

身心综合训练配合肺活量练习对食管癌患者术后护理质量及情绪、呼吸功能恢复的影响

胡欢¹, 李娟¹, 蒲荣², 蓝程³

1. 华中科技大学同济医学院附属武汉市中心医院胃肠外科, 湖北 武汉 430000;
2. 东莞市第三人民医院检验科, 广东 东莞 523000;
3. 海南省人民医院消化内科, 海南 海口 570311

【摘要】 目的 探讨身心综合训练配合肺活量练习在改善食管癌(esophageal cancer, EC)患者术后护理质量及情绪、呼吸功能中的应用价值。方法 选取2017年8月~2018年11月就诊于本院行手术治疗的食管癌患者共83例作为研究对象,采用随机数表法分为实验组和对照组,术后给予对照组常规护理干预,实验组在此基础上增加身心综合训练配合肺活量练习,比较两组术后情绪及呼吸功能恢复情况。结果 所有患者均顺利完成手术,经护理后,实验组呼吸功能、心功能改善优于对照组($P<0.05$),日常活动能力比较无明显差异($P>0.05$);实验组患者焦虑、抑郁情绪改善情况优于对照组($P<0.05$);实验组生活质量评分结果高于对照组($P<0.05$);术后肺部并发症发生率比较,两组无明显差异($P>0.05$)。结论 食管癌术后开展身心综合训练配合肺活量练习能有效纠正患者不良情绪,提高生活质量及肺功能,有推广应用价值。

【关键词】 身心综合训练; 肺活量练习; 情绪; 呼吸功能; 护理质量

Effect of physical and mental comprehensive training combined with vital capacity exercise on postoperative care quality, mood and respiratory function recovery in patients with esophageal cancer

HU Huan¹, LI Juan¹, PU Rong², LAN Cheng³

1. Department of Gastroenterology, The central hospital of Wuhan, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430000, China
2. Department of Medical Laboratory, The third People Hospital of Dongguan, Dongguan 523000, China
3. Department of Gastroenterology, Hainan General Hospital, Haikou 570311, China

【Abstract】 Objective To explore the application value of physical and mental comprehensive training combined with vital capacity exercise in improving postoperative care quality, mood and respiratory function in patients with esophageal cancer (EC). **Methods** A total of 83 patients with esophageal cancer who underwent surgery in our hospital from August 2017 to November 2018 were enrolled. The patients were divided into experimental group and control group by random number table method. On the basis of this intervention, the experimental group increased physical and mental comprehensive training combined with vital capacity exercise. And compared the recovery of postoperative mood and respiratory function between the two groups. **Results** All patients underwent surgery successfully. After nursing, the respiratory function and cardiac function of the experimental group improved better than the control group ($P<0.05$). There was no significant difference in daily activity ability ($P>0.05$). The anxiety and depression of the experimental group were observed. The improvement was better than the control group ($P<0.05$). The quality of life score of the experimental group was higher than that of the control group ($P<0.05$). There was no significant difference in the incidence of postoperative pulmonary complications between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion** Postoperative physical and mental training combined with vital capacity training for esophageal cancer can effectively correct the patient's bad mood, improve the quality of life and lung function, and promote the application value.

【Key words】 Comprehensive physical and mental training; Vital capacity exercise; Emotion; Respiratory function; Quality of care

作者简介: 胡欢, 主管护师, E-mail: 583575594@qq.com;

