论 著

疼痛专科护士主导多学科协作模式对居家癌痛病人生活质量的影响

王先艳[1]，王大雪[2]，廖婉君[1]，刘　燕[1]，林玉云[1]，胡春燕[3]
川北医学院附属医院：1.疼痛科；2.中医科；3.泌尿外科（南充 637000）

【摘　要】**目的** 探讨疼痛专科护士主导多学科协作模式对居家癌痛病人生活质量的影响。**方法** 选取南充市某三甲综合性医院肿瘤科及疼痛科出院居家治疗的癌痛病人468例，随机分为对照组和干预组，其中对照组219例、干预组228例，对照组采取常规的出院随访，干预组采取以疼痛专科护士主导的多学科协作模式对居家治疗的癌痛病人进行管理，干预时间为3个月，主要指标为居家癌痛病人的生活质量，次要指标为居家癌痛病人的癌痛药物副作用、服药依从性、焦虑和抑郁评分、疼痛评分。**结果** 干预组病人的生活质量评分及服药依从性均高于对照组（$P<0.001$），干预组癌痛药物副作用、焦虑和抑郁评分、疼痛评分均低于对照组（$P<0.001$）。**结论** 在癌痛病人出院管理中采取疼痛专科护士主导多学科协作的管理模式，对于改善病人生活质量、服药依从性、癌痛药物副作用、焦虑和抑郁评分及疼痛评分等均有积极影响。

【关键词】癌性疼痛；专科护士；多学科协作；生活质量
【中图分类号】R473.73　　文献标志码 A　　DOI:10.3969/j.issn.2096-3351.2023.03.015

Impact of multidisciplinary collaboration model led by pain specialist nurses on the quality of life for patients with cancer pain at home

WANG Xianyan[1], WANG Daxue[2], LIAO Wanjun[1], LIU Yan[1], LIN Yuyun[1], HU Chunyan[3]
1. *Department of Pain, Affiliated Hospital of North Sichuan Medical College, Nanchong 637000, China*; 2. *Department of Traditional Chinese Medicine, Affiliated Hospital of North Sichuan Medical College, Nanchong 637000, China*; 3. *Department of Urology, Affiliated Hospital of North Sichuan Medical College, Nanchong 637000, China*

【**Abstact**】**Objective** To explore the effect of pain specialist nurse-led multidisciplinary collaboration model on the quality of life of patients with cancer pain at home. **Methods** A total of 468 patients with cancer pain who were discharged from the oncology department and pain department of a tertiary hospital in Nanchong City for home treatment were selected and randomly divided into a control group and an intervention group, of which 219 cases were in the control group and 228 cases in the intervention group. The control group underwent routine discharge follow-up. the intervention group adopted a multidisciplinary collaboration model led by pain specialist nurses to manage cancer pain patients treated at home. The intervention time was 3 months. The main indicator was the patients' quality of life, and the secondary indicators were the side effects of cancer pain drugs, medication Adherence, anxiety and depression scores, and pain scores. **Results** The quality of life score and medication compliance of the intervention group were higher than those of the control group ($P<0.001$). The side effects of cancer pain drugs, anxiety and depression scores, and pain scores in the intervention group were lower than those in the control group ($P<0.001$). **Conclusion** The management mode of multidisciplinary collaboration led by pain specialist nurses in the discharge management of cancer pain patients had a positive impact on improving the quality of life, medication compliance, side effects of cancer pain drugs, anxiety and depression scores, and pain scores of patients.

