

## · 现场调查 ·

# 上海市社区癌症患者抑郁状况及其影响因素研究

郑莹 王杰军 邹建军 吴春晓 鲍萍萍 卢伟

**【摘要】** 目的 了解上海市社区癌症患者抑郁流行状况及其影响因素。方法 采用整群抽样的方法从上海肿瘤病例数据库中选取社区中 7967 例癌症患者进行问卷调查并填写自评量表,共回收合格调查表 6694 份。统计描述其抑郁状况的流行病学分布,使用条件 logistic 回归分析数据,确定患者发生抑郁的主要影响因素。结果 社区癌症患者中,抑郁发生的比例为 24.74% (95% CI: 23.71% ~ 25.79%)。患者生存期、诊断时期别、肿瘤有否转移、治疗状况、体能评分 KPS、疼痛 VAS 评分是抑郁发生的主要影响因素。结论 早期诊断癌症、提高临床治疗效果、提供社区康复指导与服务可降低社区癌症患者抑郁的发生比例。

**【关键词】** 抑郁; 癌症患者; 社区

**Study on the prevalence of depression among cancer patients and its influencing factors in Shanghai**  
ZHENG Ying\*, WANG Jie-jun, ZOU Jian-jun, WU Chun-xiao, BAO Ping-ping, LU Wei. \*Shanghai  
Municipal Center for Disease Control and Prevention, Shanghai 200336, China  
Corresponding author: LU Wei, Email: weiloo@scdc.sh.cn

**【Abstract】 Objective** To determine the prevalence of depression among cancer patients and its influencing factors. **Methods** We investigated 7967 cancer patients who lived in communities with cluster sampling based on 'Shanghai Cancer Patient Database'. They were investigated through questionnaires and completed the Zung Self-rating Scale. 6694 questionnaires were identified as 'qualified'. We calculated the prevalence of depression and determined the factors with logistic regression model. **Results** The prevalence rate of depression among cancer patients in communities was 24.74% (95% CI: 23.71% - 25.79%). Results from multi-factor analysis showed that duration since diagnosis, stages at diagnosis, metastasis, therapeutics, KPS scores, and pain VAS scores were the important factors. **Conclusion** Early detection, improving the curative effect and providing community health services could reduce the prevalence of depression.

**【Key words】** Depression; Cancer patients; Community

在一般人群中抑郁的发生比例,美国的报道是 3.5%~27.0%<sup>[1,2]</sup>,而在癌症患者中,抑郁的发生比例明显升高,达 20%~50%<sup>[3,4]</sup>。一项为期 17 年的前瞻性研究结果表明,癌症的死亡率和抑郁情绪密切相关,高度抑郁者的死亡率是其他人的 2 倍<sup>[5]</sup>,说明抑郁可以导致或加速癌症的发展。我国也有一些临床癌症患者抑郁状况的调查<sup>[6-10]</sup>,发现国内癌症患者的抑郁状况比一般人群严重。癌症患者经常发生抑郁,抑郁对癌症的预后产生明显的负面影响,会使患者的生存时间缩短 10%~20%,抑郁可以作为癌症进展和死亡的预测指标。采取适当的干预措

施来降低抑郁的发生,可以提高癌症患者的生存期<sup>[11]</sup>。上述所提及的诸多研究都是针对临床患者,由临床医生在医院内对患者进行抑郁状况的评价。截止到 2004 年 12 月 31 日上海市约有 13 万的现患癌症病例,这些患者中的大多数完成了临床治疗,病情稳定后回到了家庭,回到了社区。了解这部分患者抑郁的流行情况,以及抑郁发生的影响因素,对进一步探索抑郁的发生机制以及如何对其进行干预,提高出院后癌症患者的生活质量和生存期将具有重要的意义。

## 资料与方法

1. 调查对象:上海全市共 19 个区县,采用整群抽样的方法,先简单随机抽取 7 个区县,再从抽到的

作者单位:200336 上海市疾病预防控制中心肿瘤防治科(郑莹、吴春晓、鲍萍萍、卢伟);上海市长征医院肿瘤科(王杰军、邹建军)

通讯作者:卢伟, Email: weiloo@scdc.sh.cn

区县中的每个社区简单随机抽取一个里委或居民村,调查其中所有符合下列要求的具有上海市户籍的癌症现患病例(包括所有恶性肿瘤和中枢神经系统良性肿瘤,后者因对人体的危害较大,国际上习惯将其等同于恶性肿瘤处理)。研究对象的纳入标准为:有病理学或细胞学诊断依据(不受癌症类型限制);年龄 18~80 岁;既往无精神病史;预计生存 3 个月以上;体能评分  $KPS \geq 60$  分。

