

• 专科护理 •
• 论 著 •

中晚期肺癌患者姑息性表现发展轨迹研究

曲利¹,姜竹青¹,万迪²,李萍³,都鹏超⁴,尹荣江¹

摘要:**目的** 分析中晚期肺癌患者姑息性表现发展轨迹及其影响因素,为患者终末期护理提供指导。**方法** 选取初诊后接受手术治疗的中晚期肺癌患者为调查对象,分别于术前(T1)、首次化疗周期前(T2)、首次化疗周期 1~3 d(T3)、首次化疗周期中期(T4)、首次化疗周期结束(T5)和术后 3 个月(T6)6 个时间点调查其姑息性表现。潜变量增长曲线混合模型分析其姑息性表现发展轨迹。**结果** 中晚期肺癌患者 T1 时姑息性表现水平为(35.00±6.86)%,T2 时(31.05±9.09)%,T3 时(29.11±11.47)%,T4 时 30.00(10.00,50.00)%,T5 时 30.00(10.00,50.00)%,T6 时 20.00(10.00,50.00)%。中晚期肺癌患者姑息性表现发展曲线分为改善组(41.13%)、恶化组(22.58%)和严重恶化组(36.29%)。多分类 logistic 回归分析显示,年龄、TNM 分期、人格分型和自我管理是肺癌患者姑息性表现类别的影响因素(均 $P<0.05$)。**结论** 中晚期肺癌患者姑息性表现整体呈随时间恶化发展趋势,根据不同时间点姑息性表现特征可分为改善组、恶化组和严重恶化组 3 个发展轨迹类别,高龄、情绪不稳定人格和低自我管理水平是中晚期肺癌患者姑息性表现的危险因素,应结合不同姑息性表现发展轨迹中晚期肺癌患者进行针对性干预,为其提供更优质的癌症护理。

关键词:中晚期肺癌; 姑息性表现; 潜变量增长曲线混合模型; 姑息护理; 发展轨迹; 人格分型; 自我管理

中图分类号:R473.73 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2023.21.026

Development trajectory of palliative performance in middle- and late-stage lung cancer patients

Qu Li, Jiang Zhuqing, Wan Di, Li Ping, Du Pengchao, Yin Rongjiang. Department of Thoracic Surgery, Yantai Affiliated Hospital, Binzhou Medical College, Yantai 264100, China

Abstract: **Objective** To analyze the development trajectory and its influencing factors of palliative performance in middle- and late-stage lung cancer patients, so as to provide a reference for terminal care. **Methods** The initial diagnosed middle- and late-stage lung cancer patients undergoing surgery were selected, and their palliative performance were investigated by using the Palliative Performance Scale (PPS) at six time points, one day before the surgery (T1), one to three days before the first circle chemotherapy (T2), one to three days of the first circle chemotherapy (T3), the middle stage of the first circle chemotherapy (T4), one to three days after the first circle chemotherapy (T5), and three months after the surgery (T6). The Latent Growth Curve Mixture Model was used to analyze the development trajectory of palliative performance. **Results** The PPS level of the middle- and late-stage lung cancer patients was (35.00±6.86)% at T1, (31.05±9.09)% at T2, (29.11±11.47)% at T3, 30.00 (10.00,50.00)% at T4, 30.00 (10.00,50.00)% at T5, and 20.00 (10.00,50.00)% at T6. The development curve of the participants' palliative performance was divided into an improvement group (41.13%), a deterioration group (22.58%) and a severe deterioration group (36.29%). Multinomial logistic regression analysis showed that, age, TNM stage, personality classification, and self-management were significant influencing factors of palliative performance in lung cancer patients (all $P<0.05$). **Conclusion** The overall palliative performance of middle- and late-stage lung cancer patients shows a trend of deterioration over time. According to the characteristics of PPS at different time points, they can be divided into three trajectory categories: improvement group, deterioration group, and severe deterioration group. Advanced age, unstable emotional personality, and low self-management are risk factors of their palliative performance. Targeted intervention should be conducted according to different development trajectories of palliative performance in middle- and late-stage lung cancer patients, so as to provide them high quality cancer care.

