

晚期癌症患者癌性爆发痛体验与即时决策过程的质性研究

樊宇佳¹, 刘翔宇², 曾瑞红¹, 伍思洁¹

摘要:目的 深入探究晚期癌症患者癌性爆发痛体验与即时决策过程,为优化癌症疼痛管理提供依据。方法 采用现象学研究方法,选取 15 例有癌性爆发痛经历的晚期癌症患者进行半结构化深度访谈。运用 Colaizzi 7 步分析法进行资料分析。结果 晚期癌症患者的癌性爆发痛体验与即时决策过程可归纳为 5 个主题 12 个亚主题:疼痛突发性与生存危机感(疼痛强度骤升,毫无征兆;身体失控,信念崩塌);疼痛突发时的即时评估与递进决策(即时评估;决策节点);应对策略的多样性(与疼痛共处;寻求他人帮助;利用环境资源);即时决策中的现实困境(药物依赖与不良反应的两难抉择;用药指导模糊与药物可及性差;剧痛峰值认知受限,照护者支持失效);应对经验的演变与支持需求(个体应对经验的成长与系统化;对结构化、个性化指导的迫切需求)。结论 晚期癌症患者癌性爆发痛骤发剧烈,癌性爆发痛状态下的即时决策是一个在时间压力下充满内在冲突的动态过程,并受用药指导不足、药物可及性差、照护支持不足等多重因素影响,需构建以决策支持、协同培训、系统保障为核心的主动赋能模式,以优化癌性爆发痛管理。

关键词:晚期癌症; 癌性爆发痛; 即时决策; 患者体验; 疼痛管理; 质性研究

中图分类号:R473.73 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.09.041

Breakthrough cancer pain experience and immediate decision-making process in patients with advanced cancer: a qualitative study

Fan Yujia, Liu Xiangyu, Zeng Ruihong, Wu Sijie. School of Nursing, Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410208, China

Abstract: **Objective** To explore the experience of Breakthrough Cancer Pain (BTcP) and the immediate decision-making process in patients with advanced cancer, in order to provide a reference for optimizing cancer pain management. **Methods** A phenomenological research method was adopted. Semi-structured in-depth interviews were conducted with 15 advanced cancer patients who had experienced BTcP. Data were analyzed using Colaizzi's 7-step analysis method. **Results** The experience of BTcP and the immediate decision-making process in advanced cancer patients were summarized into 5 themes and 12 sub-themes: suddenness of pain and sense of survival crisis (sudden sharp increase in pain intensity, without warning; loss of bodily control, collapse of belief); immediate assessment and progressive decision-making during BTcP episodes (immediate assessment; decision nodes); diversity of coping strategies (coexisting with the pain; seeking help from others; utilizing environmental resources); real-world dilemmas in immediate decision-making (dilemma of drug dependence versus adverse effects; ambiguous medication guidance and poor drug accessibility; cognitive limitations at the peak of severe pain, and ineffective caregiver support); evolution of coping experience and support needs (growth and systematization of individual coping experience; urgent need for structured, personalized guidance). **Conclusion** BTcP in advanced cancer patients is sudden and severe. The immediate decision-making under BTcP is a dynamic process full of internal conflicts under time pressure, and is influenced by multiple factors such as insufficient medication guidance, poor drug accessibility, and inadequate caregiving support. It is necessary to build an active empowerment model centered on decision support, collaborative training, and system guarantees to optimize BTcP management.

