

人文关怀式护理在晚期胃癌和胰腺癌患者行 CAR-T 细胞治疗护理的应用效果评价

温静 田清艳 闫俊辉 覃丽君

深圳市罗湖区人民医院肿瘤免疫科，广东深圳，518000；

摘要：目的：探讨人文关怀式护理在晚期胃癌和胰腺癌患者行 CAR-T 细胞治疗的护理应用效果。方法：选取 2022 年 11 月至 2024 年 6 月期间到我院接受 CAR-T 细胞治疗的晚期胃癌和胰腺癌患者（男/女：4/3）作为研究对象，共计 7 例，采用电脑抽号法作为分组方式，将其分为观察组 3 例、对照组 4 例，对观察组患者提供综合性人文关怀式护理，对对照组患者提供常规护理，对比两组患者经不同护理后的差异性。结果：观察组患者的满意度高于对照组，差异存在统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组患者的 SAS、SDS 等评分低于对照组，差异存在统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组患者的生活质量高于对照组，差异存在统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：对于接受 CAR-T 细胞治疗的晚期胃癌和胰腺癌患者而言，为其提供具有综合性的人文关怀式护理服务，这种方式可以有效提升患者的满意度，并且对患者的焦虑、抑郁等负性情绪具有积极的缓解作用，同时还可以改善患者的生活质量，值得临床应用。

关键词：晚期胃癌和胰腺癌；CAR-T 细胞治疗；综合性人文关怀式护理；应用效果

DOI:10.69979/3029-2808.24.7.024

晚期胃癌和胰腺癌患者的病情状况相对危急，且患者的生存率相对欠佳，目前，CAR-T 细胞治疗是临床对晚期胃癌和胰腺癌患者的新型治疗措施，其治疗效果虽然显著，但还是可能引起患者发生不同程度的不良反应，延缓患者的恢复，故而，需要加强人文护理服务^[1]。以往，临床对患者提供的常规护理服务相对缺乏特异性，效果并不理想。综合性人文关怀式护理服务在医学领域中的重要性日益凸显。它强调肿瘤患者的情感需求、尊重患者的人格尊严，以及患者的身心健康，目前在国内外已经得到了广泛的应用^[2-3]。因此，本文通过纳入 7

例接受 CAR-T 细胞治疗的晚期胃癌和胰腺癌患者作为研究对象展开分析，旨在深入研究晚期胃癌和胰腺癌患者行 CAR-T 细胞治疗的人文关怀式护理。现做出如下报告。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2022 年 11 月至 2024 年 6 月期间到我院接受 CAR-T 细胞治疗的晚期胃癌和胰腺癌患者作为研究对象，共计 7 例，采用电脑抽号法作为分组方式，将其分为观察组 3 例、对照组 4 例。两组患者的一般资料对比，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。具体见表 1。

表 1 资料对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	性别		年龄均值（岁）
		女性	男性	
观察组（综合性人文关怀式护理）	3	2（66.66）	1（33.33）	51.07±1.87
对照组（常规护理）	4	2（50.00）	2（50.00）	51.06±1.85
χ^2/T 值		0.194		0.007
P 值		0.659		0.994

纳入标准：（1）成年人；（2）经病理确诊的晚期胃癌和胰腺癌受试者，且接受至少二线治疗失败或不耐受；且至少一线治疗失败或不耐受；（3）所有研究对

象均知晓本次研究，并自愿加入研究；（4）受试者肿瘤组织样本免疫组织化学（IHC）染色为 Claudin 18.2 呈阳性（阳性定义为实验室 IHC 检测 $\geq 1\%$ 肿瘤细胞中

Claudin 18.2 表达阳性；胃癌和胰腺癌受试者需 HER2 检测阴性）；（5）重要器官的功能水平必须符合下列要求（筛选前 2 周内未接受血制品或造血生长因子治疗，如粒细胞集落刺激因子、促红细胞生成素等）：①中性粒细胞绝对值（ANC） $\geq 1.0 \times 10^9/L$ ；②淋巴细胞绝对值（ALC） $\geq 0.3 \times 10^9/L$ ；③血小板（PLT） $\geq 50 \times 10^9/L$ ；④血红蛋白（HGB） $\geq 70 g/L$ ；⑤国际标准化比值（INR）和活化部分凝血活酶时间（APTT） < 1.5 ；⑥血清总胆红素（TBIL） $\leq 1.5 \times ULN$ （对于 Gilbert 综合征受试者，TBIL $\leq 3 \times ULN$ ）；ALT 和 AST $\leq 2.5 \times ULN$ （如果有肝转移，则 ALT 和 AST $\leq 5 \times ULN$ ）⑦尿常规显示尿蛋白 $\geq ++$ 的受试者，应接受 24 小时尿蛋白定量检测，检测结果 $< 1.0g$ ；⑧非吸氧状态下血氧饱和度 $\geq 95\%$ 。

