

中西医结合模式在提高癌症复发患者睡眠质量中的护理体会

曹春燕, 林救祥, 梁洁, 彭素清

(广东省汕头市第二人民医院, 广东汕头 505011)

摘要:【目的】探讨中西医结合模式在提高癌症复发患者睡眠质量中的应用效果。【方法】将60例癌症复发伴睡眠障碍患者随机分为观察组和对照组, 每组各30例。对照组采用传统方式进行干预, 观察组采用中西医结合模式进行干预, 即在传统方式的基础上, 联合中医辨证治疗和辨时治疗进行干预, 以21 d为1个疗程, 共治疗1~2个疗程。观察2组患者干预前后匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)评分和欧洲癌症治疗研究组织生活质量测定量表(EORCT QLQ-C30)评分的变化情况, 评价2组患者的干预疗效。【结果】(1)疗效方面: 经1~2个疗程后, 观察组的总有效率为96.67%(29/30), 对照组为83.33%(25/30), 组间比较, 观察组的睡眠改善疗效明显优于对照组($P < 0.01$)。(2)PSQI评分方面: 干预后, 2组患者除安眠药物评分差异无统计学意义($P > 0.05$)外, PSQI量表的其他各维度评分及其总分均较干预前明显降低($P < 0.01$), 且观察组的入睡时间、睡眠质量、安眠药物、日间功能障碍评分及其总分均明显低于对照组($P < 0.01$), 而2组的睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍评分干预前后比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。(3)EORCT QLQ-C30评分方面: 干预后, 观察组患者EORCT QLQ-C30量表的角色功能、躯体功能、情绪功能、认知功能、社会功能和总体健康评分均较治疗前改善($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 而对照组患者EORCT QLQ-C30量表的各维度评分干预前后比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$); 组间比较, 观察组对EORCT QLQ-C30量表各维度评分的改善作用均明显优于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。【结论】中西医结合模式能有效提高癌症复发患者睡眠质量和生活质量。

关键词: 中西医结合模式; 癌症复发患者; 睡眠质量; 生活质量; 护理

中图分类号: R248.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2022)01-0078-05

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2022.01.014

Intervention with Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Mode in Improving Sleep Quality of Patients with Cancer Recurrence

CAO Chun-Yan, LIN Mi-Xiang, LIANG Jie, PENG Su-Qing

(The Second People's Hospital of Shantou, Shantou 505011 Guangdong, China)

Abstract: **Objective** To investigate the effect of integrated traditional Chinese and western medicine mode on improving sleep quality of patients with cancer recurrence. **Methods** Sixty patients with cancer recurrence accompanied by sleep disorder were randomly divided into the observation group and the control group, with 30 cases in each group. The control group was intervened with the traditional nursing way, and the observation group was intervened with the integrated traditional Chinese and western medicine nursing mode, i.e. the ways of traditional intervention way combined with syndrome differentiation and treatment and time differentiation observation. A total of 21 days constituted a course of treatment and the treatment lasted for one to 2 courses. The changes of Pittsburgh sleep quality index (PSQI) scores and the scores of core quality life questionnaire developed by European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORCT QLQ-C30) were observed before and after intervention. After treatment, the efficacy of intervention was evaluated in the two groups. **Results** (1) Therapeutic effect: after one to 2 courses of treatment, the total effective rate of the observation group was 96.67% (29/30), and that of the control group was 83.33% (25/30). The intergroup comparison showed that the sleep improvement effect in the observation group was significantly superior to that in the control group ($P < 0.01$). (2) PSQI scores: after intervention, only the scores of the dimension of hypnotic medication in the two groups did

收稿日期: 2021-05-06

作者简介: 曹春燕(1973-), 女, 副主任护师; E-mail: 792319277@qq.com

基金项目: 广东省汕头市科技计划项目(编号: 190313215265609)

not differ from those before intervention ($P > 0.05$), and the scores of other dimensions of PSQI scale as well as the total scores were significantly decreased compared with those before intervention ($P < 0.01$). The scores of time for falling asleep, sleep quality, hypnotic medication, and daytime dysfunction as well as the total scores in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.01$). There were no significant differences in the scores of sleep time, sleep efficiency and sleep disorder between the two groups before and after intervention ($P > 0.05$). (3) EORCT QLQ-C30 scores: after intervention, the scores of the dimensions of role function, physical function, emotional function, cognitive function, social function and the overall health of EORCT QLQ-C30 scale in the observation group were improved compared with those before treatment ($P < 0.05$ or $P < 0.01$), and there was no statistical significance in each dimension scores of EORCT QLQ-C30 scale in the control group before and after intervention ($P > 0.05$). The intergroup comparison showed that the effect on improving EORCT QLQ-C30 scores in the observation group was significantly superior to that in the control group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). **Conclusion** The integrated traditional Chinese and western medicine mode can effectively improve the sleep quality and life quality of patients with cancer recurrence.

