

# 肺癌乳腺癌病人的生活质量及其相关因素分析

王建平, Freedom L<sup>1</sup>, 林文娟<sup>2</sup>, 崔俊南<sup>3</sup>

(北京师范大学心理学院, 北京 100875)

**【摘要】** 目的: 在前期研究的基础上进一步探讨癌症病人的生活质量状况, 肺癌、乳腺癌病人生活质量的特点, 以及可能的影响因素。方法: 选用生活质量问卷(QLQ—C30, QLQ—LC13, QLQ—BR23)作为主要调查工具, 采用序列回归统计方法, 对246名化疗或放疗的病人进行了分析。结果: 肺癌和乳腺癌病人除认知功能和腹泻症状外, 各项生活质量指标均没有显著性差异, 但卡氏功能(KPS)乳腺癌病人明显好于肺癌病人; 癌症病人教育、年龄和经济状况三个因素总的贡献率对整体生活质量(QL)为4%, 对情绪功能(EF)为11%, 对躯体功能(PF)没有贡献; 其中经济因素对EF的单独贡献率为10%。结论: 乳腺癌病人的功能状况好于肺癌病人, 但生活质量的大多数指标没有显著差异; 经济因素对癌症病人情绪的影响不容忽视。

**【关键词】** 肺癌; 乳腺癌; 生活质量; 影响因素

中图分类号: R395.6

文献标识码: A

文章编号: 1005-3611(2002)03-0176-03

## Quality of Life and Its Related Factors in Lung or Breast Cancer Patients

WANG Jian—ping, et al

School of Psychology, Beijing Normal University, Beijing 100875, China

**【Abstract】 Objective:** To assess the quality of life (QoL) and related factors in lung and breast cancer patients. **Methods:** Quality of Life Questionnaires (QLQ—C30, QLQ—LC13, QLQ—BR23) were used as main indicators of QoL in 246 lung and breast cancer patients prepared for chemotherapy or radiotherapy. Sequential Regression was performed to analyse the effects of factors related to QoL. **Results:** Most indexes of QLQ—C30 showed no significant difference between lung cancer patients and breast cancer patients except on cognitive function (CF); breast cancer patients' score of Kamofsky Performance Status (KPS) was significantly higher than the lung cancer patients. The total contribution of three factors (education, age and financial condition) is 4% to global quality of life (QL), 11% to emotional function (EF), and the unique contribution of financial condition is 10% for EF. **Conclusion:** Most indexes of QoL showed no significant difference between lung cancer and breast cancer patients. The performance status of breast cancer patients is better than that of lung cancer patients.

**【Key words】** Lung cancer patients; Breast cancer patients; Quality of life; Influential factors

维护病人的满意感是医疗实践的基本目的。调查疾病对病人躯体、心理和社会功能的影响是临床诊断的基本成分, 是治疗方法和功效选择的主要决定依据, 是整个康复期护理的一个指导<sup>[1]</sup>。尽管医护人员也关注病人的日常功能和满意感, 但医护人员的感觉并不能反映病人的主观感受, 而且不同的医生获取病人信息以及清楚阐明病人问题的能力是有差别的, 有一种倾向是医生常常低估病人的心理社会功能、生活质量、抑郁的水平以及重要症状的严重性<sup>[2-3]</sup>。因此, 有必要使生活质量、心理社会功能的评定规范化。一些专门用于肿瘤病人的生活质量问卷已经比较成熟, 在肿瘤临床研究中得到广泛应用<sup>[6-9]</sup>。

本研究选取发病率比较高的肺癌; 存活率比较高, 生存期比较长的乳腺癌作为研究对象。在前期研究的基础上, 进一步对癌症病人的生活质量, 肺癌、乳腺癌病人生活质量的特点, 以及可能的影响因素作一探讨。