排除标准：（1）首次输注前 4 周内，接受过其他化疗（方案规定预处理化疗及桥接治疗除外）、小分子靶向治疗、免疫抗肿瘤治疗（免疫检查点抑制剂等）、放疗、大手术治疗的受试者；（2）既往接受过任何细胞免疫治疗（包括但不限于 CAR-T、CIK、NK 细胞治疗等）；（3）未从既往抗肿瘤治疗的不良反应中恢复（即依据 CTCAE V5.0 恢复至 ≤ 1 级或者基线水平）；（4）当前需要治疗的中枢神经系统转移或未经控制的中枢神经系统转移；或确认中枢神经系统转移，但经抗肿瘤治疗未稳定 4 周以上（中枢神经转移稳定的定义：未发现因中枢神经转移导致的新的神经功能缺损、中枢神经系统影像学检查未发现新的病灶、并且不需要皮质激素/类固醇治疗）、脊髓压迫症、癌性脑膜炎或软脑膜症者；（5）伴有临床症状或需要对症处理的大量胸/腹水或心包积液（一个月一次或者更频繁的穿刺或引流）；（6）有精神类药物滥用史且无法戒除者或有精神障碍者；研究者认为患有其它严重急性或慢性疾病、不适合参加临床试验者。

1.2 方法

1.2.1 对照组

为对照组患者提供常规护理，具体内容如下：给予患者常规心理护理、常规用药指导、常规健康宣教等。

1.2.2 观察组

观察组在对照组基础上采用人文关怀式护理。①入院指导：患者入院后，由于部分患者对医院的环境、制度等方面的了解不足。故而应为其介绍科室相关信息

及基础设施。使患者及家属熟悉医院环境，减少陌生感和恐慌感。介绍胃癌的诱因，CAR-T 输注流程，使患者及家属主动配合健康的生活方式，提升患者的自我管理能力，促使病情好转。②运用叙事护理“3554 四叶草”模型，即三个精神（叙事护理是一种态度，是以一种尊重、谦卑、好奇的态度来面对生命；叙事护理强调的不是技术而是态度，只有生命才能进入生命，只有灵魂才能与灵魂交流；不是以改变患者为目的，是强调对患者生命的了解与感动），五个理念（人不等于疾病，疾病才是疾病；每个人都是自己疾病的专家；每个人都有资源和能力；每个人都是自己生命的作者；疾病不会百分百操纵人），五个技术（外化，解构，改写，外部见证人，治疗文件）、四个改变（疗愈患者，关爱友朋，亲密家人，遇见自己）方法进行五分钟沟通。具体实施步骤如下：（1）心理护理：患者受疾病、精神、社会、经济等多因素的影响，易产生不良心理状态。护士应优先评估患者心理状态，护理人员需要积极与学生运用多维度的心理护理服务进行干预，例如：指导患者保持深呼吸而处于身心放松的状态，并引导患者诉说其自身的负性情绪，且需要采取相应的安抚措施，以改善负面情绪，使患者能积极配合临床护理工作。引导患者回忆曾经发生过的正性事件，协助患者重建信心。鼓励患者保持良好情绪、积极参加娱乐活动，增加与社会的接触，减轻患者的负性情绪。（2）情感支持与陪伴：护理人员应通过倾听、安慰和鼓励等方式，给予患者足够的情感支持，让他们感受到关爱和温暖。同时，鼓励家属积极参与患者的照顾与陪伴，共同度过这段艰难时期。（3）宣教指导：为患者介绍与疾病相关的知识，并动态分析患者的病情进展，根据患者的接受能力为其进行介绍，提升患者对疾病的认知能力，并增强患者的配合度。

