

18 例基层中医院万古霉素临床应用的合理性探讨

李春红¹,王敏²,单爱云¹,黄张杰¹

(1. 深圳市福田区中医院药学部,广东 深圳 518034;2. 海南省人民医院药学部,海南 海口 570311)

摘要:目的 了解该院万古霉素临床应用情况,为促进其安全合理使用提供思路 and 依据。方法 选取 2014 年 10 月—2016 年 9 月使用万古霉素的病历共 18 份,对微生物送检、联合用药、万古霉素临床使用等情况进行统计汇总,并依据相关指南回顾性探讨其临床应用的合理性。结果 18 份万古霉素病历微生物送检率 94.44%,目标性治疗率 38.89%,联合用药使用率 66.67%,用药不适宜共 12 例次,其中用药剂量偏小、疗程偏短、联合用药品种不适宜为主要问题。结论 该院万古霉素在合理与规范使用方面尚存在问题,有待进一步培训沟通,以保障病人用药安全。

关键词:基层中医院;万古霉素;回顾性;合理性探讨

doi:10.3969/j.issn.1009-6469.2017.08.049

Discussion of rationality of the 18 cases treated with vancomycin in primary-level TCM hospital

LI Chunhong¹,WANG Min²,SHAN Aiyun¹,HUANG Zhangjie¹

(1. Department of Pharmacy,TCM Hospital of Futian District,Shenzhen,Guangdong 518034,China;

2. Department of Pharmacy,Hainan General Hospital,Haikou,Hainan 570311,China)

Abstract: Objective To investigate the utilization of vancomycin in our hospital and provide references for its safety and rational use.

Methods Medical records of 18 inpatients treated with vancomycin from Oct. 2014 to Sep. 2016 in our hospital were collected. The microbial test sample submission,drug combination and the utilization of vancomycin were investigated. The medication rationality of vancomycin was analyzed retrospectively according to the relevant guidelines. **Results** Microbial test sample submission rate was 94.44% in the 18 records,targeted cure rate was 38.89% and drug combination rate was 66.67%. There were 12 cases of irrational use of vancomycin,among which the not enough dosage,medication course and the inappropriate kinds of combination drugs were the main problems. **Conclusion** There is still a problem in reasonable and standardized use of vancomycin in the hospital and it is necessary to further training and communication to protect the safety of patients with medication.

Key words:Primary-level TCM hospital;Vancomycin;Retrospectively;Rationality discussion

万古霉素对耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)等耐药葡萄球菌引起的感染有较好疗效,然其不合理应用可诱导产生耐糖肽类金黄色葡萄球菌(GISA)、耐万古霉素金黄色葡萄球菌(VRSA)、耐万古霉素肠球菌(VRE),且万古霉素治疗窗狭窄、个体差异大、具有耳毒性、肾毒性、红人综合征等不良反应,卫办医政发[2009]38号文将万古霉素列为特殊使用级抗菌药。我院为基层中医院,为促进特殊使用级抗菌药的合理使用,现将我院万古霉素临床应用病历进行回顾性分析。

1 资料与方法

1.1 资料来源 通过我院信息系统提取 2014 年 10 月—2016 年 9 月期间应用万古霉素的住院病历共 18 份,逐个记录病人性别、年龄、科室、诊断、既往病史、用药情况、病原学检查等情况,采用 Excel

分类汇总。

1.2 用药合理性、疗效评价标准 参照《抗菌药物临床应用指导原则(2015 版)》《万古霉素临床应用中国专家共识(2011 版)》《万古霉素临床应用剂量中国专家共识(2012 版)》以及相关疾病的诊疗指南、共识等评价其用药合理性。根据其具体应用情况分为有效:症状、体温、实验室检查数据(如血常规、C-反应蛋白等)以及病原学检查均恢复正常;好转:病情明显好转,上述检查未完全恢复正常;无效:疗程结束时病情无明显好转或加重^[1]。总有效率=(有效+好转)/总例数×100%。

2 结果

2.1 病人一般情况 本次收集资料完整的病历共 18 份,其中男性 10 例(55.56%),女性 8 例(44.44%);年龄最大 85 岁,最小 2 月,平均(44.97

±33.96)岁。

2.2 给药方案 18例病人均采用间隔式静脉滴注,其中1例同时行骨水泥万古霉素链珠置入,只有4份病例医嘱有明确的滴速要求。给药频次1例为每日4次,4例为每日3次,其余均为每日2次(用药疗程详见表1),平均用药(13.79±28.75)d。

表1 万古霉素疗程

给药疗程	例数	构成比/%
1次	2	11.11
≤5 d	4	22.22
6~10 d	9	50.00
11~14 d	2	11.11
≥15 d	1	5.56
合计	18	100.00

2.3 联合用药 抗菌药物联合使用率为66.67%(12/18),其中二联58.33%(7/12),三联41.67%(5/12),无四联以上用药。联用的抗菌药物共8种,详见表2。

