

# 舒缓护理对肺癌患者呼吸困难症状和负性情绪的影响\*

张立南,周娟,刘吉子  
(深圳市南山区人民医院,广东深圳,518052)

**[摘要]** **目的** 探讨舒缓护理在改善肺癌患者呼吸困难症状和负性情绪中的作用效果。**方法** 对 100 例肺癌呼吸困难症状的患者实施舒缓护理,干预时间 2 周。干预前后比较患者呼吸困难及抑郁和焦虑程度的差异。**结果** 干预后患者呼吸困难及抑郁和焦虑情绪的程度均低于干预前,干预前后比较,均  $P < 0.05$ ,差异有统计学意义。**结论** 实施舒缓护理可使肺癌呼吸困难患者生理、心理上达到舒适和愉快的状态,从而降低其焦虑及抑郁情绪和减轻呼吸困难程度,进而提高患者的生存质量。

**[关键词]** 肺癌;呼吸困难;抑郁;焦虑;舒缓护理

**[中图分类号]** R473.73 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8283(2015)06-0040-04 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2015.06.012

## Role of palliative care in improving the symptoms of dyspnea and negative emotions in patients with lung cancer

Zhang Linan, Zhou Juan, Liu Jizi//Modern Clinical Nursing, -2015, 14(6):40.

**[Abstract]** **Objective** To explore the effect of palliative care on dyspnea and negative emotions in patients with lung cancer. **Methods** According to admission sequence, 100 lung cancer patients with dyspnea received palliative care both for 2 weeks. The differences of dyspnea and negative emotions before and after intervention were observed. **Result** After the intervention, the degree of dyspnea and negative emotions were significantly lower than that before ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The palliative care not only makes lung cancer patients physiologically and psychologically happy, but also lowers the level of anxiety and negative emotions, relieves dyspnea, and thus improves the quality of life.

