

DOI:10.3969/j.issn.1000-9760.2025.01.013

护患协同护理联合阶段式认知干预对食管癌化疗患者负性情绪、癌因性疲乏及生活质量的影响

吴亚楠¹ 柳杰² 王静²(¹ 开封市中心医院肿瘤科, ² 开封市中心医院护理部, 开封 475000)

摘要 **目的** 探讨护患协同护理联合阶段式认知干预对食管癌化疗患者负性情绪、癌因性疲乏及生活质量的影响。**方法** 回顾性选择 2021 年 6 月至 2022 年 8 月医院采取常规干预的 30 例食管癌化疗患者作为研究对象, 将其纳入对照组; 另选取 2022 年 9 月至 2023 年 10 月医院采取护患协同护理联合阶段式认知干预的 30 例食管癌化疗患者作为研究对象, 将其纳入观察组, 两组均干预 6 周。比较两组干预前、干预 6 周负性情绪[汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD-17)]、癌因性疲乏程度[Piper 疲乏修订量表(PFS-R)]、生活质量水平[生活质量调查量表(EORTC QLQ-C30)]。**结果** 干预 6 周, 两组 HAMA、HAMD-17 评分低于治疗前。观察组 HAMA 评分为(10.25±2.14)分, HAMD-17 评分为(11.25±2.45)分, 均低于对照组(13.65±2.48)分和(14.75±2.18)分($P<0.05$); 干预 6 周, 两组 PFS-R 总分均低于治疗前, 观察组(3.84±1.43)分低于对照组(5.73±1.51)分($P<0.05$); 治疗后两组生活质量水平高于治疗前, 观察组(73.65±12.25)分高于对照组(58.25±12.89)分($P<0.05$)。**结论** 护患协同护理联合阶段式认知干预可以有效减轻食管癌化疗患者的负性情绪, 改善癌因性疲乏, 提高生活质量。

关键词 食管癌化疗; 护患协同护理; 阶段式认知干预; 负性情绪; 癌因性疲乏; 生活质量
中图分类号: R47 文献标识码: A 文章编号: 1000-9760(2025)02-066-05

Effect of nurse-patient collaborative nursing combined with staged cognitive intervention on negative emotions, cancer-related fatigue and quality of life in patients with esophageal cancer chemotherapy

WU Yanan¹, LIU Jie², WANG Jing²(¹ Department of Oncology, ² Department of Nursing, Kaifeng Central Hospital, Kaifeng 475000, China)

Abstract: Objective Analyze the impact of nurse patient collaborative nursing combined with staged cognitive intervention on negative emotions, cancer-related fatigue, and quality of life in esophageal cancer chemotherapy patients. **Method** Retrospective selection of 30 esophageal cancer chemotherapy patients who underwent routine intervention in hospitals from June 2021 to August 2022 as the study subjects, and their inclusion in the control group; Another 30 esophagea cancer chemotherapy patients who underwent nurse patient collaborative nursing combined with phased cognitive intervention in hospitals from September 2022 to October 2023 were selected as the study subjects and included in the observation group, with both groups receiving a 6-week intervention. Compare negative emotions between two groups before and after 6 weeks of intervention (Hamilton Anxiety Scale, HAMA). (Hamilton Depression Scale, HAMD-17), cancer-related fatigue level (Piper Fatigue Revised Scale, PFS-R), and quality of life level (Quality of Life Survey Scale, EORTC QLQ-C30). **Result** After 6 weeks of intervention, the HAMA and HAMD-17 scores of the two groups were lower than those before treatment, and the observation group (10.25±2.14) points and (11.25±2.45) points were

[基金项目] 开封市科技计划项目(2303076)

[通信作者] 王静, Email: 315413675@qq.com

lower than the control group (13.65±2.48) points and (14.75±2.18) points ($P<0.05$); After 6 weeks of intervention, the total scores of PFS-R in the two groups were lower than those before treatment, and the observation group (3.84±1.43) points was lower than the control group (5.73±1.51) points ($P<0.05$); The quality of life of two groups were higher than those before treatment. The observation group (73.65±12.25) scored higher than those in the control group (58.25±12.89) ($P<0.05$). **Conclusion** The combination of nurse patient collaborative nursing and staged cognitive intervention can effectively alleviate negative emotions in esophageal cancer chemotherapy patients, improve cancer-related fatigue, and improve quality of life.