2.4 病原学检查 17例(94.44%)进行了病原学检查,送检标本分别为痰、血、尿液、胸水、脑脊液、脓性分泌物。12例(70.59%)细菌培养阳性,2种菌以上混合感染的有8例(66.67%)。病原菌共21株,其中阳性菌9株(42.86%),阴性菌10株(47.62%),真菌2株(9.52%)。MRSA共5株,2014年的3株药敏试验无万古霉素最低抑菌浓度(MIC),只提示敏感;2016年的2株万古霉素MIC为1 mg·L⁻¹。粪肠球菌1株,万古霉素MIC为1 mg·L⁻¹。人葡萄球菌亚种、表皮葡萄球菌各1株,均为苯唑西林耐药,无万古霉素MIC值,只提示敏感。病原菌分布情况详见表3。

表3 病原菌分布情况

细菌名称	检出株数	构成比/%
革兰阳性菌	9	42.86
MRSA	5	23.81
粪肠球菌	1	4.76
科氏葡萄球菌解脲亚种	1	4.76
耐甲氧西林表皮葡萄球菌(MRSE)	1	4.76
人葡萄球菌亚种	1	4.76
革兰阴性菌	10	47.62
荧光假单胞菌	1	4.76
铜绿假单胞菌	2	9.52
肺炎克雷伯菌	2	9.52
鲁氏不动杆菌	1	4.76
大肠埃希菌	2	9.52
嗜麦芽窄食单胞菌	2	9.52
真菌	2	9.52
白色假丝酵母菌	2	9.52
合计	21	100.00

2.5 疾病转归及不良反应 依据病程记录及辅助检查结果判断,有效4例,好转6例,转至上级医院治疗5例,死亡3例,总有效率55.55%,详见表4。

2.6 用药合理性 18份病历总用药量143.615 g,用药总天数131 d。依据用药合理性评价标准,不合理用药次数12例次,其中用法用量不合理占41.67%(5/12),不合理情况详见表5。

3 讨论

3.1 给药方案 18例病人均为间隔静脉滴注,频次均合理。对于重症感染(如血流感染、脑膜炎、重症肺炎及感染性心内膜炎)病人,首剂负荷剂量有助于万古霉素迅速达到理想的血药谷浓度,并有效治疗疾病^[2]。成人MRSA严重感染病人首剂应予负荷剂量^[3],然而2年间的18份病历均未采用负

表2 抗菌药物联用情况

联用方式	药物种类	联用例数	用法用量	万古霉素方案	第3联给药方案
二联	头孢呋辛钠	1	1.5 g,静脉滴注,术前30 min	1 g,每日2次+骨水泥万古霉素链珠置入	无
	左氧氟沙星	2	0.4 g,静脉滴注,每日1次	0.5 g,每日4次或每日3次	无
	头孢哌酮舒巴坦	3	3 g,静脉滴注,每日2次	0.5 g,每日3次或1 g每日2次	无
	亚胺培南西司他丁	1	1 g,静脉滴注,每日2次	0.5 g,每日3次	无
三联	夫西地酸钠	1	0.25 g,静脉滴注,每日3次	0.5 g,每日2次	氟康唑0.4 g,静脉滴注,每日1次
	头孢哌酮他唑巴坦	1	2.25 g,静脉滴注,每日2次	1 g,每日2次	伏立康唑0.2 g,静脉滴注,每日2次
	头孢哌酮舒巴坦	1	3 g,静脉滴注,每日3次	0.5 g,每日3次	氟康唑0.4 g,静脉滴注,每日1次
	亚胺培南西司他丁	2	1 g,静脉滴注,每日3次	1 g,每日2次	氟康唑0.4 g,静脉滴注,每日1次

荷剂量,包括6例重症肺炎病人。同样,在给药剂量方面,成人病例剂量与专家共识一致,而儿科剂量普遍偏小,均未达到 $4\text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ ^[4]的推荐剂量要求。给药剂量过小,谷浓度 $<10\text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$ 可致万古霉素中介金葡菌(VISA)菌株产生,为避免耐药性,建议万古霉素谷浓度至少维持在 $10\text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$ 以上^[5]。对重症病人未予负荷剂量,儿科给药剂量不足,反映出我院医师对万古霉素的合理应用不熟悉。

疗程方面,50% (9/18)用药天数集中在6~10 d。值得关注的是,有6例病人疗程 $\leq 5\text{ d}$,其中除3例病人因转至上级医院进一步诊治致万古霉素分别只使用1次、1次和4 d外,其余3例疗程均为4 d,均为儿科的肺炎患儿,且其中2例痰培养检出MRSA。MRSA肺炎的抗感染疗程需根据感染的严重程度决定,通常为7~21 d,但一般不推荐短疗程,尤其是中重度肺炎疗程通常需要14~21 d,最长可用至28 d^[4]。此3例儿科肺炎病人均是调整