通讯作者: 蓝程, 主任医师, 博士研究生, E-mail: ywt9vy@163.com

食管癌是我国常见恶性肿瘤疾病之一,近年来发病率有逐渐上升趋势^[1]。食管癌患者早期无典型症状,随病情进展逐渐出现吞咽困难、持续胸痛和背痛,当出现以上症状时,病情往往已进展至中后期,治疗难度明显升高,患者五年生存率小于10%。除常规放疗和化疗外,食管癌患者多行手术治疗,但因手术创伤较大,手术时间长,以及术中气管插管和麻醉等因素影响,患者术后常伴有排痰无力、胸膜内粘及伤口疼痛等并发症,肺部感染、胸部、膈肌损伤风险升高,极易发生呼吸功能障碍^[2]。目前临床一般给予食管癌手术患者常规护理,如日常饮食、用药、身体机能监管护理,虽然能起到一定的辅助作用,但实际效果常常不尽如人意,如何提升食管癌术后呼吸功能恢复质量是当前亟待解决的难题^[3]。本文将收治的83例食管癌患者随机分为两组,术后分别给予常规护理和身心综合训练配合肺活量练习护理干预,分析不同护理模式的应用效果,目的即探讨身心综合训练配合肺活量练习在改善食管癌患者术后护理质量及情绪、呼吸功能中的应用价值及优劣势,供临床选择和参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 开展时间2017年8月~2018年11月,地点:华中科技大学同济医学院附属武汉市中心医院胃肠外科,纳入对象为食管癌患者共83例,所有患者入院后经影像学及病理组织检验确诊。采用随机数字表法分组,将83例患者统一编号,即01~83,制作随机数字表,操作人员确定

抽样的起点和抽样的顺序,将所有患者分为实验组(42例)和对照组(41例)。实验组中男22例,年龄32~72岁,平均(60.30±7.10)岁;女20例,年龄31~70岁,平均(61.01±6.55)岁;病程1~5年,平均(2.30±0.55)年;TNM分期:I期18例、II期15例、III期9例。对照组中,男23例,年龄30~75岁,平均(61.11±7.43)岁;女18例,年龄32~74岁,平均(61.05±7.55)岁;病程1~5年,平均(2.33±0.48)年;TNM分期:I期17例、II期13例、III期11例。研究征得患者、家属同意,获得伦理委员会批准。两组一般资料比较 $P>0.05$,见表1。食管癌诊断参照《中国早期食管癌筛查及内镜诊治专家共识意见》^[4]。纳入标准:(1)符合手术指征、耐受性良好;(2)签署知情同意书;(3)术前经胃镜及病理组织检查确诊为食管癌;(4)肿瘤无远期转移和明显外侵;(5)无严重糖尿病、高血压、冠心病等基础疾病。排除标准:(1)心、肺、肝、肾等其他脏器功能异常;(2)免疫功能、凝血功能障碍;(3)其他传染、血液性疾病,恶性肿瘤疾病;(4)精神、智力障碍,配合度依从性差;(5)未行放疗治疗和新辅助治疗;(6)后期随访配合度差;(7)术中或者术后早期出现严重并发症的患者,如术中大出血,或术后8小时内大出血。

1.2 方法 术后对照组开展基础护理,包括监督用药、控制饮食、健康教育、生命指标监测以及早期康复锻炼等。由接受专业培训的护理人员开展综合干预,患者就诊后接待护理人员应主动、热情,自我介绍后带领患者熟悉医院环境,减少陌生感,多与患者及家属沟通交流,记录一般资料,了

表1 两组一般资料比较

指标类型	实验组(n=42)	对照组(n=41)	P值
性别(男/女)	22/20	23/18	0.595
年龄(岁)	62.02±7.43	61.59±7.25	0.885
病程(年)	2.36±0.51	2.39±0.55	0.625
BMI(kg/m ²)	21.05±1.30	21.10±1.29	0.891
TNM分期	-	-	-
I期	18	17	
II期	15	13	0.745
III期	9	11	
手术类型(例)	-	-	-
食道内镜下粘膜切除术	13	11	
根治性食管癌切除及食管重建术	20	22	0.601
胸腔镜根治性食管癌切除及食管重建术	9	8	
手术时间(min)	162.60±25.43	160.10±24.19	0.441
二次手术例数(例)	1(2.38)	2(4.88)	0.316

解患者病情和生活习惯,患者提出的疑问及时解答,建立良好的护患关系。检查结束后告知患者和家属病情,讲解疾病的相关知识及后续治疗方案,做好心理辅导,纠正不良情绪和不良生活、饮食习惯,给予患者关爱和同情,加强日常监管,做好围术期并发症预防等。

