

肺移植术后患者心理问题影响因素及护理干预研究进展

王芳 黄琴红 陈静瑜 黄云娟 朱亭立 许正红 浦敏华 王俏英 王丽霞 王玲秀

[摘要]本文以综述的形式详细阐述了国内外肺移植发展概况，肺移植患者术后常见心理问题及其危害，导致患者出现心理问题的原因和影响因素以及护理干预措施，以期为临床护理人员在护理此类患者时提供参考依据。

[关键词]肺移植；心理问题；护理干预

[中图分类号]R47 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1672-1756.2014.06.036

Research progress on influencing factors and nursing intervention on psychological problems of patients after lung transplantation / WANG Fang, HUANG Qinhong, CHEN Jingyu, et al. // Wuxi People's Hospital Affiliated to Nan Jing Medical University, Jiangsu province, 214023 China // Chinese Nursing Management-2014,14(6): 668-671

[Abstract] This paper reviewed the development of lung transplantation both in China and abroad, common psychological problems among patients after lung transplantation, the harm, causes and influencing factors of these psychological problems as well as nursing intervention measures, in order to provide relevant knowledge for clinical nursing staff.

[Key words] lung transplantation; psychological problem; nursing intervention

目前，肺移植已成为治疗终末期肺部疾病的有效方法，但肺移植术后患者常出现谵妄、焦虑和抑郁等心理问题，可使患者出现认知缺陷（包括：定向障碍，记忆和判断力受损，注意力不集中等）和人格变化，影响患者的存活率和生活质量。本文对近几年国内、外肺移植患者心理问题和护理干预的研究进行综述，旨在帮助护理人员尽早识别患者的心理问题，为临床制订规范、具体、便于操作的肺移植患者术后护理干预提供参考。

1 国内外肺移植发展概况

1963年美国的James尝试进行了人类第一例肺移植手术，从此肺移植在世界各地相继开展，在南北美、欧洲和澳洲取得了巨大的成功^[1]。根据国际心肺移植协会（ISHLT）的最新统计，到2009年年底，世界上已完成肺移植32 652例，患者术后1、3、5、10年累积存活率分别为79%、63%、52%和29%^[2]。无锡人民医院、同济大学附属肺科医院报告的存活率与ISHLT的数据

较为接近^[3]。

2 肺移植患者术后常见心理问题及其危害

与其他器官移植患者的预后相似，肺移植后患者全身功能均能得到改善^[4]。目前，有关肺移植术后生理功能相关研究的文献较多，而有关肺移植患者术后心理健康的报道却很少见。多数学者倾向于将心理健康作为整体生活质量的一部分进行评价或仅作简单环境情绪评价。经查阅文献，发现肺移植术后患者心理问题的主要表现形式有谵妄、焦虑、抑郁等。

研究^[5-7]证实，患者发生谵妄后造成的危害有：延长住院天数，增加并发症发生的危险，影响机械通气患者的脱机成功率，增加病死率、远期并发症和后遗症的发生率；焦虑程度较高或持续时间过长，就会威胁到人的安全感，出现心身反应，甚至导致身心疾病。患者伴随的心身反应体现在以下3个方面^[8]。
①自我感觉：担忧即将来临的危险，紧张、注意力不集中，逃避和摆脱现状的强烈

愿望；②生理：肌肉紧张或震颤，心率和呼吸变快或不规则，血压增高，手脚出汗，失眠，胃肠功能异常如腹泻、便秘等；③行为：逃避、回避行为，言语异常，运动协调异常。而抑郁虽然与术后存活率不相关，但影响着患者对新器官的接受能力，对康复和药物治疗的依从性，以及术后生活质量^[7]。