【**Key words**】Cancer pain; Specialist nurse; Multi-disciplinary team; Quality of life

癌性疼痛是指肿瘤侵犯、压迫相关神经组织或引起局部坏死、溃疡、炎症等所导致的疼痛，给癌症病人带来强烈的痛苦体验，生活质量也受到极大影响[1]。药物控制癌痛是目前癌痛控制的主要方法，但是用药过程常伴随镇痛药物的副作用如皮肤瘙痒、便秘、嗜睡等，影响病人用药依从性，部分病人药物控制疼痛效果不佳[2]，更难以维持癌痛病人的生活质量，以护士为主体的疼痛管理模式有助于癌痛病人疼痛管理，特别是多学科协作的精准护理模式可改善难治性癌痛病人的疼痛状况，提高其自我效能感及生活质量[3-4]。南充地

基金项目：四川省基层卫生事业研究发展项目（SWFZ21-C-62）；南充市2020年市校合作科研专项（20SXQT0070）
通信作者：胡春燕，E-mail: 8485417@qq.com
引用本文：王先艳，王大雪，廖婉君，等. 疼痛专科护士主导多学科协作模式对居家癌痛病人生活质量的影响[J]. 西南医科大学学报，2022，46（3）：257-261. DOI：10.3969/j.issn.2096-3351.2023.03.015

区肿瘤发病率较高，癌痛病人生活质量较差[5]。目前对于居家姑息治疗的癌痛病人疼痛管理的相关研究仍比较少，疼痛专科护士相较于其他学科护士而言，对疼痛的管理经验更为丰富，本研究以癌痛生活质量为主要研究指标，以癌痛药物副作用、服药依从性、焦虑和抑郁评分、疼痛评分为次要研究指标，探究疼痛专科护士主导的多学科协作模式对居家癌痛病人生活质量的影响，为提升居家癌痛病人生活质量提供指导。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2020年5月至2021年1月在四川省南充市某三甲综合性医院肿瘤科及疼痛科出院居家治疗的癌痛病人468例。纳入标准：①经病理学或细胞学诊断（不受类型限制）的居家治疗的癌痛病人，其数字疼痛分级（numerical rating scale，NRS）≥ 3分；②年龄 ≥ 18岁；③意识清楚，能够理解和回答问题，知情同意并自愿合作者；④能独立或者在家人协助下运用微信、短信、电话、腾讯会议等信息交流平台与医护人员沟通交流的癌痛病人。排除标准：①怀孕、合并严重感染或者严重心肺功能障碍；②患有精神疾病；③参与其他癌痛管理相关研究者。脱落标准：中途自动退出、死亡者、去外地治疗或法定代理人要求退出者，不能完成干预者。本研究秉承病人自愿、保密、无伤害原则，已取得所有研究对象的知情同意。共纳入符合要求的居家治疗癌痛病人468例，按照患者的出院顺序逐一进行编号，然后再按照提前在SPSS23.0软件中产生的随机数字，将患者分入对照组和干预组，每组234例，随访过程中对照组脱落病人15例（死亡4例，要求退出研究2例，去外地治疗导致失访9例），干预组脱落病人6例（死亡3例，去外地治疗导致失访3例），排除脱落病人后完成研究情况如下：对照组219例和干预组228例，其中对照组男104例，女115例；干预组男126例，女102例。两组一般资料比较差异无统计学意义（$P > 0.05$），见表1。本研究通过川北医学院附属医院伦理委员会审核批准（批准号：2022-24）。

表1 两组病人一般资料比较

Table 1 Comparison of general information between the two groups

一般资料	对照组 n(%)	干预组 n(%)	统计值（χ^2）	P
性别				
男	104(47.5)	126(55.3)	2.703	0.100
女	115(52.5)	102(44.7)		
年龄分级				
≤ 44	8(3.7)	14(6.1)	2.625	0.453
45 ~ 59	31(14.2)	24(10.5)		
60 ~ 74	139(63.5)	146(64.0)		
≥ 75	41(18.7)	44(19.3)		
婚姻状况				
未婚	6(2.7)	4(1.8)	2.365	0.500
已婚	184(84)	197(86.4)		
离异	11(5)	6(2.6)		
丧偶	18(8.2)	21(9.2)		
文化程度				
文盲	18(8.2)	16(7)	3.526	0.619
小学	40(18.3)	39(17.1)		
初中	61(27.9)	58(25.4)		
高中/中专	58(26.5)	75(32.9)		
大专	33(15.1)	27(11.8)		
本科以及以上	9(4.1)	13(5.7)		
肿瘤类型				
食管癌	11(5)	13(5.7)	3.544	0.939
肺癌	43(19.6)	50(21.9)		
肝癌	27(12.3)	22(9.6)		
宫颈癌	8(3.7)	6(2.6)		
甲状腺癌	13(5.9)	9(3.9)		
结直肠癌	25(11.4)	31(13.6)		
乳腺癌	12(5.5)	15(6.6)		
胃癌	32(14.6)	35(15.4)		
胰腺癌	6(2.7)	8(3.5)		
其他	42(19.2)	39(17.1)		