Key words: middle- and late-stage lung cancer; palliative performance; latent growth curve mixture model; palliative care; development trajectory; personality classification; self-management

目前,肺癌已经成为全球发病率及病死率第一的恶性肿瘤,据统计,2022 年中国新发肺癌人数约 78.7

万,发病率为 57.26/100 000,肺癌病死人数约 63.1 万,病死率约为 45.87/100 000,其中约 57.6%原发性肺癌患者初诊时已处于中晚期^[1]。相比于早期肺癌患者,中晚期肺癌患者因肺癌肿瘤细胞浸润程度较高,伴有其他组织器官肿瘤细胞转移,肿瘤根治术治疗效果有限,生存质量较差,病死率更高^[2]。因此,中晚期肺癌患者更需要接受相应终末期症状及生存质量评估,从而有效地给予其更精细化的护理。姑息性表现指有临终诊断的人群在预计生存期内呈现出的

作者单位:滨州医学院烟台附属医院 1. 胸外科 2. 麻醉科 3. 护理部(山东 烟台,264100);4. 滨州医学院基础学院
曲利:女,本科,主管护师
通信作者:李萍,3578156968@qq.com
科研项目:山东省医学会科研专项资金项目(YXH2022ZX02033)
收稿:2023-06-01;修回:2023-08-15

疾病症状、体征、自我护理行为及精神意识等一系列生理及心理表现^[3]。2005 年,欧洲缓和医疗协会(European Association for Palliative Care,EAPC)提出姑息性表现是恶性肿瘤患者姑息照护期生存质量的重要表现形式,也是其生存时间及生存质量的主要影响因素^[4]。此外,相关文献也指出,人格^[5]、癌症应对^[6]和自我管理^[7]等均是肺癌患者姑息期生存质量的重要因素。研究指出,恶性肿瘤患者在生命终末期知晓自己准确的生存时间,有助于其正确确定个人护理目标、治疗方案、处理个人及家庭事务,而较准确地评估患者终末期生存时间,也有助于护理人员精准评估患者病情发展,从而制定最佳终末期护理方案,提升他们终末期生存质量^[8]。张伟等^[9]研究指出,基于姑息性表现预测恶性肿瘤患者终末期 3 个月生存期,能够帮助医护人员针对中晚期肺癌患者进行更准确临床决策,有助于给予患者更优的终末期照护,但该研究采取回顾性方法,姑息性表现水平是根据患者入院时病程记录获得,不能体现其姑息性表现的实时变化。鉴此,本研究以初诊后待接受手术治疗的中晚期肺癌患者为调查对象,通过在不同时间点调查其姑息性表现,分析中晚期肺癌患者从手术、化疗中到化疗后姑息性表现的临床特征,从而为中晚期肺癌患者终末期护理提供指导。

1 资料与方法

1.1 一般资料 便利抽样方法,选取 2021 年 6 月至 2023 年 1 月在本院胸外科收治初诊后接受手术治疗中晚期肺癌患者为调查对象。纳入标准:①年龄≥18 岁,且居住于本市;②肺癌经胸部 CT、细胞学或组织病理学确诊,TNM≥Ⅲ期,肺癌诊断符合《中华医学会肺癌临床诊疗指南(2018 年版)》^[10],符合胸腔镜或开胸肺癌肿瘤切除术和术后化疗适应证;③术后接受化疗,1 个化疗周期为 21 d,预计完成 4~6 个化疗周期;④预计生存时间>3 个月;⑤能够独立填写问卷或在他人协助下完成问卷;⑥调查开始前意识清醒且有独立行为能力,知情同意参与本研究。排除标准:①并存严重心脑血管疾病、肝肾功能障碍、凝血障碍和除肺癌外其他恶性肿瘤等疾病;②有精神类疾病和智力障碍;③未确诊癌症前已有凝血功能及免疫功能异常;④2 个月内有酗酒、吸毒或抗抑郁药物服用史。脱落标准:患者失联及去外地求诊不能接受跟踪调查,或其他原因由患者或其法定监护人主动提出退出。样本量确定参考单侧重复测量设计样本量估计公式^[11]: $n=[1+(K-1)\rho]\times\sigma^2\times(Z_{1-\alpha}+Z_{1-\beta})^2\times K^{-1}\times\delta^{-2}$ 。单样本测量次数 $k=6$;在正式调查前 6 个月,随机选择 30 例中晚期肺癌患者参照正式调查方案进行预试验,得到 6 次调查姑息性表现水平标准差 σ 最小为 3.38,弱效应 δ 最小为 0.10,相关系数 ρ 最小为 0.50;在估计条件检验水准 $\alpha=0.05,1-\beta=$