表4 18例病人疾病转归及不良反应情况

科室	例数	构成比/%	转归	不良反应
儿科	6	33.33	转至上级医院治疗	无
			好转	无
			好转	出现风团样皮疹(停用万古霉素并于停药当日出院)
			好转	无
			好转	无
			好转	无
妇产科	1	5.56	转至上级医院治疗	无
重症医学科	1	5.56	转至上级医院治疗	无
呼吸科	4	22.22	有效	无
			死亡	无
			死亡	无
			转至上级医院治疗	无
心内科	2	11.11	死亡	转氨酶升高(丙氨酸氨基转移酶 $899\text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$,天门冬氨酸氨基转移酶 $467\text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$,白蛋白 $29.7\text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$)
骨伤科	3	16.67	好转	无
			转至上级医院治疗	无
			有效	无
康复科	1	5.56	有效	无
			有效	无
合计	18	100.00		

表5 12例次万古霉素不合理用药情况

不合理评价	例次	构成比/%	具体不合理情况	科室
用量不合理	5	41.67	剂量偏小(0.3 g,每日2次)	儿科
			剂量偏小(0.1 g,每日2次)	儿科
			剂量偏小(0.125 g,每日2次)	儿科
			剂量偏小(0.21 g,每日2次)	儿科
			剂量偏小(0.1 g,每日2次)	儿科
疗程不合理	4	33.33	疗程偏短(4 d停药)	儿科
			疗程偏短(4 d停药)	儿科
			疗程偏短(4 d停药)	儿科
			疗程偏短(17 d停药)	骨伤科
溶媒不适宜	1	8.33	溶媒量偏少(0.9%生理盐水100 mL+万古霉素1 g,每日2次)	骨伤科
联合用药不适宜	2	16.67	夫西地酸0.25 g,每日3次+万古霉素0.5 g,每日2次	心内科
			已用万古霉素治疗,术前静滴头孢呋辛预防感染	骨伤科
合计	12	100.00		

抗感染方案为万古霉素后显效病例,但只用 4 d 便出院,疗程不足,用药时间过短,若有残余的 MRSA 反而会形成耐药菌^[6]。

另有 1 例骨科病人用药 17 d,此病人行右股骨粗隆间骨折人工关节置换术后感染,经清创探查+骨水泥万古霉素链珠置入,同时静滴万古霉素后好转出院。骨科内置物术后感染病原菌主要为铜绿假单胞菌、金黄色葡萄球菌、大肠埃希菌、鲍氏不动杆菌、表皮葡萄球菌、耐甲氧西林凝固酶阴性葡萄球菌(MRCNS)^[7]。骨水泥加入万古霉素治疗骨髓炎以及骨关节置换,有效率在 90% 以上,相比单纯使用抗菌药治疗提高约 80%,且不良反应少,可明显减少病患的住院时间^[8]。此例为老年病人,有糖尿病史,脑梗后遗留左侧肢体活动不利,中度贫血,低蛋白血症,机体抵抗力差,感染风险高,术后突发急性冠脉综合征、急性心力衰竭。虽脓性分泌物培养阴性,但术后病理回报“急性化脓性骨髓炎”,且应用万古霉素后第 5 天体温恢复正常,治疗有效,提示革兰阳性菌感染可能性大,选药基本合理,然而疗程只有 17 d,不符合“急性化脓性骨髓炎 4~6 周”的建议^[9]。

3.2 联合用药 调查中发现万古霉素联合其他抗菌药治疗的比例高达 66.67% (12/18),其中三联 41.67% (5/12),源于万古霉素为特殊使用级抗菌药,使用的多为重症病人,存在多种慢性病基础,多种耐药菌混合感染可能性大,这也从另一方面说明我院医师熟悉医院特殊使用级抗菌药的管理制度,在选用上较为谨慎。

联合使用的头孢哌酮他唑巴坦、头孢哌酮舒巴坦、亚胺培南西司他丁、左氧氟沙星、氟康唑、伏立康唑,与万古霉素有协同作用,选用合理。但仍有 2 例联合用药不适宜,如骨科病人人工关节置换术后感染,再次行清创探查术前已开始静滴万古霉素抗感染治疗,然而医嘱仍于术前 30 min 静滴头孢呋辛预防切口感染,这与医师不熟悉围手术期抗菌药物的预防性应用^[9]相关。另有 1 例心内科病人,同时静脉滴注万古霉素、夫西地酸,夫西地酸主要对葡萄球菌敏感,然而万古霉素已能覆盖葡萄球菌,联合使用是没有必要的,说明我院部分医师对抗菌药物的抗菌谱不够熟悉。

3.3 病原学检查 进行病原学检查的 17 份病历检出 5 株 MRSA、1 株粪肠球菌、1 株 MRSE、1 株人葡

萄球菌亚种,应用万古霉素进行目标性治疗比例仅为 38.89% (7/18),说明我院万古霉素的使用大多为经验性治疗。万古霉素适用于耐药革兰阳性菌所致严重感染,包括 MRSA 或 MRCNS、氨苄西林耐药肠球菌属及青霉素耐药肺炎链球菌所致感染^[9],临床应严格掌握其用药指征。在未确定病原菌前,可经验性选用,一旦病原菌确定,应根据病原学检查、药敏试验结果评价、调整抗感染方案。