实验组在此基础上实施身心综合训练配合肺活量练习,身心综合训练内容主要根据患者自身情况制定,包括常见的认知行为、心理、运动疗法及冥想放松训练等,组建身心综合训练小组,组长由护士长担任,小组成员均由高年资护理人员组成,术后根据患者实际情况开展各项训练,建立良好的护患关系,帮助患者认识自我、接纳自我,身心功能训练每周开展一次,每次训练时间为180 min,共开展3次。肺功能训练的主要内容包括:(1)腹式呼吸训练,患者取站立位,嘱其闭眼放松身心,口唇闭合后经鼻腔吸气,直至到达最大肺容量,感觉腹部隆起后屏气5~10 s,缓慢经呼气后内收腹部,每次训练时间为15~20 min,每天3~5次,重复训练。(2)缩唇呼吸训练,患者保持身心放松,鼻腔全力吸气后经口部呼出,呼出时收缩口唇和腹部,呼气时间控制在吸气的两倍左右,缩唇呼吸训练时间为15~20 min,每日重复训练多次。腹式呼吸和缩唇呼吸训练期间,胸廓和肩部的活动幅度尽量减小,呼吸末时可适当加压腹部增加空气排出量。(3)咳痰训练,咳痰训练可以在腹式呼吸训练基础上进行,反复深呼吸后指导患者双手抱胸,或将手轻放于手术切口部位,反复大口吸气聚集痰液于咽喉部,用力咳嗽直至痰液排出,护理人员可叩击患者背部帮助排痰。(4)呼吸体操训练,呼吸体操训练可在腹式呼吸和缩唇呼吸训练基础上开展,术后1~3 d即可指导患者开展四肢功能训练,调整为坐位或卧位,适当训练下肢伸屈;吸气时可进行上举、外展扩胸等上肢训练,训练时间为15~20 min,每日3~5次;引流管拔除后,除开展以上训练外,可适当开展室内外活动,训练生活自理能力,每天早晚在院内散步一次,时间在30 min左右,散步期间出现伤口疼痛、心肺部不适时立即停下休息,症状缓解后回病房休,锻炼时间根据患者恢复情况调整,循序渐进。

1.3 观察指标 (1)护理前后分别使用 Borg 量表^[5]评定患者呼吸困难和疲劳程度,量表总分10分,0分为完全没有,0.5分为刚刚有感觉,1分为非常

轻微,2分为轻微,3分为中等,4分为稍微严重,5分为严重,6~7分为非常严重,8~9分为非常严重且几乎达到最大值,10分为最大值;呼吸困难和疲劳程度与 Borg 量表得分呈正比,见表5;在30米长,安静且空气流通的走廊上进行6 min 步行测试,检测患者血压、心率等功能指标,评估护理后患者心功能改善情况;护理前后使用 Barthel 指数^[6]评估患者日常生活自理能力,量表总分100分,包括进食、洗澡、穿衣、控制大小便、如厕、平地行走和上下楼梯等10个项目,总分100分为无需依赖、61~99分为轻度依赖、41~60分为中度依赖、≤40分为重度依赖,见表6。(2)护理前后使用焦虑自评量表(SAS)^[7]和抑郁自评量表(SDS)^[8]评估患者情绪状态,SAS评分包含20个项目,4级评分,<50分为无焦虑、50~59分为轻度焦虑、60~69分为中度焦虑、>69分为重度焦虑;SDS评分包含20个项目,总分80分,以53分为分界值,轻度抑郁53~62分、中度抑郁63~72分,重度抑郁>72分,见表7、8。(3)护理后患者生活质量评估采用 QLQ-C30 量表^[9]进行,通过填写问卷的方法调查,量表包含身体、角色、认知、社会、情绪和总体健康6个维度,各维度总分100分,生活质量优良程度与得分呈正比,见表9。

1.4 统计学处理 研究所得数据纳入 SPSS19.0 统计学软件中,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, t 检验;计数资料以百分比(%)表示, χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术情况和围术期指标分析 所有患者均顺利完成手术,术后有5例患者发生大出血,经对症处理后控制良好,无住ICU患者。患者术后1 d能适当开展肢体活动,术后3 d尝试下地并在病房内活动,术后5 d可进行散步等简单运动。另在手术前和术后出院前3 d开展呼吸功能、6 min 步行测试、日常生活活动能力评估、SAS、SDS 评测和生活质量评估。

