

论著·临床研究

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2021.20.004

贝克认知疗法对弥漫大 B 淋巴瘤患者化疗 中期生活质量的影响^{*}

潘杰伟,纪濛濛,薛 恺,汪 靖[△]
(上海交通大学医学院附属瑞金医院血液科 210030)

[摘要] **目的** 探讨贝克认知疗法对弥漫大 B 细胞淋巴瘤(DLBCL)患者化疗中期的负性情绪、生活质量和希望水平的影响。**方法** 采取随机抽样方法,纳入 2018 年 9 月至 2019 年 4 月在该院血液科日间病房住院的 DLBCL 化疗中期患者 120 例,随机分为对照组 60 例,试验组 60 例,对照组患者实施常规照护,试验组患者在常规照护的基础上加施贝克认知疗法。分别使用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)、欧洲癌症研究和治疗组织生命质量核心问卷(EORTC QLQ-C30)中文版、中文版 Herth 希望因子量表(HHI)测量焦虑和抑郁负性情绪、生活质量和希望水平指标,在患者首次化疗和化疗中期 2 个时间点,对两组患者进行评估分析。**结果** 首次化疗时两组患者的 SAS、SSD、EORTC QLQ-C30 和中文版 HHI 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);化疗中期试验组的 SAS、SSD、EORTC QLQ-C30 中文版和中文版 HHI 评分均优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 贝克认知疗法能明显缓解 DLBCL 患者化疗中期的负性情绪,有效改善其生命质量和希望水平。

[关键词] 弥漫大 B 细胞淋巴瘤;负性情绪;生命质量;希望水平;贝克认知疗法
[中图分类号] R473.73 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8348(2021)20-3436-05

Effect of Beck's cognitive therapy on quality of life of patients with diffuse large B-cell lymphoma on the middle stage of chemotherapy^{*}

PAN Jiewei, JI Mengmeng, XUE Kai, WANG Jing[△]
(Department of Hematology, Ruijin Hospital, School of Medicine of Shanghai
Jiaotong University, Shanghai 210030, China)

[Abstract] **Objective** To explore the effect of Baker's cognitive therapy on negative emotion, quality of life and hope level in patients with diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) during the middle stage of chemotherapy. **Methods** Random sampling method was adopted. A total of 120 DLBCL chemotherapy mid-stage patients who were hospitalized in the day ward of the Department of Hematology of the hospital from September 2018 to April 2019 were enrolled. They were randomly divided into the control group and the test group, with 60 patients for each group. The control group received routine care, on the basis of routine care, Schbacher's cognitive therapy was added in the test group. The self-rating anxiety scale (SAS), self-rating depression scale (SDS), Chinese version of European Cancer Research and Treatment Core quality of life questionnaire (EORTC QLQ-C30), and Chinese version of Herth hope factor scale (HHI) were used to measure anxiety and depression negative emotions, quality of life and level of hope. The two groups of patients were evaluated and analyzed at two time points which were at the first time of chemotherapy and claring the middle stage of chemotherapy. **Results** There were no significant differences in scores of SAS, SDS, Chinese version of EORTC QLQ-C30, and Chinese version of HHI between the two groups at the first time of chemotherapy ($P>0.05$). The scores of SAS, SDS, Chinese version of EORTC QLQ-C30, and Chinese version of HHI in the test group on the middle stage of chemotherapy were better than those in the control group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Baker's cognitive therapy can significantly alleviate the negative emotions of DLBCL patients in the middle stage of chemotherapy, and effectively improve their quality of life and level of hope.