1.2.3 所有患者均接受 30d 的干预。

1.3 观察指标

1.3.1 组间患者的临床指征对比

详细记录两组患者的 IL-6、CD4+、CD8+、CD4+/CD8+、CA199、CA125、CEA 等。

1.3.2 组间患者的满意度对比

根据我院自制的《护理满意度量表》，来分析患者对护理满意度的评价，该量表包含了护理服务、护理方式、护理环境三个项目，每项各 100 分，总护理满意度评分 = （护理服务 + 护理方式 + 护理环境）/ 3，分数越高，

对护理的满意度越好。

1.3.3 组间患者的生活质量对比

根据 QOL-30 评分量表,对患者护理后的生活质量进行比较分析,量表包含:心理功能、躯体功能、认知功能以及社会功能,该量表满分为 100 分,评价分数越高,表示患者的生活质量越好。

1.4 统计学分析方法

SPSS 23.0 软件包处理结果指标数值,本文中所示的指标数值主要包括两种类型,即计数资料、计量

资料,在检验计量资料时选择 t,结果为 ($\bar{x} \pm s$) 标准,在检验计数资料时选择卡方,结果为百分比,在分析两组是否有差异存在时,主要依赖于 P 值,临界值为 0.05,小于临界值为组间有差异存在。

2 结果

2.1 组间患者的临床指征对比

观察组患者的临床指征改善效果高于对照组 ($P < 0.05$),详情见表 2 所示。

表 2 组间患者的临床指征对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CD4+(%)		CD4+(%)		CD8+(%)		CD4+/CD8+		IL-6 (μ g/L)		CA199 (U/ml)		CA125((U/ml)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	9	12.16 $\pm$ 2.41	8.66 $\pm$ 0.14	12.16 $\pm$ 2.41	8.66 $\pm$ 0.14	3.41 $\pm$ 2.08	5.08 $\pm$ 0.14	1.06 $\pm$ 0.54	2.14 $\pm$ 0.08	71.23 $\pm$ 11.67	52.45 $\pm$ 1.08	40.23 $\pm$ 1.52	35.22 $\pm$ 0.21	41.22 $\pm$ 2.52	35.23 $\pm$ 0.22
对照组	9	11.52 $\pm$ 2.64	9.85 $\pm$ 0.08	11.52 $\pm$ 2.64	9.85 $\pm$ 0.08	3.56 $\pm$ 2.09	4.71 $\pm$ 0.06	1.04 $\pm$ 0.57	1.56 $\pm$ 0.09	72.64 $\pm$ 11.21	65.31 $\pm$ 7.08	40.21 $\pm$ 1.58	36.55 $\pm$ 0.14	41.29 $\pm$ 2.54	38.56 $\pm$ 0.21
t 值		0.537	8.546	0.328	14.416	0.094	4.844	0.046	8.815	0.161	3.046	0.016	10.155	0.036	20.918
P 值		0.598	0.000	0.755	0.000	0.928	0.004	0.964	0.000	0.877	0.028	0.987	0.000	0.972	0.000

2.2 组间患者的满意度对比

观察组患者的满意度高于对照组 ($P < 0.05$),详情见表 3 所示。

表 3 组间患者的满意度对比 (%)

组别	例数	护理服务	护理方式	护理环境	总满意度
观察组	3	92.23 $\pm$ 3.12	98.01 $\pm$ 2.11	92.34 $\pm$ 3.08	95.27 $\pm$ 1.12
对照组	4	68.87 $\pm$ 2.22	72.72 $\pm$ 2.23	76.79 $\pm$ 2.24	76.54 $\pm$ 0.16
T 值		9.616	15.169	7.804	34.284
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 组间患者的生活质量对比

观察组患者的生活质量高于对照组 ($P < 0.05$),详情见表 4 所示。

表 4 组间患者的生活质量对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	心理功能	躯体功能	认知功能	社会功能
观察组	3	86.12 $\pm$ 2.12	88.53 $\pm$ 3.25	87.17 $\pm$ 3.65	87.72 $\pm$ 1.35
对照组	4	72.21 $\pm$ 2.23	70.37 $\pm$ 2.64	78.04 $\pm$ 2.27	72.16 $\pm$ 1.82
t 值	-	8.328	8.200	4.119	12.360
P 值	-	0.000	0.000	0.009	0.000