**[Key words]** lung cancer; dyspnea; depression; anxiety; palliative care

**[基金项目]** \* 本课题为深圳市科技研究课题,项目编号为南科研卫 2012020 号。

**[收稿日期]** 2014-08-15

**[作者简介]** 张立南(1978-),女,吉林人,主管护师,本科,主要从事肿瘤科护理工作。

呼吸困难是肺癌患者病情恶化的一个典型症状,10% ~ 15%的肺癌患者在入院时即有呼吸困难,65%的患者在治疗过程中出现呼吸困难症状,而焦虑、抑郁等许多因素可以加重呼吸困难症状,这种情况在晚期肺癌患者中显得尤为突出<sup>[1-2]</sup>。舒

~~~~~

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>[3] 何忠杰.论急救的时效性[J].中国急救医学,2008,28(7):559-601.</p> <p>[4] 葛均波,徐永健.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2013:142-144.</p> <p>[5] Watts HF,Kerem Y,Kulstad EB. Evaluation of the revised trauma and injury severity scores in elderly trauma patients[J].J Emergencies Trauma Shock,2013,5(2):131-134.</p> <p>[6] 顾玉慧,顾艳茹,沈雁波.根据多发伤急救患者修正创伤评分制定护理程序的效果观察[J].护理学报,2014,21(18):54-56.</p> <p>[7] 韩旭,李树峰,徐峥,等.常用创伤评分在急诊创伤评估中的应用[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2013,8(5):461-463.</p> | <p>[8] Kristin S, April S, Phyllis U, et al. THE impact of the AIS 2005 revision on injury severity scores and clinical outcome measures[J].J Care Injury, 2009, 40(3):999-1003.</p> <p>[9] 洪小英,李娜,周玲,等.院前急救专业小组在院前急救护理中的应用[J].现代临床护理,2013,12(3):51-53.</p> <p>[10] 周卜邻,蒋辰芳,彭发吉.院外院内联合干预对救治多发伤患者的疗效评价[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2012,7(5):478-479.</p> <p>[11] 党伟,刘红升,曹阳,等.严重多发伤的急诊救治分析[J].创伤外科杂志,2014,16(5):390-392.</p> <p>[12] 姚元章.多发伤院内早期急救[J].创伤外科杂志,2013,15(1):93-95.</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

[本文编辑:郑志惠]

缓护理是为患者提供身、心、社、灵的全面照顾,从而缓解患者痛苦的临床症状<sup>[3]</sup>。本研究自2012年1月~2013年1月对原发性肺癌呼吸困难患者实施舒缓护理,经过实践取得较好的效果,现将方法和结果报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择2012年1月~2013年1月在本院肿瘤科住院治疗的100例原发性肺癌患者。入选标准:①患者经病理确诊为肺癌;②患者伴有呼吸困难临床症状;③初中以上文化程度,能够进行有效的交流和沟通;④患者均自愿参加本次研究,签署知情同意书;⑤本研究经过本院医学伦理委员会批准。排除标准:①患者神志不清、阅读障碍或者言语交流障碍,无法进行有效的交流和沟通;②患者为非癌症原因所致的呼吸困难;③患者合并重型精神疾病;④患者不愿意参加本次研究。本组患者中,男56例,女44例;年龄:18~76岁,平均 $(53.30 \pm 28.20)$ 岁。呼吸困难分级<sup>[4]</sup>:4级18例,5~6级52例,7~9级22例,10级8例。文化程度:初中42例,高中(中专)32例,大专及以上26例。病程:1~3个月,平均 $(1.67 \pm 0.58)$ 个月。

### 1.2 方法

1.2.1 成立舒缓护理小组 人员共有8名,组长1名为赴香港进修1年的肿瘤专科护士;5名护理人员均具有主管护师以上职称和5年以上肿瘤专科经验;1名指导老师为香港东区医院肿瘤专科顾问护师,具有丰富的临床经验和肿瘤专科科研能力;1名为心理科专家,为本院心理学博士,在项目的心理评估和干预部分提供建议和指导,同时对焦虑和抑郁患者提供心理干预。

1.2.2 环境护理 用耳机给患者播放音乐,音乐曲目一般选择抒情柔美的纯音乐为主;或播放患者喜爱的音乐,如在夜间睡前、午睡前播放莫扎特的《催眠曲》,还可以播放《红梅花儿开》、《一条小路》等柔美音乐。病房光线柔和,温度在23~26℃,湿度为50%~60%。

1.2.3 生理护理 根据患者不同体位指导和协助患者采用适当方法减轻呼吸困难症状,如卧位时以软枕抬高胸腹部;坐位时在背部提供适当支撑,使躯干得到放松,分开双脚并将肘部置于膝盖上;站立时上半身微向前倾,使臀部靠墙等<sup>[5]</sup>。同时指导患者进行有效呼吸,吸气时胸部轻轻扩张,在感觉舒服的前提下,尽量做深呼吸吸得越深越好。

1.2.4 心理护理 心理学专家每周到病房与患者交流并给予安慰,在患者交谈时表达自己的当时情感,用“是、我理解、还有呢”这样的语句,鼓励患者讲述其不开心的事,同时指导患者采用注意力转移方法,如看电视、听音乐。护理人员不仅在治疗和护理操作时与患者沟通交流,而且还要在这之余与患者聊天,多与患者交谈其关心和喜欢的人和事,以转移患者注意力。采用非语言动作关心患者,如抚摸患者额头、与患者握手、为患者梳理头发等。