[Key words] diffuse large B-cell lymphoma; negative emotion; quality of life; level of hope; Beck's cognitive therapy

^{*} 基金项目:国家自然科学基金青年科学基金项目(81700191)。 作者简介:潘杰伟(1991—),护师,本科,主要从事血液科护理研究。
[△] 通信作者, E-mail: wj20964@rjh.com.cn。

弥漫大 B 细胞淋巴瘤(diffuse large B-cell lymphoma,DLBCL)是一种血液系统恶性肿瘤,发病率占非霍奇金淋巴瘤(non-Hodgkin's lymphoma,NHL)的 45.8%^[1],中国人每年罹患 DLBCL 约 8.4 万人,死亡人数约 4.7 万人^[2],是最常见的非霍奇金淋巴瘤,也是目前发病率增长速度最快的恶性肿瘤之一^[3]。患者如果能接受适当的临床治疗,多数可以获得治愈^[4]。目前,DLBCL 的常规治疗多为 6~8 个疗程的 R-CHOP 标准方案(即利妥昔单抗联合环磷酰胺、长春新碱、阿霉素、泼尼松),其有效率可达 80%以上^[5]。相比较单纯接受化疗的患者而言,接受利妥昔单抗联合化疗的 DLBCL 患者长期生存率有明显提高^[6-9]。但因 R-CHOP 标准方案治疗周期较长,费用较高,以及化疗后出现的各种躯体不良症状等,可能引起患者焦虑、恐惧等负性情绪,而这些负性情绪很大程度上会影响治疗效果及生活质量^[10],不利于患者的治疗及预后,甚至有患者在化疗期间自行中断疗程。贝克认知疗法是一种采取主动和指导式的治疗方法,以问题为导向、以现在为中心,试图改变患者错误的认知观念和不合理的认知过程,从而改善患者的不良行为和负性情绪^[11]。目前国内外研究多数集中于对淋巴瘤患者化疗结束后的生活质量,很少有疗程中期淋巴瘤患者的负性情绪、生存质量及希望水平的研究。因此,本研究探索采用贝克认知疗法降低化疗中期患者的负性情绪,提高患者的生命质量及希望水平的有效性。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究采取便利抽样方法,纳入 2018 年 8 月至 2019 年 7 月到上海瑞金医院血液日间病房住院的 DLBCL 患者 120 例。采用随机信封法,将患者分为对照组(常规照护)与试验组(实施心理干预)各 60 例。对照组男 34 例、女 26 例,年龄 25~72 岁,平均 46 岁;试验组男 31 例、女 29 例,年龄 28~71 岁,平均年龄 44 岁。纳入标准:(1)根据 2013 年修订的《中国弥漫大 B 细胞淋巴瘤诊断与治疗指南》确诊为 DLBCL 的患者;(2)首次接受化疗患者;(3)年龄大于或等于 18 岁;(4)有自主行为能力,自愿参加本研究。排除标准:(1)合并其他恶性肿瘤。所有患者知情同意并签署知情同意书,本研究通过本院伦理委员会批准。两组患者的一般情况比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

1.2 方法

在患者住院行首次化疗前和化疗中期(3~4 个疗程)时,指导患者填写焦虑自评量表(self-rating anxiety scale,SAS)、抑郁自评量表(self-rating depression scale,SDS)、Herth 希望因子量表(Herth hope index,HHI)和欧洲癌症研究和治疗组织生命质量核心问卷(European organization for research and treatment of

cancer quality of life questionnaire-core 30,EORTC QLQ-C30)中文版,共发放问卷 240 份,回收率 100%。所有研究者均进行培训,包括问卷评估和贝克认知疗法干预,保证问卷填写指导和心理干预的一致性。

表 1 两组患者一般人口学特征比较				
项目	试验组 (n=60)	对照组 (n=60)	χ^2	P
中位年龄(岁)	44	46	0.29	0.48
性别[n(%)]			0.30	0.58
男	31(51.7)	34(56.7)		
女	29(48.3)	26(43.3)		
文化水平[n(%)]			1.30	0.73
小学及以下	15(25.0)	10(16.7)		
初中	11(18.3)	13(21.7)		
高中	15(25.0)	16(26.6)		
大专及以上	19(31.7)	21(35.0)		
工作状态[n(%)]			1.44	0.49
在职	21(35.0)	23(38.3)		
离/退休	16(26.7)	20(33.3)		
无业	23(38.3)	17(28.4)		
婚姻状态[n(%)]			1.44	0.44
未婚	3(5.0)	4(6.7)		
已婚	45(75.0)	49(81.7)		
离异/丧偶	12(20.0)	7(11.6)		
付费状态[n(%)]			0.16	0.69
医保	42(70.0)	44(73.3)		
自费	18(30.0)	16(26.7)		
家庭月收入[n(%)]			2.39	0.50
<2 000 元	6(10.0)	7(11.7)		
2 000~<5 000 元	10(16.7)	10(16.7)		
5 000~<10 000 元	26(43.3)	32(53.3)		
≥10 000 元	18(30.0)	11(18.3)		

