

癌因性疲乏在肺癌患者心理弹性与心理痛苦间的中介作用*

肖丽,徐真,郑霞洪,施玉梅[△]

重庆大学附属肿瘤医院肿瘤内科,重庆 400030

摘要:目的 探讨癌因性疲乏在肺癌患者心理弹性与心理痛苦间的中介作用。方法 对重庆市某三级甲等医院肿瘤内科 347 例肺癌患者采用一般资料表、心理弹性量表(CD-RISC10)、癌症疲乏量表(CFS)和心理痛苦温度计(DT)进行调查。运用结构方程模型中的 Bootstrap 法进行中介效应检验。结果 最终纳入 332 例肺癌患者进行研究,其中轻度、中度、重度心理痛苦的发生率分别为 38.0%、53.9%、5.1%。Pearson 相关性分析显示,心理弹性与心理痛苦、癌因性疲乏呈负相关($r = -0.607, -0.622, P < 0.01$);癌因性疲乏与心理痛苦呈正相关($r = 0.522, P < 0.01$)。Bootstrap 检验结果显示癌因性疲乏在心理弹性与心理痛苦间起部分中介作用,间接效应值为 -0.13 ,占总效应的 20%。结论 肿瘤专科医护人员可以从提高患者心理弹性、降低患者癌因性疲乏 2 方面来降低其心理痛苦水平。

关键词:肺癌; 心理痛苦; 心理弹性; 癌因性疲乏; 中介效应

中图分类号:R734.2

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2023)18-2752-05

在中国 2020 年癌症发病谱上,肺癌发病率和病死率都位列恶性肿瘤首位,对公众生命与健康造成极大威胁^[1]。肺癌早期症状比较隐匿,常难以被诊断,发现时患者多发展至中晚期,疾病本身以及心理应激等因素给患者造成不同程度的心理痛苦,发生率约为 48%^[2]。心理痛苦是指在多因素影响下不愉快的情绪体验,包括心理(认知、情感、行为)、社会或精神方面的不舒适^[3],这种负性情绪会降低患者治疗依从性及生活质量,甚至影响疾病预后^[4]。因此,对于肺癌患者心理痛苦的筛查、评估与干预具有重要意义。

随着积极心理学的发展,心理弹性已成为当前心理学研究的热点,它是指个体在面对逆境、创伤或压力时所表现出的应对能力及方式,即面对困难时的反弹能力^[5]。个体的心理弹性水平越高,在面对疾病时就仍能保持较好的情绪调控能力,负性情绪较少^[6]。癌因性疲乏是指肿瘤患者出现的经充足睡眠休息后仍无法有效缓解的主观疲乏症状,主要表现为情绪低落、活力丧失等^[7],易给患者生理、心理造成不良影响。研究表明,心理弹性、癌因性疲乏均是心理痛苦的影响因素^[8-10]。但心理弹性、癌因性疲乏与心理痛苦三者之间的内在关系及作用途径仍缺乏证实。研究证明,心理弹性能够预测肿瘤患者治疗前后的疲乏程度,并且是治疗早期癌因性疲乏的最强预测因子^[11-12]。因此,本研究假设肺癌患者心理弹性可作用于癌因性疲乏,进而影响其心理痛苦水平。本研究旨在通过结构方程模型检验该假设,以期制订针对性的心理干预方案提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究已获得医院医学伦理委员会

的批准。2022 年 6—12 月,运用便利抽样法选取在重庆市某三级甲等医院肿瘤内科住院治疗的肺癌患者作为研究对象。纳入标准:(1)年龄 ≥ 18 岁;(2)经病理组织学检查,明确诊断为肺癌;(3)知晓自身疾病及诊断;(4)意识清醒,能独立理解并完成问卷;(5)自愿加入本研究。排除标准:(1)有精神心理障碍或认知障碍者;(2)合并有其他严重危及生命的疾病。