由于上海市实行覆盖全部户籍人口的肿瘤登记报告和现患病例随访管理制度,建立了全市的癌症病例数据库,所以调查对象都是根据上述纳入标准在数据库中选取。符合要求的调查对象共 7967 例,自愿合作签署知情同意书完成调查表并经审核合格的有 6694 份,回收合格率为 84.02%。

2. Zung 量表:采用 Zung 量表即 SDS 抑郁自评量表判定是否存在抑郁。Zung 量表为一短程自评量表,不受文化程度、智力水平、年龄、性别和经济状况的影响,国外有大量临床应用和流行病学筛检应用的实例<sup>[12-15]</sup>,是国际公认的筛选抑郁患者的简便方法,并且能判断抑郁的严重程度,适合非精神专业医院发现抑郁患者。该表由 20 个条目组成,按 1~4 级评分,按照我国常模结果,Zung 量表总分的临界值为 42 分<sup>[16]</sup>。本研究中对于得分  $\geq 42$  分者,判定为发生抑郁。

3. 一般状况调查表:本调查的内容包括调查对象的个体特征、行为因素(如吸烟、饮酒、体育锻炼等)、与癌症相关的疾病状况(如瘤别、诊断时间、治疗、疼痛、体能评分 KPS 等),以及生活质量、对疾病的知情情况等。其中疼痛等级判定使用 VAS 评分法,分 0~10 分 11 个等级,0 代表不痛,数字越大代表疼痛程度越高,10 是患者想象中最严重的疼痛。体能评分采用 KPS 即卡氏(Karnofsky)评分法,分 0~100 分,60 分以上为生活基本能够自理。

4. 质量控制:参与此次调查的调查员均为具有大专以上学历的社区医生,经过统一培训后一律入户进行调查。为保证调查数据的真实性,本研究以调查员为单位,按 10% 的比例对调查表进行了整群抽样复核。

5. 统计学分析:采用 Epi Data 3.0 软件建立数据库,所有数据两次录入。按照各项问题的内在逻辑关系对数据进行审核。采用 SPSS 10.0 软件统计分析,显著性标准  $\alpha = 0.05$ 。描述抑郁发生比例在不同特征人群中的分布,采用单因素分析探讨潜在危险

因素。采用条件 logistic 逐步回归法拟合抑郁发生与相关因素之间的数量关系模型,纳入标准为 0.05,移除标准为 0.10。

## 结 果

1. 调查对象的一般情况及其代表性:2004 年底上海市癌症病例数据库中符合本次调查对象标准的现患病例,女性占 56.05%,男性占 43.95%;前四位常见癌别中乳腺癌占 16.88%,大肠癌占 15.89%,胃癌占 11.49%,肺癌占 7.31%;年龄分布 18~49 岁组占 30.60%,50~59 岁组占 22.94%,60~69 岁组占 23.66%,70~80 岁组占 22.80%。符合本次调查的对象共计 7967 例,其性别与常见瘤别构成与前者的情况基本一致(性别  $\chi^2 = 1.98, P = 0.159$ ;常见瘤别  $\chi^2 = 0.42, P = 0.935$ ),年龄构成有所不同( $\chi^2 = 34.24, P = 0.000$ ),中老年人比例稍高。实际收回调查表且调查质量合格的对象共 6694 例,占全市现患病例总数的 4.96%,性别与常见瘤别构成与其比较差异无统计学意义;其中女性 3686 例(55.06%),男性 3008 例(44.94%), $\chi^2 = 0.78, P = 0.378$ ;乳腺癌 1180 例(16.88%),大肠癌 1142 例(15.89%),胃癌 821 例(11.49%),肺癌 518 例(7.31%), $\chi^2 = 0.35, P = 0.951$ 。平均年龄为 59.93 岁(95% CI: 59.63~60.23),平均诊断时间为 6.89 年(95% CI: 6.77~7.02)。其中 50 岁以下人群的调查成功比例较少,回收合格率仅 74.93%,进一步加大了调查对象与实际现患病例年龄分布的差异[18~49 岁组 1539 例(22.99%),50~59 岁组 1602 例(22.99%),60~69 岁 1628 例(24.32%),70~80 岁 1925 例(28.76%), $\chi^2 = 179.96, P = 0.000$ ]。

