

# 系统性护理干预对食管癌化疗患者心理状态及睡眠质量的影响

杨玲玲, 王斌, 王树华

南通大学附属南京江北人民医院肿瘤科 南通大学肿瘤转化医学研究所, 江苏 南京 210048

**摘要:** 目的 探讨系统性护理干预对食管癌化疗患者心理状态及睡眠质量影响。方法 选取 2017 年 1 月至 12 月 120 例食管癌化疗患者为研究对象, 根据硬币投掷法将受试者分为对照组和研究组, 每组 60 例, 对照组患者给予传统的临床基础护理, 研究组患者在此基础上给予系统性护理干预, 比较两组患者干预前后的心理状态、干预后睡眠质量评分及护理满意率。结果 干预后两组焦虑、抑郁状态评分较干预前均显降低, 且研究组低于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P$  均  $< 0.05$ )。研究组患者匹兹堡睡眠指数量表 (PSQI) 各项目得分及总分低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。研究组 PSQI 总分  $\leq 4$  分的患者占 93.33% (56/60), 对照组 PSQI 总分  $\leq 4$  分的患者占 53.33% (32/60), 两组比较差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。干预后研究组护理总满意率为 96.67%, 对照组为 85.00%, 两组比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 系统性护理干预有助于改善患者的心理状态及睡眠质量, 提高护理质量, 保证化疗效果。

**关键词:** 系统性护理干预; 食管癌; 化学治疗; 心理状态; 睡眠质量; 护理满意率

**中图分类号:** R 473.73 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2018)08-1140-03

食管癌是一种常见的消化道恶性肿瘤, 其发生率及死亡率位居恶性肿瘤第五位, 5 年生存率仅为 10%<sup>[1]</sup>。食管癌发病隐匿, 早期多无明显症状, 据调查, 约有 60% 的患者确诊时已为中晚期, 错过最佳的手术时机, 常需接受辅助化疗来延长生存期<sup>[2]</sup>。尽管化疗可有效的改善患者的临床症状, 但毒副作用较大, 不仅给患者带来一系列的躯体症状, 还会导致患者产生焦虑、抑郁等负面心理应激反应及睡眠障碍, 使生活质量下降<sup>[3]</sup>。有研究资料显示, 在接受化疗的食管癌患者中, 伴有负面情绪的患者约占 60%, 伴有睡眠障碍的患者约为 35%, 而患者诸多的身体不适及心理变化使得患者的睡眠障碍问题尤为突出<sup>[4]</sup>。因此在患者化疗期间配合有效的护理干预帮助患者疏导不良情绪, 改善睡眠障碍对保证顺利完成化疗、提高患者的生活质量有重要意义<sup>[5]</sup>。本研究选取 2017 年 1 月至 12 月本院 120 例食管癌化疗患者为研究对象, 探讨系统性护理干预对食管癌化疗患者心理状态及睡眠质量影响, 现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2017 年 1 月至 12 月本院 120 例食管癌化疗患者为研究对象, 根据硬币投掷法将受试者分为对照组和研究组, 每组 60 例, 对照组中男

38 例, 女 22 例, 年龄 47 ~ 77 ( $60.35 \pm 3.54$ ) 岁, TNM 分期: III 期 35 例, IV 期 25 例, 低分化腺癌 19 例, 中分化腺癌 24 例, 高分化腺癌 17 例; 研究组中男 40 例, 女 20 例, 年龄 48 ~ 76 ( $61.02 \pm 3.68$ ) 岁, TNM 分期: III 期 32 例, IV 期 28 例, 低分化腺癌 18 例, 中分化腺癌 23 例, 高分化腺癌 19 例; 两组患者的基线资料比较无统计学差异 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 纳入及排除标准** (1) 纳入标准: 所有患者经影像学及病理活检均首次确诊为中晚期食管癌<sup>[6]</sup>, 预计生存期 3 个月以上, 经医院伦理委员会批准同意, 患者自愿签署知情同意书。(2) 排除标准: 化疗药物禁忌症、严重的肝肾功能障碍、长期服用镇静及抗抑郁药物、远处器质性转移、消化道出血、精神认知障碍、合并其他恶性肿瘤、化疗前就伴有睡眠障碍性疾病、同期接受心理治疗者、妊娠及哺乳期妇女、接受过系统性治疗即中途退出者。

