

癌症患者生活质量状况及影响因素研究

王建平 崔俊南^① 陈仲庚^② 林文娟^③ 罗键^③ 孙燕^③

(中国科学院心理研究所, 北京, 100101)

摘要 目的: 探讨中国癌症病人的生活质量状况及影响因素, 评估疾病和治疗给病人生活带来的影响。方法: 对 289 名放、化疗癌症病人, 采用生活质量问卷(QLQ-C30)和卡氏功能量表(KPS)于治疗前、中、后测查 3 次。结果: QLQ-C30 各指标和 KPS 得分均以治疗中最差, 多因素分析获得 11 个因子对生活质量作用明显, 其中居前 3 位的因子是症状和治疗、情绪及经济因子, 并且方差分析发现相互之间交互作用明显。结论: 对住院癌症病人生活质量影响最大的是放、化疗带来的反应, 其它众多的影响因素以综合作用方式为主, 情绪和经济因素对病人生活质量的影响作用不容忽视; 同时证明 QLQ-C30 具有较高的临床应用价值。

关键词 癌症病人 生活质量 影响因素

中图分类号: R395.1

文献标识码: A

文章编号: 1005-3611-(2000)01-0023-04

Quality of Life and Factors that Influence It among Cancer Patients in China

WANG Jianping et al, Institute of Psychology, Chinese Academy of Sciences, Beijing

Objective: To evaluate the quality of life and factors influencing it by using QLQ-C30 in a sample of cancer patients, and to assess the impact of diseases and treatment methods on patients' life. **Methods:** 289 adult cancer patients completed the QLQ-C30 questionnaire before, during, and after treatment, respectively. **Results:** The scores of all the subscales of QLQ-C30 were lowest when patients were receiving treatment in the course of therapy. The first three factors of influence were disease and therapy, emotion, and economic and cost. **Conclusion:** The worst status of quality of life in cancer patients occurred when patients were receiving treatment. Economic status and cost played an important role in the quality of life of cancer patients.

Key words: Cancer patients, Quality of life, Factors of influence

癌症是一种多发病、常见病, 严重威胁人类的生命, 目前的治疗手段对延长生命并无肯定的疗效, 而且化疗、放疗本身引起的严重生理、心理反应, 某些手术对病人体象、功能的损害、治疗的“疾病标签”作用对病人(及家属)造成的心理压力, 无疑使病人的生活质量下降。现在人们日益认识到, 医学的目的不仅要延长生命数量, 更应注重生命质量。

近 20 年来, 心理肿瘤学在国外发展很快^[1-3]。近几年来也引起国内学者的关注^[4]。本研究引进国际上应用广泛的欧洲癌症研究和治疗组织(EORTC)编制的 QLQ-C30 对住院患者进行测查, 以探究中国癌症病人的生活质量状况及其影响因素, 为肿瘤

临床选择治疗方法、评价治疗效果以及改善医护人员与病人的交流^[5], 提高癌症病人的生活质量提供参考依据, 以便推动中国心理肿瘤学的发展。

1 对象与方法

1.1 研究对象

病人来源于 1997 年 1 月初至 10 月底进行化疗或放疗的住院病人。入组条件: 病理确诊为癌症, 年龄 ≥ 16 岁, 小学及以上文化, KPS ≥ 60 分, 预计存活半年以上, 既往和目前均无精神疾病和意识障碍, 特质焦虑评分在正常范围。

①新疆医学院一附院; ②北京大学心理系; ③中国医学科学院肿瘤医院

1.2 评定量表

1.2.1 生活质量问卷(Quality of Life Questionnaire- Core 30, QLQ- C30) 英文版和香港中文版^[6], 由 EORTC 直接提供。问卷为自我报告形式, 共 30 个项目, 包括 5 个功能量表: 躯体功能(PF)、角色功能(RF)、认知功能(CF)、情绪功能(EF)、社会功能(SF), 3 个症状量表: 疲乏(FA)、疼痛(PA)、恶心呕吐(NV), 6 个单项测量项目和一个整体生活质量量表(GQL)。其中功能量表的得分越高, 表示生活质量状况越好, 症状量表得分越高, 表示生活质量状况越差。该问卷在不同国家和地区的研究中具有较好的可比性, 其信效度和敏感性已在多个国家得到验证, 成功地运用于癌症病人的临床研究^[7]。本研究本着协议书中不准修改的条件, 只对其香港中文版的个别语句和词汇作了适合于中国大陆病人习惯的改动, 整个问卷基本保持原样。