2. 抑郁发生比例的流行病学分布和单因素分析:在 6694 例被调查者中,抑郁发生比例为 24.74%(95% CI: 23.71%~25.79%)。对主要调查因素进行单因素分析结果显示,抑郁发生比例在性别、年龄、受教育程度、婚姻状况、家庭经济收入、医疗费来源、所患瘤别、体育锻炼、是否仍在工作和学习、对病情的了解和吸烟及饮酒各水平之间的分布差异均无统计学意义(限于篇幅,具体表格未列出),而在居住地点、职业、生存期、诊断时期别、肿瘤转移、治疗状况、体能评分 KPS、疼痛 VAS 评分各水平之间的分布差异有统计学意义(表 1)。

3. 抑郁发生比例的多因素分析:在多因素分析中根据单因素分析的结果,对主要因素进行了调整,

共分析了 20 个调查因素(表 2),通过条件 logistic 逐步回归分析,最后纳入回归方程的因素有 6 个,都是与疾病状况有关的因素(表 3)。回归模型经统计学检验有统计学意义( $\chi^2 = 625.495, P = 0.000$ ),符合率为 77.10%。

**表1** 上海市社区癌症患者抑郁发生比例  
主要影响因素的流行病学分布

影响因素	调查例数	抑郁比例 (%)	统计学检验
居住地点			$\chi^2 = 7.794, P = 0.005$
市区	3336	23.26	
郊区	3358	26.21	
职业			$\chi^2 = 11.360, P = 0.023$
待业、无业	462	29.00	
职员、管理人员	1275	22.12	
工人、驾驶员、保安	1800	23.89	
农民	2217	25.71	
文教医技人员	940	25.53	
体能评分 KPS			$\chi^2 = 506.757, P = 0.000$
60	378	63.49	
70	550	42.18	
80	2353	25.37	
90	2334	18.55	
100	1079	14.27	
诊断时临床分期			$\chi^2 = 42.730, P = 0.000$
早	6022	23.65	
中	446	32.06	
晚	226	39.38	
生存期(年)			$\chi^2 = 135.200, P = 0.000$
<1	381	36.48	
1-	1216	34.29	
3-	1324	23.04	
5-	2268	23.50	
≥10	1505	17.41	
治疗状况			$\chi^2 = 52.032, P = 0.000$
未治疗	533	35.83	
一种疗法	3118	25.72	
二种疗法	2707	22.05	
三疗并用	336	19.64	
转移			$\chi^2 = 78.298, P = 0.000$
否	6294	23.56	
是	400	43.25	
疼痛等级			$\chi^2 = 335.873, P = 0.000$
不痛	5566	20.86	
轻度	771	37.09	
中度	259	54.44	
重度	98	69.39	

在纳入回归方程的 6 个变量中,对抑郁发生影响最大的是体能评分 KPS 和疼痛 VAS 评分。体能评分每增加 1 分,抑郁发生的危险就下降 4.20%;疼痛评分每增加 1 分,抑郁发生的危险就上升 21.80%。结果还提示生存期越长、采取的治疗方法越多有助于降低抑郁的发生比例,而诊断时临床分期越晚或肿瘤发生转移将导致抑郁的发生危险度增加。

**表2** 上海市社区癌症患者抑郁影响因素的  
数据分类和量化

影响因素	分类和量化
性别	0 = 女性; 1 = 男性
年龄(岁)	连续
居住地点	0 = 市区; 1 = 郊区
受教育程度 <sup>a</sup>	0 = 文盲; 1 = 小学; 2 = 初中; 3 = 高中; 4 = 大专及以上
职业 <sup>a</sup>	0 = 待业、无业; 1 = 职员、管理人员; 2 = 工人、驾驶员、保安; 3 = 农民; 4 = 文教医技人员
家庭经济收入(元/月) <sup>a</sup>	0 = < 500; 1 = 500 ~; 2 = 1500 ~; 3 = ≥ 3000
婚姻状况 <sup>a</sup>	0 = 丧偶; 1 = 离异; 2 = 未婚; 3 = 已婚
医疗费来源 <sup>a</sup>	0 = 自费; 1 = 公费; 2 = 医保; 3 = 合作医疗
瘤别 <sup>a</sup>	0 = 口腔; 1 = 鼻咽; 2 = 食管; 3 = 胃; 4 = 大肠; 5 = 肝; 6 = 其他消化系统; 7 = 肺; 8 = 其他呼吸系统; 9 = 骨、软骨、结缔组织; 10 = 皮肤(包括黑色素瘤); 11 = 乳腺; 12 = 子宫体; 13 = 卵巢; 14 = 其他女性生殖系统; 15 = 男性生殖系统; 16 = 肾、肾盂; 17 = 膀胱; 18 = 脑、神经系统; 19 = 甲状腺; 20 = 淋巴瘤、白血病; 21 = 其他和不明部位
生存期(日)	连续
诊断时临床分期 <sup>a</sup>	0 = 早期; 1 = 中期; 2 = 晚期
肿瘤有否转移	0 = 未转移; 1 = 转移
治疗状况 <sup>a</sup>	0 = 未治疗; 1 = 一种疗法; 2 = 二种疗法; 3 = 三疗并用(手术、化疗和放疗为三种基本疗法)
体能评分 KPS	连续
疼痛 VAS 评分	连续
患者知情状况	0 = 不了解; 1 = 有一定了解
体育锻炼	0 = 无; 1 = 有
是否工作学习	0 = 否; 1 = 是
饮酒	0 = 无; 1 = 有
吸烟	0 = 无; 1 = 有