3 肺移植患者心理问题发生的原因及影响因素

检索国内外文献发现，导致肺移植患者心理问题的原因有三类：肺移植前患者特征、肺移植后患者健康相关特征和肺移植后患者心理社会特征。

3.1 肺移植前患者特征

3.1.1 人口学特征

Goetzmann等^[9]发现在经历相同并发症的情况下，男性比女性肺移植患者在术后早期更容易发生焦虑。女性的精神状态容易被外形和心功能影响^[10]，Rodrigue等^[11]发现由于外形、胃口和体重的变化而导致焦虑的发生，女性比男性高。一些学者认为年龄小的患者、

基金项目：无锡市医管中心发展基金面上项目（YGM1118）

作者单位：南京医科大学附属无锡人民医院胸科ICU，214023 江苏省

作者简介：王芳，硕士，主管护师

城市居民、经济状况差的患者更容易在术后产生心理问题^[12-14]。

3.1.2 疾病种类及严重程度

Fusar-Poli 等^[15]指出所患疾病种类是引起肺移植患者术后心理问题产生的一个重要因素之一，其中导致患者产生心理问题的疾病主要有慢性阻塞性肺气肿、特发性肺间质纤维化、囊胞性纤维症、α1 抗胰蛋白酶缺乏症。Vermeulen 等^[16]的研究显示，囊胞性纤维症患者和其他肺部疾病患者在术后短期内发生焦虑和抑郁的发生率没有差别。肺移植患者术前诊断多为呼吸衰竭，此类患者活动受限，长期卧床。此外，由于呼吸系统受损严重，肺移植术前等待患者多存在慢性低氧血症，长期受呼吸困难的困扰，以及经历身心的压力导致患者处于恐惧、忧虑及紧张情绪中。研究^[17]发现，肺移植术前等待患者中有 25% 的患者至少有一种心理问题。

3.2 肺移植后患者健康相关特征

3.2.1 术后患者身体状况

肺移植术后患者常见并发症有术后肺缺血再灌注损伤、急性排斥反应、感染、吻合口狭窄以及慢性移植体失功。一旦患者术后再次出现呼吸困难等症状，就会增加其心理问题发生的概率。Sredl 等^[18]提出抑郁与肺移植术后的排斥反应有密切关系。细支气管炎综合征是慢性排斥反应的症状，Vermeulen 等^[19]研究发现自细支气管炎综合征发生起，患者的抑郁水平明显增高，而焦虑水平没有改变。

3.2.2 药物不良反应

与其他器官移植术后患者一样，肺移植术后患者须终身服用免疫抑制药物。研究^[11,20]表明，在使用免疫抵制药物过程中可引起精神系统并发症，具体表现为震颤、失眠、烦躁、抑郁、精神错乱、喜怒无常。尤其是强的松的使用与心理问题的产生有密切关系^[15]。也有文献表明心理问题的出现与药物的剂量有关，尤其是在治疗的最初几周内^[21]。

3.2.3 睡眠状况

术后恢复期间患者身体症状和社会压力干扰患者睡眠，导致其睡眠质量不高。Mary 等^[22]指出睡眠情况也是肺移植术后患者产生心理问题的原因之一。

3.3 肺移植后患者心理社会特征

3.3.1 患者应对能力

肺移植术后患者要在重症监护病房(ICU)继续治疗。患者对环境和 ICU 医护人员感到陌生，加之身上留置的各种管道，生活不能自理，术后疼痛等挑战着患者的应对能力。尤其是在面对并发症如呼吸困难等症状再次出现等压力事件时，如患者应对能力不强，常感到不能掌控自己的身体，容易导致对将来不抱有希望，自信心下降，从而产生心理问题。

3.3.2 患者支持系统

患者的支持系统可来自家庭、朋友及宗教信仰。TenVergert 等^[23]指出虽然术后患者的生活质量整体提高，但是大部分患者很难再继续工作，若此时患者的支持系统缺乏，很容易导致心理问题的发生。Stilley 等^[24]指出肺移植术后家庭支持是影响患者心理问题的一个独立因素。

4 护理干预措施

导致肺移植患者术后心理问题的原因很多，其中包括个体素质、社会支持、应对策略及控制感等^[25-26]。查阅文献后发现，尚未有系统地研究预防和治疗肺移植术后心理问题的方法，目前常用的干预方法有以下几种。