0.02 下,计算需要样本量 $n=114$,考虑到≤20%失访率,确定最终样本量为 137 例。本研究经通过医院伦理委员会审批(20200106020)。

1.2 方法

1.2.1 调查工具

1.2.1.1 一般资料问卷 自制一般资料问卷调查中晚期肺癌患者性别、年龄、学历、婚姻状况、有无子女、手术术式、家庭人均月收入、癌症病理分型、TNM 分期、是否联合放疗和是否伴有其他慢性病(高血压、冠心病、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病或其他)。

1.2.1.2 艾森克人格问卷简式量表中国版(Eysenck Personality Questionnaire Short Scale-Chinese,EPQ-RSC) 由钱铭怡等^[12]于 2000 年基于艾森克人格问卷简式量表修订,包括神经质、外向型、测谎和精神质 4 个分量表各 12 个条目,共 48 个条目,其中条目 2、6、12、18、20、24、26~29、33、35、37、40、43、47 为反向计分,其余为正向计分,正向计分条目选择“否=0,是=1”计分,反向计分条目选择“否=1,是=0”计分,量表 Cronbach's α 系数为 0.754~0.772。人格气质评定方法:外向型为 X 轴,神经质为 Y 轴,形成 4 个象限,根据得分划分为 4 种:外向情绪稳定型、外向情绪不稳定型、内向情绪稳定型和内向情绪不稳定型。本研究测得 Cronbach's α 系数为 0.833。

1.2.1.3 癌症应对问卷(Cancer Coping Modes Questionnaire,CCMQ) 由黄雪薇等^[13]编制,量表 Cronbach's α 系数为 0.867,包括回避与压抑(6 个条目)、屈服(5 个条目)、面对(7 个条目)、幻想(4 个条目)和发泄(4 个条目)5 个维度,共 26 个条目,每个条目 4 级计分,1~4 分代表“从不”到“总是”,比较各维度得分,得分越高的维度,表明患者为该癌症应对方式。本研究测得 Cronbach's α 系数为 0.875。

1.2.1.4 癌症患者自我管理测评量表(Cancer Patients Self-Management Scale,CP-SMS) 由程玲灵等^[14]编制,量表 Cronbach's α 系数为 0.959,包括日常生活管理(11 个条目)、症状管理(7 个条目)、心理管理(9 个条目)、与医护人员沟通(4 个条目)、信息的管理(3 个条目)和自我效能感(10 个条目)6 个维度,共 44 个条目,每个条目按 Likert 5 点计分,从“非常不”到“非常有”依次计 1~5 分,总分 44~220 分,总分越高,癌症自我管理水平越高。本研究测得 Cronbach's α 系数为 0.910。

1.2.1.5 姑息性表现量表(Palliative Performance Scale,PPS) 由 Anderson 等^[15]于 1996 年编制,用于评估姑息患者终末期生存质量。由陈思等^[16]汉化量表的 Cronbach's α 系数为 0.966,包括活动能力(完全正常、下降、主要坐或躺、主要卧床、完全卧床、死亡 6 个姑息表现)、活动及疾病临床表现(正常活动及工作且无疾病症状、正常活动及工作且有疾病症状、正常行为活动且有疾病症状、不能正常工作活动且有重

大疾病、不能做家务且有重大疾病、不能做任何工作且有广泛病变、不能进行大多数活动且有广泛病变、不能进行任何活动且有广泛病变 8 个姑息表现)、自我照顾(完全独立、需部分帮助、需一定帮助、需极大帮助、完全依赖 5 个姑息表现)、摄入(正常、正常或减少、微量、仅有口腔护理 4 个姑息表现)和意识水平(清醒、清醒或混乱、清醒或昏睡+/-混乱、昏睡或昏迷 4 个姑息表现)5 个条目,根据患者符合的姑息表现进行“0%~100%”的评估,以 10%递增,死亡直接计 0%,水平越高,被评估患者姑息性表现越明显。本研究测得 Cronbach's α 系数为 0.915。