<sup>a</sup> 0 为隐含变量,其他各选项设为哑变量

**表3** 上海市社区癌症患者抑郁影响因素的  
条件 logistic 逐步回归分析

影响因素	$\beta$	$s_e$	$\chi^2$ 值	OR 值(95% CI)	P 值
生存期	-0.032	0.006	23.882	0.969(0.957~0.981)	0.000
诊断时临床分期	-	-	9.839	-	0.042
中	0.205	0.113	3.269	0.071(1.228~0.983)	1.533
晚	0.291	0.155	3.525	0.060(1.337~0.987)	1.812
肿瘤有否转移	0.256	0.123	4.311	1.292(1.014~1.645)	0.038
治疗状况	-	-	23.321	-	0.000
一种疗法	-0.060	0.109	0.303	0.942(0.761~1.166)	0.582
二种疗法	-0.281	0.111	6.423	0.755(0.608~0.938)	0.011
三种疗法并用	-0.615	0.179	11.801	0.541(0.381~0.768)	0.001
体能评分 KPS	-0.042	0.003	185.819	0.959(0.953~0.965)	0.000
疼痛 VAS 评分	0.218	0.020	115.754	1.243(1.195~1.294)	0.000
常量	2.578	0.265	94.343	13.175	0.000

## 讨 论

1. 社区癌症现患病例抑郁状况:本次调查上海市社区癌症现患病例抑郁的发生比例为 24.74%,低于国内文献报道的临床治疗阶段患者的发生比例,但明显要比一般人群高。由于新发肿瘤的瘤谱与现患病例的瘤谱有很大区别<sup>[17]</sup>,两者的其他特征也有

明显不同,本次调查的对象是回到社区的癌症患者,诊断时临床分期为早期的比例达89.96%,生存期较长,平均诊断时间(截止调查日期的生存期)达6.89年(95% CI: 6.77~7.02),体能评分高(KPS=84.76,95% CI:84.51~85.01)。研究表明这些因素均为抑郁发生的主要影响因素,因此其抑郁发生比例比临床治疗阶段的患者低。本研究为横断面调查,要全面评价这些患者的抑郁发生情况,还有待于更多的研究来进一步掌握整个病程中抑郁症状发生的次数、持续的时间以及其他特点。

2. 对社区肿瘤患者服务的启示:医学模式已经由传统的生物医学模式转变为生物-心理-社会医学模式,现代医学技术和肿瘤治疗水平的提高使患者的生存期普遍延长,患者经过临床治疗后将回到社区和家庭。恶性肿瘤不同于一般疾病,与痛苦和死亡关系密切,很多患者的心理问题可能会取代生理问题,成为患者本人和家庭以及社区医生所要面对的主要问题。目前国内提出了一些癌症治疗的新观念,特别是由社区卫生服务系统提供身心全面兼顾的连续性全科医疗服务。医院与社区的“无缝隙治疗”观念<sup>[18]</sup>,对提高患者生活质量和延长生命有重要的意义。

抑郁是癌症患者较常见的精神问题,还可能影响患者的生活质量和生存期,因此,了解那些已从医院回到社区生活的患者的抑郁状况及其影响因素,能够指导社区医务人员,提高随访水平,也能为临床医生提供重要启示。根据本次研究结果估算,全上海市大约有3.25万癌症患者发生抑郁。调查中发现抑郁的发生与患者疾病本身关系最为密切,提示对癌症的早期发现、提高临床治疗效果对于减少患者抑郁的发生至关重要,而在社区和家庭中对于那些体能状况差(KPS评分低)、有疼痛、中晚期、有转移、未接受过治疗的患者应注意观察,及早发现抑郁症状,重点给予心理支持和医疗照顾等干预措施。比如,对于有癌痛的患者,应积极按照癌症三阶梯止痛原则进行治疗,改善症状,减少疼痛。同时,由于患者住院时其床位医生最了解其病情,对于即将离开医院回社区的患者,应根据疾病特点给予有针对性的康复指导,尤其是在心理支持方面,使其了解抑郁发生的特点,采取相应措施减少抑郁发生,从而有效提高生活质量。

