

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2021.10.028

呼吸冥想训练结合曼陀罗灵性音乐干预对晚期肿瘤患者的影响^{*}

朱菁菁, 顾敏华[△], 李健卫, 蔡 喧, 陈 华, 钱慧珺, 谢彩英, 邱 晔

上海市四平社区卫生服务中心, 上海 200092

摘 要:目的 探讨个性化呼吸冥想训练结合曼陀罗灵性音乐干预对缓解晚期肿瘤患者心理痛苦及焦虑状态的作用。方法 选取 2019 年该中心收治的 50 例晚期恶性肿瘤患者作为对照组, 2020 年收治的 48 例晚期恶性肿瘤患者作为观察组。对照组患者采用常规安宁疗护, 观察组患者入院后在常规安宁疗护的基础上进行每天 30 min 为期 1 个月的呼吸冥想训练结合曼陀罗灵性音乐干预。采用心理痛苦温度计(DT)、问题列表(PL)和医院焦虑抑郁自评量表(HADS)对两组患者干预前后的效果进行评价。结果 呼吸冥想训练 1 个月后, 观察组患者 DT、PL 及 HADS 评分与对照组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。访谈结果显示, 所有患者均对呼吸冥想训练予以肯定、积极的评价, 表示非常愿意每天接受呼吸冥想训练。结论 对于晚期肿瘤患者, 呼吸冥想训练结合曼陀罗灵性音乐干预可明显改善患者的心理痛苦、焦虑和抑郁, 缓解不适症状, 提高终末期生活质量。

关键词:呼吸冥想; 曼陀罗灵性音乐; 晚期肿瘤; 心理痛苦; 焦虑; 抑郁; 生活质量

中图法分类号:R739.9

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2021)10-1445-04

晚期恶性肿瘤患者往往会伴有综合性症状, 表现为一个症状诱发不同的痛苦叠加。疼痛、恶心呕吐、内脏燥热、疲乏、焦虑抑郁、恐慌绝望等一系列肿瘤本身或间接引起的问题, 令晚期肿瘤患者存在不同程度的心理痛苦, 诱发各种心理应激, 严重影响其生活质量^[1]。呼吸冥想训练能使大脑得到休息, 达到与平时完全不同的意识状态, 是一种放松与集中精神的过程^[2]。多项研究显示, 呼吸冥想放松训练可有效缓解患者的焦虑等负面情绪^[3-5]。而音乐作为一种调节身心的中介手段, 可以通过被动聆听的方式使心情愉悦, 从而达到心理和行为的改变, 在帮助患者治疗心理疾病中发挥重要作用^[6]。本中心安宁疗护病区对 2019 年收治的 50 例晚期肿瘤患者采用常规安宁疗护, 2020 年收治的 48 例晚期肿瘤患者在安宁疗护的基础上加用个性化呼吸冥想训练结合曼陀罗灵性音乐干预, 1 个月后采用心理痛苦温度计(DT)、问题列表(PL)和医院焦虑抑郁自评量表(HADS)对两组患者进行效果评价, 并访谈观察组 10 例患者对呼吸冥想训练的感受。旨在通过相关量表显示该护理方式可以有效缓解晚期肿瘤患者的心理痛苦, 以及焦虑、抑郁心理及部分不适症状, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年和 2020 年本中心收治的 98 例晚期恶性肿瘤患者作为研究对象, 其中 2019 年收治的 50 例晚期恶性肿瘤患者作为对照组, 2020

年收治的 48 例晚期恶性肿瘤患者作为观察组。纳入标准: (1) 神志清楚, 听力正常, 能够与医务人员交流; (2) 预计生存期评估大于 50 d, 卡氏评分大于或等于 30 分; (3) 患者年龄在 18 岁以上; (4) 患者及家属均知情同意并签署知情同意书。排除标准: 中途死亡或不能参与全程研究的患者。本研究经本中心伦理委员会同意。两组患者一般资料见表 1。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采取常规安宁疗护, 给予症状控制、舒适照护及适宜的心理支持, 评估患者及家属对死亡进程的了解程度, 根据需要给予适当的哀伤辅导。