1.2 方法

1.2.1 研究工具 (1)一般资料调查表:由研究团队根据研究目的自行设计,包括年龄、性别、文化程度、居住地、家庭年收入、病理类型、分期、确诊时长、有无远处转移等。(2)心理弹性量表(CD-RISC-10):采用 CONNOR 等^[13]编制的 CD-RISC-10 测量患者的心理弹性水平,量表包含 10 个条目,按 0~4 级计分,得分越高说明心理弹性水平越高。WANG 等^[14]翻译并修订中文版 CD-RISC-10 的 Cronbach's α 系数为 0.91,重测信度为 0.90,信效度良好。本研究中该量表 Cronbach's α 系数为 0.895。(3)癌因性疲乏量表(CFS):运用 CFS 测量患者的疲乏程度,该量表包括 3 个维度(躯体、情感和认知疲乏),共计 15 个条目,采用 0~4 级评分,得分越高表示主观疲乏程度越重^[15]。中文版 CFS 总量表与各维度的内部一致性在 0.63~0.86,信效度良好^[16]。本研究中,总量表 Cronbach's α 系数为 0.899。(4)心理痛苦温度计(DT):采用 DT 评估患者的心理痛苦情况。DT 为 0~10 共计 11 个刻度的单项条目自评工具,依次计为 0~10 分,患者依据自身实际情况,选择符合的刻度位置进行标记^[17]。0 分为无心理痛苦,1~3 分、4~6 分、7~10 分各为轻度、中度、重度痛苦,DT ≥ 4 分者表示有临床意

* 基金项目:2022 年重庆医药生物技术协会科研育苗项目(cmba2022kyym-zkxmH0009)。

[△] 通信作者,E-mail:515342831@qq.com。

义的心理痛苦,需接受心理干预或治疗。

1.2.2 资料收集 调查前向患者说明本次研究的目的、意义、匿名性及保密性,在获得同意后,现场发放问卷填写并收回,及时解答调查对象在填写过程中遇到的疑问,检查是否有漏项和不符合要求的条目,并予以纠正和澄清。共发放问卷 347 份。

1.3 统计学处理 采用 EpiData 3.1 软件录入、核对数据,SPSS 25.0 统计软件分析数据。呈正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用独立样本 t 检验,多组间比较采用单因素方差分析;计数资料采用例数、百分比表示,比较采用 χ^2 检验;采用多元线性回归分析肺癌患者心理痛苦的影响因素;采用 Pearson 相关分析心理弹性、癌因性疲乏与心理痛苦间的相关性。运用 AMOS 23.0 建立结构方程模型,借助 Bootstrap 法对癌因性疲乏在心理弹性与心理痛苦间的中介作用进行验证。 χ^2 自由度比(χ^2/df) <3 、渐进残差均方和平方根(RMSEA) <0.05 、拟合优度指数(GFI) >0.90 、简约 GFI(PGFI) >0.50 、调整后 GFI(AGFI) >0.90 、增值适配指数(IFI) >0.90 、相对适配指数(RFI) >0.90 、非规准适配指数(TLI) >0.90 、规准适配指数(NFI) >0.90 表明模型拟合良好。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 问卷回收情况 共发放问卷 347 份,回收 347 份,其中有效问卷 332 份,有效回收率为 95.6%。

2.2 共同方法偏差检验 Harman 单因素检验结果显示,第一个因子解释的变异量为 32.54%,小于 40%的临界值,因此,本研究数据不存在明显的共同方法偏差。

2.3 患者一般资料及 DT 得分情况 332 例患者年龄 36~75 岁,平均(61.62±8.15)岁;男 264 例(79.5%),女 68 例(20.5%);文化程度:小学及以下 187 例(56.3%),初中 86 例(25.9%),高中及以上 59 例(17.8%);腺癌 145 例(43.7%),鳞癌 112 例(33.7%),小细胞癌 49 例(14.8%),其他类型 26 例(7.8%);II、III、IV 期患者分别为 19 例(5.7%)、151 例(45.5%)、162 例(48.8%);发生转移 291 例(87.7%),未转移 41 例(12.3%)。332 例患者 DT 总体得分为(3.82±1.15)分。不同性别、不同肿瘤分期、是否转移的肺癌患者 DT 得分比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.4 各量表得分情况及相关性 332 例患者轻度、中度、重度发生率分别为 38.0%(126 例)、53.9%(179 例)、5.1%(17 例), ≥ 4 分 196 例(59.0%);心理弹性得分为(26.65±5.60)分,条目平均分为(2.67±0.56)分;癌因性疲乏得分为(30.77±8.34)分,条目平均分为(2.05±0.56)分。Pearson 相关性分析结果显示,心理弹性与心理痛苦、癌因性疲乏呈负相关

