

综合性康复治疗对头颈部肿瘤放疗患者及家属情绪及生活质量的影响

王剑锋^a, 石洪峰^b, 宗敏茹^b

【摘要】 目的:探讨综合性康复治疗对头颈部肿瘤放疗患者及家属的情绪和生活质量的影响。方法:75例接受放疗的头颈部恶性肿瘤患者随机分为2组:康复组38例和对照组37例。对照组定期给予常规的咨询及建议;康复组在此基础上给予以吞咽功能训练及心理、运动、饮食的综合性康复治疗。在治疗前、治疗结束时、治疗后3个月,采用综合医院焦虑/抑郁情绪测定表(HADS)评价患者与家属的情绪状态;采用生活质量调查表(QLQ-c30)评价患者与家属的生活质量。结果:放疗结束时和治疗后3个月,康复组患者及家属的焦虑指数和抑郁指数均明显低于对照组(均 $P<0.05$);放疗结束时、放疗后3个月,康复组患者的生活质量指数明显高于对照组(均 $P<0.05$);放疗后3个月,康复组家属的生活质量指数明显高于对照组($P<0.05$)。结论:综合性康复治疗可以缓解头颈部肿瘤放疗患者和家属的焦虑和抑郁情绪,提高生活质量。

【关键词】 头颈部肿瘤;情绪;康复治疗;生活质量

【中图分类号】 R49;R739.91 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2018.04.012

头颈部肿瘤因素和治疗手段可导致头颈部恶性肿瘤患者咀嚼、吞咽和发声等生理功能的障碍,减少了患者和家属的社会活动,严重影响患者及家属的心理状态和生活质量^[1]。关注肿瘤患者及家属的生理障碍和心理问题,帮助他们提高生活质量显得尤为重要。综合性康复治疗在躯体、精神等多方面满足患者和家属的复杂需要,其对头颈部肿瘤放疗患者和家庭的重要作用正在为越来越多的人所接受^[2-3]。本研究旨在探讨综合性康复治疗对患者和家属心理状态和生活质量的影响,以期为临床工作提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2016年6月~2017年4月在吉林大学中日联谊医院放疗科就诊的头颈部恶性肿瘤患者75例,纳入标准:病理为鳞癌;卡氏评分 ≥ 70 分;无精神疾病及严重并发症;与一名以上直系亲属共同生活;患者及家属均同意进入本项研究。按照随机数字表法将患者分为2组,①康复组38例:男26例,女12例;平均年龄(52.3 ± 16.6)岁;高中及以下26例,大学及以上12例;家属男8例,女30例;家属平均年龄(50.1 ± 15.9)岁;家属高中及以下28例,家属大学及以上10例;家庭年收入 ≤ 5 万元14例,5~20万元18例, ≥ 20 万元6例。②对照组37例:男26例,女11

例;平均年龄(53.1 ± 16.3)岁;高中及以下23例,大学及以上14例;家属男10例,女27例;家属平均年龄(51.0 ± 16.1)岁;家属高中及以下24例,家属大学及以上13例;家庭年收入 ≤ 5 万元11例,5~20万元21例, ≥ 20 万元5例。2组一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 康复组由医生对患者进行针对性的吞咽功能训练,30min/次,3次/周,内容包括吞咽肌肉训练、舌部运动训练、空吞咽动作训练、喉上抬训练等;由经过心理治疗训练的护士对患者和家属进行心理疏导,60min/次,1次/周,倾听患者和家属的诉求,解释治疗副反应等相关知识,采用移情、共情、暗示等技巧给予情感支持,鼓励家属与患者多交流,帮助患者和家属舒缓心理应激状态;由营养师进行营养教育,30min/次,1次/周,分析家庭的饮食结构,计算每天摄入的营养成分,对进食环境、体位和餐具,食物的温度、性状给予建议,帮助建立适合患者的个体化饮食方案;由康复治疗师帮助患者进行体能训练,60min/次,1次/周,内容包括使用划船器、跑步机和动感单车等,并鼓励患者根据自身的身体情况在家属的陪伴下每天从事30min中等强度(如快走等)的户外运动。对照组仅定期给予咨询及建议。