1.2.2 观察组 在常规安宁疗护的基础上加用个性化呼吸冥想训练结合曼陀罗灵性音乐干预。呼吸冥想引导语由高级瑜伽冥想导师和具有冥想引导资质的安宁护士根据晚期肿瘤患者所关注和担心的问题延伸扩充。呼吸冥想训练要求: 从患者入院第 3 天开始(与安宁护士建立信任关系), 选择安静的环境, 对患者进行每天 30 min 的个性化呼吸冥想训练, 以曼陀罗灵性音乐作为背景音乐, 如果有急性难治性症状发生随时进行(辅助)呼吸冥想引导。呼吸冥想训练: (1) 呼吸调整诱导。引导患者把所有的烦恼、不适和疼痛抛到一边, 闭上眼睛, 舒展眉心、额头, 让面部慢慢柔和, 深深地吸一口气, 然后彻底地呼吸。以此循环, 保持每一次呼吸的节奏一致, 细心体会腹部的一起一落。(2) 大脑与神经系统放松。嘱患者回到正

^{*} 基金项目: 上海市杨浦区卫生健康委员会 2019—2022 年重点项目(YP19ZC09)。

[△] 通信作者, E-mail: bjfyslawife@hotmail.com。

本文引用格式: 朱菁菁, 顾敏华, 李健卫, 等. 呼吸冥想训练结合曼陀罗灵性音乐干预对晚期肿瘤患者的影响[J]. 检验医学与临床, 2021, 18

常呼吸,感受自己的身体;用鼻子吸气,嘴巴轻柔、缓慢地吐气;感受周围的一切,随着每一次呼吸,变得越来越放松。(3)接纳自己的一切,回顾生命历程、启发人生意义并给予它正能量。护士依据患者年轻时代的成就、患病经历、与亲人的关系、内心害怕等主题对

冥想内容加以个性化构思和扩充。引导患者传递强烈的正面信息。(4)展开想象。想象无限美好的事物和场景,没有任何念头和情绪。(5)冥想结束。帮助患者一起梳理感受。

表 1 两组患者一般资料比较(n)

组别	n	性别		年龄(岁)			文化程度			经济困难		婚姻状况			宗教信仰	
		男	女	<45	45~60	>60	初中以下	初中及高中	本科及以上	是	否	已婚	未婚	丧偶	有	无
对照组	50	26	24	1	11	38	22	21	7	22	28	36	6	8	3	47
观察组	48	23	25	0	12	36	20	23	5	21	27	35	8	5	4	44
χ^2		0.163		1.057			0.479			0.001		0.952			0.201	
P		0.686		0.589			0.787			0.980		0.621			0.654	

组别	n	肿瘤转移		确诊时间		肿瘤类型									
		是	不详	1年内	≥1年	肺癌	肠癌	肾癌	前列腺癌	淋巴瘤	乳腺癌	子宫癌	卵巢癌	头颈部癌	肝癌
对照组	50	38	12	13	37	10	10	2	2	4	6	6	1	4	5
观察组	48	40	8	10	38	14	9	0	4	2	7	4	0	2	6
χ²		0.811		0.364		5.977									
P		0.368		0.546		0.742									

1.3 研究工具

1.3.1 DT 量表^[7]和 PL DT 量表由美国霍普金斯大学 ZABORA 等^[8]研制,该量表简单易懂,适合对癌症患者进行心理痛苦快速筛查,还能反映患者心理痛苦的原因。DT 量表与视觉模拟评分尺相似,以单一条目为心理痛苦自评工具,以 0~10 分数字刻度表示心理痛苦的程度,“0”分表示无心理痛苦,“10”分表示极度心理痛苦,指导患者选出最符合其近 1 周所感受的平均痛苦水平的数字。DT 量表已在很多国家得到广泛应用,Cronbach’s α 系数达到 0.867。PL 包括癌症患者患病后碰到的各种问题,共 5 个方面 39 个问题:实际问题方面(6 个问题)、家庭问题方面(4 个问题)、情感问题方面(6 个问题)、躯体问题方面(22 个问题)、精神/宗教问题方面(1 个问题)。PL 采用“有”和“无”进行评价。

1.3.2 HADS^[9] HADS 主要应用于医院住院患者非精神病性焦虑和抑郁症状的筛查,该量表为 14 个条目的自评量表,针对癌症患者,焦虑分量表(HA)和抑郁分量表(HD)的临界值分别为 9 分和 8 分。HA 及 HD 的 Cronbach’s α 分别为 0.820 和 0.807。