1.2 方法

建立疼痛专科护士主导多学科协作模式：借鉴多学科协助模式下癌痛病人管理经验[3]，并进行院内外癌痛管理专家认证和讨论，结合疼痛科科室管理经验，建立疼痛专科护士主导多学科协作模式：建立以疼痛专科护士为核心的居家癌痛病人管理小组（疼痛专科护士、疼痛科医师、肿瘤科医师、信息专业技术人员各1名），以疼痛专科护士为主导，追踪居家癌痛病人控制情况，并根据病人情况协调疼痛科医师、肿瘤科医师、信息专业技术人员为病人进行动态调整，对居家治疗的癌痛病人进行全方位、综合性的疼痛管理，同时由信息专业技术人员指导病人和病人家属使用信息交流平台，包括使用微信、短信、电话、腾讯会议等信息交流平台，对其进行操作方法的示范，并进行日常信息维护，确保疼痛专科护士对每位病人都能够完成线上健康指导。两组病人数据由统一培训的责任护士在出院时和出院后3个月收集，具体内容包括病人一般资料、病人的生活质量和次要指标包括癌痛药物副作用、服药依从性、焦虑和抑郁评分、疼痛评分。对照组：采取常规癌痛护理指导，出院前由管理小组成员立即根据病人的相关信息进行全方位的评估，制定个性化的疼痛管理目标和方案，由疼痛科医生或疼痛科护士进行癌痛三阶梯用药、疾病知识、饮食、运动、门诊复查等内容的指导，管床护士定期电话随访。干预组：在常规癌痛护理指导的基础上由疼痛专科护士主导多学科协作模式

对病人进行管理，包括：①个性化指导：针对每位病人疼痛控制效果不同，管理小组成员对近一周数字疼痛分级法（NRS）评分≥3分或伴严重不良反应的病人进行每周2次的视频查房，并提出个性化的处理方案；②督促、反馈：疼痛专科护士每天通过信息交流平台告知病人正确及时用药，病人以文字、照片、视频、音频等形式将疾病相关疑问或用药期间出现的问题向疼痛专科护士进行反馈，疼痛专科护士每天定时通过信息交流平台（微信）对其进行指导，若疼痛专科护士个人无法有效解决相关问题，可与管理小组其他成员进行讨论后再对病人进行指导或告知病人门诊复查；③癌痛知识的宣教与培训：根据癌痛病人不同文化层次和生活背景由管理小组成员讨论制定视频、文字、绘本等类型的癌痛知识宣传资料，由疼痛专科护士定期在微信群或病人复诊时进行推送，内容包括用药注意事项、药物治疗常见副作用的预防、有利于舒缓身心的视频、图片、音乐等；④信息更新及上传：疼痛专科护士根据病人的反馈，定期提取病人反馈信息，并针对计划的实施情况进行综合评估，组织小组成员对存在问题进行有针对性地讨论，及时完善居家疼痛病人管理策略，更新疼痛管理报告。

1.3 评估指标

1.3.1 *疼痛药物治疗常见副作用*　采用疼痛药物治疗常见副作用自设评估表，根据美国国立综合癌症网络（NCCN）发布的《成人癌痛临床实践指南》[2]，自设疼痛药物治疗常见副作用评估表，主要包括便秘、恶心呕吐、瘙痒、头晕嗜睡、尿潴留、谵妄、认知障碍、呼吸抑制等8个条目。每发生1个条目计1分，评分越高表明副作用发生越多。