1.2.2 调查方法及质量控制 分别于中晚期肺癌患者术前 1 d(T1)、首次化疗周期前 1~3 d(T2)、首次化疗周期 1~3 d(T3)、首次化疗周期中期(首次化疗周期第 10、11 天)(T4)、首次化疗周期结束后 1~3 d(T5)和术后 3 个月(T6)6 个时间点对其进行调查。入院时完成患者一般资料问卷;T1 时,调查肺癌患者的人格特质和癌症应对得分。考虑到调查期间中晚期肺癌患者死亡率相对较高和首次化疗周期中期时患者已经进行一段时间自我管理,选择 T4 时调查患者的癌症自我管理水平,T1~T6 时调查姑息性表现水平。T1 调查地点为患者病房,T2~T5 调查前先通过电话与受访患者或主要监护人联系后,约定时间入户随访,调查小组由 3 人组成,护理部副主任 1 名(组长,副主任护师)和 2 名护士(组员,主管护师)。调查开始时,采取统一标准讲解语向受访肺癌患者及其家属介绍调查目的、意义和过程,取得患者及其家属的知情同意。人格特质、癌症应对和癌症自我管理水平由患者自评,针对部分难以自行填写者,由调查人员采取统一指导语提问,患者回答方式完成问卷,填写结束当场统一收回。姑息性表现由 2 名组员根据患者的表现评估,若两者意见不统一时,由组长进行评定,2 名调查人员复核收回问卷,后双人独立录入法将问卷数据输入计算机。本研究计划调查 137 例,失访 13 例,获得有效调查 124 例,有效调查率为 90.51%。124 例中死亡 16 例,患者在某时间点调查时死亡则在该点及之后调查中计为 0。

1.2.3 统计学方法 选择 Mplus8.3 软件进行潜变量增长曲线混合模型(Latent Growth Curve Mixture Model,LGMM)分析,模型拟合指标包括赤池信息准则(Akaike Infomation Criterion,AIC)、贝叶斯信息

准则(Bavesian Infomation Criterion,BIC)和样本校正的 BIC(Sample Size-adjusted BIC,aBIC)、熵(Entropy)、罗-蒙戴尔-鲁本(Lo-Mendell-Rubin,LMR)检验值和基于 Bootstrap 似然比检验(Bootstrapped Likelihood Ratio Test,BLRT)值,其中 AIC、BIC 和 aBIC 越低,Entropy 指数越高($\geq 80\%$,表明分类准确率 $>90\%$),LMR 和 BLRT 对应 P 值 <0.05 ,代表模型拟合度良好。选择 SPSS24.0 软件对本研究数据进行统计分析,计数资料选择例数(%)描述,组间比较选择 χ^2 检验。正态分布计量资料选择 $\bar{x}\pm s$ 描述,组间比较采用单因素方差分析,不同时间点比较采用重复测量的方差分析;非正态分布计量资料选择 $M(P_{25},P_{75})$ 描述,组间采用秩和检验,不同时间点比较采用广义估计方程,对姑息性表现分类影响因素采用多分类 logistic 回归分析,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 中晚期肺癌患者基本情况 本研究调查 124 例中晚期肺癌患者,男 80 例,女 44 例。婚姻状况:单身 19 例,已婚 91 例,离异或丧偶 14 例。有无子女:有 103 例,无 21 例。手术术式:胸腔镜手术 73 例,开胸手术 51 例。联合放疗:是 71 例,否 53 例。死亡 16 例(T4 死亡 1 例,T5 死亡 6 例,T6 死亡 9 例),存活 108 例。

2.2 中晚期肺癌患者姑息性表现发展轨迹

2.2.1 中晚期肺癌患者姑息性表现水平及潜在类别分析 T1 时姑息性表现水平($35.00\pm 6.86\%$),T2 时($31.05\pm 9.09\%$),T3 时($29.11\pm 11.47\%$),T4 时 $30.00(10.00,50.00)\%$,T5 时 $30.00(10.00,50.00)\%$,T6 时 $20.00(10.00,50.00)\%$,不同时间点中晚期肺癌患者姑息性表现水平比较差异有统计学意义($Wald\chi^2=15.201,P<0.001$)。将中晚期肺癌患者姑息性表现发展类别数(n)依次设置 1~5,进行潜变量增长混合模型拟合可得,AIC、BIC 和 aBIC 随类别数增加而逐渐降低,当 $n=3$ 时,模型 Entropy 值为 0.993,拟合模型的 LMR 值和 BLRT 值均 <0.05 ,而 n 设置 4 和 5 时,拟合模型的 LMR 和 BLRT 均 >0.05 ,故得到中晚期肺癌患者姑息性表现 3 个潜在类别(C1,C2,C3)的自由估计增长混合模型拟合指数最优,其中 C1~C3 类中晚期肺癌患者归属其类别概率为 0.991,1.000,0.999,具体拟合信息见表 1。