Keywords: advanced cancer; breakthrough cancer pain; immediate decision-making; patient experience; pain management; qualitative study

癌性爆发痛(Breakthrough Cancer Pain, BTcP)作为一种高强度、突发性的疼痛发作,是晚期癌症患者生存质量的核心威胁^[1-2]。其发作骤然、峰值迅速的特点,将患者置于生理剧痛与心理恐慌的双重压力之下,迫使其在极短时间内进行即时且高风险的决

策^[3]。这不仅直接加剧躯体痛苦,还会显著降低患者对治疗的信心与依从性,进一步影响整体疼痛控制效果。目前,相关指南^[4]和专家共识^[1]已提出针对癌性爆发痛的标准药物干预方案,但临床实践中仍存在依从性不足的问题,部分患者可能出现用药延迟、拒绝有效镇痛或采取不当应对方式等情况^[5-6],导致疼痛控制不佳、生活质量持续下降等不良结局。针对癌性爆发痛,现有研究多集中于镇痛药物的效果评价^[7-8],对患者疼痛发作时主观体验及即时决策过程的关注较少,尤其缺乏对真实临床场景中患者决策困境、情绪反应与应对策略选择的深度剖析。因此,本研究采用质性研究方法,旨在深入探讨晚期癌症患者在癌性爆发痛情境下的决策体验与应对行为,以期完善

作者单位:1. 湖南中医药大学护理学院(湖南长沙,410208);2.

湖南省肿瘤医院医院感染办公室

通信作者:刘翔宇,979596459@qq.com

樊宇佳:女,硕士在读,护师,824648674@qq.com

科研项目:长沙市 2024 年度软科学研究计划项目(Kh2502053);湖南省肿瘤医院高层次人才五年行动计划支持项目(20250731-1026)

收稿:2025-12-12;修回:2026-02-10

以患者为中心的疼痛管理策略提供依据。

1 对象与方法

1.1 对象 采用目的抽样法,选取 2025 年 1—5 月湖南省肿瘤医院收治的晚期癌症患者为研究对象。纳入标准:①经病理确诊为晚期恶性肿瘤(Ⅳ期);②年龄≥18 岁;③过去 1 个月内经历过至少 1 次符合标准的癌性爆发痛[在基础镇痛控制相对稳定背景下,疼痛强度在较短时间内骤然加重至中重度以上,疼痛

数字评定量表(NRS)评分≥7 分^[9]];④意识清楚,具备基本沟通表达能力;⑤知情同意并自愿参与本研究。排除标准:①并存严重认知功能障碍或精神疾病无法配合访谈;②生命体征不稳定,预计无法完成访谈;③处于临终谵妄状态。样本量依据信息饱和原则确定。最终纳入 15 例患者(编号 P1~P15),访谈对象一般资料见表 1。本研究经湖南省肿瘤医院伦理委员会审核批准(KY2025501)。

表 1 访谈对象一般资料

编号	年龄(岁)	性别	主要诊断	癌性爆发痛程度(分)	疼痛部位	基础镇痛药物	文化程度
P1	60	女	卵巢癌复发转移	9	会阴部、肛门	氢吗啡酮、羟考酮、普瑞巴林	初中
P2	53	男	前列腺癌骨转移	10	腰部、髋部、左下肢	羟考酮片、吗啡片、芬太尼贴剂、普瑞巴林	高中
P3	46	男	肺癌肝转移	9	右胸部、肩背部、右腿	羟考酮片、普瑞巴林	大专
P4	35	女	宫颈癌腰椎骨盆转移	9	臀部、下肢、腰背部	羟考酮片、普瑞巴林、氢吗啡酮	高中
P5	56	男	舌癌淋巴结转移	7	口腔、左颜面、下颌	羟考酮片、芬太尼贴剂、氢吗啡酮、普瑞巴林	高中
P6	60	女	膀胱癌、肺癌多发转移	10	双下肢	羟考酮片、氢吗啡酮	初中
P7	52	女	宫颈癌脑转移	8	左侧腰腹部	羟考酮片、吗啡片、氢吗啡酮、普瑞巴林	大专
P8	58	男	肺癌脑转移、肾上腺转移	9	背部、左侧肢体、头部	吗啡片、可待因、普瑞巴林、羟考酮片	高中
P9	61	女	胰腺癌多发转移	9	腹部、腰背部	羟考酮片、吗啡片、芬太尼贴剂、普瑞巴林	初中
P10	58	女	肝癌多发淋巴结转移	10	全身	羟考酮片、吗啡片	大专
P11	57	男	食管癌多发转移	9	颈部	羟考酮片、芬太尼贴剂、吗啡片	高中
P12	61	男	胃癌腹腔淋巴结转移	10	胸骨后、心前区	羟考酮片、吗啡片	初中
P13	60	男	肺癌腹膜后淋巴结转移、骨转移	10	胸背部、腰部、双下肢	氢吗啡酮、羟考酮片、罗哌卡因、苯磺酸克利加巴林	高中
P14	43	男	颊黏膜癌颈淋巴结转移	7	右侧颌面及颈部	芬太尼贴剂、布桂嗪、氢吗啡酮	大专
P15	58	女	肺癌多发转移	8	腰臀部、双膝关节	羟考酮片	高中