1.2.2 卡氏功能量表(Karnofsky Performance Status, KPS) KPS 分为 10 个等级, 由主管医生根据病人的功能状态给予 0~ 100 分范围的评定。该量表具有较高的评定者之间信度和较好的结构性效度。本研究使用该问卷的目的是考察医生客观评定与病人主观报告的相关性。

1.3 施测步骤

所有病人均进行三次测量: 治疗前、治疗中(化疗病人第 2 周期, 用药第 3~ 4 天, 放疗病人照射第 3 周末)、治疗后(用药或照射结束 5~ 7 天)。

2 结 果

2.1 问卷完成情况

绝大多数病人可独立完成问卷。入组病人为 369 人, 三次调查均有效的问卷为 289 份, 其中化疗 129 例, 放疗 160 例; 脱落 80 例中化疗 39 例, 放疗 41 例, 两组间脱落率无统计学上的差异($\chi^2 = 0.43, P > 0.05$)。

2.2 样本特征

2.2.1 病人一般特征 289 例病人中男性 169 例(58.5%), 女性 120 例(41.5%); 年龄 16~ 17 岁, 平均 51.4 ± 12.9 ; 小学 32 例(11.1%), 初中 60 例(20.8%), 高中 56 例(19.4%), 大中专 86 例(29.7%), 大学及以上 55 例(19.0%); 工人 54 例(18.7%), 干部 86 例(29.8%), 专业技术人员 98 例(33.9%), 其他 51 例(17.6%); 完全自费 50 例(17.3%), 半自费(包括大病统筹) 117 例(40.5%), 完全公费 122 例(42.2%)。

2.2.2 病人医学特征 化疗组肺癌占多数, 放疗组头颈部癌占多数; 所有病人中晚期为多; 放疗组绝大多数病人为初次治疗(93.8%), 化疗病人初次治疗者占 22.7%。

2.2.3 病人心理及其他特征 病前有生活事件和感觉有影响者占将近 50%; 对治疗知识知道一点的将近 50%, 放疗组完全不知的占 46.9%; 完全知道自己疾病诊断者占 73.7%, 化疗病人以家人告诉为主 54.3%, 放疗病人以医生告诉为主 49.4%; 71.3% 的病人在一周内得知其疾病诊断。

2.3 病人生活质量状况

病人生活质量状况见表 1。由表 1 看出, 病人在住院治疗期间 QLQ- C30 各项指标和 KPS 的平均数为: 疗前 > 疗后 > 疗中; 统计学检验大多数指标达到显著和非常显著的差异。疗前化疗组病人的 QLQ- C30 和 KPS 得分稍高于放疗组, 疗后放疗组病人的得分高于化疗组, 部分指标差异显著(数据略)。

2.4 生活质量的影响因素

2.4.1 多因素分析 选研究指标 GQL、PF、EF 分别为因变量, 将经过标准化的原始数据和 GQL、PF、EF 一起进行相关分析, 挑出分别与 GQL、PF、EF 相关明显的因素, 定进入 (pin) 和剔除 (pout) 方程的检验标准分别为 0.05 和 0.1, 分别进行多元回归分析。全体病人的结果见表 2。

表1 癌症病人住院期间的生活质量状况及功能状态($n=289$)