($r = -0.607$ 、 -0.622 , $P < 0.01$),癌因性疲乏与心理痛苦呈正相关($r = 0.522$, $P < 0.01$)。

表 1 患者基本资料及 DT 得分比较

项目	例数 [<i>n</i> (%)]	DT 得分 ($\bar{x} \pm s$, 分)	<i>t</i> 或 <i>F</i>	<i>P</i>
年龄(岁)				
35~55	57(17.2)	3.78±1.19	-0.538	0.591
>55~75	275(82.8)	3.85±1.13		
性别			-6.109	<0.001
男	264(79.5)	3.64±1.10		
女	68(20.5)	4.54±1.04		
文化程度			1.899	0.151
小学及以下	187(56.3)	3.89±1.08		
初中	86(25.9)	3.86±1.09		
高中及以上	59(17.8)	3.56±1.11		
居住地			0.588	0.556
城市	89(26.8)	3.93±1.17		
乡镇	91(27.4)	3.76±1.15		
农村	152(45.8)	3.80±1.14		
家庭年收入(元)			0.682	0.507
<2 万	94(28.3)	3.92±1.20		
2 万~4 万	173(52.1)	3.80±1.15		
>4 万	65(19.6)	3.74±1.08		
病理类型			0.331	0.803
腺癌	145(43.7)	3.85±1.15		
鳞癌	112(33.7)	3.86±1.07		
小细胞癌	49(14.8)	3.67±1.20		
其他	26(7.8)	3.81±1.17		
肿瘤分期			7.146	0.001
II 期	19(5.7)	3.05±0.84		
III 期	151(45.5)	3.72±1.15		
IV 期	162(48.8)	4.01±1.13		
是否转移			2.889	0.004
是	291(87.7)	3.89±1.13		
否	41(12.3)	3.34±1.07		

2.5 心理痛苦影响因素的多元线性回归分析 以 DT 得分为因变量,将性别(男=0,女=1)、肿瘤分期(IV 期=1,II 期=2,III 期=3)、是否转移(是=0,否=1)、心理弹性(原始值输入)、癌因性疲乏(原始值输入)作为自变量,进行多元线性回归分析。表 2 显示,性别、心理弹性、癌因性疲乏是肺癌患者心理痛苦的影响因素($P < 0.05$)。肺癌患者心理痛苦影响因素的多元线性回归方程为: $Y_{\text{心理痛苦}} = 4.714 + 0.631 \times X_{\text{性别}} - 0.061 \times X_{\text{心理弹性}} + 0.024 \times X_{\text{癌因性疲乏}}$,调整后 $R^2 = 0.297$,可解释肺癌患者心理痛苦的

29.7%。

表 2 肺癌患者心理痛苦影响因素的多元线性回归分析

项目	B	β	t	P
常数项	4.714	/	8.954	<0.001
性别(参照:男)	0.631	0.221	4.628	<0.001
肿瘤分期(参照:Ⅳ期)				
Ⅱ期	-0.364	-0.074	-1.489	0.138
Ⅲ期	-0.166	-0.072	-1.508	0.133
是否转移(参照:是)	-0.148	-0.042	-0.867	0.387
心理弹性	-0.061	-0.298	-4.907	<0.001
癌因性疲乏	0.024	0.171	2.880	0.004