表 1 中晚期肺癌患者姑息性表现潜变量增长混合模型拟合信息

模型	AIC	BIC	aBIC	Entropy	LMR	BLRT	类别概率(%)
1	5 975.643	6 006.660	5 971.883				
2	5 311.860	5 351.344	5 307.076	0.981	<0.001	<0.001	41.13/58.87
3	4 989.253	5 037.198	4 983.443	0.993	<0.001	<0.001	41.13/36.29/22.58
4	4 922.303	4 978.709	4 915.468	0.997	0.140	0.154	21.77/36.29/26.61/15.32
5	4 888.038	4 952.905	4 880.177	0.986	0.169	0.184	6.45/32.26/36.29/16.13/8.87

2.2.2 不同类别中晚期肺癌患者姑息性表现水平及命名 三组中晚期肺癌患者姑息性表现发展轨迹,见图 1。由图 1 可见,C1 类中晚期肺癌患者姑息性表现水平于 T1~T6 阶段为持续上升,有 51 例(41.13%),命名为“改善组”;C2 类和 C3 类中晚期肺癌患者姑息性表现水平于 T1~T6 阶段持续下降,C2 类人数为 45 例(36.29%),C3 类人数为 28 例(22.58%),由于 C3 类患者各时间点姑息性表现水平均高于 C2 类,则将 C2 类命名为“严重恶化组”,C3 命名为“恶化组”。三组中晚期肺癌患者不同时间点姑息性表现水平比较,见表 2。

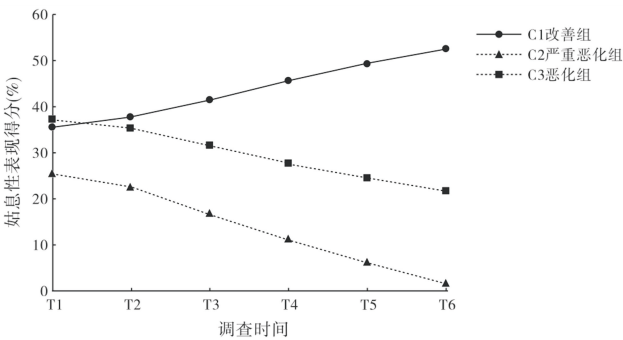


图 1 中晚期肺癌患者姑息性表现发展轨迹

表 2 三组中晚期肺癌患者不同时间点姑息性表现水平比较 % , $\bar{x} \pm s / M(P_{25}, P_{75})$

组别	例数	T1	T2	T3	T4	T5	T6
改善组(C1)	51	37.65±4.28	38.23±3.85	39.41±3.11	46.47±4.83	51.18±6.53	51.37±7.22
严重恶化组(C2)	45	32.22±8.50	20.89±5.14	15.56±5.03	10.00(0.00,10.00)	10.00(0.00,10.00)	0.00(0.00,10.00)
恶化组(C3)	28	34.64±5.08	34.29±5.04	32.14±4.99	32.14±8.33	24.62±5.76	17.86±4.18
<i>F/Hc</i>		8.941	176.793	372.300	107.619	110.426	107.165
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

注:三组比较,Wald $\chi^2_{组间}$ = 10.588, P = 0.005; Wald $\chi^2_{时间}$ = 44.560、Wald $\chi^2_{交互}$ = 15.201,均 P < 0.001。

2.3 三组中晚期肺癌患者各项指标单因素比较 单因素比较可得,三组在性别、婚姻状况、有无子女、手术术式、病理分型、联合放疗比较差异无统计学意义(均 $P > 0.05$),有统计学意义的项目,见表 3。

2.4 中晚期肺癌患者姑息性表现影响因素分析 以单因素分析具有统计学意义项目为自变量,以中晚期肺癌患者姑息性表现 3 个分类组为因变量(改善组 = 1,恶化组 = 2,严重恶化组 = 3;以改善组为参照),根据 $\alpha_{入} = 0.05$, $\alpha_{出} = 0.10$ 进行多分类 logistic 回归分析可得,年龄(原值)、TNM 分期(Ⅲ期 = 0,Ⅳ期 = 1)、人格分型(以外向情绪稳定型为参照)和自我管理(原值)是中晚期肺癌患者姑息性表现的影响因素(均 $P < 0.05$)。模型拟合参数:Cox 及 Shell 伪 $R^2 = 0.728$,Negelkerke 伪 $R^2 = 0.836$,McFadden 伪 $R^2 = 0.637$, $P < 0.001$ 。结果见表 4。