**1.3 方法** 对照组患者给予传统的临床基础护理, 包括病房环境护理、饮食指导、口头向患者讲述化疗的目的、方法、注意事项、毒副反应等, 预防并发症。研究组患者在此基础上给予系统性护理干预, 具体护理如下。(1) 入院护理: 患者入院后热情接待, 向患者介绍病房环境、主管护士、主治医师, 消除患者的陌生感, 全面评估患者病情、心理状态、睡眠情况等, 制

定个性化护理方案。(2)健康宣教:采用通俗易懂的语言向患者讲解食管癌的病因病机、治疗方法、化疗的必要性、化疗的毒副作用、注意事项等,对患者提出的问题给予耐心解答,消除其内心的顾虑。病房内设置健康教育展板,定期更新食管癌相关内容,举办健康知识讲座,发放健康管理手册,鼓励患者之间相互交流,提高疾病知识的认知水平及治疗疾病的信心。同时建立微信群,为患者提供良好的沟通平台,有专业护士对患者提出的问题进行答疑解惑,使其做到心中有数。(3)心理护理:化疗患者常因疾病困扰及化疗毒副作用而伴有焦虑、抑郁等负面情绪,护理人员应通过沟通全面掌握患者的心理状态,向患者讲解不良心理状态对身体应激反应及治疗效果的影响,教会患者自我调节情绪的方法,同时邀请家属参与到护理工作来,给予患者更多的心理支持及鼓励,帮助患者以平和的心态接受治疗,保证化疗顺利进行。(4)饮食护理:化疗患者常因化疗的毒副作用而出现食欲下降、恶心呕吐、营养不良等症,护理人员应指导患者科学合理饮食,多食用蛋白含量高、维生素含量丰富的食物,加强营养,以清淡易消化的流质及半流质饮食为主,少食多餐,忌生冷刺激、难以消化的食物。(5)运动锻炼:根据患者自身病情及喜好帮助患者制定运动锻炼方案,如散步、太极拳、慢跑、八段锦等帮助患者提高机体抵抗力,促进胃肠蠕动,预防下肢静脉血栓等并发症。

1.4 评价标准 (1)心理状态:采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)及焦虑量表(HAMA)进行评价。HAMA、HAMD 评分标准为无焦虑抑郁:50 分以下;轻度焦虑抑郁:51~60;中度焦虑抑郁:60~70 分;重度焦虑抑郁:70 分以上<sup>[7]</sup>。(2)睡眠质量:采用匹兹堡睡眠指数(PSQI)量表从睡眠紊乱、睡眠潜伏期、催眠药物应用、睡眠持续性、日间功能紊乱、习惯性睡眠效率、主观睡眠质量 7 个项目评价患者的睡眠质量,每项 0~3 分,总分 0~21 分,0 分表示无睡眠障碍,21 分表示入睡困难,PSQI 评分≤4 分表示睡眠质量好,PSQI 评分≥8 分表示睡眠质量差<sup>[8]</sup>。(3)护理满意率:患者出院时以我院自制的满意率调查表从护理技能、健康教育、有效沟通、服务态度、病情监测、基础护理、人文关怀等方面评价其护理满意率,满意率 =

(满意 + 一般)/总例数 × 100%。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 19.0 软件包进行数据统计,计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示,行  $t$  检验;计数资料用例(%)表示,采用  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 干预前后两组患者的心理状态评分比较 干预后两组焦虑、抑郁状态评分较干预前均显降低,且研究组低于对照组,差异均有统计学意义( $P$  均  $< 0.05$ )。见表 1。