1.2.5 社会情感支持 积极寻求社会支持系统,向患者家属及其他社会关系讲解病情给患者带来的痛苦,指导和鼓励其对患者提供良好的社会情感支持,满足患者被关爱与归属感的需要,帮助患者在温馨人际关系中获得舒适感。

### 1.3 效果评价

干预前和干预2周后评价患者呼吸困难及抑郁和焦虑程度。

1.3.1 呼吸困难 采用呼吸困难视觉仿真评分法(visual analogue scale, VAS)测评患者呼吸困难改善情况。VAS是采用100 mm长的直线,将其分为10格,每10 mm为1格,每格设定为1分,直线的起始部位设为0分,表示没有呼吸困难,直线的终末部位设为10分,表示想象中的可能最严重的呼吸困难<sup>[6]</sup>。患者根据目前呼吸困难的程度,在直线上的相应部位做标记,得出评分,0分无呼吸困难,1分呼吸困难非常弱,2分呼吸困难稍弱,3分呼吸困难弱,4分呼吸困难稍强,5~6分呼吸困难强,7~9分呼吸困难很强,10分呼吸困难非常强烈。本研究将评分 $\leq 4$ 判断为轻度的呼吸困难, $\geq 5$ 分为重度的呼吸困难。

1.3.2 抑郁和焦虑 采用焦虑自评量表(self-rating

anxiety scale, SAS)<sup>[7]</sup>和抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)<sup>[7]</sup>对患者的焦虑和抑郁程度进行测评。SAS 和 SDS 共有 20 个项目,各个项目均采用 4 级评分,主要评定症状出现的频度,其标准为:1 分表示没有或很少时间有,2 分表示有时有,3 分表示大部分时间有,4 分表示绝大部分或全部时间都有,将 20 个项目的各个得分相加,即得粗分,标准分等于粗分乘以 1.25 后的整数部分,标准分> 50 分,表明有焦虑和抑郁症状,分值越高表示焦虑和抑郁程度越严重。

#### 1.4 统计学方法

数据采用 SPSS19.0 统计软件进行统计学分析。干预前后患者呼吸呼吸困难程度比较采用  $\chi^2$  检验;SAS 和 SDS 评分比较采用配对  $t$  检验。

### 2 结果

#### 2.1 干预前后患者 SAS 和 SDS 评分比较

干预前后患者 SAS 和 SDS 评分比较见表 1。从表 1 可见,干预后患者 SAS 和 SDS 评分均低于干预前,干预前后比较,均  $P < 0.05$ ,差异有统计学意义。

表 1 干预前后患者 SAS 和 SDS 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 时间       | <i>n</i> | SAS          | SDS          |
|----------|----------|--------------|--------------|
| 干预前      | 100      | 52.67 ± 4.74 | 53.63 ± 5.65 |
| 干预后      | 100      | 41.49 ± 4.51 | 42.42 ± 5.51 |
| <i>t</i> |          | 9.446        | 9.136        |
| <i>P</i> |          | < 0.05       | < 0.05       |

#### 2.2 干预前后患者呼吸困难程度的比较

干预前后患者呼吸困难程度的比较见表 2。从表 2 可见,干预后患者呼吸困难程度较干预前轻,干预前后比较, $\chi^2 = 10.865$ , $P < 0.05$ ,差异有统计学意义。

表 2 干预前后患者呼吸困难程度的比较 (*n*)

| 时间       | <i>n</i> | 轻度呼吸困难 | 重度呼吸困难 |
|----------|----------|--------|--------|
| 干预前      | 100      | 85     | 15     |
| 干预后      | 100      | 98     | 2      |
| $\chi^2$ |          | 10.865 |        |
| <i>P</i> |          | < 0.05 |        |

### 3 讨论

#### 3.1 舒缓护理可减轻肺癌患者呼吸困难程度

肺癌患者在疾病早期通常会出现咳嗽等现象,当病情发展至晚期时有 10% ~ 15% 的肺癌患者往往会出现呼吸困难<sup>[1-2]</sup>。主要与以下两个因素相关,①疾病导致患者肺功能降低,呼吸肌群肌力减退,肺活量减少。②巨噬细胞的吞噬功能减退,杯状细胞增多,易出现分泌物增加、黏稠度较高<sup>[8]</sup>。晚期肺癌患者呼吸困难与疾病的严重程度息息相关,呼吸困难可以诱发呼吸衰竭,从而影响患者生活质量,缩短患者生命<sup>[9]</sup>。李翠芳等<sup>[10]</sup>研究结果显示,对肺癌呼吸困难患者进行针对性护理干预可显著减轻患者呼吸困难严重程度。舒缓护理是向患者及其家属提供包括生理、心理、社会等方面的全面照顾,使患者症状得到控制,身心健康得到维护和增强<sup>[11]</sup>。本研究采用生理、心理、社会等方面的舒缓护理对癌症呼吸困难患者进行干预,根据患者不同体位指导和协助患者采用适当方法减轻呼吸困难症状;指导患者进行有效呼吸,提高肺活量,并促使粘稠分泌物有效咳出;由于特殊的设备环境,强化的治疗,每天 24 h 的监护和身体各种导线的连接会使患者感到焦虑和恐惧,从而加重呼吸困难,通过播放音乐消除外界因素对患者心理造成的紧张状态,提高其应激能力和稳定患者的情绪,从而缓解呼吸困难的症<sup>[12]</sup>。本结果显示,干预后患者呼吸困难程度较干预前轻,干预前后比较, $\chi^2 = 10.865$ , $P < 0.05$ ,差异有统计学意义。结果说明,舒缓护理可改善肺癌患者肺活量,从而减轻患者呼吸困难程度。