注:癌性爆发痛程度采用 NRS 评分。

1.2 方法

1.2.1 制订访谈提纲 研究小组在系统回顾癌性爆发痛及即时决策相关文献^[5,10-13]的基础上,结合研究目的进行小组讨论,初步拟订访谈提纲。选取 3 例符合纳入标准的患者进行预访谈,对提纲内容的恰当性、措辞的易懂性及提问顺序的逻辑性进行修订和完善,形成最终访谈提纲:①请您描述一下最近一次(或印象最深刻的一次)突然暴发的、难以忍受的癌痛是在什么情况下发生的?当时身体有哪些明显的感觉和变化?②在那一刻,您是否感觉情况失控或非常紧急?为什么会有这种感觉?具体想到了什么?③面对那种剧烈的疼痛和内心的恐慌/无助感,您当时做了哪些决定?为什么会做出这些决定?最先想到的是什么?④除了使用药物,您当时尝试了哪些非药物的方法来缓解疼痛或让自己感觉好受一点?这些方法是怎么知道的?效果怎么样?⑤您认为有哪些因素促进或阻碍了您当时的决定和应对?⑥这次经历对您后来再遇到类似疼痛爆发时的决策和处理方式有什么影响?⑦您觉得医护人员、家人或者医疗系统可以做什么,能更好地帮助您在癌痛爆发时做出决定和应对?

1.2.2 资料收集方法 由经过质性研究方法和沟通技巧培训的研究者进行一对一、半结构式深度访谈。访谈前,研究者向患者详细解释研究目的、内容、保密原则及权利,签署知情同意书。访谈地点选择病房或医院谈话室等安静、私密的环境。访谈以开放式问题开始,遵循访谈提纲引导,鼓励患者充分表达,研究者

专注倾听,观察并记录非语言信息。每次访谈时间 30~50 min。访谈过程全程录音。

1.2.3 资料分析方法 访谈结束 24 h 内,由 2 名研究者将录音资料逐字转录为文本,使用 NVivo12 软件辅助管理文本和编码,对转录文本进行匿名化处理,并进行交叉核对。采用 Colaizzi 7 步现象学分析法^[14]进行资料分析:反复仔细阅读所有访谈文本,提取与研究问题相关的、能呈现患者癌性爆发痛即时决策与应对的原始陈述;对这些陈述进行反思和编码,提炼其隐含的意义;2 名研究者独立将具有相似或相关联意义的单元进行归类、整合,初步形成主题簇,进一步综合、精炼,形成结构化的主题和亚主题,并将其详尽描述,力求全面反映患者经验,提炼出能最精炼、最本质地概括所有主题的现象学本质;并将提炼出的主题描述返回给部分受访患者,询问其是否准确反映了他们的真实经历和感受。

2 结果

共提炼出 5 个主题、12 个亚主题。

2.1 主题一:疼痛突发性和生存危机感

2.1.1 疼痛强度骤升,毫无征兆 患者普遍将癌性爆发痛形容为超越既往任何痛感的、瞬间发生的剧烈打击,完全超出预期和准备,这种剧痛常伴有显著的生理反应。P3:“刚一起身,右胸口像被电钻猛戳一下,腿一软就跪地上了,眼前发黑。”P12:“胸口突然像被大石头压住,骨头像要裂开,气都喘不上,嗓子堵得一句话也说不出。”P7:“左边腰和肚子猛地像被烧红

