音乐疗法配合呼吸训练对肺癌患者癌因性疲乏干预效果的护理研究

郝丽芳　冯思芳　王沙沙　权红丽　白丽娜

西安交通大学第一附属医院 陕西 西安 710061

【摘　要】：目的：探讨音乐疗法配合呼吸训练对肺癌患者癌因性疲乏的干预效果。方法：选取本院 2025 年 1 月至 12 月收治的 72 例伴癌因性疲乏的肺癌患者，随机分为观察组和对照组，各 36 例。对照组实施常规护理及呼吸训练，观察组实施音乐节律引导式呼吸康复护理。比较两组 RPFS 评分、6MWT 距离、SAS、SDS 评分及 FEV1、FVC、FEV1/FVC。结果：干预后，RPFS、SAS、SDS 评分均降低，6MWT 距离及 FEV1、FVC、FEV1/FVC 均提高，且观察组患者各指标改善幅度均优于对照组患者，组间差异具有统计学意义（P＜0.05）。结论：音乐疗法配合呼吸训练能够减轻肺癌患者癌因性疲乏，具有较好的综合护理干预价值。

【关键词】：音乐疗法；呼吸训练；肺癌；癌因性疲乏

DOI:10.12417/2811-051X.26.13.025

引言

癌因性疲乏属于肿瘤人群高发的持续性症状，该症状体现为身体、情绪以及认知层面的疲惫感受，这类疲惫和个体近期活动量并不匹配，普通休息方式无法带来改善，还会对患者的日常生活行为与机体功能水平造成不良干扰。已有相关研究证实，音乐干预能够在一定程度上减轻肿瘤患者的疲乏感受与焦虑情绪，而呼吸训练可凭借规范化的呼吸模式调整推动肺功能恢复，有利于患者呼吸功能的康复。因此，把音乐带来的心理舒缓效果融入呼吸训练当中，为肺癌患者癌因性疲乏的综合护理提供了较为契合的非药物干预思路。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取本院 2025 年 1 月至 2025 年 12 月收治的 72 例伴癌因性疲乏的肺癌患者作为研究对象，采用随机数字表法分为观察组与对照组，每组各包含 36 例患者。对照组接受常规护理及呼吸训练，观察组接受音乐疗法配合呼吸训练。观察组男性 21 例，女性 15 例；年龄 45～73 岁，平均（59.84±6.37）岁。对照组男性 20 例，女性 16 例；年龄 44～74 岁，平均（60.12±6.55）岁。两组患者一般资料比较差异无统计学意义（P＞0.05），具有可比性。

纳入标准：（1）经病理学或细胞学确诊为肺癌；（2）存在持续性癌因性疲乏，休息后不能完全缓解[1]；（3）病情稳定，可耐受腹式呼吸、缩唇呼吸训练；（4）自愿参加研究并签署知情同意书。

排除标准：（1）合并严重肺部感染、急性呼吸衰竭、大量胸腔积液等影响呼吸训练者；（2）存在严重听力障碍，无法接受音乐干预者[2]。

1.2 方法

对照组患者接受常规护理及呼吸训练。住院期间由责任护士监测生命体征、呼吸频率、血氧饱和度及胸闷、气促等症状，遵医嘱落实吸氧、用药及饮食指导，并开展疾病相关健康宣教及心理疏导[3]。呼吸训练采用腹式呼吸和缩唇呼吸，指导患者取舒适坐位或半卧位，经鼻缓慢吸气，使腹部隆起后缓慢呼气；缩唇呼吸时经鼻吸气，双唇呈吹口哨状缓慢呼气，适当延长呼气时间。两种训练根据耐受情况交替进行，每次 15～20 min，每日 2 次。训练期间密切观察患者反应，出现明显气促、胸闷等不适时及时暂停并处理。

观察组患者接受音乐疗法配合呼吸训练，即音乐节律引导式呼吸康复（如图 1 所示）。



图 1 音乐节律引导式呼吸康复方案

患者接受干预前由责任护士评估患者疲乏程度、呼吸状态、活动耐受及音乐偏好，据此确定当日训练强度，并建立个体化音乐清单。患者取舒适坐位或半卧位，聆听节奏平缓、患

基金项目：西安交通大学第一附属医院院基金项目编号 2024-RK-2

者接受度较高的音乐 5 min，引导其放松身体并保持自然呼吸，减轻训练前紧张感。随后进入节律呼吸阶段，护士利用音乐中稳定、清晰的节拍作为呼吸提示，指导患者进行腹式呼吸，鼻吸气时腹部缓慢隆起，呼气时腹部自然回落；待患者掌握后加入缩唇呼吸，把较长的音乐乐句作为呼气提示，引导患者缓慢均匀呼气，使音乐节奏与呼吸动作逐渐形成呼应[4]。