2.2 干预后两组患者睡眠质量比较 研究组患者 PSQI 各项目得分及总分低于对照组,两组比较差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。见表 2。研究组 PSQI 总分≤4 分的患者占 93.33%(56/60),对照组 PSQI 总分≤4 分的患者占 53.33%(32/60),两组比较差异有统计学意义( $\chi^2 = 24.545, P < 0.01$ )。

2.3 两组护理满意率比较 干预后研究组护理总满意率为 96.67%,对照组为 85.00%,两组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 3。

## 3 讨论

食管癌多起因于自身体质差异、不良饮食习惯、精神心理因素所致的慢性炎症,发病初期常表现为食欲下降、上腹部不适、恶心呕吐等消化道症状,常因患者误认为饮食不当而延迟就诊,等临床确诊时大多已为中晚期<sup>[9-10]</sup>。化疗是临床上治疗中晚期食管癌的有效手段,但作为一种强烈的应激源会直接侵袭患者的免疫系统,对机体产生严重的创伤,从而使患者出现焦虑、抑郁等负性心理,进一步影响患者的免疫系

表 1 干预前后两组患者的心理状态评分比较  
( $n = 60$ , 分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	HAMD	HAMA
研究组		
干预前	68.53 ± 8.26	67.42 ± 6.88
干预后	43.62 ± 5.13 <sup>*#</sup>	41.25 ± 4.35 <sup>*#</sup>
对照组		
干预前	69.04 ± 7.96	66.95 ± 7.13
干预后	55.64 ± 6.75 <sup>*</sup>	53.62 ± 5.86 <sup>*</sup>

注:与干预前比较,<sup>\*</sup> $P < 0.05$ ;与对照组比较,<sup>#</sup> $P < 0.05$ 。

表 2 干预后两组患者睡眠质量比较 ( $n = 60$ , 分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	睡眠紊乱	睡眠潜伏期	催眠药物应用	睡眠持续性	日间功能紊乱	习惯性睡眠效率	主观睡眠质量	PSQI 总分
对照组	1.83 ± 0.21	2.1 ± 0.72	0.29 ± 0.68	0.89 ± 0.63	2.24 ± 0.65	1.02 ± 1.01	1.55 ± 0.64	9.93 ± 4.54
研究组	0.64 ± 0.15	0.63 ± 0.54	0.05 ± 0.23	0.69 ± 0.57	0.72 ± 0.84	0.16 ± 0.48	0.62 ± 0.67	3.51 ± 3.48
$t$ 值	13.265	9.536	8.574	3.216	8.562	12.564	8.539	11.457
$P$ 值	<0.01	<0.01	<0.01	<0.05	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

表 3 两组护理满意率比较 (例)

组别	例数	满意	一般	不满意	总满意[例(%)]
研究组	60	39	19	2	58(96.67)
对照组	60	34	17	9	51(85.00)
$\chi^2$ 值					4.904
P 值					0.027

统,降低机体对肿瘤细胞的免疫能力,甚至无法顺利完成化疗<sup>[11-12]</sup>。有研究表明,焦虑、抑郁等负性心理状态可导致网状内皮系统活动增强,使血浆中去甲肾上腺素水平升高,从而影响患者的睡眠质量,而长期的睡眠障碍也会进一步加重患者的焦虑、抑郁情绪,形成恶性循环,使患者生活质量下降<sup>[13]</sup>。

以往传统的临床护理常只关注患者的病情进展及治疗情况,口头向患者说明疾病及治疗情况,而忽视患者的心理精神因素对疾病的影响,使治疗效果常难以满足临床预期。系统性护理干预是近年来新兴的一种干预模式,是在心理-生理-社会的医学模式下,坚持“以人为本”的服务理念,根据患者的具体病情、心理及精神状态所实施一系列的护理干预措施,以满足患者心理、生理、社会等多方面的需求、提高其生活质量为目的<sup>[14-17]</sup>。在本研究中,通过入院护理、健康教育、心理护理、饮食护理及运动锻炼等对患者实施全方位的护理干预,可帮助患者疏导不良情绪,掌握疾病相关知识,科学合理饮食,坚持运动提高机体免疫力,以良好的心态积极配合治疗,提高其化疗治疗效果及生活质量。