3 讨论

3.1 中晚期肺癌患者姑息性表现现状 通过纵向研究得出,中晚期肺癌患者姑息性表现水平术前(35.00±6.86)%、首次化疗周期前(31.05±9.09)%、首次化疗周期后(29.11±11.47)%、首次化疗周期中期 30.00(10.00,50.00)%、首次化疗周期结束 30.00(10.00,50.00)%、术后 3 个月 20.00(10.00,50.00)%,显示出中晚期肺癌患者姑息性表现呈随时间发展整体不断恶化的趋势。研究指出,恶性肿瘤患者姑息性表现与个体生理状况(行走活动水平)、疾病状况(原发性癌症及并发症和伴有基础疾病)、自我护理水平、口服摄入量和意识水平密切相关^[17]。本研究中晚期肺癌患者中,年龄较大及伴有基础疾病人数较多,使其因癌症病情严重和自身已有生理状况较差,造成其初诊时姑息性表现较差,由于

无论胸腔镜手术还是开胸手术,肿瘤切除术都属于损伤性手术,必然会造成中晚期肺癌患者肺组织缺损和肺功能下降,而术后放疗、化疗也会给他们身体带来不良反应,又进一步降低其生存质量,造成姑息性表现纵向发展呈现不断下降趋势。

本研究通过潜在类别分析可得,中晚期肺癌患者姑息性表现发展轨迹可分 3 个类别。其中第 1 类中晚期肺癌患者人数占整个中晚期肺癌患者比例的 41.13%,其姑息性表现水平随时间不断增高发展趋势,术后 3 个月姑息性表现水平甚至高于 50%,表明该类中晚期肺癌患者接受手术治疗后及术后延续性治疗过程中,其病情及生存质量不断改善,故其被命名为“改善组”。第 2 类中晚期肺癌患者人数占整个中晚期肺癌患者比例的 22.58%,其姑息性表现水平呈随时间不断下降发展趋势,表明其手术治疗后和化疗后,病情、生存质量及姑息性表现不断恶化,故命名为“恶化组”。第 3 类中晚期肺癌患者人数占整个中晚期肺癌患者比例为 36.29%,其各时间点姑息性表现水平均处于 3 类中最低,姑息性表现随时间下降趋势最严重,并存在 16 例死亡,表明此类中晚期肺癌患者姑息性表现严重恶化,死亡风险较高,故该类患者被命名为“严重恶化组”。通过本研究也可以得出,多数中晚期肺癌患者姑息性表现随时间下降趋势占主导,提示临床医护人员应更关注病情发展恶化患者的心理及生理状况,消除他们对病情发展的恐惧,为其提供更优质的癌症护理。

3.2 中晚期肺癌患者姑息性表现影响因素

3.2.1 年龄和 TNM 分期 本研究结果显示,年龄是中晚期肺癌患者姑息性表现显著的影响因素($P < 0.05$)。患者年龄越大,越倾向于归入严重恶化组和

表 3 不同特征中晚期肺癌患者各项指标单因素比较

项目	总体/例数	改善组(<i>n</i> =51)	恶化组(<i>n</i> =28)	严重恶化组(<i>n</i> =45)	χ^2/F	<i>P</i>
年龄(岁, $\bar{x}\pm s$)	65.25±15.86	60.15±6.76	66.82±6.48	70.05±4.78		
学历(例)					16.557	0.011
小学	38	10	9	19		
初中	32	10	8	14		
高中或中专	36	17	9	10		
大专及以上	18	14	2	2		
家庭人均月收入(例)					13.782	0.032
<3 000 元	25	6	10	9		
3 000~<4 000 元	34	10	6	18		
4 000~<5 000 元	36	20	6	10		
≥5 000 元	29	15	6	8		
病理分型(例)					0.316	0.999
鳞癌	48	20	10	18		
腺癌	42	17	10	15		
小细胞癌	24	10	6	8		
其他	10	4	2	4		
TNM 分期(例)					7.496	0.024
Ⅲ期	94	45	18	31		
Ⅳ期	30	6	10	14		
伴有其他慢性病(例)					7.430	0.024
是	79	26	18	35		
否	45	25	10	10		
人格分型(例)					14.232	0.027
外向情绪稳定型	36	20	6	10		
外向情绪不稳定型	28	6	8	14		
内向情绪稳定型	34	19	6	9		
内向情绪不稳定型	26	6	8	12		
癌症应对方式(例)					19.989	0.010
回避与压抑	26	6	10	10		
屈服	26	6	7	13		
面对	29	19	3	7		
幻想	17	5	4	8		
发泄	26	15	4	7		
自我管理得分(分, $\bar{x}\pm s$)	149.43±20.33	168.37±13.41	145.42±6.29	130.46±11.54	132.868	<0.001