注:/表示无数据;F=24.308,P<0.001,R²=0.310,调整后R²=0.297。

2.6 癌因性疲乏在心理弹性与心理痛苦间的中介效应 以心理弹性为自变量,癌因性疲乏(中介变量)与

表 3 中介效应检验及 Bootstrap 分析结果

效应类型		效应值	95%CI	效应占比
直接效应	心理弹性→心理痛苦	-0.52	-0.676~-0.361	80%
	癌因性疲乏→心理痛苦	0.19	0.012~0.351	/
	心理弹性→癌因性疲乏	-0.68	-0.774~-0.557	/
间接效应	心理弹性→癌因性疲乏→心理痛苦	-0.13	-0.245~-0.013	20%
总效应	/	-0.65	-0.720~-0.558	100%

注:/表示无数据。

3 讨 论

3.1 肺癌患者心理痛苦现状分析及人口学影响因素 本调查结果显示,肺癌患者 DT 得分为(3.82±1.15)分,处于轻度水平且低于 HE 等^[18]的调查结果,但比荣欢等^[19]的报道要高。在发生率上,DT ≥ 4 分 196 例(59.0%),高于 TIAN 等^[20](17.7%)、唐丽丽等^[21](47.37%)报道的结果,总体发生率高。本研究多元线性回归分析结果显示,女性患者相比男性更易出现心理痛苦,宁传荣等^[22]研究结果也证明这一点。女性敏感、细腻、脆弱的性格特征,使其遇到肺癌这种重大刺激时,心理承受能力较弱;此外,女性通常是家庭事务的主要承担者,若患病会直接影响到患者承担家庭角色的能力,使其更容易产生心理痛苦^[23]。这提示在临床工作中,应及早筛查出心理痛苦患者及其影响因素,关注患者心理痛苦体验并给予针对性的心理干预。基于信息化的心理痛苦筛查—诊断—干预分层管理模式^[24],能对住院癌症患者进行动态管理,提高肿瘤患者心理痛苦筛查准确率、会诊及时率,有效提升患者心理痛苦管理水平。

3.2 肺癌患者心理弹性可直接影响其心理痛苦水平

Pearson 相关性分析结果显示,心理弹性与心理痛苦呈负相关,与 ZAMAN 等^[25]研究结果一致,且心理弹性直接负向预测心理痛苦。RICHARDSON^[5]根据心理弹性的过程模型指出,个体在面对压力源时,原本处于“身心精神平衡”的个体为了继续维持平衡,就会调动起诸多的保护因素与压力源相抵抗。那么高

心理痛苦为因变量建立结构方程模型,采用极大似然法进行模型参数估计,根据修正指标进行模型修正,最终模型拟合良好; $\chi^2/df=2.702$,RMSEA=0.072,PGFI=0.647,AGFI=0.907,GFI=0.918,IFI=0.950,RFI=0.906,TLI=0.939,NFI=0.923。且各指标的路径系数均差异有统计学意义(P<0.05)。

Bootstrap 检验结果显示 95%CI 为-0.374~-0.250,不包括 0,表明癌因性疲乏中介效应显著。心理弹性与癌因性疲乏对心理痛苦的直接效应分别为-0.52、0.19,心理弹性对癌因性疲乏的直接效应为-0.68,心理弹性对心理痛苦的间接效应为(0.19)×(-0.68)=-0.13,总效应为(-0.13)+(-0.52)=-0.65,间接效应占总效应的 20%,效应值见表 3。

水平心理弹性的患者则更善于运用自身心理资源及外部资源处理疾病压力,正确认知疾病治疗带来的应激,调节心理状态,维持自身身心平衡,从而有助于预防心理痛苦的发生。

3.3 癌因性疲乏在心理弹性与心理痛苦间起部分中介作用 路径分析结果表明,心理弹性还可通过癌因性疲乏对心理痛苦产生间接影响,原因可能是瘤体生长时自我耗能增加、转移过程中新血管生成、晚期瘤体压迫造成缺血、缺氧等都导致疲乏感产生及加重^[26],这种主观的、持续的疲惫感严重妨碍患者日常生活,降低其睡眠质量及生活质量^[27-28],给患者身心造成极大的创伤,进而出现焦虑、抑郁、恐惧等痛苦情绪。