综上所述,系统性护理干预可有效帮助患者疏导焦虑、抑郁等负性情绪,改善患者的心理状态及睡眠质量,提高护理质量,保证化疗效果。

#### 参考文献

[1] Allum WH, Bonavina L, Cassivi SD, et al. Surgical treatments for esophageal cancers[J]. Ann N Y Acad Sci, 2014, 1325: 242-268.

[2] 定薇, 王佳颖. 个性化护理干预对食管癌患者生活质量及护理满意度的影响[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2015, 22(9): 1088-1090.

[3] 李春花, 吴媛. 食管癌患者化疗期间实施综合心理护理干预的效果评价[J]. 检验医学与临床, 2016, 13(15): 2183-2185.

[4] 郭莉, 汪婷. 恶性肿瘤化疗患者睡眠障碍的相关性研究[J]. 临床心身疾病杂志, 2014(s1): 90.

[5] Tsukada Y, Nakamura F, Iwamoto M, et al. Treatment patterns for T4 stage III esophageal cancer in Japan: analysis from 233 designated cancer care hospitals[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2015, 93(3): E142.

[6] 陈海珠. 围术期护理干预对食管癌患者治疗依从性、生存质量及术后并发症的影响[J]. 检验医学与临床, 2016, 13(2): 222-224.

[7] 李英, 易红梅, 肖英, 等. 综合护理干预对食管癌放疗患者焦虑、进食疼痛及生活质量的影响[J]. 贵州医药, 2016, 40(9): 1000-1001.

[8] 郭海萍, 洪燕. 系统性护理干预对晚期胃癌化疗患者自我效能与癌因性疲乏改善的意义[J]. 河北医药, 2016, 38(1): 139-141.

[9] Patel VL, Millington T, Sharp GC, et al. Neoadjuvant IMRT with chemotherapy for esophageal cancer allows cardiac sparing without increasing postoperative pulmonary complications[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2015, 93(3): S14-S15.

[10] 王丽丽, 袁玲. 食管癌放疗患者心理弹性和焦虑、抑郁对生活质量影响的路径分析[J]. 中国实用护理杂志, 2016, 32(16): 1201-1205.

[11] 吴晓丹, 郑美春, 辛明珠, 等. II期、III期食管癌辅助化疗病人生活质量与焦虑、抑郁、应对方式的相关性研究[J]. 护理研究(上旬版), 2015, 29(3): 813-816.

[12] 王淑芳, 许妍, 李凤莲, 等. 心理护理干预对食管癌根治术患者焦虑抑郁和生活质量的影响[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2016, 23(9): 1108-1111.

[13] 李亚萍, 蔡君东. 临床护理路径在食管癌患者术后放疗化疗护理中的应用分析[J]. 实用临床医药杂志, 2016(4): 169-170, 173.

[14] 边钰, 肖树芹, 骥琨. 癌症化疗病人睡眠质量与症状困扰、心理状态的相关性研究[J]. 护理研究, 2014, 28(13): 1569-1571.

[15] 许楠, 童强. 责任护理小组在食管癌同步放疗化疗患者中的应用效果[J]. 中华全科医学, 2017, 15(3): 528-530.

[16] 焦妙蕊, 杨福娜, 王艺卓, 等. 团体身心干预对食管癌同步放疗化疗患者情绪及生活质量的效果研究[J]. 中国全科医学, 2017, 20(8): 948-952.

[17] 潘勇娜. 化疗对消化系统肿瘤患者抑郁情绪的影响分析[D]. 石家庄: 河北医科大学, 2015.

收稿日期: 2018-02-15 修回日期: 2018-02-28 编辑: 王国品