1.4 统计学处理 采用 SPSS21.0 统计软件进行数据分析处理。计数资料以例数或百分率表示,采用 χ^2 检验进行比较;符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验进行比较。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者 DT 量表检出结果比较 两组患者干预前后 DT 得分比例比较,差异均有统计学意义($P <$

0.05)。见表 2。

表 2 两组患者 DT 量表检出结果比较[n(%)]

组别	n	时间	DT 量表得分(分)	
			<4	≥4
对照组	50	干预前	16(32.0)	34(68.0)
		干预后	29(58.0)	21(42.0)
观察组	48	干预前	18(37.5)	30(62.5)
		干预后	33(68.8)	15(31.2)

2.2 两组患者干预前后 DT 量表和 HADS 得分比较 观察组患者干预后 DT 量表、HADS 得分均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);两组患者干预前 DT 量表、HADS 得分均明显高于干预后,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3、表 4。

表 3 两组患者干预前后 DT 量表得分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	干预前	干预后	t	P
对照组	50	4.3±0.7	3.9±0.5	3.236	<0.05
观察组	48	4.2±1.2	3.1±0.3	5.951	<0.05
t		0.492	9.257		
P		>0.05	<0.05		

表 4 两组患者干预前后 HADS 得分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	HA		HD	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	50	10.9±1.8	8.9±1.2	12.1±1.5	8.7±1.2
观察组	48	11.2±1.5	6.8±1.8	12.6±1.6	7.6±1.3
t		0.894	6.821	1.597	6.742
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 两组患者干预后心理痛苦 PL 中有差异条目比

较 观察组患者家庭问题中的与亲人相处,情绪问题中的恐惧、悲伤,以及躯体问题中的疲乏、进食、疼痛、恶心、睡眠等与对照组比较均有明显好转,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 5。

表 5 两组患者干预后心理痛苦 PL 中有差异的条目(n)

组别	n	恐惧		悲伤		与亲人相处		疲乏		疼痛		恶心		进食		睡眠	
		是	否	是	否	是	否	是	否	是	否	是	否	是	否	是	否
对照组	50	24	26	28	22	31	19	40	10	38	12	45	5	47	3	46	4
观察组	48	9	39	10	38	15	33	25	23	23	25	28	20	29	19	25	23
χ^2		9.381		12.757		9.298		8.545		8.219		12.923		15.865		19.549	
P		0.002		<0.001		0.002		0.003		0.004		<0.001		<0.001		<0.001	

3 讨 论

心理痛苦是由综合因素引起不愉快的情感体验,包括心理方面(情感、行为、认知)及社会和(或)精神上的体验,这些体验会影响患者有效应对疾病、症状及治疗的能力^[10]。2018 V1 版《NCCN 癌症临床指南:心理痛苦的处理》解读指出,DT 量表评分 ≥ 4 分或具有中重度心理痛苦表现的患者,需根据问题的性质由专业人员给予心理健康等支持^[11]。

安宁疗护病区晚期肿瘤患者心理痛苦检出率较治疗期间的肿瘤患者高。本研究结果显示,两组患者干预前 DT 量表平均得分均超过 4 分,检出率超过 50.0%,高于 ZABORA 等^[8]肿瘤患者心理痛苦的总体发生率为 35.1%的报道,表明安宁疗护病区的晚期肿瘤患者心理痛苦呈中重度水平,是心理干预的重点人群。原因可能为:(1)患者自身不甘心,经历患病、求医、坎坷治疗最终无法治愈而不得不选择放弃治疗;(2)部分患者因为治疗出现一系列不良反应,身心疲惫;(3)需要长期治疗而造成经济负担重。