根据疲乏程度实施分层训练，疲乏较重者以音乐放松及短时腹式呼吸为主；疲乏减轻后增加腹式呼吸、缩唇呼吸交替训练；耐受良好者可把节律呼吸融入床旁站立或缓慢步行，使训练由静态向日常活动过渡。每次训练结束后继续播放 3～5 min 舒缓音乐，使患者逐渐恢复自然呼吸，并记录主观疲乏感、呼吸舒适度及训练完成情况[5]。下一次干预时根据记录反馈调整音乐类型、训练时长及活动强度，形成“评估—训练—反馈—调整”的动态护理闭环。出院前指导患者掌握相同方法，并利用熟悉音乐作为居家训练提示，延续呼吸康复训练。

1.3 观察指标

（1）癌因性疲乏程度：采用 Piper 疲乏修订量表（Revised Piper Fatigue Scale，RPFS）评价患者疲乏状况，评分越高表示癌因性疲乏越严重。

（2）活动耐力：采用 6 min 步行试验（6MWT）评价患者运动耐受水平，距离越长表示活动耐力越好。

（3）负性情绪：采用焦虑自评量表（SAS）及抑郁自评量表（SDS）评价患者心理状态，得分越高表示焦虑或抑郁程度越明显。

（4）肺功能：检测两组患者第 1 秒用力呼气容积（FEV1）、用力肺活量（FVC）及 FEV1/FVC，评价呼吸训练对患者通气功能的影响。

1.4 统计学方法

以 SPSS33.0 分析数据，癌因性疲乏评分、6 min 步行距离、SAS 评分、SDS 评分及 FEV1、FVC、FEV1/FVC 等计量资料以（$\bar{x}\pm s$）表示，组间比较采用独立样本 t 检验。所有统计检验均采用双侧检验，以 $P<0.05$ 作为差异具有统计学意义的判定标准。

2 结果

2.1 患者癌因性疲乏程度

干预后两组患者 RPFS 评分均较干预前降低，且观察组干预后 RPFS 评分为（3.74±0.79）分，低于对照组的（5.31±0.87）分，组间比较差异具有统计学意义（$P<0.001$）。见表 1。

表 1 两组患者干预前后 RPFS 评分比较（$\bar{x}\pm s$，分）

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数	36	36	—	—
干预前	6.42±0.91	6.37±0.88	0.237	0.813
干预后	5.31±0.87	3.74±0.79	8.016	＜0.001

2.2 患者活动耐力

两组患者活动耐力水平基本一致，接受干预后观察组提升幅度更加明显，组间比较差异具有统计学意义（$P<0.001$）。见表 2。

表 2 两组患者干预前后 6MWT 距离比较（$\bar{x}\pm s$，米）

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数	36	36	—	—
干预前	382.64±48.75	385.21±47.93	0.226	0.822
干预后	421.36±50.18	474.92±52.64	4.419	＜0.001

2.3 负性情绪

干预后两组患者 SAS、SDS 评分均较干预前下降，观察组干预后 SAS、SDS 评分分别为（41.36±5.28）分、（42.17±5.46）分，均低于对照组的（47.82±5.71）分、（48.63±5.89）分，组间比较差异均具有统计学意义（$P<0.001$）。结见表 3。

表 3 两组患者干预前后 SAS、SDS 评分比较（$\bar{x}\pm s$，分）

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数	36	36	—	—
SAS 干预前	56.24±6.13	55.89±6.07	0.244	0.808
SAS 干预后	47.82±5.71	41.36±5.28	4.981	＜0.001
SDS 干预前	57.11±6.28	56.76±6.15	0.239	0.812
SDS 干预后	48.63±5.89	42.17±5.46	4.827	＜0.001

2.4 患者肺功能

干预前两组患者 FEV1、FVC 及 FEV1/FVC 水平接近，干预后观察组患者 FEV1 升至（2.18±0.36）L，FVC 升至（3.02±0.46）L，FEV1/FVC 升至（76.83±5.29）%，均高于同期对照组，差异具有统计学意义（$P<0.05$）。见表 4。

表 4 两组患者干预前后肺功能指标比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数	36	36	—	—
FEV1 干预前(L)	1.71±0.32	1.69±0.31	0.269	0.788
FEV1 干预后(L)	1.96±0.34	2.18±0.36	2.666	0.01
FVC 干预前(L)	2.46±0.41	2.43±0.39	0.318	0.751