Keywords: Chemotherapy for esophageal cancer; Collaborative nursing care between nurses and patients; Stage based cognitive intervention; Negative emotions; Cancer induced fatigue; Quality of life

我国是世界上食管癌高发地区之一,发病率和病死率相对较高,平均每年病死约 15 万人,多发于 45~80 岁^[1]。早期食管癌患者接受手术治疗可以达到根治的目的,但由于早期患者症状常不明显,多数患者发现确诊时已处于中晚期,需要进行化疗及其他综合治疗以改善患者生存,虽对食管癌有较好疗效,但同时也会导致患者出现疼痛、恶心、呕吐、腹泻等副作用,降低患者的生活质量,影响其心理状态^[2]。因此,给予食管癌化疗患者有效的护理干预对于缓解其负面情绪,提高治疗效果十分重要。护患协同护理充分发挥患者的自我护理能力,鼓励患者及其家属参与健康护理,形成患者、家属、护理人员共同参与的护理模式^[3]。阶段式认知干预通过对患者非理性认知行为进行矫正,帮助患者建立积极的心态,保障后续治疗^[4]。鉴于此,本研究着重探讨护患协同护理联合阶段式认知干预对食管癌化疗患者负性情绪、癌因性疲乏及生活质量的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性选择 2021 年 6 月至 2022 年 8 月医院采取常规干预的 30 例食管癌化疗患者作为研究对象,将其纳入对照组;另选取 2022 年 9 月至 2023 年 10 月医院采取护患协同护理联合阶段式认知干预的 30 例食管癌化疗患者作为研究对象,将其纳入观察组。纳入标准:1)符合相关治疗指南^[5]中食管癌诊断标准并经病理学确诊;2)年龄≥18 岁;3)预计生存期≥3 个月;4)患者身体情况平稳,意识清楚,沟通正常;5)临床资料完善。排除标准:1)存在严重肝肾功能障碍;2)合并其他恶性肿瘤;3)存在凝血功能障碍;4)存在药物、酒精依赖史者;5)服用抗抑郁、焦虑药物者;6)存在精神疾病史者;7)妊娠哺乳期患者。两组一般资料比较($P>$

0.05),有可比性。一般资料见表 1。本研究经本院医学伦理委员会批准(20210408)。

表 1 两组一般资料比较

变量	观察组 (n=30)	对照组 (n=30)	χ^2	P
年龄(岁, $\bar{x}\pm s$)	56.74±2.15	56.12±2.65	0.995	0.324
性别[例(%)]			0.069	0.793
男	17(56.67)	18(60.00)		
女	13(43.33)	12(40.00)		
体重指数(kg/m ² , $\bar{x}\pm s$)	22.53±1.45	22.89±1.36	0.992	0.325
文化程度			0.273	0.872
小学至初中	9(30.00)	10(33.33)		
高中	14(46.67)	12(40.00)		
大专及以上	7(23.33)	8(26.67)		
病理分型[例(%)]			0.686	0.793
鳞癌	18(60.00)	17(56.67)		
腺癌	12(40.00)	13(43.33)		
TNM 分期[例(%)]			0.635	0.426
Ⅱ期	20(66.67)	17(56.67)		
Ⅲ期	10(33.33)	13(43.33)		

1.2 方法

1.2.1 对照组 采取常规护理干预:1)护理人员讲解食管癌与化疗注意事项,可能出现的毒副作用等,指导患者配合治疗。2)主动与患者交流,帮助患者做好心理准备,缓解不良情绪,解答患者疑问,做好疏通和安抚工作。3)进行适当的运动锻炼,比如散步、打太极拳。4)指导患者多吃蛋白质、纤维素、维生素含量丰富的食物,给予适当的营养支持。5)密切观察患者的病情变化。共干预 6 周,出院后第 1 个月护理人员进行 1 次电话随访。

1.2.2 观察组 采取护患协同护理联合阶段式认知干预,护患协同护理:1)患者、家属培训。在患者入院后,护理人员主动与患者沟通交流,了解评估患者的对于疾病的认知程度、心理状态等。由专科护士对患者及家属指导如何分工合作,强调家属

在患者化疗护理过程中的支持和监督作用,告知患者及家属在化疗过程中的注意事项,当患者产生呕吐恶心症状时,将头部倾斜至一侧,避免出现窒息,同时确保患者充足的休息时间。指导家属给患者准备清淡易消化,营养较高的食物,补充维生素、蛋白质,饮食原则为少量多餐,以流质饮食和半流质饮食为主,确保患者在住院期间摄入足够的营养。