1.3 评定标准 在放疗前、放疗结束时、放疗后3个月,采用问卷调查的方式记录2组患者和一名共同生活的直系家属的焦虑/抑郁情绪指数及生活质量指数。情绪指数使用综合医院焦虑/抑郁情绪测定表(hospital anxiety depression scale, HADS),量表包含两个独立的分量表评估焦虑和抑郁,各7个条目,每个条目包含0~3分4个分值,分值越高表明焦虑与抑郁程度

基金项目:吉林省自然科学基金(20160101344JC)

收稿日期:2017-08-19

作者单位:吉林大学中日联谊医院 a.放疗科, b.康复科, 长春 130033

作者简介:王剑锋(1978-),男,医学博士,主要从事肿瘤治疗与康复方面的研究。

通讯作者:宗敏茹, zongminru@sina.com

越高^[4];生活质量指数使用生活质量调查表(Quality of Life Questionnaire-Core 30, QLQ-c30),量表包含共30个条目,条目29、30分为7个等级,评1~7分,其它条目分为4个等级,评1~4分,30个条目分为15个领域,各个领域所包括的条目得分相加并除以所包括的条目数即可得到该领域的粗分,再经极差化方法转化为0~100的标准化总分,总分值越高表明身体功能和生活质量更好^[5]。

1.4 统计学方法 采用SPSS 18.0软件进行统计处理,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间均数比较采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 焦虑指数 放疗结束时,2组患者和对照组家属的焦虑指数均高于放疗前(均 $P < 0.05$);放疗后3个月,康复组家属的焦虑指数低于放疗前($P < 0.05$),而对照组患者的焦虑指数仍高于放疗前($P < 0.05$)。放疗结束时、放疗后3个月,康复组患者与家属的焦虑指数明显低于对照组(均 $P < 0.05$)。见表1。

表1 2组患者和家属放疗前后各时间点焦虑指数比较

分, $\bar{x} \pm s$					
组别	<i>n</i>	对象	放疗前	放疗结束时	放疗后3个月
康复组	38	患者	5.35±1.87	7.06±3.04 ^{ab}	6.08±3.15 ^b
		家属	5.51±2.42	5.87±2.97 ^b	4.47±3.04 ^{ab}
对照组	37	患者	5.41±1.69	8.29±3.17 ^a	7.58±3.96 ^a
		家属	5.59±2.35	7.63±3.17 ^a	6.31±3.28

与放疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$

2.2 抑郁指数 放疗结束时,对照组患者的抑郁指数明显高于放疗前($P < 0.05$),对照组家属及康复组患者和家属抑郁指数与放疗前比较差异均无统计学意义;放疗后3个月,康复组患者和家属的抑郁指数均明显低于放疗前(均 $P < 0.05$);放疗结束时、放疗后3个月,康复组患者与家属的抑郁指数均明显低于对照组(均 $P < 0.05$)。见表2。

表2 2组患者和家属放疗前后各时间点抑郁指数比较

分, $\bar{x} \pm s$					
组别	<i>n</i>	对象	放疗前	放疗结束时	放疗后3个月
康复组	38	患者	7.21±2.83	7.43±3.97 ^b	5.86±2.36 ^{ab}
		家属	5.64±2.24	4.71±2.98 ^b	3.21±3.13 ^{ab}
对照组	37	患者	6.87±2.47	8.56±3.25 ^a	7.23±2.67
		家属	5.71±2.49	6.34±3.34	5.34±4.15

与放疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$

2.3 生活质量指数 放疗结束时,对照组患者与家属的生活质量指数均明显低于放疗前(均 $P < 0.05$),康复组患者和家属生活质量指数与放疗前比较差异均无统计学意义;放疗后3个月,康复组家属的生活质量指数高于放疗前($P < 0.05$);放疗后3个月,对照组患者

的生活质量指数仍低于放疗前($P < 0.05$)。放疗结束时、放疗后3个月,康复组患者的生活质量指数均明显高于对照组(均 $P < 0.05$);放疗后3个月,康复组家属的生活质量指数明显高于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表3 2组患者和家属放疗前后各时间点生活质量指数比较