2.2 护理前后呼吸功能、6 min 步行测试和日常生活活动能力比较 护理前,两组患者 Borg 评分、6 min 步行测试和 Barthel 指数测评结果比较无明显差异($P > 0.05$);护理后,实验组 Borg 评分、6 min 步行测试评分结果均优于对照组($P < 0.05$),但 Barthel 指数测评结果比较无明显差异($P >$

0.05),见表2。

2.3 SAS、SDS 评分结果比较 两组护理后 SAS、SDS 评分比较,实验组均优于对照组(P<0.05),见表3。

2.4 生活质量评分结果比较 护理后,两组QLQ-C30量表评分结果比较,实验组明显优于对照组(P<0.05),见表4。

2.5 肺部并发症 术后护理期间,实验组有8例发生肺部并发症(19.05%),包括术后肺动脉栓塞1例、肺不张2例、肺部感染4例、急性肺损伤1例;对照组有7例(17.07%),包括术后肺动脉栓塞1例、肺不张1例、肺部感染4例、急性肺损伤1例。两组术后肺部并发症发生率比较无明显差异(P>0.05)。

表2 护理前后呼吸功能、6min 步行测试和日常生活活动能力比较($\bar{x}\pm s$)

指标类型	时间	实验组 (n=42)	对照组 (n=41)	P 值
Borg 评分(分)	护理前	5.60±2.11	5.43±2.09	0.724
	护理后	1.10±0.42	2.82±0.86	<0.001
P 值	-	<0.001	<0.001	-
6 min 步行测试(m)	护理前	190.50±23.50	192.44±24.05	0.721
	护理后	445.43±35.20	310.10±27.48	<0.001
P 值	-	<0.001	<0.001	-
Barthel 指数(分)	护理前	42.50±12.20	43.05±12.15	0.843
	护理后	82.55±9.20	81.15±8.50	0.180
P 值	-	<0.001	<0.001	-

表3 两组护理前后 SAS、SDS 评分结果比较($\bar{x}\pm s$,分)

指标类型	时间	实验组(n=42)	对照组(n=41)	P 值
SAS 评分	护理前	52.20±4.60	52.44±4.71	0.822
	护理后	35.20±2.19	45.33±3.89	<0.001
P 值	-	<0.001	<0.001	-
SDS 评分	护理前	48.60±4.22	49.02±3.95	0.654
	护理后	30.14±2.99	38.42±3.49	<0.001
P 值	-	<0.001	<0.001	-

表4 两组护理后生活质量评分结果比较($\bar{x}\pm s$,分)

项目类型	实验组(n=42)	对照组(n=41)	t	P
躯体功能	65.33±3.72	52.01±3.10	17.699	<0.001
角色功能	67.22±3.90	51.20±3.01	20.914	<0.001
认知功能	71.20±3.11	52.11±2.94	28.723	<0.001
社会功能	66.10±3.90	51.13±2.80	20.046	<0.001
情绪功能	69.22±3.40	50.11±2.76	23.677	<0.001
总体健康	69.20±3.94	52.76±2.40	22.890	<0.001

2.6 评分量表

表5 Borg 呼吸功能评定量表

Borg 呼吸困难评分标准:	
0分:	完全没有,无任何费力感,无肌肉劳累,无气喘吁吁或呼吸 困难。
0.5分:	刚刚感觉到(非常微弱,刚刚有劳累和呼吸困难感觉)
1分:	非常微弱(有轻微费力、劳累和呼吸困难感觉)
2分:	轻微
3分:	中等(有感觉但不是非常困难)
4分:	稍微严重
5分:	严重(非常困难、劳累,但继续进行不是非常困难,约最大 值的一半)
6分:	5-7分之间
7分:	非常严重(非常劳累,呼吸困难程度很重)
8分:	7-9分之间
9分:	非常非常严重(几乎达到最大值)
10分:	最大值

表6 Barthel 指数评量表

序号	项目	完全独立	需部分帮助	需极大帮助	完全依赖
1	进食	10	5	0	-
2	洗澡	5	0	-	-
3	修饰	5	0	-	-
4	穿衣	10	5	0	-
5	控制大便	10	5	0	-
6	控制小便	10	5	0	-
7	如厕	10	5	0	-
8	床椅转移	15	10	5	0
9	平地行走	15	10	5	0
10	上下楼梯	10	5	0	-