本研究对应用 Zung 量表进行抑郁症状筛选也积累了经验。Zung 量表比较简单易操作,肿瘤患者

的接受程度较好,通过社区医生的简单解释就能让患者自填,是社区肿瘤患者抑郁筛选的简便工具。且 Zung 量表对抑郁状况的测评既能定性又能定量,也能用于一段时间前后的比较,对下一步采取有针对性的干预措施有较好的指导意义,因此建议在有条件的社区中对社区医生进行相关培训,利用 Zung 量表开展肿瘤患者的抑郁干预工作。

(上海市闵行区疾病预防控制中心黄俊医师,松江区疾病预防控制中心朱美英医师和朱云医师,杨浦区疾病预防控制中心陆永良医师,长宁区疾病预防控制中心白雪林医师,虹口区疾病预防控制中心姚文医师,金山区疾病预防控制中心磨广德医师和静安区疾病预防控制中心王英医师对本次调查有贡献)

### 参 考 文 献

- [1] Feightner JW, Worrall G. Early detection of depression by primary care physicians. CMAJ, 1990, 142(11):1215-1220.
- [2] Zung WW. The role of rating scales in the identification and management of the depressed patient in the primary care setting. J Clin Psychiatry, 1990, 51 Suppl: S72-76.
- [3] Pascoe S. Prevalence of psychological distress and use of support service by cancer patient at Sydney hospital. Aust N Z J Psychiatry, 2000, 34(5):785-791.
- [4] Zabora J. The prevalence of psychological distress by cancer site. Psychooncology, 2001, 10(1):19-28.
- [5] Shekelle RB, Raynor WJ Jr, Ostfeld AM, et al. Psychological depression and 17-year risk of death from cancer. Psychosom Med, 1981, 43(2):117-125.
- [6] 高敏英,吴胜其.癌症病人抑郁状态的相关因素调查与护理对策.护理学杂志,2002,17(7):540-542.
- [7] 李武,邓云龙.癌症患者的抑郁.中国行为医学科学,2002,11(4):474-476.
- [8] 严冬,张建军,初玉苹,等.癌症患者抑郁状态的临床研究.北京医学,2002,24(1):18-19.
- [9] 吴晴,王崇顺,周晓寒,等.癌症患者抑郁的调查分析.癌症,1998,17(5):379-381.
- [10] 张金芳,刘淑俊,张继平,等.247例恶性肿瘤患者抑郁和焦虑的发病调查.中国肿瘤临床与康复,2002,9(6):56-59.
- [11] Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. Biol Psychiatry, 2003, 54(3):269-282.
- [12] Ozono S, Saeki T, Inoue S, et al. Family functioning and psychological distress among Japanese breast cancer patients and families. Support Care Cancer, 2005, 13(12):1044-1050.
- [13] Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, et al. Investigating the effects of TTS-fentanyl for cancer pain on the psychological status of patients naive to strong opioids: an open label study. Cancer Nurs, 2004, 27(2):127-133.
- [14] Kibiger G, Kirsh KL, Wall JR, et al. My mind is as clear as ti used to be: a pilot study illustrating the difficulties of employing a single-item subjective screen to detect cognitive impairment in outpatients with cancer. J Pain Symptom Manage, 2003, 26(2):705-715.
- [15] Passik SD, Kirsh KL, Theobald D, et al. Use of a depression screening tool and a fluoxetine-based algorithm to improve the recognition and treatment of depression in cancer patients. A demonstration project. J Pain Symptom Manage, 2002, 24(3):318-327.
- [16] 汪向东,王希林,马弘.心理卫生评定量表手册(增订版).北京:中国心理卫生杂志社,1999:109-115,194-197.
- [17] 鲍萍萍,王春芳,郑莹,等.上海市恶性肿瘤病人现患报告.中国肿瘤,2005,14(8):496-498.
- [18] 王杰军,邹建军,郑莹,等.上海市社区癌症患者医护照顾的现状和展望.中国肿瘤,2005,14(1):22-25.

(收稿日期:2006-03-03)

(本文编辑:张林东)