1.2.1 SAS

该量表共有 20 项,采用 4 级评分法,其总分为 20~80 分,评分越高则说明研究对象的焦虑程度越高,其中 40~50 分为轻度,51~65 分为中度,66~80 分为严重。

1.2.2 SDS

该量表共有 20 个条目,采用 4 级评分法,标准分=总分×1.25,取整数,得分小于 53 分为无抑郁,53~62 分为轻度抑郁,63~72 分为中度抑郁,>72 分为重度抑郁。

1.2.3 EORTC QLQ-C30 中文版

EORTC QLQ-C30 中文版在癌症患者中应用已经得到良好的验证^[12]。该量表具有良好的临床实用性及信效度,能确切地评价癌症患者生活质量。共有

30 个条目,包含 5 个功能领域:躯体、角色、情绪、认知、社会功能量表;9 个症状领域:疲劳、恶心呕吐、呼吸困难、疼痛、失眠、食欲减退、便秘、腹泻及经济困难量表;以及一个总体生存质量领域。其中,总体生存质量和功能领域的得分越高则说明生活质量越高;症状领域得分越高则说明生活质量越低,该量表能有效反映被调查者的生命质量,具有较高的信效度。

1.2.4 中文版 HHI

本研究采用赵海平等^[12]翻译的中文版,量表包含对现实和未来的积极态度(temporality and future, T)、采取积极的行动(positive readiness and expectancy, P)、与他人保持亲密的关系(interconnectedness, I)3 个维度,共 12 个条目,采用 Likert 4 级评分法,各条目得分相加为总分,总分为 12~48 分,得分越高,表明希望水平越高^[13]。

1.2.5 贝克认知疗法

在患者入院之后对其心理进行分析,掌握患者的心理状态,按患者因化疗引起的不良症状及所产生的各类心理特点为重点进行贝克认知疗法干预,具体干预方法如下。(1)成立贝克认知疗法小组。小组由 1 名持国家二级心理咨询证书的组长及 4 名组员组成,均为本科学历及以上,从事血液科护理工作 5 年以上。组长负责本研究的管理,并对其他组员进行心理护理相关知识和贝克认知疗法的培训指导。组员对患者的干预从入院持续至出院,期间不更换组员,避免患者对陌生人的抵触影响研究结果。(2)识别负性自动想法。鼓励患者主动表达治疗前后的心理感受、生理症状及需求,不轻易打断患者叙述;在认同患者感受的同时向患者说明目前的病情和治疗,鼓励患者提出疑问,诱导其抒发负性情绪和释放心理压力,向患者强调负性情绪会造成恶性循环,不利于疾病的治疗和康复。(3)识别认知性错误。通过专业的药理知识向患者解释化疗后可能出现的不良反应为药物引起,并非是治疗结果不佳的表现;也可通过一些成功治疗案例向患者解释治疗后的不良症状是暂时性,减少患者对治疗不良反应的随意遐想和夸大。(4)真实性检验。将患者的负性自动想法和认知性错误进行真实性检验。例如询问患者“你认为能顺利完成此次治疗吗?”“如果出现不良反应,你觉得自己可以克服吗?”等相关问题引导患者做好接受治疗的充分准备,并使患者掌握对治疗及不良反应的正确认知。(5)去中心化。很多患者会认为自己的病情和不良反应比其他患者要更严重、治疗效果也不佳,对此护理人员可以将多名病情相似的患者成立为一组,既能共同实施干预,又能促进患者之间的交流、相互了解病情,改善患者的心理负担。(6)监控焦虑、抑郁水平。增进与患者间的交流,及时捕捉患者疾病治疗有效的信息,如血象指标、躯体症状的缓解等,对每一个进步给予肯定和鼓励。干预期间如发现患者心理出现偏差,