Keywords: integrated traditional Chinese and western medicine mode; patients with cancer recurrence; sleep quality; life quality; nursing

随着我国人口的老齡化及环境因素、社会因素、饮食习惯等的改变,癌症的发生率呈逐年上升趋势,据《中国恶性肿瘤学科发展报告(2017年)》^[1]显示,中国每天约1万人确诊为癌症。大部分早期癌症患者可通过手术进行治疗,但也有较多中晚期患者在手术后发生远处转移或复发^[2]。由于对肿瘤复发的恐惧和治疗的失望,以及肿瘤病痛和抗癌治疗的影响,大部分患者可出现睡眠障碍,严重影响其生活质量。基于此,本院于2019年4月至2020年12月,成立护理专案改善小组,并联合中医科医生,采用中西医结合模式对癌症复发伴睡眠障碍患者的睡眠进行干预,取得良好效果,现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组 选取2019年4月至2020年12月广东省汕头市第二人民医院肿瘤科收治的60例癌症复发伴睡眠障碍患者作为研究对象,其中男24例,女36例;年龄49~84岁,平均年龄(64.9±5.59)岁;肿瘤类型中,胃癌11例,结直肠癌33例,乳腺癌14例,胆囊癌2例。按肿瘤类型和抗癌方法的不同采用分层随机方法,将患者随机分为观察组和对照组,每组各30例。

1.2 病例选择标准

1.2.1 纳入标准 ①为乳腺或消化道恶性肿瘤,

入院后经影像学和病理学检查确诊为癌症复发;②参照美国睡眠医学会主编、人民卫生出版社出版的《国际睡眠障碍分类(第三版)》^[3],确诊存在睡眠障碍;③依从性好,能配合治疗和观察的患者。

1.2.2 排除标准 ①癌症初发患者;②非乳腺或消化道恶性肿瘤患者;③预计生存期少于3个月的患者;④伴有严重心血管疾病和肺部疾病,存在明显呼吸困难的患者;⑤不信任中医,拒绝配合治疗的患者。

1.3 干预方法

1.3.1 对照组 采用传统方式进行干预,包括:①心理护理,关心和安慰患者,解除患者心理负担;②保持环境安静舒适;③处理疼痛、腹胀、呕吐等影响睡眠的因素;④对患者的生活进行指导,包括饮食调理、睡前避免喝咖啡和浓茶、适当活动、听轻音乐、热水泡脚和热敷等;⑤必要时服用安眠药。

1.3.2 观察组 采用中西医结合模式进行干预,即在对照组的基础上,请中医科医生协助诊治,护士根据医生建议落实中医护理措施。具体如下:(1)了解患者23:00~1:00、1:00~3:00、3:00以后3个时间段的睡眠情况,观察患者的失眠特点,包括不易入睡、睡后易醒、醒后不能再寐、时寐时醒还是彻夜不寐,以及是否伴有多梦等。(2)由中医科医生为每位患者辨证施治,对症

下药。对于心火炽盛型患者,以清心泻火为治则,常用朱砂安神丸加减。对于肝气郁结型患者,以疏肝解郁为治则,常用柴胡疏肝散加减。对于阴血亏虚型患者,以滋阴养血为治则,常用天王补心丹加减。对于心脾两虚型患者,以健脾养心为治则,常用归脾丸加减。(3)结合五运六气,“因时制宜”,辨时施治。23:00~1:00前不能入睡者为少阴病欲解时,少阴初当令不作为,用黄连阿胶鸡子黄汤治之。1:00~3:00前不能入睡者为厥阴病欲解时,厥阴初当令不作为,用乌梅丸治之。凌晨3:00醒后不能入睡者为少阳病欲解时,少阳初当令不作为,用柴胡加龙骨牡蛎汤治之。如时间跨度两个时辰,则为少阴厥阴,或厥阴少阳两经均不作为,采用合方治疗。根据每位患者的不同症候群在用药方面予以增减。(4)制定“节息表”:①睡觉前不做活动、不进食,不喝咖啡和浓茶;②22:00准时上床睡觉,睡觉前排空大小便,有腹胀、呕吐或疼痛者先予处理;③早上6:30准时起床,不能赖床,起床后根据身体状况适当锻炼,对体质虚弱者指导其进行床上力所能及的活动,如床上太极拳等;④13:00~14:00午休。(5)护士和家属监督落实,22:30观察患者是否入睡,不能入睡者,遵医嘱给予安眠药、抗焦虑药。(6)注意事项:①在患者睡眠期间尽量减少治疗护理及声音和光等因素的干扰,并使患者养成良好的睡眠习惯;②患者中气不足时忌泡脚。