表7 焦虑自评量表

项目	评分			
1.我觉得闷闷不乐,情绪低落	A	B	C	D
2.我觉得一天之中早晨最好	A	B	C	D
3.我一阵阵哭出来或想哭	A	B	C	D
4.我晚上睡眠不好	A	B	C	D
5.我吃的跟平常一样多	A	B	C	D
6.我与异性亲密接触时和以往一样感到愉快	A	B	C	D
7.我发觉我的体重在下降	A	B	C	D
8.我有便秘的苦恼	A	B	C	D
9.我心跳比平时快	A	B	C	D
10.我无缘无故地感到疲乏	A	B	C	D
11.我的头脑跟平时一样清楚	A	B	C	D
12.我有晕倒发作,或觉得要晕倒似的	A	B	C	D
13.我吸气呼气都感到很容易	A	B	C	D
14.我手脚麻木和刺痛	A	B	C	D
15.我因为胃痛和消化不良而苦恼	A	B	C	D
16.我常常要小便	A	B	C	D
17.我的手常常是干燥温暖的	A	B	C	D
18.我脸红发热	A	B	C	D
19.我容易入睡并且一夜睡得很好	A	B	C	D
20.我作恶梦	A	B	C	D

注:自评题目,答案A:没有或很少时间;B:小部分时间;C:相当多时间;D:绝大部分或全部时间;正向计分,A、B、C、D按1、2、3、4分计。

表8 抑郁自评量表

项目	评分			
1.我感到情绪沮丧,郁闷	A	B	C	D
2.我感到早晨心情最好	A	B	C	D
3.我要哭或想哭	A	B	C	D
4.我夜间睡眠不好	A	B	C	D
5.我吃饭象平时一样多	A	B	C	D
6.我的性功能正常	A	B	C	D
7.我感到体重减轻	A	B	C	D
8.我为便秘烦恼	A	B	C	D
9.我的心跳比平时快	A	B	C	D
10.我无故感到疲劳	A	B	C	D
11.我的头脑象往常一样清楚	A	B	C	D
12.我做事情象平时一样不感到困难	A	B	C	D
13.我坐卧不安,难以保持平静	A	B	C	D
14.我对未来感到有希望	A	B	C	D
15.我比平时更容易激怒	A	B	C	D
16.我觉得决定什么事很容易	A	B	C	D
17.我感到自己是有人用的和不可缺少的人	A	B	C	D
18.我的生活很有意义	A	B	C	D
19.假若我死了别人会过得更好	A	B	C	D
20.我仍旧喜爱自己平时喜爱的东西	A	B	C	D

注:自评题目,答案A:没有或很少时间;B:小部分时间;C:相当多时间;D:绝大部分或全部时间;正向计分,A、B、C、D按1、2、3、4分计。

表9 QLQ-C30 各维度计分方法

领域(维度)	性质	条目数	得分全距(R)	计分方法
躯体功能	功能型	5	3	(Q1+Q2+Q3+Q4+Q5)/5
角色功能	功能型	2	3	(Q6+Q7)/2
情绪功能	功能型	4	3	(Q21+Q22+Q23+Q24)/4
认知功能	功能型	2	3	(Q20+Q25)/2
社会功能	功能型	2	3	(Q26+Q27)/2
总健康状况	-	2	6	(Q29+Q30)/2
疲倦	症状型	3	3	(Q10+Q12+Q18)/3
恶心与呕吐	症状型	2	3	(Q14+Q15)/2
疼痛	症状型	2	3	(Q9+Q19)/2
气促	症状型	1	3	Q8
失眠	症状型	1	3	Q11
食欲丧失	症状型	1	3	Q13
便秘	症状型	1	3	Q16
腹泻	症状型	1	3	Q17
经济困难	症状型	1	3	Q28

3 讨论

手术是目前临床治疗食管癌最有效的方法,调查发现,早期食管癌患者行根治性手术治疗,患者术后五年生存率明显升高,中晚期患者行手术治疗,预后质量也有明显提升^[10]。但有研究指出,食管癌患者术后容易发生呼吸肌功能不全,增加