呼吸冥想训练结合曼陀罗灵性音乐干预可减轻晚期肿瘤患者心理痛苦水平、焦虑状态及部分躯体症状。晚期肿瘤患者承受身心双重痛苦,除了身体上的痛苦还常常伴有焦虑、恐惧而失去自我。为缓解患者焦虑、抑郁的负面情绪,本研究使用呼吸冥想训练结合曼陀罗灵性音乐干预,观察患者干预前后心理痛苦、焦虑、抑郁及相关指标变化,结合相关指标统计数据显示,观察组患者干预后 DT 量表、HADS 得分均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);两组患者干预前 DT 量表、HADS 得分均明显高于干预后,差异均有统计学意义($P<0.05$)。两组患者干预后 PL 比较,观察组家庭问题中的与亲人相处,情绪问题中的恐惧、悲伤,以及躯体问题中的疲乏、进食、疼痛、恶心、睡眠等均较对照组有明显好转,差异均有统计学意义($P<0.05$)。每当身体出现暴发痛或躯体不适症状时会自己主动进行呼吸冥想,症状马上有所改善;在冥想中认识到了生命和死亡的意义,想通过感恩和祝福的方式与亲人度过人生最后的时光。由此表明呼吸冥想训练结合曼陀罗灵性音乐干预可明显降低晚期肿瘤患者的心理痛苦、抑郁、焦虑状态,同时

还可以缓解患者因肿瘤本身或治疗带来的疼痛、呼吸困难、睡眠障碍等,与 LAUCHE 等^[12]的研究结果一致,通过各种形式的冥想训练可以有效减轻患者的疼痛等。本研究结果显示,呼吸冥想训练结合曼陀罗灵性音乐干预可有效缓解晚期肿瘤患者的心理痛苦水平,其机制在于呼吸冥想训练能够增强大脑额叶 θ 波的活动,激发大脑情绪区域的活动能力,增强自身情绪调节水平,相关研究结果也证实了这一点^[13]。曼陀罗或称曼荼罗、满达、曼扎、曼达,梵文:mandala,来源于古印度,意译为坛场,以“聚集”为本意,指一切圣贤、一切功德的聚集之处。曼陀罗声音应用于许多冥想体系中,包括各种声音、音节和词汇,通过声音的振动帮助人们集中意念对人产生积极的感知体验,帮助强化放松、安全和良好的自我体验^[2]。曼陀罗音乐乐曲风格优美而细腻,同时又具有强烈的感染性,充满安抚的能量,能使人渐渐平静,进入深度放松与安详中,并随着音乐的流动,不断加宽、加深内心的安宁感,让治疗、放松或睡眠变得更加深入。本研究借鉴了前人研究中最核心理念部分就是建立意图,关注瞬间经历,形成开放和接受的态度,提高患者正念水平,帮助其保持对当下情境的关注,将患者从混乱的思绪、负性情绪或痛苦中解脱出来^[14]。呼吸冥想训练结合曼陀罗灵性音乐干预更容易让患者轻松置身于冥想训练的场景中,取得明显效果。

3.3 呼吸冥想训练结合曼陀罗灵性音乐干预可在安宁疗护中推广基于安宁疗护以多学科协作模式进行实践,包括对患者身心、社会、精神全方位的关怀和照护^[15]。呼吸冥想作为一种以患者为中心的,缓和和舒适的辅助心理干预易于被患者接受。

综上所述,呼吸冥想训练结合曼陀罗灵性音乐干预在减轻晚期肿瘤患者心理痛苦和焦虑方面疗效确切。本研究仅采用了非同期对照研究设计,在研究方法上存在一定的局限性,但仍期望研究结果能够为开展安宁疗护特色服务的广大临床护理人员提供一些启示。对每位患者进行呼吸冥想训练引导势必需要占用护理人员大量的时间,本研究也希望今后能够将呼吸冥想训练纳入晚期肿瘤的医保收费项目。