另外,目标病原菌检出率低,不能获取明确的 MIC,致给药方案的制定难度增加。MIC 不同,万古霉素给药方案亦不相同。对多数肾功能正常的成人,如 $MIC \leq 0.5 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$,万古霉素 1 g,每日 2 次可使 $AUC/MIC \geq 400$;但 $MIC 1 \sim 2 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$,应增加剂量使谷浓度达到 $15 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$;当 $MIC > 2 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$ 时,应考虑选用其他抗菌药物^[10]。如果能够得到明确的病原学检查结果和 MIC,通过设定血药谷浓度目标值,个体化地制定给药剂量,就可提高抗感染的治愈率。

3.4 疾病转归及不良反应 18 份万古霉素病历均为治疗性用药,总有效率 55.55%,转至上级医院治疗 5 例,死亡 3 例。3 份死亡病例均为 80 岁以上高龄、长期卧床病人,慢性基础疾病多,存在多种耐药菌混合感染。由于本次调查是回顾性的,所以未能追踪好转病例、转院病例的最终疾病转归情况。

不良反应方面,儿科 1 例患儿静滴万古霉素第 4 天全身出现风团样皮疹,部分粘连成片,由于停药当日出院,未能追踪评价皮疹与万古霉素的相关性。心内科 1 例病人出现转氨酶异常升高(丙氨酸氨基转移酶 $899 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$,天门冬氨酸氨基转移酶 $467 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$),不除外本身疾病所致脏器衰竭,且同时联用的夫西地酸钠因其主要在肝脏代谢,几乎完全由胆汁排出,可引起可逆性肝酶升高及黄疸^[11]。而万古霉素亦有肝损害报道^[12],李彦博等^[13]对万古霉素与肝事件 Meta 分析提示,接受万古霉素治疗的病人肝事件特别是血清转氨酶水平升高发生率高于接受非万古霉素治疗组($P < 0.001$)。

18 份病历中均未监测万古霉素血药浓度。方洁等^[14]研究发现在按说明书给药的成人病人中,有 61.3% (41/66) 不能够达到 $10 \sim 20 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$ 的目标谷浓度。临床上控制万古霉素血药浓度在 $10 \sim 20 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$,复杂性感染控制在 $15 \sim 20 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$,不仅可保证达到治疗目标和提高临床有效率,避免耐

药,同时还可减少血药浓度过高导致肾毒性的发生率。

儿科6份病历中有4例未监测肾功能,因患儿抵触抽血,致监测肾功能、血药浓度有难度,这无疑增加了万古霉素不良反应发生的风险,尤其是当出现耳鸣、伴或不伴听力下降等耳毒性表现时,因患儿表达能力不强,不能及时发现并停药,将致耳毒性加重。

3.5 用药合理性 依据合理性评价标准,我院万古霉素存在用药不适宜情况,不合理用药12例次,共8份病历用药不适宜,不合理使用率44.44%(8/18)。不合理用药情况主要为:(1)儿科剂量普遍偏小,均未达到 $40\text{ mg}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$;(2)疗程偏短,儿科病原菌明确为MRSA的3例肺炎病人,用药4d便停药出院;骨伤科1例术后感染致急性化脓性骨髓炎病例疗程不足4~6周;(3)溶媒量偏少,1g万古霉素只用0.9%生理盐水100mL稀释,高浓度可能增加不良反应的发生率,其最终滴注溶液浓度要求为 $5\text{ g}\cdot\text{L}^{-1}$ ^[15];(4)联合用药品种不适宜,如心内科使用万古霉素联合夫西地酸治疗MRSE肺炎;骨伤科已用万古霉素抗感染治疗而围术期仍加用头孢呋辛预防手术感染。

4 总结

通过本次专项调查,我院万古霉素的临床使用,微生物检验样本送检率符合特殊使用级抗菌药的要求,DUI<1,不存在滥用情况。然而在给药剂量、给药疗程、联合用药、溶媒等方面不够规范,有待提高。尤其是血药浓度监测方面,我院虽未开展血药浓度监测项目,但可利用本市医疗资源共享的条件,将标本送至上级医院检查,保证万古霉素临床用药安全、有效,医师尚无此意识,亟需临床药师的深入干预。

我院为二级甲等中医院,大部分医师毕业于中医院校,微生物学、西药尤其是抗菌药物的抗菌谱、作用机制、合理应用等方面的知识,不如西医综合医院的医师扎实、全面,同时临床工作中对中医史

书的深入研读也分散了其弥补空白的精力。然而现代中医已揉入西医诊治方法,合理使用西药特别是抗菌药物,是不容忽视的,因此临床药师的作用尤显重要。临床药师应对医师进行万古霉素合理使用专项培训,加强监控,深入临床,与每一位使用万古霉素医师面对面沟通,对病人的使用进行药学监护,规范临床使用不适宜的相关问题,保障病人用药安全、合理、有效。