表 4 中晚期肺癌患者姑息性表现多分类 logistic 回归分析结果

因变量	自变量	β	<i>SE</i>	Wald χ^2	<i>P</i>	<i>OR</i>	95% <i>CI</i>
严重恶化组 <i>vs.</i> 改善组	常数项	6.667	0.801	69.278	<0.001		
	年龄	1.428	0.452	9.981	0.002	4.170	1.722~10.114
	TNM 分期	0.741	0.226	10.750	0.001	2.098	1.347~3.267
	人格分型						
	外向情绪不稳定型	0.983	0.315	9.738	0.002	2.672	1.441~4.955
	内向情绪不稳定型	1.407	0.467	9.077	0.003	4.084	1.635~10.199
	自我管理	-1.115	0.359	9.646	0.002	0.328	0.162~0.663
恶化组 <i>vs.</i> 改善组	常数项	4.613	1.107	17.365	<0.001		
	年龄	1.385	0.326	18.049	<0.001	3.995	2.109~7.568
	TNM 分期	0.945	0.294	10.332	0.001	2.573	1.446~4.578
	人格分型						
	外向情绪不稳定型	0.972	0.317	9.402	0.002	2.643	1.423~4.919
	自我管理	-1.758	0.404	18.935	<0.001	0.172	0.078~0.381

恶化组。这可能因为高龄中晚期肺癌患者基础健康水平、心肺功能、营养状态、免疫功能因年龄增长而自

然性衰退,生活自理能力较低,身体对肿瘤细胞抵御能力和对放化疗不良反应耐受能力较差,造成高龄患

者活动能力、活动及疾病临床表现、自我照顾、营养摄入和意识水平呈现较低或不断恶化发展。此外研究指出,老年肺癌患者术后谵妄、认知功能障碍、肺功能障碍和感染等并发症发生率和死亡率高于年轻患者,造成老年患者预后及生存质量较差^[18]。本研究结果显示,TNM 分期是中晚期肺癌患者姑息性表现的影响因素($P<0.05$),表现出中晚期肺癌患者 TNM 分期越高,其姑息性表现随时间不断恶化,归入严重恶化组的概率是改善组的 2.098 倍,归入恶化组的概率是改善组的 2.573 倍。这是因为高分期癌症患者由于肺部肿瘤病灶较大,并伴有淋巴结转移或甚至远处脑、骨、肝、肾上腺及其他器官转移,造成其癌症治疗效果较差,生存治疗及病情进展程度较快。王晓琳等^[19]研究指出,高分期患者营养不良可进一步恶化肿瘤细胞能量代谢异常,增加机体免疫反应与炎症反应,降低其姑息性表现。因此,护理人员应加强中晚期肺癌患者特别是高龄、高分化肿瘤及伴有基础病患者及其家属进行关于中晚期知识、术后康复、放化疗并发症预防知识、口腔护理和生活护理等相关知识健康教育,注重对他们术后、放疗期及放疗后姑息性表现评估和干预,与医生紧密配合,积极改善中晚期肺癌患者生存质量,遏制其姑息性表现不断恶化趋势,延长其存活时间。