的铁棍捅了一下,冷汗一下子把衣服湿透,连喊疼的力气都没了。”

2.1.2 身体失控,信念崩塌 剧痛不仅造成身体功能的瞬间瓦解(如肢体失控、感官障碍),更伴随着强烈的失控感和绝望感,严重动摇患者对当前疼痛控制措施的信心,甚至引发对疾病进展和生存的深度危机感。P10:“那一刻四肢不是自己的,灵魂像被抽走,只觉得我要死了,没救了。之前吃的药好像全白费了。”P8:“后背剧痛炸开时,左腿完全失去知觉,以为自己瘫痪了,特别害怕再也动不了。”P9:“腹部胀痛到呕吐,连贴剂都没用,绝望了,是不是肚子里全坏了?”

2.2 主题二:癌痛突发时的即时评估与递进决策

2.2.1 即时评估 患者在剧痛袭来的瞬间,会本能地进行快速评估,包括将当前疼痛强度与既往最痛经历进行比较、追问突发原因,并迅速盘点自身剩余耐力及可用的应对资源。P4:“比我生孩子还疼,我怕是病情恶化,也不敢多吃一片(镇痛药),只好叫老公去问医生。”P6:“我怀疑还能不能撑过去,脑子只能想,是忍?吃药?还是叫人?药就在床头柜,但儿子刚出去……”

2.2.2 决策节点 基于即时评估,患者在剧痛驱使下,被迫跨越“三重决策闸门”。第一重“决策闸门”为疼痛耐受与干预行动的二元抉择。受传统“忍痛”观念、镇痛药物的负面认知及用药恐惧等因素影响,多数患者在该决策阶段易作出初始耐受的选择。P5:“第一反应是能忍就忍啊,也不是什么好事情(指吃药)。”第二重“决策闸门”为自我处置与外部协助的二元抉择。当患者作出镇痛决策后,需进一步抉择方式,自我处置方式包括自行服用镇痛药物、调整躯体体位;外部协助方式包括向家属求助、呼叫医护人员介入等。该决策的制订受疼痛剧烈程度、躯体活动能力、镇痛药物的可及性及外部支持资源的获取效率等因素综合影响。P13:“痛得吐得不行了,自己够不着药,喊女儿替我找药喂我,还是不行,就打了“120”,到医院才打上吗啡。”第三重“决策闸门”为给药方案的即时抉择。若患者抉择采取药物镇痛干预,需快速确定核心药物干预要素,包括备用即释型镇痛药物的品类选择、给药剂量的把控、给药途径的选取等。P1:“痛的时候我就按医嘱多吃一片即释药,心里默数,二十分钟压不住我就必须喊护士了,可能需要打针。”这三重决策在剧痛压迫下常快速甚至重叠发生,充满压力和不确定性。

2.3 主题三:应对策略的多样性

2.3.1 与疼痛共处 疼痛将患者置入一场内在的“认知-情绪-身体”协同管理过程之中。在此过程中,认知重构、情绪调节与身体掌控相互配合,是患者应对癌性爆发痛的重要策略^[15]。认知重构方面,患者不再将疼痛单纯视为灾难,而是将其视为身体发出的警示信号,并努力实践接纳与忍耐,直面疼痛现实。P9:“这是

身体在报警。”情绪管理方面,患者常采用注意力转移、接受现实及积极自我对话等方式缓解恐惧、愤怒与绝望感。P11:“拿手机刷短视频,让自己跟着笑。”P15:“既然躲不过,就学着面对。”P4:“那时候心里就一个念头,我得挺住,不能先垮了。”身体掌控方面,患者通过不断调整姿势寻找疼痛最小体位,并尝试物理自疗措施,如深呼吸、局部按摩等。P3:“蜷起来侧卧会好一点。”P2:“让老伴给我揉揉最痛的那个点。”