FVC 干预后(L)	2.73±0.44	3.02±0.46	2.733	0.008
FEV1/FVC 干预前(%)	69.58±5.42	69.91±5.36	0.26	0.796

注：续表 4。

3 讨论

3.1 节律引导降低训练负担，持续缓解疲乏

常规训练依赖口头指导和主动控制，易对疲乏患者造成额外认知与体力负担[6]。音乐节律把抽象指令转化为听觉提示，使患者按稳定节拍完成腹式呼吸，借助延长乐句缓慢缩唇呼气，降低紧张感和费力程度。同时，训练强度匹配当日疲乏程度，疲乏重时以短时低负荷为主，状态改善后逐步增加，使康复训练更易持续，从而对癌因性疲乏产生累积改善。

3.2 呼吸效率提升带动活动能力恢复

肺癌患者活动时常因气促提前终止，导致活动量下降。音乐节律引导式呼吸康复模式下患者以坐位或半卧位形成稳定呼吸，再过渡至站立、步行状态，可以减少因呼吸紊乱导致的中断。音乐本身可分散患者对疲劳和不适的关注，延长活动时间。随着耐受提高，患者对自身运动能力的判断发生转变，继续康复意愿增强，形成良性恢复循环。

3.3 音乐调节情绪，缓解疲乏的心理放大效应

患者因疾病和功能下降产生的担忧易发展为焦虑，焦虑又加重对呼吸困难及疲乏的主观感知。干预前设置短时音乐放松，帮助患者进入平稳状态；训练中使用熟悉、接受度高的音乐，能增强舒适感和自主参与。呼吸训练与稳定节拍结合，可减少呼吸模式紊乱，建立规律体验。情绪负担减轻后，患者疲乏和不适感知随之下降，更愿主动训练。

3.4 音乐节律强化呼吸控制，改善肺通气功能

腹式呼吸能强化膈肌参与，缩唇呼吸作用于延长呼气，音乐节拍提示吸气节奏，长乐句引导缓慢连续呼气，使观察组患者熟练掌握吸呼转换和时间控制。听觉节律的连续性有助于形成固定呼吸模式，提高训练规范性和持续性，改善呼吸肌协调及通气效率。因此，观察组干预后 FEV1、FVC 及 FEV1/FVC 改善程度高于对照组。

3.5 个体化反馈增强护理连续性，促进综合效果

方案取得良好效果还依赖动态反馈机制，观察组每次干预结束后记录疲乏感、呼吸舒适度和完成情况，下次训练时据此调整下次强度，并结合患者音乐偏好建立个体化曲目。护士能及时识别耐受变化，避免训练不足或过量，提高患者参与度。出院后坚持使用熟悉的音乐配合呼吸训练，有助于把住院习惯延续至居家阶段。因此，音乐联合呼吸训练的优势源于节律提示、疲乏分层和持续反馈。

综上，音乐节律引导式呼吸康复护理能从生理功能、心理状态及康复行为多个层面干预肺癌患者癌因性疲乏，其核心价值在于提高呼吸训练的可接受性。后续研究可进一步延长干预及随访时间，以验证该护理方案的持续效果。

参考文献：

[1] 王晓旭.运动-睡眠护理结合正念减压干预在肺癌化疗患者中的应用效果[J].中国社区医师,2026,42(15):94-96.

[2] 高莉蓉,林桢,顾静,张华春.中医五行音乐联合正念护理干预对老年肺癌化疗患者癌因性疲乏及遵医行为的影响[J].现代中西医结合杂志,2026,35(4):573-577.

[3] 郝芮.运动—心理—睡眠护理在肺癌化疗患者中的应用效果研究[J].运动与健康,2026,5(1):161-164.

[4] 冯霞,陈新,周丽,杨梅.针灸联合五行音乐对肺癌化疗患者癌因性疲乏和睡眠质量的影响[J].上海针灸杂志,2025,44(4):407-410.

[5] 赵雪梅,李江琴,王凤华,刘萍萍.五行音乐联合积极心理学干预对肺癌患者癌因性疲乏、负性情绪和健康行为的影响[J].国际精神病学杂志,2024,51(2):653-657.

[6] 李丹,胥丰恺,徐萍,欧玉凤.阻力呼吸器训练改善肺癌术后患者癌因性疲乏和生命质量[J].中华保健医学杂志,2024,26(1):67-70.