院伦理委员会核准。

纳入标准：原发占位性恶性肿瘤确诊者，病理诊断提示TNM分期 $> IIIb$ ，符合癌痛治疗指征；年龄 ≥ 18 岁，认知健全，

可正常语言沟通；患者、家属确认接受癌痛治疗，经明确研究细则，自愿入组，签署知情书。排除标准：伴既往阿片类药物治疗史、药物依赖史；伴精神、认知障碍；伴其他原发严重器官功能障碍疾病；预估生存期 < 6 月；研究期间死亡或脱落者；资料缺损。

1.2 方法

对照组行常规癌痛治疗：由住院医生依据患者癌痛程度、发作形式等因素评估癌痛治疗需求，选择性实施口服镇痛、静脉镇痛泵或（和）镇痛透皮贴等形式开展治疗，由责任护士完成癌痛治疗期间给药、临床宣教等配合工作。

实验组行全程药学服务指导下癌痛治疗：（1）癌痛治疗评估：需在住院医生拟定患者癌痛治疗方案后，由药房药师依据患者抗癌治疗、治疗耐受及疼痛等级综合评估癌痛治疗方案可行性，合理开展“三阶梯”癌痛治疗，以降低药物耐受、药物明显毒副反应风险，确保患者癌痛治疗持续性、安全性。（2）癌痛治疗药学宣教：需以微信为宣教途径，由药房药师协作完成癌痛治疗药物类型、治疗方案及药物安全性相关内容撰写、视频拍摄后，利用微信公众号定期推送宣教视频、宣教文章，由护士指导患者阅读、观看，由药师定期开展病房内癌痛治疗健康宣教，针对性解答患者治疗相关疑问，以引导患者正确认识癌痛治疗目的，并在药房开设轮岗宣教岗位，由药师轮班完成当日临床癌痛治疗咨询服务。

1.3 观察指标

评价不同治疗方案下患者简明疼痛评估量表评分，疼痛、止痛药知信行评分，服药依从性评分，癌痛缓解效果，药物不良反应严重程度，癌痛治疗满意度评价组间差异。

1.4 统计学方法

SPSS23.0软件，（ $\bar{x} \pm s$ ）资料，t检验；（n, %）资料，

χ^2 检验；如 $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ ，组间差异有统计学意义。

2 结果

2.1 简明疼痛评估量表评分、服药依从性评分对比

治疗前，患者 BPI 分量表评分、MMAS-8 评分对比无显著差异 ($P > 0.05$)；治疗后，实验组疼痛程度、疼痛对生活影响评分较对照组降低，MMAS-8 评分较对照组升高，差异显著 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 BPI、MMAS-8 评分对比 ($\bar{x} \pm s$)

临床指标		对照组/40	实验组/41	t	P
BPI (分)	疼痛程度 治疗前	7.05 ± 1.28	7.03 ± 1.35	0.072	0.943
	治疗后	3.97 ± 1.22	2.84 ± 1.06	4.453	0.000
疼痛对日常生活影响 (分)	治疗前	6.84 ± 1.19	6.85 ± 1.15	0.038	0.969
	治疗后	3.81 ± 1.05	2.65 ± 0.97	5.166	0.000
MMAS-8 (分)	治疗前	5.12 ± 1.35	5.15 ± 1.29	0.102	0.919
	治疗后	5.71 ± 1.21	6.32 ± 1.18	2.297	0.024

2.2 疼痛、止痛药知信行评分对比

治疗前，患者疼痛、止痛药知信行评分对比无显著差异 ($P > 0.05$)；治疗后，实验组疼痛避免告知医生、尽量忍耐、疼痛提示病情恶化评分及止痛药药物安全性顾虑、成瘾性、疼痛时服药即可评分较治疗前降低，低于对照组，差异显著 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 疼痛、止痛药知信行评分对比 ($\bar{x} \pm s$)

临床指标		对照组/40	实验组/41	t	P
疼痛 知信 行 (分)	避免告 知医生 治疗前	3.05 ± 0.84	3.06 ± 0.81	0.055	0.957
	治疗后	2.73 ± 0.52	2.25 ± 0.47	4.361	0.000
尽量忍 耐 (分)	治疗前	3.16 ± 0.89	3.21 ± 0.81	0.265	0.792
	治疗后	2.72 ± 0.64	2.25 ± 0.52	3.632	0.001
疼痛提 示病情 恶化 (分)	治疗前	3.21 ± 0.62	3.19 ± 0.65	0.142	0.888
	治疗后	2.74 ± 0.47	2.31 ± 0.53	3.859	0.000
药物安 全性顾 虑 (分)	治疗前	3.64 ± 0.87	3.65 ± 0.85	0.052	0.958
	治疗后	3.16 ± 0.49	2.29 ± 0.42	8.587	0.000
药知 信行 (分)	成瘾性 治疗前	4.15 ± 0.82	4.15 ± 0.89	0.000	1.000
	治疗后	3.62 ± 0.64	2.24 ± 0.54	10.498	0.000
疼痛时 服药即 可 (分)	治疗前	3.73 ± 0.79	3.75 ± 0.81	0.112	0.911
	治疗后	2.73 ± 0.59	2.16 ± 0.48	4.775	0.000

2.3 癌痛缓解效果对比

相较对照组，实验组治疗后癌痛完全缓解、明显缓解占比升高，轻度缓解、基本缓解、无缓解占比降低，差异显著 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 癌痛缓解效果对比 (n, %)