2.3.2 寻求他人帮助 疼痛的侵袭往往削弱个体的独立能力,迫使患者转向重要的他者寻求支撑^[16]。在剧痛中,配偶、子女及医护人员等构成的社会支持系统,在患者应对过程中扮演了关键角色。亲密家属是患者重要的情感支持源。当疼痛难以忍受时,患者通过身体接触或言语宣泄等方式从家人处获取安全感。P7:“疼得受不了时就抓住老公的手喊,喊出来心里就没那么堵了。家属也承担着协助用药、联络医疗系统等实际任务,成为连接患者与专业医疗资源的枢纽。P12:“会喊我儿子‘快!把床头柜那个小白药片拿一片给我,再倒半杯温水!’再不行就赶紧告诉张医生!”此外,部分与医护人员共同制订了个体化疼痛预案的患者,往往表现出更高的应对信心与控制感。P9:“医生之前给我写了一个很清楚的预案,写明哪种痛该吃哪种药、吃多少,出现什么情况要紧急就医。照着做,心里有底,不容易慌乱。”

2.3.3 利用环境资源 患者积极利用和塑造所处环境,构建对抗疼痛的外部堡垒。他们常通过调节光线、温度与声音等营造相对舒缓的氛围。P4:“灯光调暗点,安静些,不热不冷的天气刚刚好,感觉疼痛好像小一点点。部分患者借助信仰或信念寻求慰藉和力量。P1:“心里求菩萨保佑,让我撑过去。”

2.4 主题四:即时决策中的现实困境

2.4.1 药物依赖与不良反应的两难抉择 即释阿片类药物因其相对快速和可预测的镇痛效果^[17],被患者普遍视为对抗剧烈癌性爆发痛的最可靠干预手段。然而,患者对其持有矛盾心理。P2:“吃了那片即释的吗啡,大概二、三十分钟后疼痛会慢慢松下来,能喘口气了。”然而,对成瘾、耐受性及不良反应的恐惧普遍存在,导致患者有时忍痛不敢足量用药。P10:“老吃吗啡,以后没药可用怎么办?而且已经快一周没排便了,肚子胀得难受,不吃痛死,吃了便秘,两难!”

2.4.2 用药指导模糊与药物可及性差 缺乏清晰、个体化且患者易于理解的用药指导,是患者有效应对癌性爆发痛的重要障碍。P12:“医生只说‘实在受不了再吃’,可‘受不了’是什么标准?我自己也糊涂。”P15:“如果吃一片压不住,我能马上再多吃点吗?”此外,镇痛药物处方限制、药房缺货、取药流程繁琐等导致药物可及性差,延误镇痛时机。P14:“医院开的药外面买不到,等家人排队挂号拿回来,痛已经加剧了很多,已经痛麻木了。”

2.4.3 剧痛峰值认知受限,照护者支持失效 在剧痛峰值期(NRS \geq 9),患者认知资源被疼痛完全占据,非药物策略往往失效。P6:“痛到顶点时,脑子里只有痛,嗡嗡响,啥方法都想不了也用不了。”同时,长期、高强度的照护负担使照顾者身心疲惫,在患者剧痛发作时可能出现反应延迟、操作生疏或情绪慌乱,影响支持效果。P1:“女儿看我疼得打滚,她急得手抖,药瓶都打不开。”