3.2.2 人格分型 本研究结果显示,人格分型是中晚期肺癌患者姑息性表现的影响因素($P<0.05$),其中外向情绪不稳定型人格相对于外向情绪稳定型,归入严重恶化组的概率是改善组的 2.672 倍,归入恶化组的概率是改善组的 2.643 倍,而内向情绪不稳定型人格也是其姑息性表现严重恶化发展的危险因素,归入严重恶化组的概率是改善组的 4.084 倍,说明情绪不稳定人格是中晚期肺癌患者姑息性表现不断恶化的危险因素。这可能因为情绪不稳定型人格对负面情绪体验更为细腻和深刻,容易产生猜忌、恐慌、多愁善感和抑郁等心理。情绪不稳定型人格中晚期肺癌患者容易在遭受压力和应激刺激,如确诊癌症时表现出明显悲伤、焦虑和抑郁情绪。研究得出,中晚期肺癌患者情绪不稳定能显著影响其健康相关的生存质量及病情发展预后^[20]。情绪不稳定型人格中晚期肺癌患者由于负面情绪影响,也造成其面对病情不如预期改善或放化疗、癌痛时,无法调整心理适应状态,降低其治疗依从性和治疗自信心,又会继续恶化其身体健康,降低其姑息性表现。因此,护理人员应重视中晚期肺癌患者人格特质及情绪状况,了解其心理压力及情感需求,采取如抗癌日记、沙盘游戏或回授法联合视频宣教等心理干预手段,缓解其负面情绪,减轻其心理压力,改善其生存质量及姑息性表现。

3.2.3 自我管理 本研究结果显示,自我管理是中晚期肺癌患者姑息性表现的影响因素($P<0.05$),表现出中晚期肺癌患者自我管理水平越高,其姑息性表

现越好,自我管理是姑息性表现恶化保护因素。癌症患者自我管理包括症状管理、心理管理、信息管理和人际关系管理等内容。调查指出,肺癌患者自我管理水平越高,对肺癌症状及其并发症如疲乏、恶心、睡眠障碍和疼痛等认知度和应对能力越高,越倾向选择积极的应对方式,处理癌症症状及并发症,遵医性越高,可有效改善其生存质量,提升其生存质量^[21-22]。中晚期肺癌患者自我管理水平越高,其自我心理调适和情绪管理能力越强,具有相对较高治疗信心,通过积极心理改善生理表现。宋张骏等^[23]研究指出,癌症患者需要有充足的信息支持其做出治疗决策。高自我管理水平的中晚期肺癌患者具有较好治疗积极性,能够正视自己的病情,不好逃避现状,乐于与医护人员、亲人互动获取足够信息支持,从而有效利用外部资源评估信息质量,做出正确的符合自己肺癌病情的医疗决策,使肺癌治疗更有效。中晚期肺癌患者自我管理水平越高,其与同伴及家人沟通越积极和有效,能有效转移对疾病注意力,而与同伴及家人积极沟通,也可分担自己心理压力,消除病耻感和社交焦虑,保持积极心情进行肺癌治疗,阻止姑息性表现恶化。因此,护理人员应向中晚期肺癌患者传递积极的自我管理观念,调整患者的心理状况,要甄选出自我管理较差患者,从症状认知、医患沟通、用药依从性、锻炼积极性和社交焦虑等方面对患者自我管理进行针对性提升,重视对患者术后、化疗期和化疗后自我管理技能的培训,提升他们管理水平,阻止姑息性表现恶化,改善他们生存质量。

4 结论

本研究结果显示,中晚期肺癌患者姑息性表现整体呈随时间恶化发展趋势,根据不同时间点姑息性表现特征可分改善组、恶化组和严重恶化组 3 个轨迹类别,其中高龄、TNM 分期高、情绪不稳定人格和低自我管理患者更容易进入恶化组甚至是严重恶化组。应结合不同姑息性表现发展轨迹患者进行针对性干预,为其提供更优质的癌症护理。本研究由于时间和人力限制,仅选择 1 所医院中晚期肺癌患者进行调查,未做多中心研究,未对不同地域、症状压力、病耻感、焦虑抑郁、心理弹性及疾病进展不确定性等影响因素与姑息性表现相关性进行纵向调查,应进一步扩大样本选取范围和纳入更多影响因素,以充实研究结论。

参考文献:

[1] Siegel R L, Miller K D, Wagle N S, et al. Cancer statistics, 2023[J]. CA Cancer J Clin, 2023, 73(1): 17-48.

[2] Vogtmann E, Hua X, Yu G, et al. The oral microbiome and lung cancer risk: an analysis of 3 prospective cohort studies [J]. J Natl Cancer Inst, 2022, 114(11): 1501-1510.

[3] 陈思, 杨小仙, 俞玮, 等. 姑息性表现量表国外运用及研究进展[J]. 全科护理, 2021, 19(30): 4224-4227.