组别	对照组/40	实验组/41	z	P
完全缓解	3 (7.50)	5 (12.20)		
明显缓解	8 (20.00)	15 (36.59)		
轻度缓解	12 (30.00)	11 (26.83)	2.040	0.041
基本缓解	11 (27.50)	7 (17.07)		
无缓解	6 (15.00)	3 (7.32)		

2.4 药物不良反应严重程度对比

相较对照组，实验组治疗后药物轻度不良反应占比升高，中度、中度不良反应占比降低，差异显著 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 药物不良反应严重程度对比 (n, %)

组别	对照组/40	实验组/41	z	P
重度	7 (17.50)	3 (7.32)		
中度	18 (45.00)	13 (31.71)	2.194	0.028
轻度	15 (37.50)	25 (60.98)		

2.5 癌痛治疗满意度评价对比

相较对照组，实验组癌痛治疗满意度升高，差异显著 ($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 癌痛治疗满意度评价对比 (n, %)

组别	对照组/40	实验组/41	χ^2	P
满意	12 (30.00)	15 (36.59)		
较满意	17 (42.50)	22 (53.66)		
不满意	11 (27.50)	4 (9.76)		
总满意度	72.50 (29/40)	90.24 (37/41)	4.225	0.039

3 讨论

癌痛作为晚期恶性肿瘤患者临床主要并发症类型，可由癌痛的随机发生降低患者病后生存质量，且爆发性癌痛的发生，对患者临床治疗意志、治疗信心均有负面影响^[5]。相关研究指出，癌痛的持续性发生及临床干预不足，是导致晚期癌症患者治疗放弃、轻生等不良行为的主要影响因素，需重视晚期恶性肿瘤患者癌痛治疗作用^[6]。

研究结果表明：较对照组，研究组行药学服务指导下癌痛治疗后：（1）BPI 分量表评分降低，且 MMAS-8 评分升高，差异显著（ $P<0.05$ ）；（2）疼痛、止痛药维度知信行评分降低，差异显著（ $P<0.05$ ）；（3）癌痛完全缓解、明显缓解占比及药物轻度不良反应占比升高，且治疗满意度评价升高，差异显著（ $P<0.05$ ）。

在分析癌痛患者既往癌痛治疗情况后可知，患者癌痛、癌痛治疗认知不足是导致临床治疗依从性降低的主要诱因，且在实际癌痛治疗中以住院医生为治疗方案主要拟定者，缺乏对部分患者治疗安全性、耐受性考量，故可由药物严重毒副反应进一步降低患者癌痛治疗持续性，而部分患者耐受较差则可增加药物不良安全事件风险，故需在癌痛治疗开展中积极介入药物服务，在药物服务干预下提升癌痛治疗安全性、可行性，并引导患者积极完成治疗^[7-8]。

参考文献：

- [1] 卢健平,郑丽梅.临床药师对癌痛患者实施药学服务探讨[J].北方药学,2018,15(2):164-165.
- [2] 刘芳芳,刘伟.药学服务对肺癌患者生命质量的影响[J].中国药物与临床,2020,20(20):3494-3497.
- [3] 依再提古丽·司马义,艾力江·阿木提,赵丽杰.新模式下临床药学服务对基层医院癌痛患者认知水平的影响[J].中国处方药,2024,22(2):100-103.
- [4] 龚晓英,郑晓娴,虞勋,等.利用企业微信为门诊癌痛患者提供药学服务的效果分析[J].药物不良反应杂志,2024,26(2):101-105.
- [5] 樊宗兵,张凤,彭加兵,等.规范化药学服务模式用于癌痛全程化管理效果分析[J].中国药业,2022,31(8):121-124.
- [6] 汤励雅,吴佳伟,龚建锋.药学服务在使用阿片类药物治疗癌痛爆发痛患者中的实施效果分析[J].北方药学,2022,19(8):185-187.
- [7] 杨慧.临床药学服务介入癌痛规范化治疗对患者疼痛治疗中的可行性研究[J].中国处方药,2021,19(3):52-54.
- [8] 黄春华,谢美强,陈妙婷,等.规范化药学服务与药事管理在癌痛管理中应用研究[J].海峡药学,2020,32(11):240-242.
- [9] 苏刚.规范化临床药学服务模式在癌痛患者用药安全管理中的应用[J].首都食品与医药,2021,28(22):76-77.
- [10] 张晨宇,刘波,孙长亮,等.多角度药学服务对癌痛患者口服阿片类药物用药依从性、镇痛效果及不良反应的影响[J].实用癌症杂志,2020,35(12):2077-2079.

基金项目：中国药学会全国医药信息网科普研究

基金名称：现代信息技术在药学服务中的应用研究

基金编号：CMEI2022KPYJ00528

项目主持人：申雪丽

故在回溯本次研究结果后可知，全程化药物服务工作在癌痛治疗中的应用，可在患者主治医生拟定癌痛治疗方案后，由药房药师经综合分析患者癌痛治疗需求、耐受等因素后，实现对癌痛治疗方案的个体化调整，确保可严格依据“三阶梯”方案实施有效治疗^[9]。癌痛治疗期间，由药房药师利用微信、病房宣教及癌痛治疗咨询岗途径，予以患者线上+线下全程药学知识宣教后，可帮助患者正确认知癌痛治疗临床开展目的、药物选择合理性及药物安全性，在有效提升相关临床认知后，确保癌痛治疗的积极配合，经癌痛的有效缓解，改善患者病后生存质量^[10]。

综上所述，晚期恶性肿瘤患者癌痛治疗中全程化药学服务的实施，可经完善癌痛、止痛药知信行认知，引导患者在积极癌痛治疗后缓解疼痛、降低疼痛对生活质量影响，减轻药物毒副作用。