#### 3.2 舒缓护理可降低肺癌呼吸困难患者负性情绪

肺癌晚期呼吸困难加重患者的不适感,易产生焦虑、抑郁等不良情绪,这些负性情绪对患者的缺氧程度也会造成一定影响,形成恶性循环<sup>[12-13]</sup>。科学和完善的护理干预可提高治疗效果,缓解患者负性情绪<sup>[14]</sup>。舒缓护理是对那些患无法治愈疾病的患者提供积极的、功能整体性的护理服务,通过有效控制患者其他躯体症状,处理心理、社会和精神方面的一系列问题,最大可能地提高患者生活质量<sup>[15]</sup>。本研究对肺癌呼吸困难患者实施舒缓护理,通过心理学专家每周进行心理疏导,帮助患者从消



极的情绪中解脱出来;指导和鼓励患者家属及其他社会关系给予患者关心和照顾,满足患者被关爱与归属感的需要,使患者在温馨人际关系中获得舒适感;通过抚触增进护患的感情交流,使患者感到温暖和关心,稳定了患者的情绪;通过分散及转移患者的注意力和播放优美的音乐,使患者产生安宁、愉悦的心情,消除紧张情绪,促使患者保持一个较好的心理状态。本结果显示,干预后患者 SAS和SDS 评分均低于干预前,干预前后比较,  $P < 0.05$ , 差异有统计学意义。结果说明,实施舒缓护理可使肺癌呼吸困难患者生理、心理上达到愉快的状态,从而降低其不愉快的程度。

#### 4 结论

呼吸困难是肺癌尤其是晚期肺癌患者的常见症状,不仅会加重患者病情,还会使患者产生焦虑、抑郁等负性情绪,而焦虑、抑郁等负性情绪同样也会加重呼吸困难程度,从而影响其生存质量<sup>[1-2]</sup>。因此,减轻患者呼吸困难程度及降低患者负性情绪,对提高患者生存质量具有重要意义。本结果表明,实施舒缓护理可使肺癌呼吸困难患者生理、心理上达到愉快和舒适的状态,从而降低其焦虑和抑郁负性情绪和减轻其呼吸困难的程度,进而提高患者的生存质量。

#### 参考文献:

- [1] Gamborg H, Riis J, Christrup L, et al. Effect of intraoral and subcutaneous morphine on dyspnea at rest in terminal patients with primary lung cancer or lung metastases[J]. Journal of Opioid Management, 2012, 9(4): 269.
- [2] Papageorgiou CV, Antoniou D, Kaltsakas G, et al. Prediction of postoperative lung function and chronic dyspnea in lung cancer patients by using quantitative computed tomography[J]. Science, 2013, 2(4): 134.
- [3] 龚甜, 李节. 中国内地舒缓护理的发展现状[J]. 护理研究, 2012, 26(8): 2026-2027.
- [4] 叶任高. 内科学[J]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 84.
- [5] 林晓珊, 陈明华, 雷丽婵, 等. 综合护理干预对晚期肺癌伴呼吸困难的作用[J]. 实用临床医药杂志, 2014, 18(24): 164-165.
- [6] Gift AG. Validation of a vertical visual analogue scale as a measure of clinical dyspnea[J]. Rehab Nurs, 1989, 14: 313-325.
- [7] 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 2版. 长沙: 湖南科技出版社, 1998: 16-27, 30-38.
- [8] 张雪梅, 薛岚, 高浪丽. 老年晚期肿瘤患者呼吸困难的常见原因及护理对策[J]. 四川医学, 2008, 29(5): 626-627.
- [9] 楚庚香. 晚期肺癌患者的心理状态与护理[J]. 中华临床医药与护理, 2008, 7(10): 70-71.
- [10] 李翠芳, 胡雪琴, 徐燕琼, 等. 针对性护理干预对 35 例肺癌晚期伴呼吸困难患者临床效果分析[J]. 临床医学工程, 2012, 19(6): 992.
- [11] Liu L, Yuan C. Construction of palliative care training contents in China: a Delphi study[J]. Cancer Nursing, 2009, 32(6): 446-455.
- [12] 林燕虹, 罗秀娟, 黄少娅. 音乐疗法和抚触对 ICU 清醒患者抑郁和焦虑情绪的影响[J]. 现代临床护理, 2011, 10(9): 18-19.
- [13] Shin JA, Kosiba JD, Traeger L, et al. Dyspnea and panic among patients with newly diagnosed non-small-cell lung cancer[J]. Journal of Pain and Symptom Management, 2014, 48(3): 465.
- [14] 李云娜. 护理干预措施对肺癌呼吸困难患者的效果评价[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(16): 52-53.
- [15] World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care (Technical report series No.84) [M]. Geneva: World Health Organization, 1990: 75.

[本文编辑: 郑志惠]

欢迎订阅《现代临床护理》杂志!