分, $\bar{x} \pm s$					
组别	<i>n</i>	对象	放疗前	放疗结束时	放疗后3个月
康复组	38	患者	50.11±5.15	49.63±6.85 ^b	52.14±8.32 ^b
		家属	57.89±6.32	56.37±7.39	64.13±8.45 ^{ab}
对照组	37	患者	49.97±5.23	41.99±7.17 ^a	45.23±8.38 ^a
		家属	58.32±6.48	54.18±7.92 ^a	59.24±8.83

与放疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$

3 讨论

头颈部肿瘤患者常需要手术、放疗和化疗等多种治疗手段^[6]。疾病因素和治疗副反应会导致如乏力、吞咽困难、味觉丧失、焦虑和抑郁等生理和心理问题,影响患者和家属的日常活动,降低患者和家属的生活质量。肿瘤的综合康复治疗是一个重要的、长期的过程,对患者和家庭都有重大的意义^[7-8]。

综合治疗使越来越多的头颈部肿瘤患者长期生存,但面貌的改变、社会交流的减少、器官功能的缺陷影响患者的自我定位,对治疗后肿瘤复发的忧虑持续影响患者的心理状态,导致患者产生悲观失望、情绪低落等负性情绪,产生焦虑和抑郁等心理问题^[9]。Krebber等^[10]发现相对于其他肿瘤,头颈部肿瘤患者焦虑和抑郁的发生率更高,比例达20%~30%,而且焦虑与抑郁患者的预后更差。多种因素如年龄、性别、病期、经济条件、教育水平等都会影响患者的心理状态,心理疏导有助于消除其情绪障碍,改善患者的生活质量^[11-12]。本研究发现对治疗效果的担心,在放疗结束时患者较治疗开始前更加焦虑,随着慢慢回归社会生活患者的抑郁明显改善,而心理疏导的综合性康复治疗可以缓解头颈部肿瘤放疗患者焦虑、抑郁等负性情绪,促进社会活动的恢复,提高心理健康水平。放疗是头颈部肿瘤患者的主要治疗方式,无论是根治性放疗还是预防性放疗,治疗靶区都会包括包括咽喉、发声的面颈部区域。放疗所引起的口腔炎、口干等副反应会影响咀嚼、吞咽等进食过程^[13]。Sandmael等^[14]研究表明进食困难对患者影响是深刻的和多方面的,患者需要更长的进食时间,味觉的改变导致进食的愉悦感觉的丧失,能量和营养摄入不足影响患者生存质量和预后。Heidi等^[15]发现吞咽训练可以帮助患者应对吞咽困难和适应患者吞咽功能的改变,改善患者的营养状态,提高生活质量。体力恢复有利于改善肿瘤患者心血管状况,减少疲劳和倦怠,改善调整情绪和睡

眠,恢复社会活动^[16]。在本研究中,我们发现对照组的患者和家属在放疗结束时生活质量都处于最低状态,考虑治疗相关副作用的巨大影响,而接受了综合性康复治疗使生活质量得到维持,相比提高了患者的生活质量。

肿瘤的诊断和治疗、家庭的文化背景、经济能力都会对患者及家属的生理、心理和经济等方面造成深刻的影响,导致家庭日常生活混乱,社会活动受限^[17]。共同生活在一起的家属既要承担看护者的责任,又要处理自己的情绪反应。特别是照顾一个饮食困难的患者,家属不得不改变花费更多的时间准备饮食、陪伴进餐,放弃日常的社会活动,导致日益增长的情绪压抑和更大的悲伤情绪^[18]。Maguire 等^[19]发现头颈部肿瘤患者的家属焦虑水平明显高于普通人群,甚至高于患者。本研究发现,综合性康复治疗可以有效调节家属的情绪状态,减少焦虑和抑郁,恢复正常生活,可以提高家属的生活质量。在放疗结束时,家属的情绪和生活质量没有差别,考虑治疗中家属照看患者需要花费更多的时间和精力,面对更大的压力,治疗结束后家属的负性情绪明显改善。