4.1 了解患者病史

有专家认为有精神病史的患者或在等待肺移植手术期间有下列情形之一者：精神忧郁、慢性焦虑、企图自杀或其他神经官能症，是器官移植相对禁忌证^[27]。鉴于此，笔者认为，在肺移植前有必要详细了解患者病史。ICU 专科护士要查阅患者病历，全面了解患者的一般情况，如病史，目前身体、呼吸、营养、经济状况；查阅各项生化检验、肺功能检查

及影像学检查结果；重点掌握患者目前社会心理状态、应对机制，有无精神病家族史及心理问题和药物滥用史，家庭、社会支持系统，术前等待期心理干预措施及效果。对患者的心理状态、人格、性格倾向、气质类型等方面进行评估、筛选。

4.2 进行术前访视和术后健康教育

疾病不确定感是缺乏判定与疾病有关的事物的能力^[28]，疾病不确定感是心理压力的重要来源及不舒适的状态。疾病不确定感以不同程度的恐惧、震惊、无力、心神不安为具体表现形式^[29]，最终影响患者的心理状态、适应能力、康复进程和远期存活率，导致生活质量下降。对肺移植患者实施术前访视，消除其疾病不确定感非常必要。重点向肺移植患者讲解下列内容：ICU 环境及仪器设备；ICU 医护团队，使患者对其产生信任感，增进在 ICU 的安全感；详细讲解术后患者可能的早期状态，预计遇到的各种问题及应对方法；术后接受的相关检查及配合要点；术后功能锻炼计划及其它，使患者全面了解术后监护室治疗期间的全部情况。术后针对患者的不同心理问题进行心理疏导，讲解心理卫生知识，发放疾病知识宣传手册，使肺移植术后患者正确认识出现的各种问题，从而建立健康的行为。

4.3 营造舒适环境，保证患者睡眠质量

Mary 等^[22]指出睡眠情况也是肺移植术后患者产生心理问题的原因之一。为患者营造舒适环境，保障其睡眠质量，可以有效预防和减少肺移植患者术后心理问题的发生。如：调低并及时处理监护仪报警声；保持病房光线柔和、分昼夜调节光照；合理安排治疗和护理时间，尽可能集中时间进行。待病情稳定后，安排好患者在 ICU 治疗期间的全天活动，避免或纠正患者出现昼夜颠倒的现象。

4.4 使用精神类药物

近年来，很多关于心脏移植患者应

用精神类药物的研究显示，抗抑郁药和抗焦虑药物联合应用对预防心脏移植患者的心理问题起到良好的效果^[30-34]。但关于肺移植的类似研究，缺乏相关报道。一类抗抑郁药是选择性5-羟色胺吸收药物，此类药物与其他药物发生药物反应的概率很高，药物不良反应较多，如恶心、呕吐、腹泻、口干、中枢神经系统刺激症状及血压改变等。另一类抗抑郁药为三环类抗抑郁药，此类药物主要是通过阻断突触前神经元对去甲肾上腺素的重吸收来抑制抑郁的发生。三环类抗抑郁药具有心血管毒性，可导致心率加快、心律失常及体位性低血压，老年器官移植患者有心血管系统疾病或者应用利尿药及心血管类药物的很容易产生体位性低血压。抗焦虑药物主要为苯二氮卓类，此类药物通过抑制边缘系统神经元活动来缓解焦虑。苯二氮卓类药物可与其他中枢药物相互作用，使患者产生药物依赖，此外突然停药可有致命性的危险。有报道显示，此类药物可减少上呼吸道肌肉张力，削弱机体对高碳酸血症的兴奋反应，因此肺移植患者用药时要谨慎^[35]。