1.3.3 疗程 2组患者均以21d为1个疗程,共治疗1~2个疗程。

1.4 观察指标及疗效评定标准

1.4.1 匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)评分 患者入院时采用PSQI量表进行评估,干预1~2个疗程后再次进行评估(一般在患者再次住院或复诊时进行评估),PSQI量表包括睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、安眠药物、日间功能障碍等7个维度,PSQI总分 ≤ 4 分为睡眠质量好, ≥ 7 分为睡眠质量差。得分越高,表示睡眠质量越差,其中以PSQI总分 > 7 分表示存在睡眠障碍^[4-5]。

1.4.2 生活质量评价 2组患者分别于干预前后采用欧洲癌症治疗研究组织生活质量测定量表(EORCT QLQ-C30)对患者的生活质量进行评估。EORCT QLQ-C30量表能较准确地评价癌症患者的

生活质量^[6]。表格填写后,按照既定公式计算出各领域原始分和标准化得分(以100分计),功能领域和整体健康状况得分越高表明功能或健康状况越好,生活质量越高^[7]。

1.4.3 睡眠改善疗效评定标准 根据《中医病证诊断疗效标准》^[8]来判断干预后睡眠障碍的改善情况。①治愈:睡眠正常,伴有症状消失;②好转:睡眠时间延长,伴有症状改善;③无效:症状无改变。总有效率=(治愈例数+好转例数)/总病例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计方法 采用SPSS 15.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内治疗前后比较采用配对样本 t 检验,组间比较采用两独立样本 t 检验;计数资料以率或构成比表示,组间比较采用 χ^2 检验。均采用双侧检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者基线资料比较 观察组30例患者中,男13例,女17例;平均年龄为(64.5 \pm 5.33)岁;文化程度:文盲9例,小学及初中16例,高中及以上5例;经济情况:有经济困难20例,无经济困难10例;职业情况:有固定职业(包括退休)8例,无固定职业(包括家庭主妇)22例;家庭成员支持患者治疗30例。对照组30例患者中,男11例,女19例;平均年龄为(65.3 \pm 5.60)岁;文化程度:文盲7例,小学及初中19例,高中及以上4例;经济情况:有经济困难22例,无经济困难8例;职业情况:有固定职业(包括退休)11例,无固定职业(包括家庭主妇)19例;家庭成员支持患者治疗30例。2组患者的性别、年龄、文化程度、经济情况、职业情况、家庭情况等基线资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),表明2组患者的基线特征基本一致,具有可比性。

2.2 2组患者干预前后PSQI评分比较 表1结果显示:干预前,2组患者PSQI各维度评分及其总分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,2组患者除安眠药物评分差异无统计学意义($P > 0.05$)外,其他各维度评分及其总分均较干预前明显降低($P < 0.01$),且观察组的入睡时间、睡眠质量、安眠药物、日间功能障碍评分及其总分均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P <$

表1 2组癌症复发伴睡眠障碍患者干预前后PSQI评分比较

Table 1 Comparison of PSQI scores before and after intervention between the two groups of patients

with recurrent cancer accompanied by sleep disorders

($\bar{x} \pm s$, 分)

时间	例数/例	组别	睡眠质量	入睡时间	睡眠时间	睡眠效率	睡眠障碍	安眠药物	日间功能障碍	总分
干预前	30	观察组	2.70 ± 0.42	2.20 ± 0.5.9	2.23 ± 0.61	2.20 ± 0.59	1.90 ± 0.54	0.87 ± 1.16	2.47 ± 0.57	4.57 ± 2.49
	30	对照组	2.63 ± 0.46	2.27 ± 0.54	2.33 ± 0.58	2.23 ± 0.51	1.83 ± 0.50	0.97 ± 1.22	2.40 ± 0.56	14.67 ± 2.04
		<i>t</i> 值	0.62	0.47	0.65	0.21	0.52	0.33	0.48	0.17
		<i>P</i> 值	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
干预后	30	观察组	0.97 ± 0.39 ^{①②}	1.07 ± 0.31 ^{①②}	1.10 ± 0.60 ^①	1.47 ± 0.63 ^①	1.23 ± 0.41 ^①	1.00 ± 0.87 ^②	1.00 ± 0.53 ^{①②}	7.83 ± 2.31 ^①
	30	对照组	1.37 ± 0.53 ^①	1.50 ± 0.57 ^①	1.40 ± 0.59 ^①	1.57 ± 0.59 ^①	1.30 ± 0.47 ^①	2.43 ± 0.53	1.67 ± 0.69 ^①	11.23 ± 2.30 ^{①②}
		<i>t</i> 值	3.33	3.63	1.95	0.63	0.61	7.69	4.2	4.22
		<i>P</i> 值	<0.01	<0.01	>0.05	>0.05	>0.05	<0.01	<0.01	<0.01