参考文献

- [1] 郭冬杰,李朋梅,杜雯雯,等.我院万古霉素治疗药物监测横断面调查[J].中国药房,2016,27(24):3320-3323.
- [2] 万古霉素临床应用剂量专家组.万古霉素临床应用剂量中国专家共识[J].中华传染病杂志,2012,30(11):641-646.
- [4] 中华医学会呼吸病学分会感染学组.甲氧西林耐药的金黄色葡萄球菌肺炎诊治与预防专家共识[J].中华结核和呼吸杂志,2012,35(10):734-738.
- [6] 石彬彬,焦平,林阳.某院2015年上半年万古霉素的使用情况调查与用药合理性评价[J].中国药房,2016,27(15):2071-2073.
- [7] 陈涛,常晓朋,马云山,等.骨科内置物术后感染病原菌分布及耐药性研究[J].中华医院感染学杂志,2016,26(23):5462-5464.
- [8] 江学维,曹江,王冬,等.骨水泥加入万古霉素的文献计量分析[J].中国药师,2015,18(5):841-843.
- [9] 《抗菌药物临床应用指导原则》修订工作组.抗菌药物临床应用指导原则[M].北京:人民卫生出版社,2015:102,22-26,51.
- [10] 刘伟,朱莹,王开,等.万古霉素给药方案的研究进展[J].中国感染与化疗杂志,2013,13(5):405-408.
- [11] 余雄杰,王林霞,刘生友.夫西地酸钠相关肝损害[J].药物不良反应杂志,2010,12(2):134-135.
- [12] 周红玲,刘年开,丁楠.万古霉素致严重肝损害1例[J].中国执业药师,2012,9(10):40-41.
- [13] 李彦博,王伟,贾立华,等.万古霉素与肝事件风险Meta分析[J].解放军医药杂志,2012,24(6):38-43.
- [14] 方洁,何乐,程齐俭.中国成人万古霉素给药剂量的商榷[J].中国感染与化疗杂志,2014,14(4):291-294.
- [15] 陈柏义,管向东,何礼贤,等.万古霉素临床应用中国专家共识(2011版)[J].中国新药与临床杂志,2011,30(8):561-573.

(收稿日期:2017-01-04,修回日期:2017-02-07)

◇临床护理◇

癌症化疗病人疾病感知状况及其与自我效能及生活质量的关系

王芹,章新琼,王秋萍

(安徽医科大学护理学院,安徽 合肥 230032)

摘要:目的 了解癌症化疗病人的疾病感知状况,并探讨其与自我效能及生活质量的关系。方法 采用简易疾病感知问卷、一般自我效能问卷及癌症病人生活质量问卷对 206 例癌症化疗病人进行调查。结果 癌症化疗病人疾病感知总分为 (46.89 ± 10.73) 分,自我效能总分为 (23.51 ± 6.60) 分,生活质量总分为 (58.39 ± 15.66) 分。除关注外,疾病感知总分及其余各条目均与自我效能、生活质量呈负相关($r = -0.59 \sim -0.14, P < 0.05$);自我效能与生活质量呈正相关($r = 0.45, P < 0.01$)。在控制了人口学及疾病相关因素后,疾病感知对生活质量起负向预测作用($\beta = -0.68, P < 0.01$),自我效能对生活质量起正向预测作用($\beta = 0.55, P < 0.01$)。结论 癌症化疗病人存在一定的负性感知,改善负性感知和增强自我效能水平,有助于生活质量的提高。

关键词:癌症;化疗;疾病感知;自我效能;生活质量

doi:10.3969/j.issn.1009-6469.2017.08.050

The specialties of illness perception, and its connection with self-efficacy and quality of life in cancer chemotherapy patients

WANG Qin, ZHANG Xinqiong, WANG Qiuping

(School of Nursing, Anhui Medical University, Hefei, Anhui 230032, China)

Abstract: **Objective** To understand the condition of illness perception, and its connection with self-efficacy and quality of life in cancer chemotherapy patients. **Methods** The Brief Illness Perception Questionnaire, General Self-efficacy Scale and Functional Assessment of Cancer Therapy Scale were taken to evaluate 206 chemotherapy patients. **Results** The scores of illness perception, self-efficacy and quality of life were (46.89 ± 10.73) , (23.51 ± 6.60) and (58.39 ± 15.66) respectively. In addition to the concern, the total score of illness perception and other items were negatively correlated with self-efficacy and quality of life ($r = -0.59 \sim -0.14, P < 0.05$), self-efficacy was positively correlated with quality of life ($r = 0.45, P < 0.01$). After controlling for demographic and disease related factors, illness perception played a negative role in predicting the quality of life ($\beta = -0.68, P < 0.01$), and self-efficacy had a positive effect on the quality of life ($\beta = 0.55, P < 0.01$). **Conclusion** Cancer chemotherapy patients have some negative perception, enhancing their positive perception and self-efficacy helps them to improve the quality of life.

