

状组的相同;其他组中除中度组 RF、CF 和重度组 CF 化疗前、化疗后组内比较,差异无统计学意义($P>0.05$),其余组内比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

QLQ-C30 量表是目前国际通用的癌症患者生活质量的测定量表,国内外学者用其评价化疗治疗结局,探讨化疗相关性恶心、呕吐对患者生活质量的影响研究等,但对化疗患者整体 GIS 状况及其对患者生活质量的影响研究较少涉及,本研究对两者之间关联性进行了分析^[6-8]。

3.1 化疗 GIS 发生率高,常多个症状合并出现 本研究 GIS 发生率为 73.39%,可见,即使化疗前、后给予止吐及对症处理等措施,GIS 控制效果仍不理想,应引起医护人员的重视。

3.2 化疗对患者生活质量有较大的影响 化疗第 7 天患者的 PF、RF、EF、SF 和 QOL 得分均明显下降,提示其生活质量明显下降,可能与化疗药物的不良反应有关,如消化道反应影响患者的休息和营养;血液系统不良反应引起患者疲乏、软弱等。护理人员应加强患者饮食指导和生活护理。

3.3 化疗 GIS 影响患者的躯体功能和角色功能 除无反应组、无症状组外,化疗后各组 PF 和 RF 得分均下降,随着 GIS 发生数量的增多、症状加重,得分呈递减趋势;在各组化疗前、化疗后组内两两比较中显示化疗后 PF、RF 下降,提示化疗 GIS 对患者的 PF 和 RF 均有影响,GIS 症状越多、严重程度越重,对患者 PF 和 RF 影响越严重。

3.4 化疗 GIS 与患者的认知功能和情绪功能互为影响 化疗前 CF、EF 得分越低,化疗后发生 GIS 的数量越多、症状越重,提示化疗前患者紧张、焦虑、压抑等负性情绪,精力和记忆力等认知下降,会加重化疗消化道反应,可能与心理异常反应,使血小板摄取游离的 5-羟色胺较正常时低,加重恶心、呕吐等消化道反应有关。而化疗 GIS 引起患者的身体不适,进一步加重患者心理负担和负性情绪,两者互为影响。故应加强化疗患者心理状态评估和心理疏导,使其正确认识和对待化疗及其不良反应。

3.5 化疗 GIS 严重程度对患者的社会功能有一定的影响 化疗后 SF 得分均有所下降,GIS 严重程度越重,患者 SF 的得分越低。可能与化疗输液、心电监护和输液泵等医疗干扰,化疗引起患者不适等身体情况,影响患者的家庭生活和社交活动有关,故应关注化疗患者家庭和社会的支持情况,特别是中、重度 GIS 患者,协助建立有效的社会家庭支持系统,以增强其对化疗的应对能力。

3.6 化疗 GIS 影响患者 QOL 化疗后 QOL 得分均有所下

• 临床护理 •

焦虑情绪对肿瘤化疗消化道症状的影响研究*

皮远萍¹, 邓本敏¹, 唐玲¹, 饶洪英³, 王文欣³

(重庆市肿瘤研究所:1. 护理部;2. 大内科;3. 肿瘤内科 400030)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.34.050

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)34-3680-03

消化道症状(gastrointestinal symptoms, GIS)是化疗药物最容易出现的不良反应,主要表现为恶心、呕吐、食欲减退、腹泻及便秘等症状^[1-2];这些症状不仅增加患者的痛苦,影响患者

降,化疗后 GIS 发生越多、严重程度越重, QOL 评分降低越明显,提示其整体生活质量越差。

总之,化疗引起的 GIS 总体控制效果不太理想,很多患者仍然受到 GIS 的困扰;GIS 发生症状数量越多、严重程度评分越高,其生活质量越差;患者情绪和认知功能与 GIS 互为影响。因此,重视化疗患者的心理状态及社会支持、GIS 发生数量和严重程度评分,有利于为医疗决策提供参考依据,有效控制化疗 GIS,提高患者的生活质量^[9]。

参考文献:

- [1] Hesketh PJ. Chemotherapy-induced nausea and vomiting [J]. *N Engl J Med*, 2008, 358(23):2482-2494.
- [2] Mitchell EP. Gastrointestinal toxicity of chemotherapeutic agents[J]. *Semin Oncol*, 2006, 33(1):106-120.
- [3] Bloechl-Daum B, Deuson RR, Mavros P, et al. Delayed nausea and vomiting continue to reduce patients' quality of life after highly and moderately emetogenic chemotherapy despite antiemetic treatment[J]. *J Clin Oncol*, 2006, 24(27):4472-4478.
- [4] 何海燕, 朱京慈, 彭娜, 等. 肿瘤化疗病人消化道症状的调查研究[J]. *护理研究*, 2011, 25(2A):300-302.
- [5] 何海燕. 肿瘤化疗消化道症状负荷的评估工具构建和临床研究[D]. 重庆:第三军医大学, 2011.
- [6] Kato J, Nagahara A, Iijima K, et al. Evaluation of EORTC QLQ-C30 questionnaire in patients undergoing in-hospital chemotherapy for gastrointestinal cancer in Japan[J]. *J Gastroenterol Hepatol*, 2008, 23(Suppl 2):268-272.
- [7] 孟琼, 万崇华, 罗家洪. 癌症患者生活质量测定量表 EORTC QLQ-C30 的应用概况[J]. *国外医学:社会医学分册*, 2004, 21(12):147-150.
- [8] Perwitasari DA, Atthohari J, Mustofa M, et al. Impact of chemotherapy-induced nausea and vomiting on quality of life in Indonesian patients with gynecologic cancer[J]. *Int J Gynecological Cancer*, 2012, 22(1):139-145.
- [9] Komurcu S, Nelson KA, Walsh D. The gastrointestinal symptoms of advanced cancer[J]. *Support Care Cancer*, 2001, 9(1):32-39.

(收稿日期:2012-05-29 修回日期:2012-08-13)

的营养摄入和治疗依从性,还影响患者生存质量及延长住院时间^[3]。同时,有报道提示肿瘤患者焦虑情绪可加重患者恶心、呕吐等消化道反应程度^[4],但焦虑对消化道整体症状反应的影

响缺乏深入地研究,本研究主要探讨患者的不同焦虑情绪状态对消化道反应各症状的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集重庆市三级甲等肿瘤专科医院 2010 年 9 月至 2011 年 4 月的住院患者 521 例,其中男 307 例,女 214 例;年龄 15~83 岁,平均年龄(52.74±12.28)岁;肺癌 164 例,恶性淋巴瘤 95 例,乳腺癌 69 例,胃癌 34 例,结直肠癌 78 例,鼻咽癌 22 例,恶性黑色素瘤 12 例,其他恶性肿瘤 47 例。入选标准:经病理检查确诊为恶性肿瘤患者;行静脉化疗,化疗方案为持续 2~5 d,两种或多种药物联合化疗;能与医护人员正常沟通交流。排除标准:患者有精神病史、心理障碍或近期遭遇其他重大应激事件、不愿参与本研究、研究者与患者无法正常沟通、问卷填写不完整。

1.2 方法

1.2.1 调查工具 (1)Zung 氏 1971 年编制的焦虑自评量表(SAS)。(2)自行设计的 GIS 量表进行调查,该量表已通过了肿瘤和消化道专家进行条目筛选,使用前已在 596 例患者中进行了信度、效度检验,Cronbach's α 系数为 0.82^[5]。该量表的消化道症状最终确定了 10 个条目,分别有食欲减退、恶心、呕吐、反酸、味觉异常、口腔/咽喉干燥、胃/腹胀、胃/腹痛、腹泻、便秘^[6]。

1.2.2 施测程序 选择具有良好沟通能力的骨干护士进行统一培训,于化疗 1 天前对患者进行 SAS 调查,化疗 1 周内每日调查过去 24 h 内的消化道症状及严重程度评分。对高龄患者、文化程度较低的患者由护士协助填写调查表。