3 讨论

晚期胃癌和胰腺癌是临床常见的消化系统恶性肿瘤,由于晚期胃癌和胰腺癌组织的异质性较高,目前临

床对晚期胃癌和胰腺癌患者提供的手术、化疗、放疗等传统治疗手段相对不够理想，特别是对于进展期晚期胰腺癌患者而言，患者在 5 年内的生存率不足 30%^[4]。当晚期胰腺癌疾病发展至晚期时，临床以往对晚期胰腺癌患者所提供的传统治疗措施的效果相对局限，随着医疗技术的不断发展，肿瘤免疫治疗的应用大幅提升临床对晚期胰腺癌患者的治疗效果^[5]。肿瘤免疫治疗措施在实施过程中主要是通过重新启动并维持肿瘤免疫循环，恢复机体正常的抗肿瘤免疫反应，从而达到清除肿瘤的目的，在诸多肿瘤免疫治疗措施中，CAR-T 细胞治疗措施在临床对晚期胃癌和胰腺癌患者的应用中更为多见，该技术可以有效改造 T 细胞，提升 T 细胞对抗原的识别能力，从而达到提高抗原表达细胞的杀伤作用，控制患者的病情进展。但是在实施 CAR-T 细胞治疗中，患者极易产生不同程度的负性情绪，且会产生多种不良反应，因此需要及时为其护理服务，保障患者的身体健康，提升治疗效果^[6-7]。以往，临床通常采用常规护理服务的方式进行干预，但是这种方式对于此类患者而言相对缺乏针对性，仅根据医嘱为患者提供相关的指导，个性化欠佳，故而效果并不理想^[8]。综合性人文关怀式护理服务则是通过对患者进行综合分析，其中包括：病情、情绪、心理等方面，使患者的生理、心理等方面的需求均可以得到保障，故而对患者的应用效果更理想^[9]。本次研究结果表明，观察组患者的相关指标改善情况、满意度、生活质量均高于对照组，差异存在统计学意义（ p 均 < 0.05 ）。该结果与郭娟云等学者^[10]的研究结果一致。对其原因进行分析，晚期胃癌是临床中发生率较高的恶性肿瘤，这种疾病主要是指癌细胞源自胃的黏膜上皮细胞，引起这种疾病发生的因素相对较为繁多，其中包括：疾病、饮食、生活习惯等，患者在患病初期，其临床症状主要表现为消化不良、腹痛等症状，随着病情发展，患者还会表现出贫血、厌食等症状，如若患者的病情状况未能得到及时的控制，患者则会表现出严重消瘦，并伴随不同程度的疼痛感，治疗难度较高^[11-12]。目前，临床对晚期胃癌和胰腺癌患者的治疗措施主要以 CAR-T 细胞治疗为主，这种方式主要是通过对人体内的 T 细胞进行改造，使其具备识别某种抗原的特异性，从而对抗原细胞产生杀伤作用，达到治疗疾病的目的^[13]。据临床调查发现，我国在 CAR-T 细胞免疫治疗发展水平处于世界前列，CAR-T 细胞疗法临床研究数量已超过美国，国内新

型 CAR-T 细胞研发和应用技术创新也在不断进步^[14]。虽然这种方式可以起到一定的效果，但是对于晚期胃癌和胰腺癌患者而言，其生存率相对较低，且治疗会对患者造成不同程度的不良反应，不利于患者的恢复，因此需要加强对患者的护理服务^[15]。以往，临床通常采用常规护理服务对接受 CAR-T 细胞治疗的晚期胃癌和胰腺癌患者进行干预，但是这种方式相对较为局限，故而效果并不理想，现已无法满足患者的心理需求。综合性人文关怀式护理服务是一种以患者为中心的护理模式，旨在通过尊重、关爱、理解和文化关怀等方式，满足患者的情感和心理需求，提高患者的生活质量和满意度^[16]。该项技术是临床新型护理措施，在实施过程中通过对患者的病情、心理、情绪等方面进行综合分析，以此为依据为其提供具有针对性、特异性的心理护理指导，使患者的心理护理需求可以得到满足，纠正患者的错误认知，提升患者的满意度，效果理想^[17-18]。再者，在开展护理服务过程中，通过对患者的整体情况进行分析，积极对其提供安抚与支持，有助于提升患者的配合度，使其积极参与到治疗中，从而促进疾病的转归，纠正患者的临床症状，改善患者的免疫功能。故而，经护理后，患者的各项指标均得到改善。但是本次研究仍存在一定的不足之处，例如：对患者的随访时间不足、研究样本不足等，在后续研究应对其进行不断的规避，从而提供研究结果的有效性、规范性。