Key words: Cancer; Chemotherapy; Illness perception; Self-efficacy; Quality of life

癌症仍然是全世界面临的重大公共卫生问题。化疗是治疗癌症、预防复发和转移的常用方法,被众多癌症病人采用。但化疗在延长病人生命的同时,也带来了诸多的副反应,严重影响病人的生活质量^[1]。随着癌症病人生存期的延长,如何提高其生活质量仍是全球关注的焦点^[2]。近年来,有研究发现疾病感知是身心健康的重要预测因子,其与自我效能存在较大关联,且与慢性病病人的生活质量

密切相关^[3]。但目前国内有关疾病感知的研究多集中于糖尿病、冠心病等慢性病病人^[4],对于癌症化疗病人的研究相对较少,鉴于癌症化疗的复杂性和治疗效果的不确定性,病人对疾病的感知将直接影响其自身的健康信念和角色行为。因此,本研究旨在调查癌症化疗病人的疾病感知状况,并探讨其与自我效能及生活质量的关系,为改善病人的生活质量提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 8 月—2015 年 3 月在某三甲医院接受化疗的住院癌症病人。纳入标

基金项目:安徽省高校人文社科研究项目(SK2015A363)

通信作者:章新琼,女,副教授,硕士生导师,研究方向:护理教育与肿瘤护理, E-mail: hixqzhang@163.com

准:经病理学检查确诊为癌症且接受化疗者;年龄 ≥ 18 岁;具有小学及以上文化程度;意识清楚,知晓诊断且愿意参加本研究。排除合并其他心脑血管疾病、肝肾功能不全、严重消化系统疾病及认知障碍者。

1.2 方法 (1)简易疾病感知问卷,共计9个条目,采用Likert 10点计分法,第9个条目为开放性问题。为了更清晰的理解和比较,依据孙胜男^[5]的研究方法,将各条目的10级评分划分为轻度(0~3),中度(4~6),重度(7~10)。条目3、4、7采取反向计分,各条目得分相加可得问卷的总分,分数越高个体负性感知越多,问卷具有良好的心理测量学指标^[6]。(2)一般自我效能问卷,共计10个条目,采用1(完全不正确)到4(完全正确)4点计分,得分越高代表自我效能越好,问卷具有良好的心理测量学指标^[7]。(3)癌症病人生活质量问卷,共计27个条目,分为四个维度,采用0(一点也不)到4(非常)5点计分,分值越高表示生活质量越好,问卷具有良好的心理测量学指标^[8]。本研究获得安徽医科大学伦理委员会批准,在征得病人的知情同意后,由经过培训的研究者向符合纳入标准的病人发放问卷,使用统一指导语,由病人独立填写或协助填写。共发放问卷210份,有效问卷206份,有效率98%。

1.3 统计学方法 采用SPSS 17.0 进行统计分析,一般资料及各项目得分用描述性统计分析,三者的关系用Spearman秩相关分析及多元线性回归分析,检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 人口学特征及疾病相关情况 病人的平均年龄为(54.6 $\pm$ 13.2)岁,其他情况见表1。

表1 人口学特征及疾病相关情况

项目	例数	百分比/%	项目	例数	百分比/%
性别			居住状况		
男	117	56.8	独居	20	9.7
女	89	43.2	非独居	186	90.3
职业			家庭月收入/元		
工人	36	17.5	<2 000	85	41.3
农民	93	45.1	2 000~5 000	92	44.6
其他	53	25.7	>5 000	29	14.1
无业或退休	24	11.7	疾病类型		
受教育程度			呼吸系统	52	25.2
小学	96	46.6	消化系统	81	39.3
中学及高中	93	45.1	血液系统	28	13.6
本科及以上	17	8.3	其他	45	21.9

2.2 疾病感知、自我效能及生活质量状况 疾病感知总分为(46.89 $\pm$ 10.73)分,第9条目,病人认为自身所患疾病的前3位原因,主要为饮食、情绪、环境,其他条目状况见表2。自我效能总分为(23.51 $\pm$ 6.60)分;生活质量总分为(58.39 $\pm$ 15.66)分。

表2 癌症化疗病人疾病感知状况

项目	得分/ M(P25,P75)	分度/例(%)		
		轻度	中度	重度
后果	8.5(5.0,10.0)	20(9.71)	48(23.30)	138(66.99)
病程	7.0(5.0,9.0)	26(12.62)	71(34.47)	109(52.91)
个人控制	5.0(3.0,7.0)	70(33.98)	77(37.38)	59(28.64)
治疗控制	8.0(5.0,9.0)	14(6.80)	56(27.18)	136(66.02)
症状识别	5.0(3.0,7.0)	57(27.67)	75(36.41)	74(35.92)
关注	10.0(8.0,10.0)	10(4.85)	24(11.65)	172(83.50)
疾病一致性	6.0(3.0,8.0)	60(29.13)	53(25.73)	93(45.14)
情绪描绘	6.0(4.0,8.0)	51(24.76)	56(27.18)	99(48.06)

2.3 疾病感知、自我效能及生活质量的相关性 除关注外,疾病感知总分及其余各条目均与自我效能、生活质量呈负相关($r = -0.59 \sim -0.14, P < 0.01$ 或 $P < 0.05$),见表3。自我效能与生活质量呈正相关($r = 0.45, P < 0.001$)。

表3 癌症化疗病人疾病感知、自我效能与生活质量的相关性

项目	自我效能总分		生活质量总分	
	r 值	P 值	r 值	P 值
疾病感知总分	-0.42	<0.001	-0.59	<0.001
后果	-0.21	0.003	-0.31	<0.001
病程	-0.19	0.009	-0.25	<0.001
个人控制	-0.43	<0.001	-0.34	<0.001
治疗控制	-0.17	0.019	-0.27	<0.001
症状识别	-0.14	0.043	-0.35	<0.001
关注	0.099	0.165	0.063	0.375
疾病一致性	-0.35	<0.001	-0.32	<0.001
情绪描绘	-0.23	0.001	-0.53	<0.001