4.5 建立患者社会支持系统

社会支持对心理健康具有积极的作用，肺移植患者获得的社会支持越多，正性生活体验和正性的感情就越多，其总体幸福感就越高，心理问题就越少^[36]。Skotzko等^[37]指出在美国医学界已形成共识，心理社会支持是肺移植患者整体护理中必不可少的一项。Faulk^[38]指出不论什么类型的器官移植，同龄患者更能让他信任，是患者最好的支持系统。McAleer等^[39]采用支持疗法，假设患者能帮助有相同经历的其他患者，为心脏移植患者组建了包括家属在内的支持小组，并实现了网络化，患者出院后可以参加离家近的支持小组。由此笔者建议，帮助肺移植术后患者建立社会支持系统，运用各种通讯工具建立支持小组。当发生诸如术后肺缺血再灌注损伤等并

发症时，患者可以通过微博、肺移植患者QQ群与恢复期肺移植患者进行交流，寻求帮助与心理支持。此外，采用计划性和预约式相结合的探视方式，帮助患者度过心理危机期。

4.6 实施物理和职业治疗

心理控制源是指可以用来解释为什么有些人会积极主动地应付困难处境而另外一些人则表现出消极态度的一种内心状态^[36]。Seligman将外在控制定义为结局不由个人努力所决定的一种普遍信念，而内在控制则认为事情结局与个人努力是相一致的^[40]。在预防和治疗患者心理问题时，单靠健康教育是不够的，还须结合实践。Hodges等^[41]通过对健康教育组和健康教育—实践组发现，健康教育结合实践优于仅用健康教育，健康教育包括肺疾病知识、家庭护理及减压技巧，实践包括为期6周的功能锻炼和体重训练。肺移植术后康复是一个整体的康复过程，具有多学科、个性化及注重改善患者的躯体功能和社会功能的特点，物理和职业治疗是肺移植术后康复的主要方案之一，包括运动与呼吸肌锻炼等。当患者病情稳定时，在医护人员共同参与下，为患者制定个性化肺移植术后康复锻炼计划，既可以促进肢体功能的恢复，又可以增加患者的自信心，使患者心理控制源转变为内在控制，认为事情结局与个人努力是相一致的，从而促进患者会积极主动地应付困难处境。

4.7 其他心理辅助疗法

Matthees等^[42]调查了心理辅助疗法在肺移植或心肺联合移植患者中的应用，结果发现88%的肺移植患者应用此方法，其中包括身心疗法、支持系统和放松技术等。身心疗法对出现的焦虑和抑郁有缓解作用。调查结果表明提供患者健康教育、传授疾病知识及同龄人支持的肺移植支持系统，可以缓解患者焦虑，进行症状管理，提供精神支持。Sredl等^[48]提出护士在肺移植前后起着重要作用，护理措施包括按摩、音乐疗