1.2.3 观察指标 (1)SAS 评分:将 20 个项目的各个得分相加,即得粗分;用粗分乘以 1.25 以后取整数部分。本研究参考国内张明圆^[7]报道的方法,根据 SAS 评分高低将患者分为无焦虑组、轻度焦虑组、中重度焦虑组,观察 SAS 评分对 GIS 的影响。(2)GIS 发生数量:化疗 1 周内调查每位患者每天过去 24 h 的 10 个 GIS 症状发生情况。(3)GIS 严重程度累积评分:根据患者 GIS 反应严重程度进行 Likert 5 级评分,没有、轻度、中度、较重、非常重,分别赋予 0、1、2、3、4 分,每日单项症状评分 0~4 分,1 周各症状累计评分为 0~28 分。将化疗 1 周内 GIS 评分的单项症状评分进行累加,计算出 3 组单项症状得分的 $\bar{x} \pm s$ 。(4)GIS 严重程度等级评分:化疗 1 周内每日评分为 0 分即无反应;评分 1 分或 2 分不足 3 次为轻度;评分 2 分至少 3 次,且评分 3 分不足 3 次为中度;GIS 评分 3 分和 4 分至少 3 次为重度。(5)GIS 发生率:调查患者化疗 1 周内发生 10 项消化道症状的发生率。

1.3 统计学处理 采用 SPSS18.0 软件进行分析,多组资料采用方差检验,方差齐性检验 $P > 0.05$ 时,采用 Kruskal Wallis $H(W-K H)$ 秩和检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不同性别患者焦虑评分统计 女性患者 SAS 评分(33.910±7.785)分;高于男性患者(32.46±6.215)分,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 化疗 GIS 的发生数量 521 例患者中有 383 例患者发生 GIS,总发生率为 73.51%。3 组患者化疗 1 周内 GIS 的发生数量比较,其中 3 组无反应发生率和 7~10 个症状的发生率比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

2.3 化疗 GIS 的发生率 3 组患者化疗 1 周内 GIS 的发生率比较,除腹泻外,其余 9 个症状 3 组比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。同时,SAS 评分越高,GIS 发生率越高,呈递增

趋势。

2.4 化疗 GIS 的严重程度累积评分 3 组患者化疗 1 周内 GIS 严重程度评分累积情况。除腹泻外,其余 9 个症状 3 组比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。同时,SAS 评分越高,GIS 评分也越高,呈递增趋势。

2.5 化疗 GIS 的严重程度等级评分 3 组患者化疗 1 周内 GIS 的严重程度等级评分比较。其中 3 组无反应发生率和 7~10 个症状的发生率比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

3 讨论

化疗药物引起消化道反应的确切机制和关系还不太明确,不仅因为消化道上皮细胞增殖快速,且积聚在隐窝上皮细胞内,极易受到化疗药物的直接损伤,使患者出现食欲下降、恶心、呕吐、腹泻等^[8];还涉及复杂的中枢神经系统、周围神经系统过程^[9],如化疗药物引起心理应激、耳前庭损伤、味觉和嗅觉改变;刺激肠壁嗜络细胞释放 5-羟色胺(5-HT),5-HT 通过直接刺激第四脑室的化学感受器(CTZ),或作用于小肠的 5-HT₃ 受体,被激活后通过迷走神经传递到 CTZ,激活呕吐中枢引起恶心、呕吐。国内江锦芳等^[4]认为,焦虑加重化疗的消化道反应,国外 Breen 等^[10]也报道,恶性肿瘤患者的消化道症状与焦虑情绪具有相关性。可见,患者心理因素、焦虑情绪影响化疗消化道症状的发生及严重程度,但目前的研究大多局限于恶性肿瘤患者焦虑的心理护理及化疗相关性恶心、呕吐(CINV)2 个症状研究,对焦虑及其评分程度对消化道整体症状的影响研究涉及很少。本研究通过化疗前的对患者焦虑情绪、化疗 1 周内每日对整体消化道症状的发生率和严重程度进行了调查,以及两者之间关联性进行统计学分析,研究结果如下。