1.3.2 *服药依从性*　采用慢性病病人服药依从性工具[6]对病人的服药依从性进行评价，量表共5个条目，“是”计0分，“否”计1分，最高分5分，分数越高，表明用药依从性越好。

1.3.3 *心理状态*　采用由W.K.Zung编制的焦虑自评量表和抑郁自评量表[7]，两个量表各包含20个项目，内容既包括正向评分也包括反向评分，每个条目根据病人实际心理状态评1～4分，评分越高表明病人的心理状态越差。

1.3.4 *疼痛程度*　采用数字疼痛分级法（numeric pain intensity scale，NRS）[8]进行评估，总分10分，评分和疼痛程度成正比，病人根据自身的疼痛情况，选择相对应的分值。

1.3.5 *生活质量评估*　采用肿瘤病人生活质量评分（quality of life，QOL）[9]进行评估，该量表共计12个条目，每个条目根据病人实际状况计1～5分，共计60分，评分和病人的生活质量成正比。

1.4 统计学方法

采取SPSS25.0软件进行数据处理。正态分布的计量资料采用均数±标准差（$\bar{x} \pm s$）表示，两个样本均数比较采用t检验；非正态分布的计量资料采用中位数和四分位数表示，组间差异比较采用秩和检验。计数资料以率和构成比表示，组间比较采用χ^2检验，$P < 0.05$为差异有统计学意义。

2 结果

两组病人入组3个月后，随访过程中对照组脱落病人15例（死亡4例，要求退出研究2例，去外地治疗导致失访9例），干预组脱落病人6例（死亡3例，去外地治疗导致失访3例），排除脱落病人后完成研究情况如下：对照组219例和干预组228例，对两组病人的生活质量评分、癌痛药物副作用、服药依从性、焦虑和抑郁评分、疼痛评分进行数据分析。

2.1 两组病人生活质量评分

出院时两组病人生活质量评分无差异，出院3月干预组高于对照组（$P < 0.001$），见表2。

表2 两组病人生活质量评分

Table 2 The scores of QOL between the two groups

组别	出院时	出院3月
对照组	29.66 ± 7.89	28.70 ± 8.55
干预组	28.36 ± 6.95	35.77 ± 9.10
t	1.85	−8.46
P	0.065	< 0.001

2.2 两组病人药物副作用评分

出院时两组病人药物副作用评分无差异，出院3月两组总体药物副作用评分也无差异（$P > 0.05$），见表3。

表3 两组病人药物副作用评分

Table 3 The scores of side effects of drugs between the two groups

组别	出院时	出院3月
对照组	3(2,4)	2(1,3)
干预组	3(2,4)	2(0,3)
Z	−1.01	−1.74
P	0.311	0.082

2.3 两组病人药物依从性评分比较

出院时两组病人药物依从性评分无差异，出院3月干预组评分高于对照组（$P < 0.05$），见表4。

表4 两组病人药物依从性评分比较

Table 4 Comparison of drug compliance scores between the two groups

组别	出院时	出院3月
对照组	3.46 ± 1.19	4.24 ± 1.07
干预组	3.54 ± 1.20	4.48 ± 1.04
t	−0.69	0.49
P	−2.404	0.017

2.4 两组病人焦虑、抑郁评分比较

出院时两组病人焦虑、抑郁评分无差异，出院3月干预组的焦虑和抑郁评分均低于对照组（$P < 0.001$），见表5。

表5 两组病人焦虑、抑郁评分比较

Table 5 Comparison of anxiety scores and depression scores between the two groups

组别		出院时	出院3月
焦虑评分	对照组	36.37 ± 5.45	35.51 ± 6.19
	干预组	36.12 ± 4.51	30.43 ± 6.90
	t	0.51	8.20
	P	0.61	< 0.001
抑郁评分	对照组	32.53 ± 7.59	31.50 ± 7.54
	干预组	31.82 ± 6.89	26.68 ± 6.51
	t	1.05	7.25
	P	0.30	< 0.001