呼吸系统并发症风险,常规护理虽然能起到一定的辅助恢复作用,但在改善呼吸功能方面效果欠佳,如何提高食管癌患者预后成为临床重点关注的问题^[11]。

本文将收治的83例行手术治疗食管癌患者分为两组,并分别给予常规护理和身心综合训练配合肺活量练习,目的即探讨两种不同护理方法的实际应用价值。结果显示,实验组患者术后呼吸功能、情绪状态及生活质量改善情况均优于对照组,提示身心综合训练配合肺活量练习具体提高食管癌患者预后的作用。身心综合训练配合肺活量练习均属于快速康复理念范畴,随着近年来临床医疗水平快速发展以及人们健康意识不断提升,快速康复理念在临床中得到广泛应用,效果受到一致好评^[12]。降低手术患者机体的应激反应是快速康复理念的核心,它弥补了传统护理时间长,并发症多及术后恢复慢等缺点,更新护理理念,与当前临床先进护理技术相结合,在术前、术中和术后积极开展护理干预,减少或降低手术患者心理、生理创伤应激,达到缩短恢复时间,提高预后质量的目的^[13]。

既往研究指出,食管癌患者行根治性手术治疗后超过70%患者伴有不同程度的肺功能下降^[14]。本研究结果显示83例食管癌患者术后有15例发生肺部并发症,其中肺动脉栓塞2例、肺不张3例、肺部感染8例、急性肺损伤2例,这些因素导致患者术后肺部功能下降的主要原因之一。外科手术、下肢深静脉血栓与肺动脉栓塞的发生密切相关,手术创伤会增加血管内微栓子数量,加之肿瘤患者血液常处于高凝状态,血管内皮系统活性较高,机体应激反应强,肺动脉栓塞发生率相应增加^[15]。术后肺不张的原因主要与术后呼吸肌功能减弱及胸壁肌力学改变有关,膈肌功能减弱会引起胸腔容积减小,降低肺部残气量,气道过早塌陷从而引发低潮气量,最终表现为微小肺不张。另外,食管癌患者术后常伴有血液流变改变,加上医源性损伤、术后肺部防御下降等诸多因素影响,有较高的肺部感染风险且与普通肺炎不同,病死率较高^[16]。纳入患者中,有24例行食道内镜下粘膜切除术治疗,其中5例发生肺部感染和肺不张等并发症,原因主要与切除部位有关。切除部位靠下或术中操作不当时容易挫伤肺部,继而损伤肺泡表面的活性物质,迷走神经、支气管也会受到不同

程度的影响,引起机体咳嗽反射兴奋性降低,气管黏液和分泌物无法及时排出,增加了肺部感染发生风险,术前可以适当使用抗菌药物预防。另外,食管癌术中或术后液体输注过量也会引发肺水肿,增加其他合并症发生风险,实际操作中需要医师加强把控,保证液体补充平衡。本次研究得出,实验组患者护理后护理功能和日常生活自理能力改善优于对照组,显示早期开展肺功能训练确有较佳效果。食管癌患者受手术疼痛和疾病本身影响,术后长期卧床休息,运动量减少导致肌肉收缩力下降,严重时可引起肌肉萎缩,肺通气功能随之下降,最终影响肺功能。开展肺功能训练的目的即促进肺扩张、增强肺组织弹性,改善肺通气功能。本研究实验组患者开展系统的呼吸功能训练,其中腹式呼吸和缩唇呼吸能有效提升肺膈肌收缩力,减少呼吸肌运动幅度及能量消耗,增加肺泡换气量;另在腹式呼吸和缩唇呼吸训练基础上开展咳痰训练,可促进患者术后痰液排除,降低支气管、肺部感染等并发症发生率。呼吸体操训练的作用是增强胸腔、膈肌和腹肌的顺应性及活动性,下肢训练有助于增强患者步行能力和运动耐力,对促进患者术后恢复也有积极意义^[17]。