对于头颈部肿瘤放疗患者,结合了吞咽训练、心理疏导、营养支持、运动辅助的综合康复治疗模式,可以缓解患者和家属的负性情绪,提高患者和家属的生活质量,值得在临床进一步推广应用。

【参考文献】

- [1] Hamilton DW, Bins JE, McMeekin P, et al. Quality compared to quantity of life in laryngeal cancer: a time trade-off study [J]. *Head Neck*, 2016, 38 (4): 631-637.
- [2] Jamal N, Ebersole B, Erman A, et al. Maximizing functional outcomes in head and neck cancer survivors: assessment and rehabilitation [J]. *Otolaryngol Clin North Am*, 2017, 50(4): 837-852.
- [3] 冯焕敏, 刘波, 曹林红, 等. 心理干预对喉全切术患者生活质量的影响[J]. *中国康复*, 2012, 27(3): 221-222.
- [4] Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale [J]. *Acta Psych Scand*, 1983, 67(6): 361-370.
- [5] Aaronson N, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology [J]. *Natl Cancer*, 1993, 85(5): 365-376.
- [6] Winquist E, Agbassi C, Meyers BM, et al. Systemic therapy in the curative treatment of head and neck squamous cell cancer: a systematic review [J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2017, 46(1): 29-40.
- [7] Porter ME. What is value in health care [J]? *N Engl J Med*, 2010, 363(26): 2477-2481.
- [8] Schaller A, Liedberg GM, Larsson B. How relatives of patients with head and neck cancer experience pain, disease progression and treatment: a qualitative interview study [J]. *Eur J Oncol Nurs*, 2014, 18(4): 405-410.
- [9] Ringash J. Survivorship and quality of life in head and neck cancer [J]. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*, 2015, 33(29): 3322-3327.
- [10] Krebber AM, Buffart LM, Kleijn G, et al. Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments [J]. *Psychooncology*, 2014, 23(2): 121-130.
- [11] Pierre Blanchard, Robert J Volk, Jolie Ringash, et al. Assessing head and neck cancer patient preferences and expectations: A systematic review [J]. *Oral Oncology*, 2016, 62 (2): 44-53.
- [12] Dunne S, Mooney O, Coffey L, et al. Psychological variables associated with quality of life following primary treatment for head and neck cancer: a systematic review of the literature from 2004 to 2015[J]. *Psycho oncology*, 2017, 26(2): 149-160.
- [13] Samuels SE, Tao Y, Lyden T, et al. Comparisons of dysphagia and quality of life (QOL) in comparable patients with HPV positive oropharyngeal cancer receiving chemo-irradiation or cetuximab irradiation [J]. *Oral Oncol*, 2016, 3(54): 68-74.
- [14] Sandmael JA, Bye A, Solheim TS, et al. Feasibility and preliminary effects of resistance training and nutritional supplements during versus after radiotherapy in patients with head and neck cancer: A pilot randomized trial [J]. *Cancer*, 2017, 7: 1-9.
- [15] Heidi G, Riva TD, Laura BG, et al. The eating experience after treatment for head and neck cancer: A review of the literature [J]. *Oral Oncology*, 2015, 51(7): 634-642.
- [16] Lonkvist CK, Lönbro S, Vinther A, et al. Progressive resistance training in head and neck cancer patients during concomitant chemoradiotherapy – design of the DAHANCA 31 randomized trial [J]. *BMC Cancer*, 2017, 17(1): 400-409.
- [17] Lee CY, Lee Y, Wang LJ, et al. Depression, anxiety, quality of life, and predictors of depressive disorders in caregivers of patients with head and neck cancer: A six-month follow-up study [J]. *J Psychosom Res*, 2017, 100(9): 29-34.
- [18] Sterba KR, Zapka J, Cranos C, et al. Quality of life in head and neck cancer patient-caregiver dyads: a systematic review [J]. *Cancer Nurs*, 2016, 39(3): 238-150.
- [19] Maguire R, Hanly P, Balfe M, et al. Worry in head and neck cancer caregivers: the role of survivor factors, care-related stressors, and loneliness in predicting fear of recurrence [J]. *Nurs Res*, 2017, 66(4): 295-303.