应及时由组长(心理咨询师)着重一对一进行咨询和辅导。

1.3 统计学处理

研究数据由专人录入 Excel 软件中,并双人进行数据准确性核对。采用 SPSS22.0 软件进行数据分析,正态分布且方差齐性的计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较应用独立样本 t 检验,组内干预前后数据对比采用配对 t 检验,计数资料采用百分率(%)表示,比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 焦虑、抑郁比较

两组干预前的负性情绪得分差异无统计学意义($P > 0.05$),患者均处于焦虑和抑郁状态。而干预后,试验组患者负性情绪有明显改善,与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2、3。

表 2 两组患者干预前、后 SAS 得分比较($\bar{x} \pm s$, 分, $n = 60$)

组别	干预前	干预后	t	P
对照组	47.13 ± 1.30	47.12 ± 1.11	0.01	0.99
试验组	47.47 ± 1.46	42.33 ± 0.83	6.05	<0.01
t	0.25	3.46		
P	0.43	<0.01		

表 3 两组患者干预前、后 SDS 得分比较($\bar{x} \pm s$, 分, $n = 60$)

组别	干预前	干预后	t	P
对照组	54.23 ± 1.60	55.65 ± 1.75	0.59	0.55
试验组	54.32 ± 1.44	46.67 ± 1.28	6.93	<0.01
t	0.26	4.15		
P	0.44	<0.01		

2.2 生活质量比较

首次化疗时,对照组与试验组 EORTC QLQ-C30 中文版各维度比较差异无统计学意义($P > 0.05$);化疗中期试验组各功能领域、疲劳、疼痛、失眠、食欲减退、EORTC QLQ-C30 中文版总分等方面均有所提高或改善,均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者干预前、后 EORTC QLQ-C30 中文版总分及各维度得分比较($\bar{x} \pm s$, 分, $n = 60$)

项目	干预前	干预后	t	P
躯体功能				
对照组	74.56 ± 2.48	69.67 ± 3.06	1.24	0.22
试验组	72.33 ± 2.08	85.67 ± 2.85	3.78	<0.01
t	0.68	3.83		
P	0.49	<0.01		
角色功能				
对照组	60.00 ± 2.92	65.83 ± 3.42	1.30	0.20

续表 4 两组患者干预前、后 EORTC QLQ-C30 中文版总分及各维度得分比较($\bar{x}\pm s$,分, $n=60$)				
项目	干预前	干预后	t	P
试验组	57.50±3.49	80.06±3.14	4.8	<0.01
t	0.55	3.06		
P	0.58	<0.01		
认知功能				
对照组	77.50±2.34	73.06±3.12	1.14	0.26
试验组	74.44±2.49	83.89±3.41	2.23	0.03
t	0.89	2.34		
P	0.37	0.02		
情绪功能				
对照组	66.14±2.63	59.17±4.23	1.40	0.16
试验组	65.83±2.04	83.06±3.41	4.34	<0.01
t	0.09	4.40		
P	0.93	<0.01		
社会功能				
对照组	68.61±2.57	69.17±2.80	0.15	0.88
试验组	63.33±3.11	83.33±3.34	4.38	<0.01
t	1.31	3.25		
P	0.19	<0.01		
疲劳				
对照组	38.15±2.46	21.48±2.83	4.45	<0.01
试验组	39.63±2.83	9.44±1.69	9.17	<0.01
t	0.4	3.65		
P	0.69	<0.01		
恶心/呕吐				
对照组	18.61±3.72	16.67±3.07	0.40	0.69
试验组	20.56±3.64	11.85±3.10	1.82	0.07
t	0.37	1.10		
P	0.71	0.27		
疼痛				
对照组	20.28±2.35	6.94±2.25	0.16	0.87
试验组	18.06±2.25	17.50±2.52	4.10	<0.01
t	0.68	3.13		
P	0.50	<0.01		
呼吸困难				
对照组	15.55±2.31	16.2±3.88	0.15	0.88
试验组	14.44±2.55	13.89±2.54	0.14	0.89
t	0.32	0.50		
P	0.75	0.62		
失眠				
对照组	31.11±3.16	25.00±2.33	1.56	0.12
试验组	31.67±3.58	8.61±2.39	5.35	<0.01
t	0.12	4.91		
P	0.91	<0.01		
食欲减退				
对照组	26.11±3.72	23.33±3.39	0.55	0.58