① $P < 0.01$, 与治疗前比较; ② $P < 0.01$, 与对照组干预后比较

0.01), 而2组的睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍评分干预前后比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

2.3 2组患者干预前后EORCT QLQ-C30评分比较 表2结果显示: 干预前, 2组患者EORCT QLQ-C30量表的角色功能、躯体功能、情绪功能、认知功能、社会功能和总体健康评分比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。干预后, 观察组患者EORCT QLQ-C30量表的角色功能、躯体功能、情绪功能、认知功能、社会功能和总体健康评分均较治疗前改善($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 而对照组患者EORCT QLQ-C30量表的各维度评分干预前后比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$); 组间比较, 观察组对EORCT QLQ-C30量表各维度评分的改善作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

2.4 2组患者睡眠改善疗效比较 表3结果显示:

经1~2个疗程后, 观察组的总有效率为96.67%(29/30), 对照组为83.33%(25/30), 组间比较, 观察组的睡眠改善疗效明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。

3 讨论

睡眠障碍作为肿瘤症状群中的一种, 临床上较为常见, 其发生率仅次于疲乏, 居肿瘤相关症状发病率的第2位^[9]。据报道^[10], 肿瘤患者睡眠障碍的发生率为19%~63%。肿瘤复发患者比初发患者更容易陷入恐惧、悲伤和焦虑的情绪中, 更容易发生睡眠障碍。治疗上常需采用放化疗、靶向药物等治疗, 药物和治疗的不良反应使睡眠障碍进一步加重。Palesh O G等^[11]研究显示, 化疗患者睡眠障碍的发生率高达79.6%。睡眠障碍将给全身各系统带来严重的问题, 包括免疫系统、循环系统、内分泌系统以及神经系统, 进而影响患者的

表2 2组癌症复发伴睡眠障碍患者干预前后EORCT QLQ-C30评分比较

Table 2 Comparison of EORCT QLQ-C30 scores before and after intervention between the two groups of

patients with recurrent cancer accompanied by sleep disorders

($\bar{x} \pm s$, 分)

时间	例数/例	组别	角色功能	躯体功能	情绪功能	认知功能	社会功能	总体健康
干预前	30	观察组	38.43 ± 14.48	42.76 ± 9.46	33.03 ± 20.30	34.45 ± 15.84	33.77 ± 13.09	30.82 ± 1.72
	30	对照组	38.43 ± 16.81	42.20 ± 9.50	33.60 ± 19.68	33.34 ± 13.33	32.11 ± 13.50	29.15 ± 13.50
		<i>t</i> 值	0	0.23	0.69	0.13	0.48	0.67
		<i>P</i> 值	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
干预后	30	观察组	57.79 ± 12.74 ^{①④}	54.43 ± 15.11 ^{①④}	48.04 ± 13.62 ^{②③}	46.10 ± 13.56 ^{①③}	41.66 ± 16.66 ^{②③}	44.44 ± 14.82 ^{①③}
	30	对照组	38.87 ± 16.45	44.43 ± 10.75	37.75 ± 18.51	37.77 ± 14.22	33.33 ± 12.22	35.27 ± 12.60
		<i>t</i> 值	4.98	2.95	2.45	2.32	2.2	2.58
		<i>P</i> 值	<0.01	<0.01	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

① $P < 0.05$, ② $P < 0.01$, 与治疗前比较; ③ $P < 0.05$, ④ $P < 0.01$, 与对照组干预后比较

表3 2组癌症复发伴睡眠障碍患者干预后睡眠改善疗效比较

Table 3 Comparison of sleep improvement efficacy after intervention in patients with recurrent cancer accompanied by sleep disorders between the two groups [例(%)]

组别	例数/例	治愈	好转	无效	总有效
观察组	30	14(46.67)	15(50.00)	1(3.33)	29(96.67) ^①
对照组	30	1(3.33)	24(80.00)	5(16.67)	25(83.33)
χ^2 值					18.453
<i>P</i> 值					<0.01