2.4 以生活质量总分为因变量的多元线性回归分析 以生活质量为因变量,以所有人口学及疾病相关信息为控制变量,以疾病感知、自我效能为自变量,进行多元线性回归分析,结果显示疾病感知对生活质量起负向预测作用($\beta = -0.68, P < 0.001$),自我效能对生活质量起正向预测作用($\beta = 0.55, P < 0.001$),该模型能够解释总变异的43.6%,见表4。

表4 以生活质量总分为因变量的多元线性回归分析

自变量	β	SE	t 值	P 值	标准化 β 值	95% 可信区间	
						下限	上限
疾病感知总分	-0.68	0.09	-7.29	<0.001	-0.47	-0.87	-0.50
自我效能总分	0.55	0.15	3.83	<0.001	0.23	0.27	0.84
目前居住状况	6.70	3.18	2.11	0.036	0.13	0.44	13.0
受教育程度							
中学及高中	2.11	2.1	1.0	0.306	0.07	-1.94	6.17
本科及以上	11.0	4.0	2.7	0.007	0.19	3.09	19.00
疾病类型							
消化系统	-4.80	2.43	-1.97	0.049	-0.15	-9.59	0.00
血液系统	-1.90	2.84	-0.67	0.505	-0.05	-7.51	3.71
其他	3.67	3.13	1.18	0.241	0.08	-2.49	9.85

注:赋值情况,目前居住状况(独居=0,非独居=1);受教育程度(小学=0,中学及高中=1,本科及以上=2);疾病类型(呼吸系统=0,消化系统=1,血液系统=2,其他=3); $R^2=0.493$, $R^2_{adj}=0.436$ 。

3 讨论

本研究结果显示,癌症化疗病人的疾病感知得分高于 Pesut 等^[9]对肺结核病人的研究,表明癌症化疗病人具有相对较高的负性感知。且结果表明疾病感知各条目得分不均衡,以关注条目得分最高,症状识别和个人控制条目得分最低。83.50%的病人对疾病非常关心,但仅45.14%的病人对疾病有清晰的认知,72.33%的病人自我感觉到中、重度症状,但仅有28.64%的病人认为自己能够很好的控制,表明即使现在健康教育已普及,但是执行率可能不够,病人对疾病相关信息及自我管理应对技能仍然存在较大的未满足需求。另外,虽然66.02%的病人认为接受治疗对疾病的帮助很大,但仍有66.99%的病人认为疾病对其生活造成了重要影响。接受治疗一定程度上能缓解疾病相关的不适症状,但由于疾病的持续存在,身体耐受力下降,病人的生活仍然受到较大影响。52.91%的病人认为疾病的时间线会很长,且对48.06%的病人情绪有很大影响,癌症疾病本身的长久性及多疗程的化疗使得病人认为康复遥遥无期,易产生抑郁、焦虑、沮丧等负性情绪。另外病人认为饮食、情绪、环境是导致自己患病的主要原因。以上结果都提示医护人员后续应增加对此类病人疾病感知的关注,切实落实健康知识教育与心理护理,另外应加强对病人的饮食、情绪、环境等共性因素的干预。

结果也显示除关注外,疾病感知总分及其余各条目均与生活质量呈负相关,且对生活质量起负向预测作用,与 Husson 等^[10]研究一致。疾病感知作为心理与疾病互动关系中一个关键的因素,它可以

影响病人心理状态又决定其自我调节水平,积极的疾病感知不仅利于预防保健意识的增强,还能促进遵医行为,提高自我管理水平,从而改善病人的长期生活质量。本研究中关注条目不相关的原因,可能是不同人群对疾病的关注不同,有的病人很重视自身的疾病状况,并根据疾病的变化及时对自己的生活及行为做出调整,而有的病人则认为越关注疾病,看得越重,效果反而会适得其反。

另外自我效能与生活质量呈正相关,且对生活质量起正向预测作用。即癌症化疗病人的自我效能越高,其生活质量越好。Walker 等^[11]通过对糖尿病病人的研究也发现,高自我效能与血糖控制、规律服药、自我照顾行为以及生活质量有关,并起促进作用。研究人员将自我效能理论应用到癌症病人的治疗护理中,通过自我效能干预,促进了病人认知和行为改变^[12]。这也提示以后在临床护理中实施以自我效能理论引导下设计的自我效能训练,如认知行为干预、自我管理教育干预等,从而提高病人的生活质量。

同时结果显示,疾病感知与自我效能呈负相关,表明病人负性感知越少,越有利于自我效能的提高,而较高的自我效能又能激励病人主动寻求更多的医疗资源及信息,从而提高对疾病的正性感知。有研究表明,在特定的状况下,病人掌握疾病症状的发生,并运用技巧成功的应对,在某种程度上可以决定其自我效能水平的高低^[13]。这也提示医护人员应注意疾病感知与自我效能的相互联系,潜在整合两因素,从而更好地评估病人的生理心理状况,提供更有效个体化的护理。