食管癌患者得知病情后容易产生各种负面情绪,若未及时纠正疏导,将对后续治疗、护理工作开展产生较大影响。本文对实验组患者开展身心综合训练,根据患者实际情况制定训练方案,包括认知行为干预、心理治疗和冥想放松训练等,目的即改善患者不良情绪,保持平和的心态接受治疗。通过综合身心训练,能不断提高患者认知、角色和社会功能,缓解疲乏,帮助患者培养良好的心态,对改善患者生活质量有重要意义。董高悦等^[18]在各自研究中指出,呼吸训练、综合干预治疗在提升食管癌患者术后呼吸功能、生活质量和早期肠内营养耐受性中均有显著效果,还能促进机体康复速率,缩短住院时间。虽然研究方法有一定差异,但以上多位学者与本次研究均证实了身心综合训练配合肺活量练习在改善食管癌患者情绪状态中的应用价值。

生活质量又称为生存质量,包含概念较广,临床上主要用于评估患者生活优劣性,如身体机能、心理状态、精神状况和融入社会情况等多个维度。近年来用以评估患者生活质量的量表较多,其中QLQ-C30量表较为常见,因其能更加全面地评估

患者生存质量而在临床中得到广泛应用。本文采用QLQ-C30量表评估两组食管癌患者术后生活质量,结果显示实验组各项评分优于对照组,显示实验组患者术后生活质量更佳。食管癌患者术后生活质量评分一般不高,因肿瘤消耗的影响,患者虽然生命得以延长,但身心承担压力和痛苦较大,所以生存质量无法恢复至正常水平^[19]。Lee K等^[20]研究发现,影响食管癌患者术后生活质量的因素较多,包括肿瘤严重程度,如转移、浸润和分化程度,患者年龄、文化水平、家庭经济收入情况等。因此护理人员应多从家庭、社会等角度关心患者,帮助患者树立生活信心,保持积极心态,以提升生存质量。

本研究的不足之处在于,研究开展时间较短,选取样本量不足,且后期未开展随访调查,研究结果有一定局限性,期待后续有更全面的研究证实此结论。综上所述,食管癌术后开展身心综合训练配合肺活量练习能有效纠正患者不良情绪,提高生活质量及肺功能,有推广应用价值。

参考文献

- [1] 徐敏,赵慧莉,张仪芝. 56例食管癌患者术后延续饮食指导的实践[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(4):400-403.
- [2] Missel M, Hansen M, Jackson R, et al. Re-embodiment of eating after surgery for esophageal cancer: patients' lived experiences of participating in an education and counseling nutritional intervention [J]. Journal of Clinical Nursing, 2018, 27 (7-8): 1420.
- [3] 明坤秀,程璐璐,程小韵,等. 早期营养支持治疗和护理干预对食管癌术后胃肠功能的影响研究 [J]. 中华肿瘤防治杂志, 2016,5(S1):295-296.
- [4] 马丹,杨帆,廖专,等. 中国早期食管癌筛查及内镜诊治专家共识意见(2014年,北京)[J]. 中国实用内科杂志, 2015,9(4):220-240.
- [5] 麦雪萍,王磊. BORG主观体力感等级量表的生理效度研究:一项元分析[J]. 广州体育学院学报, 2012, 32(3):78-83.
- [6] Alves-Guerreiro J. Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires [J]. American Journal of Geriatric Psychiatry, 1998, 5(3):183-183.
- [7] 陶明,高静芳. 修订焦虑自评量表(SAS-CR)的信度及效度[J]. 中国神经精神疾病杂志, 1994(5):301-303.
- [8] 刘贤臣,戴郑生,唐茂芹,等. 抑郁自评量表(SDS)医学生调查结果的因子分析 [J]. 中国临床心理学杂志, 1994(3): 151-154.
- [9] 姜宝法,刘春晓,崔永春,等. EORTC QLQ-C30的信度、效度研究[J]. 中国临床心理学杂志, 2005, 13(1):31-32.