变量	疗 前	疗 中	疗 后	t 值	
	($\bar{x} \pm s$)	($\bar{x} \pm s$)	($\bar{x} \pm s$)	前-后	后-一中
PF	69.86 ± 30.53	39.42 ± 29.24	53.65 ± 30.23	6.45**	5.76**
RF	69.93 ± 29.43	56.93 ± 26.74	62.88 ± 26.93	3.00**	2.67**
EF	74.26 ± 20.685	63.76 ± 24.16	71.24 ± 24.63	1.59	3.70**
CF	82.14 ± 20.74	75.69 ± 19.00	78.95 ± 20.25	1.87	2.00*
SF	68.93 ± 27.12	58.76 ± 24.22	61.23 ± 25.75	3.50**	1.19
GQL	56.19 ± 20.80	46.12 ± 19.99	54.66 ± 23.60	0.87	4.69**
FA	31.27 ± 24.09	53.33 ± 23.31	44.90 ± 24.80	5.90**	4.21**
NV	10.51 ± 21.618	35.24 ± 28.77	21.88 ± 25.25	5.87**	5.94**
PA	22.08 ± 24.22	31.95 ± 24.06	24.82 ± 24.01	1.37	3.58**
KPS	82.25 ± 11.65	76.63 ± 33.27	77.94 ± 13.01	4.20**	0.62

注: * $P < 0.05$; ** $P < 0.01$

表2 癌症病人住院期间生活质量影响因素的多元回归分析($n=289$)

Y= GQL			Y= PF			Y= EF		
变量	B	β	变量	B	β	变量	B	β
年 龄	- 3.86	- 0.19	年 龄	- 3.78	- 0.13	运动病程度	- 2.95	- 0.14
合并症	- 2.38	- 0.12	运动病程度	- 6.14	- 0.21	生活事件影响	- 2.33	- 0.11
医疗费	3.06	0.15				心理准备	3.49	0.17
医疗费影响	- 2.45	- 0.12				医疗费影响	- 2.88	- 0.14
常数	56.19			69.86			74.26	
F	6.60**			8.51**			7.65**	

* $P < 0.05$; ** $P < 0.01$

2.4.2 单因素比较 在上述多因素分析的基础上, 挑选出十一个因素, 仍用 GQL、PF、EF 作为比较标准, 进行单因素方差分析。结果显示, 对 PF 影响明显的因素有: 运动病(既往晕车、船等) ($F=8.20, P < 0.01$), 性别 ($F=4.56, P < 0.05$)、年龄 ($F=4.43, P < 0.01$)、合并症 ($F=4.42, P < 0.05$)、治疗知识 ($F=3.03, P < 0.05$); 对 EF 影响明显的因素有: 心理准备 ($F=9.88, P < 0.01$)、治疗感受 ($F=4.83, P < 0.01$)、生活事件影响 ($F=4.23, P < 0.01$)、运动病 ($F=5.32, P < 0.05$)、医疗费及影响(病人感到医疗费对自己生活的影响, 分轻、中、重) ($F=4.90, P < 0.01$; $F=2.56, P < 0.05$)、年龄 ($F=4.04, P < 0.05$); 对 GQL 影响明显的因素有: 年龄 ($F=4.29, P < 0.05$)、知道程度 ($F=3.59, P < 0.05$)、合并症 ($F=6.46, P < 0.01$)、医疗费及影响 ($F=3.58, P < 0.05, F=2.42, P <$

0.05)。

2.4.3 综合分析 采用因素分析的方法, 以寻找影响生活质量的综合指标。具体方法是: 选用主成分法(PC), 定最小特征值(λ)为1.5, 其十一个公因子特征值之和的累计百分数为57.1, 选用最大正交旋转法, 对前三位公因子的解释为: (1) 症状和治疗因子; (2) 情绪或心理因子; (3) 经验和医疗费因子。

3 讨 论

近年来, 在心理肿瘤学领域, 人们对健康关注更多的是强调以病人为中心评价治疗效果, 由于生活质量主观性的特性, 其评定也是病人自己的感受比较准确^[8]。本研究结果表明, 病人整体和各方面生活质量状况均在治疗中最差, 治疗后其次; 治疗前化疗病人稍好于放疗病人, 但治疗中和治疗后的状况则是放疗病人好于化疗病人。可能的原因是: 在