疾病感知在病人的健康结局中扮演着非常重要的角色,如 Petrie 等^[14]提出,与病人的临床状态和疾病严重程度相比,其临床结局往往与疾病感知的关系更密切,对疾病感知的评估应该要作为目前临床常规护理的一部分^[15]。但本研究显示癌症化疗病人具有相对较高的负性感知,且影响着自我效能及生活质量。这提示医护人员及后续研究应该要加强对癌症化疗病人疾病感知的评估,并致力于促进负性感知向正性感知的转变,可先通过质性研究从病人的角度了解其感知及需求后,提供针对性的疾病感知干预措施,如激发式访谈技术、认知行为技术以及家庭治疗技术,通过干预促进病人正性感知的形成,提高自我效能,最终改善其生活质量。

参考文献

- [1] 黄孟芹,孔凡良,胡丽霞,等. 醋酸甲地孕酮在消化道肿瘤患者化疗中的应用观察[J]. 安徽医药,2016,20(9):1747-1749.
- [2] WANG SY, HSU SH, GROSS CP, et al. Association between Time since Cancer Diagnosis and Health-Related Quality of Life: A Population-Level Analysis[J]. Value Health, 2016, 19(5):631-638.
- [3] GRECO A, STECA P, POZZI R, et al. Predicting depression from illness severity in cardiovascular disease patients: self-efficacy beliefs, illness perception, and perceived social support as mediators[J]. Int J Behav Med, 2014, 21(2):221-229.
- [4] 金梅,王维利,丁金霞. 胃癌化疗期患者心理困扰和疾病感知与希望水平的关系[J]. 广东医学,2015,36(3):447-450.
- [5] 孙胜男. 糖尿病患者自我管理现状及影响因素的研究[D]. 北京:中国协和医科大学,2010.
- [6] NG TS. Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ) [J]. J Physiother, 2012, 58(3):202.
- [7] LUSZCZYNSKA A, SCHOLZ U, SCHWARZER R. The general self-efficacy scale: multicultural validation studies[J]. J Psychol, 2005, 139(5):439-457.
- [8] CELLA DF, TULSKY DS, GRAY G, et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure[J]. J Clin Oncol, 1993, 11(3):570-579.
- [9] PESUT DP, BURSUC BN, BULAJIC MV, et al. Illness perception in tuberculosis by implementation of the Brief Illness Perception Questionnaire-a TBNET study[J]. Springerplus, 2014, 8(3):664.
- [10] HUSSON O, THONG MS, MOLS F, et al. Illness perceptions in cancer survivors: what is the role of information provision[J]. Psychooncology, 2013, 22(3):490-498.
- [11] WALKER RJ, SMALLS BL, HERNANDEZ-TEJADA MA, et al. Effect of diabetes self-efficacy on glycemic control, medication adherence, self-care behaviors, and quality of life in a predominantly low-income, minority population[J]. Ethn Dis, 2014, 24(3):349-355.
- [12] 冯会玲,孙田杰. 自我效能理论在癌症病人中的应用现状[J]. 护理研究, 2012, 26(3):193-195.
- [13] BANDURA A. Self-efficacy: the exercise of control [M]. New York: Freeman, 1997.
- [14] PETRIE KJ, WEINMAN J. Why illness perceptions matter [J]. Clin Med (Lond), 2006, 6(6):536-539.
- [15] PESUT D, RASKOVIC S, TOMIC-SPIRIC V, et al. Gender differences revealed by the Brief Illness Perception Questionnaire in allergic rhinitis[J]. The Clinical Respiratory Journal, 2014, 8(3):364-368.

(收稿日期:2016-12-22,修回日期:2017-03-19)

欢迎订阅《安徽医药》

《安徽医药》是由安徽省食品药品监督管理局主管,安徽省药学会主办的综合性学术期刊。本刊是中国科技论文统计源期刊(中国科技核心期刊)、中国核心期刊(遴选)数据库期刊、中国学术期刊综合评价数据库统计源期刊,并被中国期刊网、中国学术期刊光盘版、万方数据库、中文科技期刊数据库、中文生物医学期刊文献数据库、美国化学文摘收录。主要栏目有综述、药学研究、药物分析、临床医学、药物与临床、医院药学、药品不良反应等。内容丰富,编辑规范,排印精致。读者对象为全国各地医院、药监系

统、药品生产经营单位、医药类大专院校、科研机构 and 有关单位。

本刊为月刊,大 16 开,194 页,国内统一刊号 CN 34-1229/R,国际标准刊号 ISSN 1009-6469。国内外公开发行,邮发代号 26-175,每期定价 15 元,全年 180 元。欢迎在全国各地邮局订阅,也可直接到本编辑部订阅。

地址:安徽省合肥市包河区乌鲁木齐路 15 号,安徽省食品药品检验研究院内安徽医药编辑部。邮编:230051,电话:0551-64672615,网址:www.ahyyzz.cn。