## 1 材料和方法

### 1.1 研究对象

246名接受化疗或放疗的住院病人。全部病人均经病理确诊为肺癌或乳腺癌。其中肺癌141例, 乳腺癌105例。

### 1.2 测查时间

所有病人均进行两次测查: 治疗前(入院后, 开始用药或照射前); 治疗后(用药结束或照射结束后7天内)。本文只用其治疗前的基础资料。

### 1.3 测查工具

1.3.1 生活质量核心问卷(Quality of Life Question-

1. 香港中文大学心理学系

2. 中国科学院心理研究所

3. 新疆医科大学一附院心身医学科

nare—Core, QLQ—C30)英文版<sup>[10]</sup> 由欧洲癌症研究和治疗组织(European Organization for Research and Treatment of Cancer; EORTC)提供,并可以在中国大陆使用<sup>[11-12]</sup>。是一个包含 30 个项目、自我报告形式的、经过信效度检验的、专门用于癌症病人的问卷。包括 5 个功能量表:躯体功能、角色功能、认知功能、情绪功能、社会功能;一个整体生活质量量表,得分越高表明功能越好;3 个症状量表:疲乏、疼痛、恶心/呕吐;6 个单项测量项目:呼吸困难、失眠、食欲丧失、便秘、腹泻、经济影响,得分越高症状越重。

1.3.2 肺癌问卷(Lung cancer module, QLQ—LC13)<sup>[10]</sup> 适用于肺癌病人,配合生活质量核心问卷一起使用。共 13 个项目,包括一个症状量表:呼吸困难,其余均为单项评定:疼痛、咳嗽、口腔溃疡、吞咽困难、外周神经炎、脱发和咯血。得分越高症状越重。

1.3.3 乳腺癌问卷(Breast cancer module: QLQ—BR23)<sup>[10]</sup> 适用于乳腺癌病人。配合生活质量核心问卷一起使用。共 23 个项目,包括 3 个功能量表:体象、性功能、性欲,得分越高功能越好;4 个症状量表:胳膊症状、乳腺症状、脱发、治疗反应、未来憧憬,得分越高,症状越明显。

## 2 结 果

### 2.1 被试基本情况

平均年龄 52 岁(29~79 岁);男性 100 例(40.7%),女性 146 例(59.3%);高中及以下 99 例(40.2%),大中专 87 例(35.2%),大学及以上 60 例(24.6%);已婚 222 例(90.2%),其余 24(9.8%);干部和专业人员

176 例(71.4%),工人 41 例(16.8%),其他 29(11.8%);O 型血 105 例(42.7%),A 型 62 例(25.2%),B 型 59 例(24.0%)AB 型 20(8.1%);经济差 117 例(47.6%),中等 91 例(37.0%),好 38(15.4%)。

### 2.2 生活质量和功能状况评定结果

表 1 生活质量和功能状况评定结果( $\bar{x} \pm s$ )

|                     | 全体(n=246)   | 肺癌(n=141)               | 乳腺癌(n=105)  |
|---------------------|-------------|-------------------------|-------------|
| 整体生活质量              | 56.21±22.58 | 54.10±21.69             | 58.94±23.50 |
| 躯体功能                | 68.06±29.13 | 68.77±28.26             | 67.12±30.30 |
| 角色功能                | 64.90±30.82 | 65.19±33.24             | 64.52±27.54 |
| 情绪功能                | 69.31±23.35 | 71.45±22.97             | 66.51±23.66 |
| 认知功能                | 75.10±25.01 | 82.23±19.90**           | 65.87±27.87 |
| 社会功能                | 58.33±30.31 | 61.07±31.26             | 54.76±28.77 |
| 疲乏                  | 38.12±26.88 | 39.55±26.23             | 36.25±27.73 |
| 恶心呕吐                | 20.54±27.78 | 18.14±26.72             | 23.65±28.94 |
| 疼 痛                 | 28.31±28.95 | 27.16±28.49             | 29.81±29.62 |
| 卡氏功能评定 <sup>△</sup> | 83.29±10.12 | 82.09±8.55 <sup>+</sup> | 84.90±11.76 |