更重要的是,经结构方程模型分析表明心理弹性不仅可以直接影响心理痛苦,还可通过癌因性疲乏对心理痛苦产生间接影响,即癌因性疲乏在肺癌患者心理弹性与心理痛苦之间起部分中介作用。一方面,心理弹性能够通过降低对压力源的自主神经反应的生理过程^[29],抵抗创伤性应激事件的不利影响来降低疲乏感;另一方面,心理弹性作为个体心理缓冲带或安全网,弹性水平越高的患者心理社会适应能力越强,对负面应激源更易采取积极的应对方式(如坚韧的态度、积极的行为、乐观的情绪)^[30],能正确认知与处理肺癌躯体症状或疾病治疗所引起的疲乏感,进而减少心理痛苦的发生。所以,应重视癌因性疲乏的中介作用,采取适当措施降低患者疲乏程度,减轻心理压力。

研究表明,芳香疗法联合穴位按摩^[31]、正念康复训练^[32]、SEPPV 护理模式^[33]等都能有效降低患者癌因性疲乏水平。

本研究的结果丰富了心理弹性和癌因性疲乏对肺癌患者心理痛苦的影响机制研究,对深化、拓展心理痛苦研究具有理论意义,对于预防和干预肺癌患者心理痛苦具有实践指导意义。目前,国内外绝大多数学者将负性情绪(如心理痛苦、焦虑、抑郁)作为癌因性疲乏的影响因素进行研究,然而负性情绪也可以是疲乏的结果,二者关系仍待进一步探讨。此外,本研究仅纳入了癌因性疲乏这一个中介变量,今后的研究可考虑增加其他变量,探讨其在心理弹性影响心理痛苦中的作用。

参考文献

[1] 刘宗超,李哲轩,张阳,等. 2020 全球癌症统计报告解读[J/CD]. 肿瘤综合治疗电子杂志,2021,7(2):1-14.

[2] 陈欢,高静,鲜圆圆,等. 中国肺癌患者心理痛苦检出率的 Meta 分析[J]. 现代预防医学,2021,48(16):3059-3064.

[3] RIBA M B, DONOVAN K A, ANDERSEN B, et al. Distress management, version 3. 2019, NCCN clinical practice guidelines in oncology [J]. J Natl Compr Canc Netw, 2019, 17(10):1229-1249.

[4] BI Z, LI W, ZHAO J, et al. Negative correlations of psychological distress with quality of life and immunotherapy efficacy in patients with advanced NSCLC[J]. Am J Cancer Res, 2022, 12(2):805-815.

[5] RICHARDSON G E. The metatheory of resilience and resiliency[J]. J Clin Psychol, 2002, 58(3):307-321.

[6] JIANG L, ZHANG A, WANG M, et al. Perceived social support and distress in carers of people with lung cancer: the serial mediation of resilience and positive aspects of caregiving[J]. Eur J Oncol Nurs, 2022, 56:102084.

[7] 吴人杰,谢长生. 癌因性疲乏发病机制及治疗的研究进展[J]. 肿瘤学杂志,2020,26(3):240-244.

[8] SUN Y, ZHU S, CHENHUANG G X, et al. COVID-19 burnout, resilience, and psychological distress among Chinese college students[J]. Front Public Health, 2022, 10:1009027.

[9] MOHAMMADKHANI S, FOROUTAN A, AKBARI M, et al. Emotional schemas and psychological distress: mediating role of resilience and cognitive flexibility[J]. Iran J Psychiatry, 2022, 17(3):284-293.

[10] 吴冰,马周理,缪沈琴. 社区初诊癌症患者心理痛苦状况及影响因素[J]. 上海医药,2018,39(20):39-42.

[11] 张恒,刘亚平,罗园园,等. 甲状腺癌患者的心理弹性与癌因性疲乏:积极情绪的中介作用[J]. 中国健康心理学杂志,2020,28(9):1334-1337.

[12] STRAUSS B, BRIX C, FISCHER S, et al. The influence of resilience on fatigue in cancer patients undergoing radiation therapy (RT)[J]. J Cancer Res Clin Oncol, 2007, 133(8):511-518.