2) 心理干预。化疗前后主动与患者进行沟通,对患者及家属的疑问进行解答,鼓励患者积极咨询问题并给予肯定,寻找患者出现负性情绪的诱因,辅以暗示疗法、转移注意力、音乐疗法等方式缓解患者不良情绪,鼓励患者发挥主观能动性。同时引导患者家属充分发挥其积极作用,帮助家属理解察觉患者的异常情绪,主动参与患者的日常心理和生活护理,陪护、照顾患者,多多沟通开导,减轻患者的孤独与恐惧感。

3) 建立微信平台。患者及家属加入微信群,群内发布科普内容,强化患者及家属掌握的护理知识及方法,并解答患者及家属日常遇到的疑问。

阶段式认知干预:1) 入院后认知干预。患者入院后,为其发放食管癌健康知识手册,内容包括食管癌的相关知识,化疗的方法和目的,化疗后的毒副作用,饮食指导,运动干预等,护理人员与患者进行面对面进行沟通,让其充分了解自身病情。

2) 化疗前认知干预。向患者及其家属讲解接下来的治疗流程,负责的治疗化疗方案提高患者及家属对化疗的认知,结合患者的年龄、兴趣、性格特点有针对性地开展心理健康教育,对化疗前可能出现的心理问题进行干预。

3) 化疗后认知干预。向患者及家属讲解化疗后可能出现的毒副作用,说明解释毒副作用出现的原因及解决措施,组织病友间沟通交流,邀请化疗后康复效果较好的患者现身说法,与患者交流经验。

4) 出院前后认知干预。巩固化疗前后阶段的干预内容,指导患者及家属正确面对疾病及预后,对其进行营养方面的指导,帮助

患者调整好心态,接受躯体的改变。出院后每 2 周电话随访 1 次,了解患者的身体情况,解答患者疑问,化疗结束后 1 个月时进行复查。共干预 6 周。

1.3 评价指标

1) 负性情绪。于干预前后,采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)^[6]、汉密尔顿抑郁量表(HAMD-17)^[7]评估,HAMA 共 14 个条目,每个条目 0~4 分,Cronbach's α 为 0.934,效度 0.847。HAMD-17 共 17 个条目,每个条目 0~4 分,Cronbach's α 为 0.937,效度 0.832。

2) 癌因性疲乏。于干预前后,采用 Piper 疲乏修订量表(PFS-R)^[8]评估患者的癌性疲乏程度,该量表共 4 个维度,包括行为(5 个条目)、情感(6 个条目)、躯体(5 个条目)、认知(6 个条目),每个条目 0~10 分,总得分除以条目数所得数值表示癌因性疲乏程度,0 分:无疲乏,1~3 分:轻度疲乏,4~6 分:中度疲乏,7~10 分:重度疲乏,Cronbach's α 为 0.913,效度 0.877。

3) 生活质量。于干预前后,采用欧洲癌症研究与治疗组织生活质量调查量表(EORTC QLQ-C30)^[9]评估,该量表共 30 个条目,包括 5 个功能领域(躯体、角色、认知、情绪、社会功能)、3 个症状领域、1 个总体健康状况和 6 个单项,将粗分转化为 0~100 的标准分,分值越高表示生命质量越好。Cronbach's α 为 0.904,效度 0.885。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 25.0 软件进行数据处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对 t 检验;计数资料用 $n/\%$ 表示,采用 χ^2 检验;检验水平 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者负性情绪

干预 6 周,两组 HAMA、HAMD-17 评分低于治疗前,观察组低于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组 HAMA、HAMD-17 评分对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	HAMA			HAMD-17		
		干预前	干预 6 周	差值	干预前	干预 6 周	差值
观察组	30	23.45±2.04	10.25±2.14*	13.20±2.11	21.55±2.64	11.25±2.45*	10.30±2.32
对照组	30	24.13±2.46	13.65±2.48*	10.48±2.16	22.12±2.47	14.75±2.18*	7.37±2.03
t		1.165	5.685	4.934	0.864	5.846	5.206
P		0.249	<0.001	<0.001	0.391	<0.001	<0.001

注:与同组干预前相比,* $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者癌因性疲乏及生活质量

两组干预前 PFS-R 评分及生活质量评分无统计学意义,干预后观察组 PFS-R 评分低于对照组 ($P <$

0.05),而生活质量评分高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组 PFS-R 评分及生活质量评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	PFS-R 总分			EORTC QLQ-C30 评分		
		干预前	干预 6 周	差值	干预前	干预 6 周	差值
观察组	30	7.01±1.28	3.84±1.43*	3.17±1.12	51.32±11.25	73.65±12.25*	22.33±7.39
对照组	30	7.06±1.52	5.73±1.51*	1.33±0.56	51.42±11.55	58.25±12.89*	6.83±1.01
<i>t</i>		0.138	4.978	8.048	0.034	4.743	11.382
<i>P</i>		0.891	<0.001	<0.001	0.973	<0.001	<0.001