续表 4 两组患者干预前、后 EORTC QLQ-C30 中文版总分及各维度得分比较($\bar{x}\pm s$,分, $n=60$)				
项目	干预前	干预后	t	P
试验组	25.56±3.66	13.61±3.33	2.41	0.02
t	0.11	2.05		
P	0.92	0.04		
便秘				
对照组	29.44±3.64	20.55±3.46	1.77	0.08
试验组	20.00±3.65	18.70±4.29	0.23	0.82
t	1.83	0.34		
P	0.07	0.74		
腹泻				
对照组	16.67±3.31	18.89±3.91	0.43	0.67
试验组	23.33±3.39	13.06±3.84	2.01	0.05
t	1.41	1.06		
P	0.16	0.29		
经济困难				
对照组	35.55±3.06	41.67±3.69	1.28	0.20
试验组	35.55±4.11	31.11±4.33	0.74	0.46
t	0.00	1.09		
P	0.99	0.28		
总分				
对照组	47.64±1.30	63.47±2.55	5.54	<0.01
试验组	48.75±1.80	76.53±3.03	7.87	<0.01
t	0.50	3.30		
DW ^① P	0.62	<0.01		

2.3 希望水平比较

干预前试验组和对照组中文版 HHI 总分及各希望因子得分差异无统计学意义($P>0.05$),试验组干预后较干预前的中文版 HHI 总分及各希望因子得分有明显提高,且高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 5。

表 5 两组患者干预前、后中文版 HHI 的比较($\bar{x}\pm s$,分, $n=60$)				
项目	干预前	干预后	t	P
HHI 总分				
对照组	31.93±0.48	33.92±0.47	2.96	<0.01
试验组	31.80±3.71	39.27±0.43	11.72	<0.01
t	0.20	8.40		
P	0.84	<0.0001		
T				
对照组	11.08±0.15	11.23±0.15	0.70	0.48
试验组	11.00±0.20	12.53±0.19	5.65	<0.01
t	0.33	5.45		
P	0.74	<0.01		
P				
对照组	9.93±0.24	11.00±0.15	3.80	<0.01

续表 5 两组患者干预前、后中文版 HHI 的比较
($\bar{x} \pm s$, 分, $n=60$)

项目	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>
试验组	10.30±0.26	12.47±0.15	7.28	<0.01
<i>t</i>	1.05	6.88		
<i>P</i>	0.30	<0.01		
1				
对照组	10.92±0.22	11.68±0.27	2.22	<0.05
试验组	10.50±0.16	14.27±0.24	12.92	<0.01
<i>t</i>	1.53	7.15		
<i>P</i>	0.13	<0.01		

3 讨 论

R-CHOP 方案是目前 DLBCL 患者的主要一线治疗方案,但存在治疗周期长,患者经济负担较重等实际问题;此外,化疗药物的毒副作用也会导致患者出现一系列的生理反应,如恶心呕吐、发热、感染、脱发等不良反应^[1],增加了患者的痛苦。在临床实践中,部分患者因首次治疗出现的不良反应对后续治疗出现了恐慌、焦虑等负性情绪,负性情绪的积累可能导致患者夸大自身疾病的严重程度、且对治疗和预后出现消极态度,对医务人员产生抵触心理,降低依从性,甚至可能会放弃或终止治疗,影响这种具有较大机会治愈的淋巴瘤亚型患者的最终疗效。

通过心理干预缓解患者的负性情绪对患者在长期治疗中具有重要作用^[11]。而目前临床工作中,虽已对患者心理有了一定的重视,但因临床医护人力不足、工作繁重,往往还是会忽略对患者的心理疏导。因此形成具体的心理干预内容和形式,既能有的放矢地对每位患者进行干预,又能不增加临床医护人员的工作负担。