[13] CONNOR K M, DAVIDSON J R. Development of a new resilience scale: the connor-davidson resilience scale (CD-

RISC)[J]. *Depress Anxiety*, 2003, 18(2):76-82.

[14] WANG L, SHI Z, ZHANG Y, et al. Psychometric properties of the 10-item connor-davidson resilience scale in Chinese earthquake victims[J]. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2010, 64(5):499-504.

[15] OKUYAMA T, AKECHI T, KUGAYA A, et al. Development and validation of the cancer fatigue scale: a brief, three-dimensional, self-rating scale for assessment of fatigue in cancer patients[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2000, 19(1):5-14.

[16] 张凤玲,丁玥,韩丽沙. 癌症疲乏量表中文版的信效度[J]. *中国心理卫生杂志*, 2011, 25(11):810-813.

[17] ROTH A J, KORNBLITH A B, BATEL-COPEL L, et al. Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study[J]. *Cancer*, 1998, 82(10):1904-1908.

[18] HE X, ZHANG N, LIU L, et al. Analysis of current situation and influencing factors of psychological distress in patients with lung cancer during perioperative period[J]. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2022, 2022:1925668.

[19] 荣欢,李艳均,任攀,等. 应对方式在老年肺癌化疗患者心理痛苦和生活质量间的中介作用[J]. *成都医学院学报*, 2022, 17(4):514-517.

[20] TIAN X, JIN Y, CHEN H, et al. Relationships among social support, coping style, perceived stress, and psychological distress in Chinese lung cancer patients[J]. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 2021, 8(2):172-179.

[21] 唐丽丽,刘晓青,罗茂雨,等. 初治肺癌患者术前心理痛苦现状及影响因素的回归分析[J]. *重庆医学*, 2022, 51(6):982-986.

[22] 宁传荣,张燕,方世同,等. 心理痛苦温度计在社区 2 型糖尿病患者中的应用[J]. *锦州医科大学学报*, 2023, 44(1):90-95.

[23] 张珊,任小平,田应选. 老年肺癌患者心理痛苦现状调查及影响因素分析[J]. *陕西医学杂志*, 2021, 50(2):245-247.

[24] 唐榕英,张照莉,皮远萍,等. 癌症患者心理痛苦分层管理信息化平台的构建与应用研究[J]. *重庆医学*, 2022, 51(12):2114-2118.

[25] ZAMAN N I, ZAHRA K, YUSUF S, et al. Resilience and psychological distress among burn survivors[J]. *Burns*, 2023, 49(3):670-677.

[26] 谷珊珊. 癌因性疲乏的证候特征及相关影响因素的研究[D]. 北京:中国中医科学院,2022.

[27] STARREVELD D, HABERS G, VALDIMARSDOTTIR H B, et al. Cancer-related fatigue in relation to chronotype and sleep quality in (Non-) hodgkin lymphoma survivors[J]. *J Biol Rhythms*, 2021, 36(1):71-83.

[28] HARE C J, CRANGLE C, MCGARRAGLE K, et al. Change in cancer-related fatigue over time predicts health-related quality of life in ovarian cancer patients[J]. *Gynecol Oncol*, 2022, 166(3):487-493.

[29] CHARNEY D S. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adapta-

tion to extreme stress[J]. Am J Psychiatry, 2004, 161(2):195-216.

[30] ZHAO X, WANG J, SHI C. The influence of mental resilience on the positive coping style of air force soldiers: a moderation-mediation model[J]. Front Psychol, 2020, 11: 550.

[31] 段艳芳, 王海蓉, 许慧娟, 等. 芳香疗法联合穴位按摩缓解乳腺癌术后化疗患者疲乏与睡眠障碍[J]. 护理学杂志, 2022, 37(17):50-54.

[32] 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.

[33] 邓艳娟, 郑思娣, 苏晓坡. SEPPV 护理模式在乳腺癌术后患者癌因性疲乏中应用的效果研究[J]. 中国护理管理, 2021, 21(12):1777-1781.