注: \*  $P < 0.05$  \*\*  $P < 0.01$ ,与乳癌病人比较; △: 0 分表示死亡,100 分表示功能完好,每 10 分为一个等级。

由表 1 看出: QLQ—C30 各项指标除认知功能外,在肺癌和乳癌病人中没有显著性差异。卡氏功能评定乳腺癌病人明显好于肺癌病人。QLQ—C30 单项测量结果中只有腹泻在肺癌与乳癌病人中差异非常显著(表中未显示)。另外 QLQ—LC13 和 QLQ—BR23 的调查结果没有呈现。

### 2.3 癌症病人生活质量的相关因素分析

在经验和相关分析的基础上,筛选出教育程度、年龄和经济状况三个独立变量,分别对肺癌和乳癌病人的整体生活质量和情绪功能进行序列回归(Sequential Regression)分析<sup>[13]</sup>,结果见表 2 和表 3。

表 2 教育程度、年龄、经济状况对整体生活质量(QL)的影响

|    | QL   | 教育   | 年龄   | B     | $\beta$ | df    | R    | R <sup>2</sup> | adjustR <sup>2</sup> | $\Delta R^2$ |
|----|------|------|------|-------|---------|-------|------|----------------|----------------------|--------------|
| 教育 | -.13 |      |      | -2.24 | -.12    | 1,244 | .13* | .02            | .01                  | .02*         |
| 年龄 | -.12 | -.03 |      | -.27  | -.12*   | 2,243 | .18* | .03            | .02                  | .02*         |
| 经济 | -.10 | .33  | -.04 | -2.03 | -.06    | 3,242 | .19* | .04            | .02                  | .00          |

注: \*  $P < 0.05$ , \*\*  $P < 0.01$ 。总的贡献率为 4%;三者单独贡献率分别为: 1%, 2%, 0;三者共享为 1%。

表 3 受教育程度、年龄、经济状况对情绪功能(EF)的影响

|    | EF   | 教育   | 年龄   | B      | $\beta$ | df    | R     | R <sup>2</sup> | adjustR <sup>2</sup> | $\Delta R^2$ |
|----|------|------|------|--------|---------|-------|-------|----------------|----------------------|--------------|
| 教育 | -.08 |      |      | .72    | .04     | 1,244 | .08   | .01            | .00                  | .01          |
| 年龄 | .04  | -.03 |      | .07    | .03     | 2,243 | .09   | .01            | -.00                 | .00          |
| 经济 | -.32 | .33  | -.04 | -11.39 | -.33**  | 3,242 | .33** | .11            | .10                  | .10**        |

注:  $P < 0.05$ , \*\*  $P < 0.01$ 。总的贡献率为 11%;三者单独贡献率分别为: 0 0 10%;三者共享为 1%。

由表2和表3看出:教育、年龄和经济三个因素组成的自变量组对生活质量不同功能方面的影响不同,总的贡献率对QL为4%,对EF为11%,对躯体功能(PF)没有贡献;三个因素单独贡献率也不同。

### 3 讨 论

生活质量的概念被引入医学领域,其目的主要是从专业角度评估疾病和治疗手段对个体生活的影响。近些年来,随着研究的不断深入<sup>[5,8,14-15]</sup>,标准化的生活质量评定问卷已经比较成熟,但在临床实践中的应用还不普遍。不同部位、不同类型的肿瘤由于肿瘤生长的性质、对治疗的敏感性、预后和生存期等医学因素的差别,病人的生活质量状况及其因素也会不同。本研究结果表明,肺癌和乳腺癌病人的认知功能差异非常显著,即肺癌病人要好于乳腺癌病人;两组病人情绪功能、社会功能的比较虽然没有达到显著性,但乳腺癌病人的得分相对比较低,即乳腺癌病人的情绪状况、社会功能状况都比肺癌病人可能差一些。而临床实际情况是,肺癌病人的病情、预后以及存活期比乳腺癌病人差很多。心理功能与疾病本身的严重性出现不一致的变化,提示并不是疾病和症状本身越严重,人们的心理状况就越差;两组躯体综合功能比较,乳腺癌病人明显好于肺癌病人,与临床实际情况相符。说明认知功能主要影响病人的情绪功能和社会功能,对躯体功能的影响相对不明显。多数生活质量指标的差异在肺癌和乳腺癌两组病人的比较中没有达到显著性水平,除了其他有待于进一步研究的因素外,可能与两组病人对待疾病的态度、年龄、文化程度、经济状况等因素有关<sup>[14]</sup>。其他症状量表和单项测查得分两组病人各有特点。