- [10] 黄晓宇, 耿明飞, 周福有, 等. 吸气肌训练对食管癌根治术后患者心肺功能及生活质量的影响 [J]. 中华物理医学与康复杂志, 2017, 39(7):539-540.
- [11] 沈国义, 张奕, 戴益智, 等. 胸腔内食管牵引挑离法在微创食管癌切除术中左侧喉返神经旁淋巴结清扫的应用 [J]. 中国微创外科杂志, 2018, 206(5):23-26+30.
- [12] Nabeya Y, Hoshino I, Nagata M, et al. Perioperative Management for Early Recovery after Esophageal Cancer Surgery [J]. Japanese Journal of Surgical Metabolism & Nutrition, 2018, 51(3):49-49.
- [13] 邹晓影. 胸腔镜下小切口食管癌根治术的围术期护理体会 [J]. 中华肿瘤防治杂志, 2016(S2):344-345.
- [14] Sueyoshi K, Inoue Y, Sumi Y, et al. A case of omental herniation through the esophageal hiatus successfully treated by laparoscopic surgery [J]. Acute Medicine & Surgery, 2017, 4(3):367-370.
- [15] Murakawa K, Ono K, Yamamura Y, et al. Minimally invasive surgery for esophageal cancer after esophageal perforation [J]. Asian Journal of Endoscopic Surgery, 2017, 10(4):50-53.
- [16] 李露, 高欣源, 李剑华, 等. 呼吸训练对食管癌患者术后呼吸功能、生活质量及住院时间的影响 [J]. 中华物理医学与康复杂志, 2017, 39(1):61.
- [17] 黄丽, 王晓霞, 张娟. 回馈教学对食管癌开胸手术患者呼吸功能锻炼依从性的研究 [J]. 中华护理杂志, 2016, 51(1):26-28.
- [18] 董高悦, 许勤, 孟爱凤, 等. 综合干预治疗在食管癌病人术后早期肠内营养耐受性及机体康复的研究 [J]. 肠外与肠内营养, 2017, 8(3):80-82.
- [19] Valmasoni M, Pierobon E S, Zanchettin G, et al. Cervical Esophageal Cancer Treatment Strategies: A Cohort Study Appraising the Debated Role of Surgery [J]. Annals of Surgical Oncology, 2018, 25(9):2747-2755.
- [20] Lee K, Kim H R, Park S I, et al. Surgical Outcome of Colon Interposition in Esophageal Cancer Surgery: Analysis of Risk Factors for Conduit-Related Morbidity [J]. Thoracic & Cardiovascular Surgeon, 2017, 66(05):384-389.

· 读者 · 作者 · 编者 ·

本刊对来稿中统计学处理的有关要求

1. 统计学研究设计: 应交代统计研究设计的名称和主要做法。如调查设计(分为前瞻性、回顾性或横断面调查研究); 实验设计(应交代具体的设计类型, 如自身配对设计、成组设计、交叉设计、析因设计、正交设计等); 临床试验设计(应交代属于第几期临床试验, 采用了何种盲法等)。主要做法应围绕4个原则: 随机、对照、重复、均衡进行概要说明, 尤其要交代如何控制重要非试验因素的干扰和影响。

2. 资料的表达与描述: 用 $(\bar{x} \pm s)$ 表达近似正态分布的定量资料, 用 $M(Q_R)$ 表达呈偏态分布的定量资料; 用统计表时, 要合理安排纵横标目, 并将数据的意义表达清楚, 可使用表注在表格下方进行详细说明; 用统计图时, 所用统计图的类型应与资料性质相匹配, 并使数轴上的刻度值的标法符合数学原则, 可使用图注进行必要的说明; 用相对数时, 分母不宜少于20, 要注意区分百分率和百分比。

3. 统计分析方法的选择: 对于定量资料, 应根据所采用的设计类型、资料条件和分析目的, 选择合适的统计方法, 不能盲目套用 t 检验和单因素方差分析; 对于定性资料, 应根据所采用的设计类型、定性变量的性质和频数所具备的条件以及分析目的, 选择合适的统计分析方法, 不能盲目套用 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, 不能盲目套用简单直线回归分析, 对于具有重复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分析方法, 以便对因素之间的交互作用和多指标之间的内在联系进行全面和合理的解释和评价。

4. 统计结果的解释和表达: 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, 而不应说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、多个均数之间的两两比较的 q 检验等), 统计量的具体值(如 $t=3.12, \chi^2=4.36, F=6.86$ 等)应尽可能给出具体的 P 值(如 $P=0.012$); 当涉及到总体参数(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。