(收稿日期:2023-02-09 修回日期:2023-07-07)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2023.18.028

心脏康复模式结合太极拳对心房颤动射频消融术后患者心肺功能的影响*

邱倩, 温彩云, 徐莎丽, 刘子由, 郭兰

赣南医学院第一附属医院心内科, 江西赣州 341000

摘要:目的 探讨心脏康复模式结合太极拳对心房颤动射频消融术后患者心肺功能的影响。方法 选取 2021 年 1 月至 2022 年 7 月赣南医学院第一附属医院收治的 60 例采用射频消融术治疗的心房颤动患者为研究对象,按随机数字表法分为观察组与对照组,每组 30 例。观察组患者术后采用心脏康复模式结合太极拳护理干预,对照组患者术后采用常规护理干预。对比两组患者心肺功能、运动耐力与生活质量的变化情况。**结果** 观察组患者护理后的左心室射血分数(LVEF)、第 1 秒用力呼气容积(FEV₁)、用力肺活量(FVC)、无氧阈、峰值氧耗量、最大运动功率及 SF-36 量表各维度评分均高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 心脏康复模式结合太极拳护理方案对改善心房颤动患者射频消融术后的心肺功能具有突出表现,有利于加强患者的运动耐力,强化患者术后生活质量的恢复效果。

关键词:心脏康复模式; 太极拳; 心房颤动; 射频消融术

中图分类号:R541.7+5

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2023)18-2756-04

在临床诊疗工作中,心房颤动是一类常见的心律失常病症,通过射频消融术对患者特定部位的局部心肌细胞实施处理,可缓解患者的心房颤动症状,实现对快速性心律失常的有效治疗。但在长期临床治疗过程中发现,部分心房颤动患者经射频消融术治疗后仍存在心肺功能与运动耐力表现低下的问题,并对患者的预后效果与生活质量恢复产生不良影响,因此在临床治疗中有必要加强对射频消融术后患者心肺功能改善情况的重视^[1]。传统的常规护理模式单一,是导致心房颤动患者射频消融术后心肺功能改善效果不理想的重要因素,因此优化射频消融术后护理方案对改善心房颤动患者的心肺功能具有重要意义^[2]。以心脏康复模式与太极拳相结合的方式对心房颤动患者实施护理干预,可有效改善患者术后的心肺功能与运动耐力。本研究就心脏康复模式结合太极拳对心房颤动射频消融术后患者心肺功能的影响展开研究,其结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2021 年 1 月至 2022 年 7 月本院收治的 60 例采用射频消融术治疗的心房颤动患者为研究对象,按随机数字表法将其分为观察组与对照

组,每组 30 例。观察组:男 19 例,女 11 例;年龄 27~68 岁,平均(54.82±4.33)岁;小学文化水平 5 例,中学文化水平 14 例,大专及以上学历文化水平 11 例。对照组:男 18 例,女 12 例;年龄 26~69 岁,平均(54.63±4.35)岁;小学文化水平 5 例,中学文化水平 15 例,大专及以上学历文化水平 10 例。两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经本院医学伦理委员会批准。所有患者及其家属对本研究内容均知情且同意。

纳入标准:(1)以《2020ESC 心房颤动诊断和管理指南》为依据^[3],患者符合心房颤动诊断标准;(2)患者具备射频消融术治疗指征。排除标准:(1)患者合并严重的其他器质性疾病;(2)患者存在躯体运动功能障碍问题;(3)患者伴有精神系统疾病或存在沟通能力丧失问题;(4)患者对心肺运动测试存在禁忌指征^[4]。

1.2 方法 对照组患者在射频消融术后接受常规护理干预。术后以沙袋对患者静脉穿刺处与动脉穿刺处实施压迫,静脉穿刺处维持压迫 6 h,动脉穿刺处维持压迫 8~12 h,并给予患者抗凝药物治疗。检测患者心率与心脏节律的变化情况,当心率或心脏节律发

* 基金项目:江西省卫生健康委科技计划项目(202310812)。