2.5 主题五:应对经验的演变与支持需求

2.5.1 个体应对经验的成长与系统化 初次或早期经历癌性爆发痛常导致患者认知混乱和行为失序^[18]。然而,反复的疼痛危机促使患者通过试错与反思,逐步优化应对流程。P6:“那次疼得我连哭带喘,脑子空白,家里人乱作一团。后面再发作,我就先强撑着赶紧吃即释药,然后立刻让儿子叫医生护士,争取时间。”患者并非被动接受医护建议,而是主动筛选并整合适合自身疼痛模式、耐受程度、药物反应及家庭支持等条件的多种策略,形成个体化的“链式三阶应对法”。P13:“我现在摸索出来了:一旦感觉到那种熟悉的感觉,马上吃药,同时用护士教的呼吸法转移注意力,再让我女儿帮我按腿上的穴位。按顺序来,效果还行。”

2.5.2 对结构化、个性化指导的迫切需求 尽管多数癌症患者已在主观上努力适应疼痛,但普遍存在应对知识与技能不足的困境,因此强烈期望获得由医护人员主导的、清晰易懂的个体化疼痛管理方案,具体体现在以下三方面:①明确的用药指导需求。患者期望获得精准的用药指南,涵盖不同疼痛类型对应的药物选择、剂量标准、疼痛未缓解时的追加时机及24 h最大用药剂量等信息,以消除用药顾虑并提升用药依从性。P8:“最好能写清楚,遇到哪种痛该吃什么药、吃多少?如果止不住,隔多久可以追加?24 h最多不能超过多少?这样我们心里有数,也不怕出错。”②清晰的就医指征告知。患者希望医护人员明确界定需紧急就医的“警报症状”,避免因认知不足延误治疗。P3:“医生护士应该明确告诉我们,出现什么情况就是‘警报’,必须马上呼叫,不能耽误。”③疼痛相关原理的科普需求。患者期待医护人员以通俗语言讲解疼痛成因及非药物镇痛方法(如按摩、姿势调整)的起效机制,以增强其对镇痛措施的信任度与执行依从性。P12:“如果能知道为什么会突然剧痛,为什么按摩、调整姿势会有用,我们做起来才会更坚定,而不是半信半疑。”

3 讨论

3.1 癌性爆发痛的突发性与即时决策的紧迫性 本研究发现,癌性爆发痛具有突发性特征:通常在3~30 min内迅速达到中重度疼痛峰值,其突发性迫使患者在极短的“决策时间窗”内做出反应,但剧烈疼痛可导致注意力、记忆力及计划、决策等执行功能暂时受损^[19]。因此,患者不仅承受着剧烈的生理痛苦,更陷

入一种“生理—心理双重解离”的危机状态,此时的决策具有高压、高不确定性和紧迫性特征^[20]。然而,临床指南^[21]推荐的癌痛管理“评估—干预—再评估”线性流程,在癌性爆发痛的急性发作期常因响应延迟而难以适用,因此,癌性爆发痛管理的核心需从事后反应转向事前预案,通过明确不同情境下的行动步骤(如首选药物与剂量、非药物辅助方法、求助信号等),实现危机发生时的快速启动,从而抓住最佳干预时机,有效打破“疼痛—恐惧—决策失能”的恶性循环。

3.2 癌性爆发痛决策困境与现实应对策略 本研究揭示,癌性爆发痛情境下,患者的决策过程并非理想化的线性“评估—用药”模式,而是高压下充满冲突的动态过程。其核心困境表现为一种根本性的决策悖论:患者需在亟需缓解的剧烈疼痛与阿片类药物长期使用可能带来的风险之间进行权衡,集中反映了其在疼痛控制与生存质量维护之间的两难处境。该决策悖论导致患者在关键节点上出现明显的犹豫,包括是否向外求助、如何判断用药时机,以及选择药物或非药物干预的优先策略。在时间紧迫、信息不充分且认知资源受限的情境中,患者往往并非追求“最优解”,而是采取基于现实的“满意解”或“风险最小化”策略。这一决策特征与自然主义决策理论^[22]高度契合,即个体在高压环境下更依赖于经验形成的模式识别(如辨识疼痛发作类型)与心智模拟(如预判不同应对措施后果),而非系统的理性分析。