2.5 两组病人疼痛评分比较

出院时两组病人疼痛评分无差异，出院3月疼痛评分干预组低于对照组（$P < 0.05$），见表6。

表6 两组病人疼痛评分比较

Table 6 Comparison of NRS between the two groups

组别	出院时	出院3月
对照组	5(4,6)	4(2,5)
干预组	5(4,6)	3(2,5)
Z	− 1.44	− 2.42
P	0.151	0.015

3 讨论

癌性疼痛给癌症病人带来强烈的痛苦体验，生活质量受到极大影响[1]，本研究表明，疼痛专科护士主导的多学科协作模式可有助于提升病人的生活质量。

3.1 疼痛专科护士主导的多学科协作模式对主要研究指标的影响

本研究中，主要研究指标为居家癌痛病人的生活质量。癌症病人不治疗或者治疗（手术、放化疗或者其他治疗）后，受到原发病、治疗相关的不良反应、情绪等因素影响，生活质量容易下降[10-11]。有研究表明，在难治性癌痛领域，多学科协作的精准护理模式和护士主导的病人教育能充分发挥多学科诊疗的优势，通过护理人员的专业指导，可提升癌痛病人生活质量[3-4,10]。本研究结果也证实，出院3个月后干预组生活质量评分提高（$P < 0.001$）。本研究通过疼痛专科护士主导的多学科协作模式可发挥多学科协作的优势，并针对病人癌痛管理情况进行健康教育，提升居家癌痛病人的生活质量。YANG J等[12]研究表明，出院癌症病人通过移动应用程序进行疼痛管理，有良好的操作性和可控性，易于被病人接受，有助于疼痛管理。本研究中，疼痛专科护士主导多学科协作模式强化信息专业技术人员对病人和病人家属通过移动应用程序或者手段，如微信、腾讯会议视频查房等方式对病人进行指导。居家癌痛病人管理小组因人而异注重人文关怀从而制定有针对性的干预措施，有效提高癌痛控制效果从而提高病人的生活质量，既有助于及时发现居家病人癌痛管理中遇到的问题与困难，确保多学科协作模式对病人进行健康指导，也有助于病人家属以及病人参与居家癌痛管理，提升其生活质量与生活信心[13]，与胡芳[14]等的研究结果一致。

3.2 疼痛专科护士主导的多学科协作模式对次要指标的影响

药物控制癌痛是目前癌痛控制的主要方法，但容易受镇痛药物副作用影响。病人如果因为药物副作用影响用药依从性则会影响药物镇痛效果，从而影响生活质量。药物副作用是指在使用某种药物时，按照正常的剂量和频次，病人出现与治疗效果相反或无关的反应，受药物化学结构影响[15]。本研究中，两组病人出院3月总体药物副作用评分无差异（$P = 0.082$），可见护理干预并不能影响药物副作用。尽管如此，出院3月两组总体药物依从性评分存在着差异（$P = 0.017$），干预组用药依从性更高。一方面，本研究中的管理团队为多学科协作，可以根据病人实时反馈、视频查房、小组讨论，较传统疼痛护理方案能更快根据癌痛病人药物副作用进行相应的处理，如癌痛病人常见不良反应以恶心、呕吐、便秘、尿潴留为主，积极的健康教育和指导能够帮助病人减轻不良反应发生率，增加病人对疾病知识的了解情况可降低药物副作用的影响从而提升用药依从性[16]。另一方面，多学科合作，各司其职，为居家癌痛病人提供优质的护理服务，从疼痛护理、疼痛宣教、心理疏导、饮食指导、健康讲座等多方面开展个性化针对性干预，可有效提高病人对癌痛的认识，帮助其增强治疗信心，提升其用药依从性[13]。