法、视觉图像及提供让患者表达自己的感受和想法的渠道来缓解肺移植和隔离时的心理问题。因此，术后实施使患者的减压方式，有助于患者心理健康。

参考文献

- [1] Toronto Lung Transplant Group.Unilateal long transplantation for pulmonary fibrosis.N Engl J Med, 1986(314):1140-1145.
- [2] Christie JD, Edwards LB, Kucherayava AY, et al. The registry of the international society for heart and lung transplantation: twenty-seventh official adult lung and heart-lung transplant report-2010.J Heart Lung Transplant.2010,29(10):1104-1118.
- [3] 高文,王兴安.国内肺移植评述(1979-2009年).同济大学学报:医学版,2009,30(4):5-17.
- [4] Dew MA, Switzer GE, Goycoolea JM, et al. Does transplantation produce quality-of-life benefits: a quantitative review of the literature. Transplantation, 1997(64):1261-1273.
- [5] Marshall MC, Soucy MD. Delirium in the Intensive Care Unit. Critical Care Nursing Quarterly,2003, 26(3):172-178.
- [6] John WD, Jeffrey JF, Elizabeth PH, et al. Assessment of delirium in the intensive care unit:nursing practices and perceptions.Am J Crit Care,2008,17(6):555-565.
- [7] Ely EW, Margolin R, Francis J, et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). 2001, 29 (9):1370-1379.
- [8] Napolitano MA, Babyak MA, Palmer S, et al. Investigational study of psychological intervention in recipients of lung transplant.Chest,2002,122(4):1176-1184.
- [9] Goetzmann L,Scheuer E,Naef R, et al.Psychosocial situation and physical health in 50 patients > 1 year after lung transplantation. Chest,2005,127(1):166-170.
- [10] Limbos MM,Chan CK,Kesten S.Quality of life in female lung transplant candidates and recipients. Chest, 1997,112(5):1165-1174.
- [11] Rodrigue JR,Baz MA,Kanasky WF,et al.Does lung transplantation improve health-related quality of life? The University of Florida experience. J Heart Lung Transplant,2005, 24(6):755-763.
- [12] Dew MA, Martire LM, Hall M. Depression: epidemiology and risk factors-advances in the management and treatment of depression. London: Martin Dunitz Publishers, 2003:1-39.
- [13] Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Arch Gen Psychiatry,1994(51): 8-19.
- [14] Dew MA. Psychiatric disorder in the context of physical illness-adversity, stress and psychopathology. New York: Oxford University Press,1998:177-218.
- [15] Fusar-Poli P, Lazzaretti M,Ceruti M, et al. Depression after lung transplantation: causes and treatment.Lung,2007(185):55-65.

- [16] Vermeulen KM, van der Bij W, Erasmus ME, et al. Improved quality of life after lung transplantation in individuals with cystic fibrosis. *Pediatr Pulmonol*, 2004, 37(5):419-426.
- [17] Parekh PI, Blumenthal JA, Babyak MA, et al. Psychiatric disorder and quality of life in patients awaiting lung transplantation. *Chest*, 2003, 124(5):1682-1688.
- [18] Sredl D, Werner T, Springhart D, et al. An evidence-based pilot study exploring relationships between psychologic and physiologic factors in post-lung-transplant adolescents with cystic fibrosis. *J Pediatr Nurs*, 2003, 18(3):216-220.
- [19] Vermeulen KM, Groen H, van der Bij W, et al. The effect of bronchiolitis obliterans syndrome on health related quality of life. *Clin Transplant*, 2004, 18(4):377-383.
- [20] 苏泽轩,于立新,黄洁夫.现代移植学.北京:人民卫生出版社,1998:106-116.
- [21] Brown ES, Suppes T. Mood symptoms during corticosteroid therapy: a review. *Harv Rev Psychiatry*, 1998, 5(5):239-246.
- [22] Mary AD, Andrea F, DiMartini. Psychological disorders and distress after adult cardiothoracic transplantation. *Journal of Cardiov-ascular Nursing*, 2005, 20(55):51-66.
- [23] TenVergert EM, Essink-Bot ML, Geertsma A, et al. The effect of lung transplantation on health-related quality of life: a longitudinal study. *Chest*, 1998, 113(2):358-364.
- [24] Stilley CS, Dew MA, Stukas AA, et al. Psychological symptom levels and their correlates in lung and heart-lung recipients. *Psychosomatics*, 1999(40):503-509.
- [25] Sarafino EP. Health psychology: biopsychosocial interaction. New York: John Wiley & Sons Press, 1990:73-81.
- [26] Coyne JC. Social factors and psychopathology: stress, social support and coping process. *Annual Review Psychology*, 1991(42):401-425.
- [27] 路明华,陈静宇,郑明峰.20例肺移植受者选择的体会.中国厂矿医学,2006,19(4):294-295.
- [28] Mishel MH. Uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 1988, 20(4):225-231.
- [29] Penrod J. Living with uncertainty: concept advancement. *J Adv Nurs*, 2007(57):658-667.
- [30] Kay J, Bienenfeld D, Somowitz M, et al. Use of tricyclic antidepressants in recipients of heart transplants. *Psychosomatics*, 1991(32):165-170.
- [31] Hesslinger B, Van de Loo A, Klecha D, et al. Depression and panic disorder after heart transplantation-treatment with sertraline. *Pharmacopsychiatry*, 2002(35):31-32.
- [32] Brown PA, Launius BK, Mancini MC, et al. Depression and anxiety in the heart transplant patient: a case study. *Crit Care Nurs Q*, 2004(27):92-95.
- [33] Miller M. Depression after cardiac transplant treated with interpersonal psychotherapy and paroxetine. *Am J Psychother*, 2002(56):555-561.
- [34] Shapiro PA. Nortriptyline treatment of depressed cardiac transplant recipients. *Am J Psychiatry*, 1991(148):371-373.
- [35] George CF. Perspectives on the management of insomnia in patients with chronic respiratory disorders. *Sleep*, 2000, 23 (Suppl 1):31-35.
- [36] 闻吾森,王义强,赵国秋,等.社会支持、心理控制感和心理健康的关系研究.中国心理卫生杂志,2000,14(4):258-260.
- [37] Skotzko CE, Stowe JA, Wright C, et al. Approaching a consensus: psychosocial support services for solid organ transplantation programs. *Prog Transplant*, 2001, 11(3):163-168.
- [38] Faulk JS. Peer-to-peer transplant mentor program: the San Diego experience. *Transplant Proc*, 1999(31):75.
- [39] McAleer MJ, Copeland J, Fuller J, et al. Psychological aspects of heart transplantation. *Heart Transplant*, 1985(4):232-233.
- [40] 汪向东.心理卫生评定量表手册.北京:中国心理卫生杂志,1993:265-275.
- [41] Hodges B, Craven J, Littlefield C. Bibliotherapy for psychosocial distress in lung transplant patients and their families. *Psychosomatics*, 1995(36):360-368.
- [42] Matthees BJ, Anantachoti P, Kreitzer MJ, et al. Use of complementary therapies, adherence, and quality of life in lung transplant recipients. *Heart Lung*, 2001, 30(4):258-268.