① $P < 0.01$, 与对照组比较

生理、心理健康、临床结局及其生活质量^[12], 导致患者出现严重的心理问题, 部分患者拒绝接受治疗护理, 甚至出现自杀现象。因此, 应尽早采取有效的干预措施, 促进睡眠, 提高患者的生活质量。

住院期间常规的处理方法是做好患者的心理护理, 口服或肌肉注射安眠药。由于缺乏个性化措施, 部分患者担心长期使用安眠药容易产生耐药性和依赖性, 而有些患者服药后出现头晕不适等症状, 使心理负担加重, 进一步影响睡眠质量。中医认为失眠即不寐, 主要因机体阴阳失调, 气血失和, 使心神不安所致^[13-14]。治疗方面应从整体出发, 辨证论治, 补虚泻实, 调整阴阳, 同时佐以安神之品, 根据患者病情不同阶段阴阳失衡的情况进行调理, 具有疗效确切、副作用小、且用药后无头晕不适等症状、患者容易接受等优点。但由于中药起效较慢, 护士可根据具体情况配合使用安眠药, 从而有助于促进睡眠, 减轻焦虑。中医重视阴阳平衡, 顺应自然规律, 根据各时辰的阴阳消长制定了“节息表”, 指导患者合适的锻炼方法, 并按照“节息表”调整休息时间, 使患者养成良好的睡眠习惯。本研究结果显示, 治疗后, 观察组的睡眠改善疗效明显优于对照组, 且观察组PSQI量表的入睡时间、睡眠质量、安眠药物、日间功能障碍评分及其总评分均明显低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。同时, 观察组对EORCT QLQ-C30量表各维度评分的改善作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 表明观察组患者干预后的失眠障碍得到明显改善, 生活质量

也随着得到明显提高。

癌症复发患者可伴有腹胀、呕吐、疼痛等影响睡眠的症状, 单纯采用中医方式不能完全控制这些症状, 常需要中西医结合治疗。中西医治疗模式从不同角度、不同途径来认识和诊治疾病, 具有明显的互补性, 对改善癌症复发患者的睡眠质量, 提高患者生活质量具有重要意义, 值得临床进一步推广应用。

参考文献:

- [1] 中国抗癌协会. 中国恶性肿瘤学科发展报告(2017年) [A] // 中国肿瘤学大会会议资料[C]. 沈阳: 中国抗癌协会, 2018.
- [2] 徐苏慧, 李丽. 肿瘤化疗患者院外服药依从性与疾病认知的关系及护理对策[J]. 现代实用医学, 2019, 31(1): 121-123.
- [3] 美国睡眠医学会主编, 高和主译. 国际睡眠障碍分类(第3版) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019.
- [4] 刘中霖, 陶恩祥. 脑卒中患者睡眠障碍的临床异质性研究[J]. 中山大学学报(医学科学版), 2010, 31(5): 682-684.
- [5] 程思明, 罗连平, 吴波斯, 等. 铜砒刮痧改善癌症失眠患者睡眠质量的护理效果分析[J]. 中外医疗, 2020, 39(27): 147-149, 158.
- [6] 谭诗生, 李杭, 罗健, 等. 欧洲癌症研究与治疗组研制的生活质量核心调查问卷3版中文版生活质量调查问卷测评[J]. 中国临床康复, 2006, 10(4): 23-27.
- [7] 张海燕, 刘万花, 吴少龄. 心理护理对晚期癌症患者生活质量的影响[J]. 海南医学, 2013, 24(18): 2798-2799.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [9] RELLY C M, BRUNER D W, MITCHDLL S A, et al. A literature synthesis of symptom prevalence and severity in persons receiving active cancer treatment[J]. Support Care Cancer, 2013, 21(6): 1525-1550.
- [10] DAVIS M P, KHOSHKNABI D, WALSH D, et al. Insomnia in patients with advanced cancer [J]. Am J Hosp Palliat Care, 2014, 31(4): 365-373.
- [11] PALESH O G, ROSCOE J A, MUSTIAN K M, et al. Prevalence demographics and psychological associations of sleep disruption in patients with cancer: University of Rochester Cancer Center-Community Clinical Oncology Program [J]. J Clin Oncol, 2010, 28(2): 292-298.
- [12] 周安秀, 秦海娇, 梁务清. 癌症患者睡眠障碍的研究现状[J]. 中国临床新医学, 2016, 9(9): 841-844.
- [13] 高鹏翔, 卜平, 陈金水, 等. 中医学[M]. 8版. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 318.
- [14] 古艳湘, 刘健红. 中药足浴治疗肝郁气滞型脑梗死后失眠临床研究[J]. 广州中医药大学学报, 2012, 38(4): 761-765.

【责任编辑: 陈建宏】