癌痛病人生活质量与情绪关系密切，情绪功能较低，导致整体健康相关生活质量评分较低[17]。有研究表明，通过正念的认知疗法提升病人情绪反应，能减少癌症病人心理困扰、更好地应对癌症复发的恐惧、疲劳，提升生活质量[18-19]。本研究中，干预组焦虑与抑郁评分比对照组焦虑与抑郁评分更低，表明疼痛专科护士主导的多学科协作模式可降低病人焦虑和抑郁情绪。有研究表明，多学科协作模式可通过建立在线支持小组、提高病人对疾病的认知等方式缓解癫痫病人焦虑、抑郁[20]。本研究中，建立疼痛专科护士主导的多学科协作模式并通过微信、视频查房或者其他手段对癌痛病人进行针对性在线支持，提升癌痛病人对疾病、药物、疾病治疗手段等的认知，正视癌痛，从而缓解焦虑、抑郁，有助于提升癌痛病人生活质量。周海燕、陶帅等[21]的研究表明不仅要关注疾病本身，更要关注疾病与心理情绪间的相互作用，良性的心理有利于疼痛控制和疼痛缓解，疼痛管理小组通过针对性在线指导增强居家癌痛病人的自我效能感、疼痛接受度、希望水平等积极心理，改善病人的焦虑抑郁等消极心理，从而

提高疼痛控制效果。

疼痛是一种受遗传、性别、社会、文化和个人参数影响的主观体验，癌症病人常伴癌性疼痛，疼痛频繁或者持续发作会严重干扰其生活质量[22]。癌性疼痛常常使病人极度不适，甚至部分病人因此出现焦虑、抑郁、无助、恐惧、睡眠障碍、食欲减退等症状，严重影响癌痛病人的身心健康和生活质量[23]。焦虑抑郁和疼痛之间的联系已被证明越来越重要，两者都是彼此的危险因素[24]。有研究表明，通过护士参与和病人教育可改善放射治疗期间病人的疼痛[25]，本研究中，疼痛科护士相较于其他学科护士而言，对疼痛的管理经验更为丰富，因此也更能通过专业的疼痛护理提升病人疼痛管理质量，从而有助于提升癌痛生活质量。由于医疗技术的进步，癌症相关死亡率下降，癌症幸存者数量增加，与之伴随的是癌症幸存者癌痛发生率增加，因为疼痛的发展随着癌症病人的生存时间增加而增加[26]。因此，我们的医疗服务模式也应随势而变，要充分关注居家癌痛病人的需要，注重人文关怀，实施疼痛专科护士主导多学科协作模式以提高癌痛病人的生活质量。

4 结论

本研究结果显示，疼痛专科护士主导多学科协作模式能有效提升居家癌痛病人生活质量，可在临床应用推广。本研究的局限性和不足在于研究对象仅限于南充市，且多学科协作参与人员较多，是否适用于其他地区居家癌痛管理仍有待增加区域、扩大样本量进行进一步研究与验证。