[收稿日期: 2013-10-26]

[修回日期: 2013-12-04]

(编辑: 陈桂英 英文编辑: 庞冬)

信息**“推进优质护理服务 深化护理工作内涵”研讨会在京召开**

2014年5月21-22日,中国医院协会护理管理专业委员会在北京举办“推进优质护理服务 深化护理工作内涵”研讨会。国家卫生和计划生育委员会医政医管局医疗护理处李大川处长、中国医院协会李洪山常务副会长出席会议并讲话。来自全国各省(自治区、直辖市)部分三级甲等医院院长、护理部主任、护士长逾百人参加了此次研讨会。

李大川处长在讲话中提出三点意见:第一,希望医院院长关心、重视护理工作。第二,护理部主任要提高护理水平,开放思维,研究思考护理工作。第三,今后护理工作的重点,须采取各种措施调动护士积极性,按照贴近临床、贴近患者、贴近社会的原则,全面实施岗位制责任护理,并长期坚持。

李洪山副会长在会上表示,护理管理专业委员会应借助深化改革的机遇,继续探索临床护理服务模式,继续呼吁提高护理服务价格,建立科学合理的薪酬制度,使护理管理精细化、规范化、标准化。在护理体制机制创新方面,希望院长们能组织力量,进行研究工作,真实地反映出当前临床护理管理中存在的问题,向政府部门反映诉求,也为政策制定、政府决策,提供科学、客观的依据。

会议期间,国家卫生和计划生育委员会医院管理研究所医院管理咨询中心王吉善副主任作了2013年全国部分医院住院患者满意度监测项目研究专题报告,调查的51所医院中护理服务维度评分最高:94.37分。医院管理咨询中心陈晓红主任对医院员工监测项目结果进行解读,此项监测针对65所三级甲等医院全体员工进行,在医疗、护理、医技、行政、后勤的满意度中,护理的评分最高:91.10分。陈晓红主任指出,护理模式的转变,既调动了护理人员的积极性,又增加了护士群体的职业满足感,优质护理服务工作得到有效落实。

(本刊编辑部)