参考文献

- [1] 刘鹏,余林.论临床医生在肿瘤患者安宁疗护中存在的问题及其定位[J].医学与哲学,2018,9(2):85-89.
- [2] 斯瓦米·拉玛.冥想[M].天津:天津人民出版社,2018:12-15.
- [3] KIMMEL P L, PETERSON R A, WEIHS K L, et al. Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients[J]. Kidney Int, 2000, 57(5):2093-2095.
- [4] 任志洪,张雅文,江光荣.正念冥想对焦虑症状的干预:效果及其影响因素元分析[J].心理学报,2018,50(3):283-305.
- [5] 汪丹丹,郑蔚,史艳萍.基于移动 APP 的冥想练习改善肺癌病人预感性悲伤的效果[J].护理研究,2020,34(15):2767-2770.
- [6] 吕俭霞.基于培土生金理论引导性想象五音疗法改善晚期肺癌化疗患者心理痛苦的研究[D].成都:成都中医药大学,2018.
- [7] ROTH A J, KORNBLITH A B, BATEL-COPEL L, et al. Rapid screening for distress for psychologic distress in men with prostate carcinoma-a pilot study[J]. Cancer, 1998, 82(10):1904-1908.
- [8] ZABORA J, BRINTZENHOFESZOC K, CURBOW B, et al. The prevalence of psychological distress by cancer site [J]. Psychooncology, 2001, 10(1):19-28.
- [9] ZIGMOND A S, SNAITH R P. The hospital anxiety and depression scale[J]. Acta Psychiatr Scand, 1983, 67(6):361-370.
- [10] UGALDE A, ARANDA S, KRISHNASAMY M, et al. Unmet needs and distress in people with inoperable lung cancer at the commencement of treatment[J]. Support Care Cancer, 2012, 20(2):419-423.
- [11] 齐伟静,胡洁,李来有.2018 V1 版《NCCN 癌症临床指南:心理痛苦的处理》解读[J].中国全科医学,2018,21(15):1765-1768.
- [12] LAUCHE R, LANGHORST J, PAUL A, et al. Self-reported health and satisfaction of patients with chronic diseases who meditate: a case-control study[J]. Qual Life Res, 2014, 23(9):2639-2644.
- [13] CARLSON L E. Mindfulness-based interventions for coping with cancer[J]. Ann N Y Acad Sci, 2016, 1373(1):5-12.
- [14] 杨笑梅,曾凡,刘小红.正念训练概述及其在癌症患者中的应用进展[J].护理学报,2016,23(17):42-46.
- [15] 吴欣娟,湛永毅,刘翔宇.安宁疗护专科护理[M].北京:人民卫生出版社,2020:185-188.

(收稿日期:2020-09-11 修回日期:2021-01-11)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2021.10.029

腹腔镜下改良阴道旁修补术与前盆底重建术 治疗阴道前壁脱垂的临床应用*

华 露,刘禄斌,池余刚,周 敏[△]

重庆市妇幼保健院妇科,重庆 401147

摘 要:目的 探讨腹腔镜下改良阴道旁修补术(PR)与前盆底重建术(PFR)治疗阴道前壁脱垂的临床效果。**方法** 回顾性分析 2016 年 1 月至 2018 年 10 月在该院妇科行手术治疗的 102 例阴道前壁脱垂患者的临床资料,按照手术方式不同分为腹腔镜下改良 PR 组(50 例)和 PFR 组(52 例)。比较两组患者年龄、体质量指数、孕产次、手术时间、术中出血量、住院费用、盆腔脏器脱垂定量(POP-Q)等情况。**结果** 两组患者手术时间、术中出血量、住院费用比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。术后随访发现,PR 组和 PFR 组患者术后 Aa、Ba 评分均优于术前,差异均有统计学意义($P < 0.05$);两组患者术后 POP-Q 评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。PR 组患者术后治愈率高于 PFR 组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者复发率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组患者术后 1 个月、3 个月、半年及 1 年 PFDI-20、PFIQ-7 评分与术前比较均明显降低,差异均有统计学意义($P < 0.05$);PR 组患者术后 3 个月、半年及 1 年 PFDI-20、PFIQ-7 评分均低于 PFR 组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 腹腔镜下改良 PR 及 PFR 均是治疗阴道前壁脱垂的有效术式,掌握多种术式,对选择更适合患者的术式尤为重要。

关键词:阴道前壁脱垂; 腹腔镜; 阴道旁修补术; 前盆底重建术**中图法分类号:**R713.3**文献标志码:**A**文章编号:**1672-9455(2021)10-1448-05随着人口老龄化,女性盆底功能障碍性疾病 (PFD)发病率逐年上升^[1-2],其中以阴道前壁膨出(膀

* 基金项目:重庆市渝中区科技计划项目(20160137)。

[△] 通信作者, E-mail:2829185203@qq.com。

本文引用格式:华露,刘禄斌,池余刚,等.腹腔镜下改良阴道旁修补术与前盆底重建术治疗阴道前壁脱垂的临床应用[J].检验医学与临床,2021,18(10):1448-1452.