贝克认知疗法是在 20 世纪 70 年代发展起来的一种心理治疗技术,其理论依据是由 Beck 所提出的情绪障碍认知理论^[14]。他认为情绪及行为由认知产生,情绪及行为的异常源于错误认知。人们由早期经验形成的“功能失调性假设”,决定着人们对事物的评价,也成为之后支配人们行为的准则,且存在于潜意识中,并不为人们所察觉。而想要改变不良情绪和行为就必须改变原来不合理的认知过程和错误的认知观念,这是贝克认知疗法的关键和核心^[11]。

本研究结果显示,通过干预后,相较于以常规护理的对照组,予以贝克认知疗法干预的试验组患者的 SAS、SDS 评分明显更低,而中文版 HHI 和 EORTC QLQ-C30 中文版的分值则明显更高。其原因在于基于贝克认知疗法为理论的护理干预通过加强患者之间、护患之间、医患之间的沟通交流,增加了患者的自信心和沟通表达的能力,使患者从被动接受到主动参与的正向转变,患者能够主动分享心理感受和表达内

在需求,能使护理人员及时掌握患者的心理动态和躯体症状,了解患者对疾病相关的认知误区和对可能发生的不良反应的过度臆想而产生的恐惧和焦虑。针对这些认知误区和不良情绪,护理人员可以予以针对性的心理疏导和健康宣教,包括指导患者正确应对化疗后的不良反应、健康的饮食、适量的活动,使患者掌握正确的疾病知识和自我心理调节的方法,以积极的心态接受并参与治疗,从而通过干预使患者建立正确的认知和新的人生信念,对生活树立健康的观念,使患者纠正不合理认知、缓解心理不良情绪和提高依从性,达到改善患者生命质量和提高希望水平的目的。

综上所述,给予 DLBCL 患者具有针对性、有效的贝克认知心理疗法,可缓解患者化疗过程中的负性情绪,提高患者的希望水平和生活质量,值得临床推广。

参考文献

[1] INTRAGUMTORNCHAI T,BUNWORASATE U,WUDHIKARN K,et al. Non-Hodgkin lymphoma in South East Asia:An analysis of the histopathology, clinical features, and survival from Thailand [J]. Hematol Oncol,2018,36(1):28-36.

[2] SIEGEL R L,MILLER K D,JEMAL A. Cancer statistics,2020[J]. CA Cancer J Clin,2020,70(1):7-30.

[3] BRAY F,FERLAY J,SOERJOMATARAM I,et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin,2018,68(6):394-424.

[4] LI X,LIU Z,CAO J,et al. Rituximab in combination with CHOP chemotherapy for the treatment of diffuse large B cell lymphoma in China:a 10-year retrospective follow-up analysis of 437 cases from Shanghai Lymphoma Research Group[J]. Ann Hematol,2012,91(6):837-845.

[5] 刘飞飞,刘阳,王彦,等. 中国弥漫性大 B 细胞淋巴瘤患者行 R-CHOP 化疗方案和 CHOP 化疗疗效和安全性比较的 meta 分析[J]. 海峡药学,2018,30(4):90-93..

[6] LIU Y,BARTA S K. Diffuse large B-cell lymphoma:2019 update on diagnosis,risk stratification,and treatment[J]. Am J Hematol,2019,94(5):604-616.

[7] OLLILA T A,OLSZEWSKI A J. Extranodal diffuse large B cell lymphoma:molecular features, prognosis, and risk of central nervous system recurrence[J]. Curr Treat Options Oncol,2018,19(8):38.