综上所述，应用综合性人文关怀式护理服务对接受 CAR-T 细胞治疗的晚期胃癌和胰腺癌患者进行干预，这种方式有利于纠正患者的负性情绪，改善生活质量，提高患者的满意度，具有临床广泛应用的意义。

参考文献

- [1] 李健. 基于 KEYNOTE-059/061/062 研究评估帕博利珠单抗治疗微卫星高度不稳定的胃癌或胃食管结合部癌的疗效[J]. 中国肿瘤临床, 2023, 50(16): 816-820.
- [2] 李娟, 叶斯斯, 韩春, 等. 免疫检查点抑制剂联合化疗抗血管生成药物二线治疗晚期胃癌及胃食管结合部腺癌患者的疗效分析[J]. 解放军医学院学报, 2023, 44(7): 763-768.
- [3] 王宗艳. 探析胃癌患者手术治疗中国术期护理应用快速康复外科理念的有效性[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2021, 21(9): 362-364.
- [4] 刘慧革, 张莉, 胡荣臻. 疼痛护理联合临终关怀对晚

期胃癌患者癌因性疲乏、生存质量及死亡态度的影响[J]. 护理实践与研究, 2021, 18(21): 3277-3280.

[5] 郭芬, 王玉, 时建明, 等. 基于真实世界分析信迪利单抗联合化疗方案治疗晚期胃癌的临床疗效及安全性[J]. 中国药业, 2023, 32(17): 111-115.

[6] 周雪桐, 安彩艳, 张谦. 基于稳健排序整合算法对胃癌治疗靶点及相关免疫细胞浸润分析[J]. 国际检验医学杂志, 2023, 44(20): 2433-2438, 2446.

[7] 吴丽萍, 王虹, 刘玉静. 延续性护理在晚期胃癌患者中的应用及对患者心理的影响[J]. 长春中医药大学学报, 2021, 37(1): 207-209.

[8] 何萍, 蔡芸芸, 沈克平. 探讨脾气虚证胃癌术后应用胃肠安方加减治疗的疗效及其对免疫功能的影响[J]. 临床和实验医学杂志, 2023, 22(10): 1045-1049.

[9] 林晓蕾, 黄凤, 吴玉珍, 等. 自控镇痛泵针对性护理在晚期胃癌患者中的应用效果[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(16): 142-144.

[10] 郭娟云, 杨晓华. 阶梯式心理护理结合聚焦解决模式对胃癌免疫治疗患者心理复原力及健康素养的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2023, 8(10): 128-130.

[11] 于方, 顾世玉, 王晓敏, 等. 标准化护理模式对早期胃癌患者内镜黏膜下剥离术治疗效果及并发症的影响[J]. 新乡医学院学报, 2023, 40(4): 371-374, 379.

[12] 刘晓玲, 田旭. 系统护理干预对晚期胃癌化疗患者癌因性疲乏及生活质量的影响[J]. 临床与病理杂志, 2020, 40(12): 3251-3255.

[13] 饶灿, 郭洁, 王云. 整体护理对胃癌化疗患者人际关系, 抑郁, 焦虑, 恐怖, 偏执心理状态以及治疗依从性的影响探讨[J]. 中外医疗, 2022, 41(30): 173-177.

[14] 雷磊, 刘星, 张建国, 魏伟, 梁雪, 陈琳. 全胰腺切除术联合肠系膜上动静脉切除重建围术期护理 1 例报告并文献复习[J]. 临床医药实践, 2024, 33(10): 769-772+777.

[15] 张鑫, 刘玲, 刘为. 基于二元应对理论的安宁疗护健康教育对胰腺癌终末期患者及家属死亡态度的影响[J]. 中国药物经济学, 2024, 19(S1): 163-165.

[16] 陈丽娜, 张璐, 王卫丽, 卢沛, 王连才. Orem 自理理论干预对胰腺癌姑息治疗患者自护能力、负性情绪及生活质量的影响[J]. 癌症进展, 2024, 22(14): 1605-1608+1612.

[17] 王琳, 梁燕年. 以优化心理和睡眠为核心的体贴式干预对胰腺癌手术患者的临床效果[J]. 世界睡眠医学杂志, 2024, 11(06): 1326-1328.

[18] 郝志林. 基于生命回归模式的姑息性护理对胰腺癌晚期患者心境状态及癌因性乏力的影响[J]. 中华养生保健, 2024, 42(10): 109-111.