临床上,化疗治疗周期比放疗更长,治疗引起的反应对病人的影响比放疗要重一些;放疗病人中属早中期的相对比化疗病人多一些,初次治疗的比例则远比化疗病人多。调查的结果与临床实际情况是符合的,说明 QLQ-C30 反应了临床的真实情况,也说明生活质量的评定在肿瘤临床具有一定的价值。通过生活质量的评定可以增强医护人员和家人关注病人生活质量及其影响因素的意识,同时也说明放化疗治疗本身对病人生活质量的影响最大,是首要因素。在治疗过程中受影响最大的是躯体功能,其次是疲乏,整体生活质量的恢复也比较慢,受影响最小的是认知功能。结果与国外报道有差异^[9],原因可能与肿瘤类型不同和文化差异有关。

影响生活质量的因素比较多,因素之间的交互作用明显,且以综合作用方式为主,可归纳为三个方面:(1)经济状况、医疗费来源,对生活质量有明显的影响,尤其是整体生活质量和情绪功能,与以前的调查结果相似^[10]。此因素对放疗病人的影响更加突出,因为放疗病人的药费更高。国外这方面的问题也比较多^[11]。(2)疾病和治疗有关的因素。病人的治疗经历、肿瘤类型、临床分期对生活质量状况尤其是躯体功能状况影响比较大。(3)与情绪或心理有关的因素。癌症本身是一个巨大的应激,再加上可怕的治疗,对病人的心理冲击很大。研究发现,对治疗知识不了解、没有心理准备、感到生活事件影响较大的病人其情绪功能较差;由谁告诉病人、怎样告诉病人和何时告诉病人病情对病人生活质量的影响,可能是通过影响病人的疾病态度和认知水平引起的,具体的影响方式及其效果有待于今后进一步的研究。

(本工作得到中国医学科学院肿瘤医院、新疆医学院、北京肿瘤研究所、北京武警总医院孙燕、殷蔚伯、冯奉仪、王金万、汪楣、张宗卫等教授的支持和指导,唐丽丽、文碧秀、李素艳、张国华、蒋华、谢忠、刘庆涛、杨飞月、易

铁男、郑静成、袁朋、刘朋、郝学志、周云飞、刘长青、蔡勇、李东明等同志的合作和帮助,在此一并感谢!)

参考文献

- Osoba D. Current applications of health-related quality of life assessment in oncology. *Support Care Cancer*, 1997, 5: 100- 104
- Aaronson NK, Acquadro C, Apolone G et al. International quality of life assessment (IQOLA) project. *Qual Life Res*, 1992, 1: 349- 351
- Kobayashi K, Takeda F, Teramukai S et al. A cross-validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30 (EORTC QLQ-C30) for Japanese with lung cancer. *Eur J Cancer*, 1998, 34(6): 810- 815
- 罗健,孙燕,周生余. 中国癌症患者化学治疗生活质量量表的编制. *中华肿瘤杂志*, 1997, 19(6): 437- 441
- Ganz PA. Quality of life and the patient with cancer: individual and policy implications. *Cancer*, 1994, 74: 1445- 1452
- Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K et al. EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. EORTC Study Group on Quality of Life, Brussels, 1995
- Olschewski M, Schulgen G, Schumacher M et al. Quality of life assessment in clinical cancer research. *Br J Cancer*, 1994, 70: 1- 5
- Slevin ML, Plant H, Lynch D et al. Who should measure quality of life: the doctor or the patient? *Br J Cancer*, 1988, 57: 109- 112
- Osoba D, Zee B, Pater J et al. Psychometric properties and responsiveness of the EORTC Quality of Life Questionnaire (QLQ-30) in patients with breast, ovation and lung cancer. *Qual Life Res*, 1994, 3: 353- 364
- 王建平,陈仲庚,崔俊南. 癌症病人的心理健康状况及影响因素分析. *中国临床心理学杂志*, 1997, 5(1): 27- 28
- Groot CAU, Rutten FFH, Bonsel GJ. Measurement and valuation of quality of life in economic appraisal of cancer treatment. *Eur J Cancer*, 1994, 30A(1): 111- 117

(1999年7月收稿)