3.1 化疗消化道整体症状方面 化疗 GIS 的总发生率为 73.51%,且多个症状合并出现。无论在 GIS 的发生率还是严重评分方面,食欲减退、恶心、味觉异常、呕吐、便秘、反酸和口腔/咽喉干燥 7 项症状均位于前列,与国外报道相似,原因可能是这些症状具有相同的病理生理机制、很少单一发生、多以症状群的形式出现,也可能是一个症状引起了其他症状、或症状之间无法截然分开等。提示化疗患者虽给予了止吐和对症处理,其 GIS 控制效果并不太理想,故临床医护人员不但要重视化疗相关的恶心、呕吐的控制和宣教,也应关注化疗 GIS 整体症状的评估和管理,采取个性化的治疗措施和健康宣教管理,减少化疗 GIS 发生的数量和减轻 GIS 发生的严重程度,以减轻患者痛苦,提高患者生活质量。

3.2 在 SAS 评分方面 521 例患者的 SAS 评分为(33.29±7.028)分,与国内张明圆^[7]的调查接近。SAS 评分明显无增高、焦虑患者少,可能与 SAS 评分调查在化疗前 1 天采集,患者还未接受化疗或经化疗间隙调整后身体状态较好有一定的关系;也可能与医院开展优质护理、健康教育落实到位,患者能正确认知和积极应对化疗相关反应有关。但 SAS 评分略低于常模,可能与老年患者较多、视力差,以及部分患者文化层次较低,需要护理人员阅读或协助下完成,在回答问题时有所顾虑有关。但对男、女性别的焦虑评分结果分析提示,女性患者焦虑评分高于男性,与相关报道相似,提示本研究数据较为真实、可靠,同时提示女性化疗患者更易于情绪波动,心理状态不够稳定,需要医护人员加强关注和心理疏导。

3.3 焦虑情绪加重 GIS 发生率和严重程度 本研究提示,患者的焦虑情绪影响 GIS 的发生和严重程度。SAS 评分越高,GIS 发生率越高、程度越重,均呈递增的趋势。可能与患者的心理异常反应,如焦虑、恐惧等情绪压抑可使血小板摄取游离

的 5-HT 较正常时低,导致恶心、呕吐等消化道反应有关。有报道,治疗性沟通有助于患者应对焦虑等不良情绪。由此可见,化疗前及化疗期间医护人员对化疗患者加强心理状态评估十分重要,对化疗前有焦虑情绪的患者应及时给予针对性、个性化的心理干预措施。同时,医护人员应主动进行认知宣教和心理疏导,使患者正确认识和对待化疗及其不良反应,保持积极、乐观的心态,减少 GIS 的发生和严重程度,提高患者生活质量。

3.4 焦虑患者 GIS 的发生率更高、症状数量和重度反应者更多 焦虑患者均有 GIS 发生,其中 7~10 个症状的发生率为 42.3%,发生 GIS 重度反应者也为 42.3%。由此可见,焦虑对化疗消化道整体症状的影响非常明显,医护人员应更加关注焦虑患者,进行有效地心理疏导,必要给予药物干预措施,以减轻患者的痛苦和 GIS 的发生。

综上所述,恶性肿瘤患者化疗前焦虑情绪对化疗 GIS 的发生及其严重程度均有影响,保持良好的心理状态能有效减少 GIS 的发生,减轻 GIS 程度,故肿瘤科医护人员应重视患者的心理健康,加强化疗患者的心理评估和心理疏导,以及化疗消化道症状的评估和管理,以提高化疗患者的生存质量。

参考文献:

- [1] Hesketh PJ. Chemotherapy-induced nausea and vomiting [J]. *N Engl J Med*, 2008, 358(23):2482-2494.
- [2] Mitchell EP. Gastrointestinal toxicity of chemotherapeutic agents[J]. *Semin Oncol*, 2006, 33(1):106-120.
- [3] Bloechl-Daum B, Deuson RR, Mavros P, et al. Delayed

nausea and vomiting continue to reduce patients' quality of life after highly and moderately emetogenic chemotherapy despite antiemetic treatment[J]. *J Clin Oncol*, 2006, 24(27):4472-4478.