病人住院期间的生活质量状况受许多因素的影响,本研究结果显示,年龄对整体生活质量状况有一定的影响;经济水平则对情绪功能的影响比较大;教育程度的单独作用虽然比较小,但与年龄、教育以及职业等因素有一定的共同作用。多因素分析的结果与临床发现和实际经验比较吻合,经济状况对病人情绪的影响的确非常大,由此带来的对疾病治疗效果的影响是可想而知的。经济状况差的病人除了要承受疾病及其治疗带来的痛苦外,还要承担医药费以及由此给全家生活造成的压力,有些病人由于经济的因素丧失了治疗的信心,放弃了治疗的机会。

### 参 考 文 献

- 1 Schor EL, Lerner DJ, Malspeis S. Physicians assessment of functional health status and well-being. *Archives Internal Medicine*, 1995, 155(2): 309-314
- 2 Sanson-Fisher RW, Girgis A, Boyes A, et al. The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Cancer*, 2000, 88(1): 226-237
- 3 Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behaviour on collection of data. *Annals of Internal Medicine*, 1984, 101(8): 692-696
- 4 Maguire P, Faulkner A, Booth K, et al. Helping cancer patients disclose their concerns. *European Journal of Cancer*, 1996, 32A: 78-81
- 5 Sneeuw KC, Aaronson NK, Sprangers MA, et al. Evaluating the quality of life of cancer patients: Assessment by patients, significant others, physicians and nurses. *British Journal of Cancer*, 1999, 81(1): 87-94
- 6 Velikova G, Wright EP, Smith AB, et al. Automated collection of quality of life data: A comparison of paper and computer touch-screen questionnaires. *Journal of Clinical Oncology*, 1999, 17(6): 998-1007
- 7 Taenzer PB, Bultz BD, Carlson L, et al. Impact of computerized quality of life screening on physician behaviour and patient satisfaction in lung cancer patients. *Psychooncology*, 2000, 9(1): 203-213
- 8 Taenzer PA, Specam, Atkinson MJ, et al. Computerized quality of life screening in an oncology clinic. *Cancer Practice* 1997, 5(1): 168-175
- 9 Newell SG, Sanson-Fisher R, Stewart J. Are touchscreen computer surveys acceptable to medical oncology patients? *Journal of Psychosocial Oncology*, 1997, 15(1): 37-46
- 10 Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, et al. EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. EORTC Study Group on Quality of Life, Brussels, 1999
- 11 王建平, 陈仲庚, 林文娟. 中国癌症病人生活质量的测定—EORTC QLQ-C30在中国的试用. *心理学报*, 2000, 32(4): 438-442
- 12 王建平, 陈仲庚, 崔俊南. 癌症生活质量状况及影响因素研究. *中国临床心理学杂志*, 2000, 8(1): 23-26
- 13 Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. Fourth Edition. Allyn & Bacon, 2001. 111-170
- 14 王建平, 林文娟, 崔俊南. 肿瘤病人生活质量的临床量表评定. *心理学动态*, 2000, 8(4)
- 15 王建平. 癌症病人的生活质量及心理干预研究. 博士学位论文, 北京大学, 1998. 6

(收稿日期: 2002-01-31)