5 参考文献

[1] 王昆，金毅. 难治性癌痛专家共识(2017年版)[J]. 中国肿瘤临床，2017，44(16)：787-793.
[2] SWARM RA，PAICE JA，ANGHELESCU DL，*et al*. Adult cancer pain，version 3.2019，NCCN clinical practice guidelines in oncology[J]. J Natl Compr Canc Netw，2019，17(8)：977-1007.
[3] 吴冰，赵云，羊波，等. 难治性癌痛患者的多专科协作精准护理[J]. 护理学杂志，2019，34(8)：59-63.
[4] 许丽媛，魏梦娅，覃旺军，等. 北京市67家医院癌痛管理相关护理质量水平分析[J]. 中国疼痛医学杂志，2021，27(5)：362-366.
[5] 潘秋予，刘宇丹，杨千三，等. 2015-2017年四川省南充市死因监测地区居民恶性肿瘤死亡水平及寿命损失分析[J]. 中华肿瘤防治杂志，2021，28(9)：637-643.
[6] 李淑花，袁丽荣，马佳楚，等. 专科护士主导的O2O多学科管理模式在稳定期COPD病人中的应用[J]. 护理研究，2021，35(17)：3162-3166.
[7] 杜佳雪. 基于Zung焦虑抑郁自评量表研究难治性胃食管反流病与情志因素的相关性[D]. 北京：北京中医药大学，2021.
[8] 刘小红，高娟，彭勇，等. 规范化疼痛管理对改善胰腺癌患者术后疼痛的效果[J]. 西部医学，2021，33(9)：1397-1399，封3.
[9] 刘红，蒋远静，刘水霞. 癌痛规范化治疗提高中重度癌痛患者生活质量的临床及护理分析[J]. 第三军医大学学报，2018，40(10)：934-938.
[10] KHANTWAL G，SHARMA SK，RANI R，*et al*. Effect of post-surgical nurse-led follow-ups on quality of life in head-and-neck cancer patients：a pilot randomized controlled trial[J]. Asia Pac J Oncol Nurs，2021，8(5)：573-580.
[11] BASHIR A，KUMAR D，DEWAN D，*et al*. Quality of life of head and neck cancer patients before and after cancer-directed treatment - a longitudinal study[J]. J Cancer Res Ther，2020，16(3)：500-507.
[12] YANG J，WENG LZ，CHEN ZK，*et al*. Development and testing of a mobile app for pain management among cancer patients discharged from hospital treatment：randomized controlled trial[J]. JMIR Mhealth Uhealth，2019，7(5)：e12542.
[13] 杨婧，赵婷. 全程化疼痛护理管理对晚期癌痛患者疼痛情况、用药依从性及生活质量的影响[J]. 临床医学研究与实践，2022，7(25)：155-158.
[14] 胡芳，钟培洁，杨茜，等. 延续护理干预对中晚期肝癌介入治疗后患者生活质量的影响[J]. 西南医科大学学报，2018，41(1)：83-85.
[15] EDWARDS IR，ARONSON JK. Adverse drug reactions：definitions，diagnosis，and management[J]. Lancet，2000，356(9237)：1255-1259.
[16] 刘太霞. 癌痛规范化治疗提高中重度癌痛患者生活质量的临床及护理分析[J]. 中国农村卫生，2021，13(8)：18-19.
[17] DURAN J，BRAVO L，TORRES V，*et al*. Quality of life and pain experienced by children and adolescents with cancer at home following discharge from the hospital[J]. J Pediatr Hematol Oncol，2020，42(1)：46-52.
[18] PARK S，SATO Y，TAKITA Y，*et al*. Mindfulness-based cognitive therapy for psychological distress，fear of cancer recurrence，fatigue，spiritual well-being，and quality of life in patients with breast cancer-a randomized controlled trial[J]. J Pain Symptom Manage，2020，60(2)：381-389.
[19] MORISHIMA T，MIYASHIRO I，INOUE N，*et al*. Effects of laughter therapy on quality of life in patients with cancer：an open-label，randomized controlled trial[J]. PLoS One，2019，14(6)：e0219065.
[20] ZHENG Y，DING XY，GUO Y，*et al*. Multidisciplinary management improves anxiety，depression，medication adherence，and quality of life among patients with epilepsy in eastern China：a prospective study[J]. Epilepsy Behav，2019，100(Pt A)：106400.
[21] 周海燕，陶帅，包莉，等. 老年慢性疼痛患者心理研究进展[J]. 心理月刊，2022，17(10)：229-231.
[22] RODRIGUEZ C，JI M，WANG HL，*et al*. Cancer pain and quality of life[J]. J Hosp Palliat Nurs，2019，21(2)：116-123.
[23] 李晔，石孝霞，尹彦红，等. 循证护理联合抑癌镇痛方在癌性疼痛患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志，2022，28(19)：157-159.
[24] MICHAELIDES A，ZIS P. Depression，anxiety and acute pain：links and management challenges[J]. Postgrad Med，2019，131(7)：438-444.
[25] HOLTZMAN AL，WILLIAMS JP，HUTCHINSON DF，*et al*. Improving patient-reported pain during radiotherapy through nurse involvement and patient education[J]. Am J Clin Oncol，2018，41(10)：1028-1030.
[26] 赵亚杰，岳林，田畅，等. 居家癌症病人疼痛评估与治疗的研究进展[J]. 护理研究，2022，36(8)：1436-1440.

(利益冲突：无)

(收稿日期：2022-11-29；修回日期：2023-02-14)