（下转第 3445 页）

- ma on varicocele and idiopathic infertility in male humans[J]. *Clin Lab*, 2017, 63(5): 935-940.
- [9] SHAMSA A, NADEMI M, AQAEE M, et al. Complications and the effect of varicocelectomy on semen analysis, fertility, early ejaculation and spontaneous abortion[J]. *Saudi J Kidney Dis Transpl*, 2010, 21(6): 1100-1105.
- [10] CHIBA K, FUJISAWA M. Clinical outcomes of varicocele repair in infertile men: A review[J]. *World J Mens Health*, 2016, 34(2): 101-109.
- [11] KURTZM P, ZURAKOWSKI D, ROSOKLIJA I, et al. Semen parameters in adolescents with varicocele: association with testis volume differential and total testis volume[J]. *J Urol*, 2015, 193(5 Suppl): 1843-1847.
- [12] WANG H, WANG X, FU D, et al. Does varicocele grade predict the postoperative changes of semen parameters following left inguinal micro-varicocelectomy? [J]. *Asian J Urol*, 2015, 2(3): 163-166.
- [13] MAHDAVI A, HEIDARI R, KHEZRI M, et al. Can ultrasound findings be a good predictor of sperm parameters in patients with varicocele? A cross-sectional study[J]. *Nephrourol Mon*, 2016, 8(5): e37103.
- [14] KIMURA M, NAGAO K, TAI T, et al. Age is a significant predictor of early and late improvement in semen parameters after microsurgical varicocele repair[J]. *Andrologia*, 2017, 49(3): e12620.
- [15] YÜCEL C, BUDAK S, KESKIN M Z, et al. Predictive factors of successful salvage microdissection testicular sperm extraction (mTESE) after failed mTESE in patients with non-obstructive azoospermia: Long-term experience at a single institute[J]. *Arch Ital Urol Androl*, 2018, 90(2): 136-140.
- [16] TIRABASSI G, CUTINI M, MUSCOGIURI G, et al. Association between vitamin D and sperm parameters: Clinical evidence[J]. *Endocrine*, 2017, 58(1): 194-198.
- [17] SHABANA W, TELEB M, DAWOD T, et al. Predictors of improvement in semen parameters after varicocelectomy for male subfertility: A prospective study [J]. *Can Urol Assoc J*, 2015, 9(9/10): E579-582.
- [18] ATES E, UCAR M, KESKIN M Z, et al. Preoperative neutrophil-to-lymphocyte ratio as a new prognostic predictor after microsurgical subinguinal varicocelectomy[J]. *Andrologia*, 2019, 51(2): e13188.
- (收稿日期: 2021-02-25 修回日期: 2021-06-22)
- (上接第 3440 页)
- [8] JAMIL M O, MEHTA A. Diffuse Large B-cell lymphoma: Prognostic markers and their impact on therapy[J]. *Expert Rev Hematol*, 2016, 9(5): 471-477.
- [9] CHICHE J, REVERSO-MEINIETTI J, MOUCHOTTE A, et al. GAPDH expression predicts the response to R-CHOP, the tumor metabolic status, and the response of DLBCL patients to metabolic inhibitors[J]. *Cell Metab*, 2019, 29(6): 1243-1257.
- [10] MOUNIER N, HEUTTE N, THIEBLEMONT C, et al. Ten-year relative survival and causes of death in elderly patients treated with R-CHOP or CHOP in the GELA LNH-985 trial [J]. *Cline Lymphoma Myeloma Leuk*, 2012, 12(3): 151-154.
- [11] 李志玲. 贝克认知疗法对 ICU 清醒患者心理状态的印象[J]. *中华现代护理杂志*, 2015, 21(3): 303.
- [12] HUANG C C, LIEN H H, TU S H, et al. Quality of life in Taiwanese breast cancer survivors with breast-conserving therapy [J]. *J Formos Med Assoc*, 2010, 109(7): 493-502.
- [13] 晁利伟, 刘敏洁, 薛现军, 等. 维持性血液透析患者社会支持, 心理健康和医学应对方式的关系 [J]. *国际护理学杂志*, 2020, 39(20): 3688-3691.
- [14] 杨鹏, 周阳, 余灿灿. 基于贝克认知疗法的心理干预对急性冠状动脉综合征患者情绪及生活质量的影响 [J]. *全科护理*, 2019, 17(23): 2891-2893.
- (收稿日期: 2021-03-25 修回日期: 2021-06-28)