注:与同组干预前相比,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

食管癌患者因吞咽困难、持续胸痛或背痛,体会逐渐消瘦、脱水、无力,随着病情的发展,患者会出现食管穿孔、大量吐血、便血等症状,严重影响其生活质量。化疗可以有效抑制癌细胞增长,控制病情,在一定程度上可以延长患者的生存期限,但是化疗会引发多种不良反应,75%以上的转移性肿瘤患者还经受着癌因性疲乏的折磨,躯体、情感会认知方面出现疲乏感,影响食管癌患者的生理和心理健康,不利于预后^[10]。因此,如何改善食管癌患者的不良情绪,减轻癌因性疲乏等已成为护理领域亟待解决的问题。传统的护理方式多由护士主导,其主观能动性弱,很难满足患者多方面护理需求,因此在食管癌化疗期间,需要寻找更有效的护理方法进行干预,提升患者的生活质量。

本研究结果显示,护患协同护理联合阶段式认知干预可以有效减轻食管癌化疗患者的负性情绪。原因在于护患协同护理中护理人员及时与患者沟通,解答患者及其家属的疑惑,寻找患者负性情绪的诱因,然后辅以暗示疗法、转移注意力等方式缓解患者抑郁、焦虑等不良情绪^[11]。同时帮助家属察觉患者的异常情绪,并主动参与患者的日常心理护理,时常陪护患者,照顾其情绪,多与之沟通开导,减轻患者的孤独与恐惧感,缓解负性情绪。阶段式认知干预分阶段对患者及家属进行认知干预,护理人员与患者进行面对面进行沟通,让其充分了解自身病情,讲解治疗流程、化疗方案,提高患者及家属对化疗的认知,减少患者因对病情的不确定感产生的恐惧不安等不良心理。化疗后组织病友间进行交流,邀请化疗后康复效果较好的患者现身说

法,与患者交流经验,增强其自信心。

本研究结果显示,护患协同护理联合阶段式认知干预可以有效改善食管癌化疗患者的癌因性疲乏。究其原因是护患协同护理强调家属在患者化疗护理过程中的支持和监督作用,在患者出现恶心呕吐等不良反应时,给予患者照顾和支持,同时确保患者有充足的睡眠时间,减轻机体负担带来的疲乏感^[12]。指导家属给患者准备清淡易消化,营养较高的食物,补充维生素、蛋白质,确保患者在住院期间摄入足够的营养,以防机体因营养不良产生的疲惫。同时缓解患者的焦虑、恐惧等负性情绪也可以缓解患者内心的疲乏^[13]。阶段式认知干预向患者及家属讲解化疗后可能出现的毒副作用,说明解释毒副作用出现的原因及解决措施,帮助患者缓解机体疼痛,减轻疲乏感。出院前对患者及家属进行营养方面的指导,帮助患者调整好心态,接受自身躯体的改变,减轻生理及心理上的负担。另外本次研究结果还显示,护患协同护理联合阶段式认知干预可以有效提高食管癌化疗患者的生活质量。主要是由于护患协同护理联合阶段式认知能从躯体、生理等多方面对患者发挥作用,通过饮食指导,运动干预等,提高患者的认知,为培养良好的饮食、运动习惯打下基础,进而提升生活质量。

综上所述,护患协同护理联合阶段式认知干预可以有效减轻食管癌化疗患者的负性情绪,改善癌因性疲乏,提高生活质量,为临床护理提供一定指导。

利益冲突:所有作者均申明不存在利益冲突。

参考文献:

[1] 刘宇英,魏君丽,江柔,等.食管癌的流行病学及筛查研究进

- 展[J]. 中华疾病控制杂志, 2022, 26(7): 839-844. DOI: 10.16462/j.cnki.zhjbkz.2022.07.016.
- [2] 张雪寒, 尚洋. 规范化疼痛管理联合个性化饮食指导对食管癌术后患者疼痛程度和营养状态的影响[J]. 食管疾病, 2024, 6(1): 71-75. DOI: 10.15926/j.cnki.issn2096-7381.2024.01.014.
- [3] 阮婷婷, 卞幼娟, 刘孝芳. 协同护理对宫颈癌术后患者自我管理、生活质量、护理满意度的影响研究[J]. 河北医药, 2021, 43(7): 1116-1118. DOI: 10.3969/j.issn.1002-7386.2021.07.037.
- [4] 苏丹, 吴显宁. 阶段性认知干预对保护性医疗肺癌病人 C 型行为模式的干预研究[J]. 蚌埠医学院学报, 2022, 47(2): 249-253, 258. DOI: 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2022.02.027.
- [5] 中国医师协会放射肿瘤治疗医师分会, 中华医学会放射肿瘤治疗学分会, 中国抗癌协会肿瘤放射治疗专业委员会. 中国食管癌放射治疗指南(2020年版)[J]. 国际肿瘤学杂志, 2020, 47(11): 641-655. DOI: 10.3760/ema.j.cn371439-20201015-00095.
- [6] 王纯, 楚艳民, 张亚林, 等. 汉密尔顿焦虑量表的因素结构研究[J]. 临床精神医学杂志, 2011, 21(5): 299-301.
- [7] Müller MJ, Dragicevic A. Standardized rater training for the Hamilton Depression Rating Scale (HAMD-17) in psychiatric novices [J]. J Affect Disord, 2003, 77(1): 65-69. DOI: 10.1016/s0165-0327(02)00097-6.
- [8] Berardi A, Graziosi G, Ferrazzano G, et al. Evaluation of the psychometric properties of the revised piper fatigue scale in patients with multiple sclerosis [J]. Healthcare (Basel), 2022, 10(6): 985. DOI: 10.3390/healthcare10060985.
- [9] 钱勇, 陈振东. 食管癌化疗患者生存质量测定量表中文版的研制与考评[J]. 中国肿瘤, 2007, 16(11): 855-857. DOI: 10.3969/j.issn.1004-0242.2007.11.002.
- [10] 王凡, 韩凤, 刘芳, 等. 正念癌症康复训练对术后化疗期肺癌患者癌因性疲乏的影响[J]. 护理学杂志, 2021, 36(16): 73-74, 91. DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2021.16.073.
- [11] 范文英, 任玉敏, 吴旭丽, 等. 护患共同参与式护理在食管癌化疗中的应用[J]. 食管疾病, 2021, 3(4): 299-301. DOI: 10.15926/j.cnki.issn2096-7381.2021.04.017.
- [12] 桑海燕. 医护一体化护理对食管癌根治术患者主观幸福感、疾病不确定感及并发症的影响[J]. 食管疾病, 2023, 5(2): 157-160. DOI: 10.15926/j.cnki.issn2096-7381.2023.02.017.
- [13] 张茜, 张博. 早中期食管癌患者进食护理现状及影响因素[J]. 济宁医学院学报, 2023, 46(5): 333-336. DOI: 10.3969/j.issn.1000-9760.2023.05.006.

(收稿日期 2024-03-06)

(本文编辑:甘慧敏)

本刊对来稿中统计学处理的有关要求

1. 统计研究设计。应交代统计要设计的名称和主要做法, 如调查设计具体类型、实验设计类型等。主要围绕着 4 个基本原则(随机、对照、重复、均衡)概要说明, 尤其是要交代如何控制非试验因素的干扰和影响。

2. 资料的表达与描述。用 $\bar{x} \pm s$ 表达近似服从正态分布的定量资料, 用 $M(QR)$ 表达呈偏态分布的定量资料; 用统计表时, 须将数据的意义表达清楚; 用统计图时, 所用统计图的类型应与资料性质匹配, 并使数轴上刻度值的标法符合数字原则; 用相对数时, 分母不宜小于 20, 须注意区分百分率与百分比。

3. 统计学分析方法。对于定量或定性资料, 应根据所采用的设计类型、资料所具备的条件和分析目的, 选择合适的统计学分析方法, 不应盲目套用 t 检验、单因素方差分析或 χ^2 检验; 对于回归分析, 应结合专业知识和散布图, 选用合适的回归类型; 对具有重读实验数据的回归分析资料, 不应简单化处理, 对于多因素、多指标资料, 要在一元分析的基础上, 尽可能运用多元统计学分析方法, 以便对因素之间的交互作用和对指标之间的内在联系进行全面、合理的解释和评价。

4. 统计结果的表达。当 $P < 0.05$ (或 $P < 0.01$) 时, 应说明对比组之间的差异有统计学意义, 而不应对对比组之间具有显著性(或非常显著性)的差别; 应写明所用统计学分析方法的具体名称(如: 成组设计资料的 t 检验、两因素析因设计资料的方差分析、多个均数之间两两比较的 q 检验等), 统计量的具体值(如 t 值, x 值, F 值等), 应尽可能给出具体的 P 值; 当涉及总体参数(如总体均数、总体率等)时, 在给出显著性检验结果的同时, 再给出 95% 可信区间。

本刊编辑部