- [4] 江锦芳,陈丽君,劳永聪,等. 化疗意象放松疗法对减轻化疗恶心呕吐的效果观察[J]. *广西医科大学学报*, 2008, 25(6):981-982.
- [5] 何海燕,朱京慈,彭娜,等. 肿瘤化疗患者消化道症状的调查研究[J]. *护理研究*, 2011, 25(2A):300-302.
- [6] 何海燕,何海燕. 肿瘤化疗消化道症状负荷的评估工具构建和临床研究[D]. 重庆:第三军医大学, 2011.
- [7] 张明圆. 精神科评定量表手册[M]. 长沙:湖南科学技术出版社, 1998:35-42.
- [8] Mitchell EP. Gastrointestinal toxicity of chemotherapeutic agents[J]. *Semin Oncol*, 2006, 33(1):106-119.
- [9] Stewart DJ. Nausea and vomiting in cancer patients, in Kucharczyk J, Stewart DJ, Miller AD (eds): *Nausea and Vomiting: Recent Research and Clinical Advances* [M]. Boca Raton, FL, CRC Press, 1991:177.
- [10] Breen SJ, Baravelli CM, Schofield PE, et al. Is symptom burden a predictor of anxiety and depression in patients with cancer about to commence chemotherapy[J]. *Med J Aust*, 2009, 190(7 Suppl):S99-104.

(收稿日期:2012-05-08 修回日期:2012-08-21)

• 临床护理 •

临床护理人员在配药过程中手受伤的调查分析

冉林晋,董丹丹,徐华华

(解放军总参谋部总院肝胆一科,北京 100091)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.34.051

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)34-3682-02

护理人员在临床工作中面临多种职业危险,配药是护士日常工作最基本、最常规的操作,但在此项操作中护理人员经常会发生手划伤,从而影响正常工作,并增加感染机会,增加护理人员的心理负担,为了解护理人员手受伤的发生情况,对本院 135 名护士 1 年内手受伤的情况进行了问卷调查,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 12 月对本院部分临床科室护理人员 135 名,进行问卷调查,护士 110 名,护师 18 名,主管护师 7 名,工作满 2 年以下的 70 名,2 年以上到 5 年的 37 名,5 年以上的 28 名。

1.2 方法 采用自行设计问卷调查。问卷在阅读文献的基础上设计并由专家审核修订而成。调查内容包括护士个人资料(工龄、学历、科室、职称),主要调查护士在 1 年内配药过程中发生手受伤的情况,包括发生的频率、部位、发生的环节、是否使用防护用具等相关问题。共发出调查问卷 150 份,回收 145 份,回收率 94.6%,有效问卷 135 份,有效率 92.3%。

1.3 统计学处理 采用 SPSS 统计软件进行分析。

2 结果

2.1 手受伤发生率 被调查的 135 名护士中,128 名发生过手受伤,发生率 94.5%。总共发生受伤次数为 294 次,发生 1~2 次的有 68 名占 50.37%;发生 3~5 次的有 49 名占 36.29%;发生次数记不清的有 18 例,占 13.33%。

2.2 手受伤的发生环节 掰安瓿时 225 名(占 76.53%),抽药过程 23 名(占 8.8%),加药 15 名(占 5.7%),处理针头 22 名(占 8.4%),收拾用物 9 名(占 3.0%)。

2.3 发生的部位 左手:拇指 20 名(占 6.8%),食指 26 名(占 8.8%),中指 35 名(占 11.9%),无名指 5 名(占 1.7%),小拇指 3 名(占 1.0%),手掌 4 名(占 1.3%),手背 0 名。右手:拇指 43 名(占 14.62%),食指 68 名(占 23.1%),中指 72 名(占 24.4%),无名指 7 名(占 2.3%),小拇指 9 名(占 3.6%),手掌 2 名(占 0.6%),手背 0 名。

2.4 配药过程中是否戴手套 戴手套 8 例(占 5.9%),垫纱布垫 12 例(占 8.8%),裸手掰安瓿的 115 例(占 85.1%)。

2.5 配药裸手掰安瓿的原因 认为不需要采用保护的有 23 例(占 20%),工作忙没时间戴手套或用纱布的有 50 例(占