3.3 癌性爆发痛即时决策影响因素 本研究结果表明,影响癌性爆发痛即时决策的因素具有多层次、动态交互特征,其机制超越了以疼痛强度为核心的传统生物医学视角,进一步印证了生物—心理—社会模型的解释力^[15]。在个体层面,患者的认知、应对经验与情绪调节能力构成决策基础,即疼痛认知导向决定应对方式,经验积累形成个性化决策规则,情绪调节直接影响决策冷静程度。在人际层面,社会支持系统发挥关键的调节作用。家属作为患者癌性爆发痛“第一支持系统”,其情感支持与实操协助可显著增强患者的决策信心,而照护者知识储备不足或应对不当则可能成为决策障碍,提示对家庭照护者开展系统培训具有必要性。在系统层面,个体化用药指导缺失导致患者癌性爆发痛发作时缺乏决策依据。同时,处方限制、药品供应不畅等药物可及性问题则从操作层面限制了患者的决策选择,形成“有决策却难执行”的困境,反映出医疗政策与患者实际需求之间存在脱节。

3.4 主动赋能是癌性爆发痛管理的核心 癌性爆发痛管理核心在于推动“被动镇痛”向“主动赋能”转变。研究表明,增强患者自我管理能力有助于提升疼痛控制效果^[23]。首先,提供结构化与个体化的决策支持工具。本研究显示,患者普遍表达了对个体化疼痛管理预案的强烈需求。建议医患共同制订癌性爆发痛书面管理方案,内容应包括:疼痛分级、对应的药物干

预(药品、剂量、用药间隔与 24 h 剂量)与非药物干预措施,以及需立即就医的“红色警报”症状。该预案有助于减少患者决策犹豫,增强应对信心。其次,加强患者与照护者协同教育。除疼痛机制与阿片类药物知识外,应将主要家庭照护者纳入教育体系,使其掌握癌性爆发痛识别、非药物缓解方法、用药协助与紧急求助流程,成为可靠的“第一支持系统”。第三,优化政策与环境支持。本研究显示,药物可及性不足、用药指导欠缺是影响患者决策与镇痛实施的重要障碍。建议为晚期癌症患者建立用药“绿色通道”,如推行预处方或社区优先配药机制,同时设立专项咨询渠道,提供即时专业支持,减轻其在决策时的无助感。将患者与照护者视为合作的决策主体,通过提供工具支持、知识培训与系统保障三方面的综合干预,系统化解癌性爆发痛管理中的决策困境,提升整体管理质量与人文关怀水平。

4 结论

本研究通过质性分析深入阐释了晚期癌症患者癌性爆发痛的真实体验与决策过程,结果显示,癌性爆发痛骤发剧烈,患者在短时间内完成即时评估与三重递进决策,常陷入镇痛需求与阿片类药物顾虑的两难困境,其决策过程受用药指导不清、药物可及性差、照护支持不足等多重因素影响。患者多采取现实应对策略,亟需个性化、结构化的疼痛管理预案。构建以决策支持、协同培训、系统保障为核心的主动赋能模式,可为优化癌性爆发痛管理提供依据。本研究为单中心质性研究,样本代表性有限,结果依赖患者主观回忆,存在一定偏倚,未进行长期追踪,未来可开展多中心、纵向研究以进一步验证与完善本研究结果。

参考文献:

- [1] 中国医师协会疼痛科医师分会中华医学会疼痛学分会国家疼痛专业医疗质量控制中心,北京市疼痛治疗质量控制和改进中心. 癌症相关性疼痛评估中国专家共识(2023 版)[J]. 中国疼痛医学杂志,2023,29(12):881-886.
- [2] Suresh N V, Harris J, Chorath K, et al. Clinical practice guidelines in the management of breakthrough cancer pain: a systematic review using the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE II) instrument[J]. Pain Manag Nurs,2022,23(4):411-417.
- [3] Løhre E T, Thronæs M, Klepstad P. Breakthrough cancer pain in 2020[J]. Curr Opin Support Palliat Care, 2020,14(2):94-99.
- [4] Fallon M, Giusti R, Aielli F, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO clinical practice guidelines[J]. Ann Oncol,2018,29(Suppl 4):iv166-iv191.
- [5] Mercadante S, Marchetti P, Cuomo A, et al. Breakthrough pain and its treatment: critical review and recommendations of IOPS (Italian Oncologic Pain Survey) expert group[J]. Support Care Cancer,2016,24(2):961-968.
- [6] Pérez-Hernández C, Blasco A, Gándara Á, et al. Prevalence and characterization of breakthrough pain in patients with cancer in Spain: the CARPE-DIO study[J]. Sci Rep,2019,9(1):17701.
- [7] Brant J M, Rodgers B B, Gallagher E, et al. Breakthrough cancer pain: a systematic review of pharmacologic management[J]. Clin J Oncol Nurs,2017,21(3 Suppl):71-80.
- [8] Zeppetella G, Davies A, Eijgelshoven I, et al. A network meta-analysis of the efficacy of opioid analgesics for the management of breakthrough cancer pain episodes[J]. J Pain Symptom Manage,2014,47(4):772-785. e5.
- [9] 王昆. 癌性爆发痛专家共识(2019 年版)[J]. 中国肿瘤临床,2019,46(6):267-271.
- [10] Oldenmenger W H, Smitt P A E S, Dooren S V, et al. A systematic review on barriers hindering adequate cancer pain management and interventions to reduce them: a critical appraisal[J]. Eur J Cancer,2009,45(8):1370-1380.
- [11] 初雪云,李娜,黄志梅. 癌性爆发痛患者生活质量和护理需求的质性研究[J]. 齐鲁护理杂志,2020,26(11):1-4.
- [12] 宋颖,田畅,李佳祺. 晚期肿瘤病人发生爆发痛体验的质性研究[J]. 全科护理,2023,21(20):2848-2851.
- [13] 李佳祺,田畅,宋颖. 晚期癌痛患者照顾者不同诊疗阶段照护需求的质性研究[J]. 护理学杂志,2024,39(4):17-20.
- [14] 刘明. Colaizzi 七个步骤在现象学研究资料分析中的应用[J]. 护理学杂志,2019,34(11):90-92.
- [15] Engel G L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine[J]. Science,1977,196(4286):129-136.
- [16] Davies K A, Macfarlane G J, Mcbeth J, et al. Insecure attachment style is associated with chronic widespread pain[J]. Pain,2009,143(3):200-205.
- [17] Cascella M, Monaco F, Nocerino D, et al. Bibliometric network analysis on rapid-onset opioids for breakthrough cancer pain treatment[J]. J Pain Symptom Manage,2022,63(6):1041-1050.
- [18] Moriarty O, McGuire B E, Finn D P. The effect of pain on cognitive function: a review of clinical and preclinical research[J]. Prog Neurobiol,2011,93(3):385-404.
- [19] Apkarian V A, Hashmi J A, Baliki M N. Pain and the brain: specificity and plasticity of the brain in clinical chronic pain[J]. Pain,2011,152(3 Suppl):S49-S64.
- [19] Lipshitz R, Klein G, Orasanu J, et al. Taking stock of naturalistic decision making[J]. J Behav Decis Making,2001,14(5):331-352.
- [21] Swarm R A, Maria D. NCCN frameworks for resource stratification of NCCN guidelines: adult cancer pain and palliative care[J]. J Natl Compr Canc Netw,2018,16(5S):628-631.
- [22] Hunter S, Considine J, Manias E. Nurse decision-making when managing noradrenaline in the intensive care unit: a naturalistic observational study[J]. Intensive Crit Care Nurs,2023,77:103429.
- [23] 范祖燕,林金香,吴丹纯. 疼痛全程管理对癌痛患者服药依从性及爆发痛的影响[J]. 护理学杂志,2017,32(1):33-36.