

综 述

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2018.19.019

近十年癌性抑郁相关危险因素研究现状

燕晓茹^{1,2}, 陈恂², 张培彤^{1*}

(1. 中国中医科学院广安门医院, 北京市西城区广安门内大街北线阁 5 号, 100053; 2. 北京中医药大学)

摘要 综合分析近十年关于癌性抑郁相关危险因素的文献, 因癌症病种、样本、诊断标准存在差异, 国内癌性抑郁的发病率为 17.5% ~ 95.3%, 国外为 12.5% ~ 33.4%。在多种因素中, 癌性抑郁与治疗方式和疼痛明确相关, 具体为慢性疼痛、化疗以及未接受手术为癌性抑郁的危险因素; 而癌性抑郁与性别、年龄、经济状况、婚姻状况、文化程度、临床分期、肿瘤类型、职业状况、医保类型、知情方式、居住地、病程、KPS 评分等多种因素的关系目前尚无确切结论。

关键词 肿瘤相关性抑郁; 危险因素; 疼痛

虽然现代诊断与医疗技术飞速发展, 但恶性肿瘤的治愈率仍不容乐观。一般癌症起病隐匿, 早期不易被察觉, 当出现明显症状时已为晚期, 而晚期癌症一旦确诊, 便意味着患者要接受手术、化疗、放疗、靶向等多种治疗方案, 这些治疗手段又可能会导致人体外表的畸形、机体的某些功能缺失以及多种不良反应。此外, 在接受治疗的同时高额的费用也大大增加了患者的压力。以上原因可导致癌症患者出现紧张、焦虑、恐惧、抑郁等不良情绪, 而合并抑郁时患者会出现心情低落、悲观消极, 不配合或不愿意接受治疗, 甚至会直接选择死亡。有研究报道, 癌性抑郁会损伤免疫系统功能, 且抑郁的严重程度与细胞免疫呈负相关^[1], 而当机体的抗肿瘤免疫应答受到抑制时会导致肿瘤细胞的快速增殖, 进一步加重原发肿瘤。抑郁与恶性肿瘤相互促进, 彼此互为因果。基于此, 及时诊断和治疗癌性抑郁尤为必要, 及早地干预高危人群则会减少癌性抑郁的发生。

1 癌性抑郁的发病率统计

国内外有关癌性抑郁的调查分析类文献较多, 由于各文献所使用的癌性抑郁的诊断标准不一, 癌症病种、样本数量等不同, 调查结果也存在差异, 甚至相差很大。如以抑郁自评量表 (SDS) 对接受

放、化疗的胃肠道恶性肿瘤患者进行抑郁筛查, 发现 SDS 阳性率为 17.5%^[2]。使用医院焦虑抑郁量表 (HADS) 对泌尿系恶性肿瘤患者进行调查, 结果 18.1% 的患者被诊断为抑郁状态^[3]。《简明国际神经精神访谈》(MINI) 可以用于抑郁诊断, 采用该量表检测恶性肿瘤住院患者后发现, 该患者群抑郁障碍的阳性率为 22.0%^[4]。当以汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 为抑郁判定工具时, 骨恶性肿瘤患者抑郁发生率为 42.22%^[5]。使用贝克抑郁量表 (BDI) 进行抑郁调查则发现, 44.2% 的恶性肿瘤伴有抑郁, 其中轻度抑郁占 26.2%, 中度抑郁为 14.6%, 重度抑郁为 3.3%^[6]。而针对老年恶性肿瘤患者相应地选择老年抑郁量表 (GDS) 为诊断标准时, 癌性抑郁发生率可高达 80.87%, 其中轻度抑郁占 49.73%, 中重度占 31.14%^[7]。

不同癌症病种所导致的结果差异也很大。如均采用 SDS 量表进行抑郁筛查, 当以宫颈癌术后患者为试验对象时, 结果显示, 抑郁发生率为 23%, 其中中重度抑郁发生率为 6.1%^[8]; 以消化道恶性肿瘤患者为研究对象时, 40.4% 的患者伴有抑郁, 其中 68.6% 的患者为轻度抑郁, 29.4% 的患者为中度抑郁, 2% 的患者为重度抑郁^[9]; 当以血液肿瘤患者、脑恶性肿瘤患者为研究对象时, 抑郁发病率又分别为 34.9%^[10]、44.83%^[11]。不分病种, 仅以住院癌症患者为对象的调查则发现, 高达 74.9% 的患者伴有抑郁状态, 其中轻度抑郁占

基金项目: 国家自然科学基金 (81673797)

* 通讯作者: zhangpeitong@sohu.com

47.1%，中度抑郁占 20.8%，重度抑郁占 7.0%^[12]。选定 HADS 为抑郁量表，当研究对象为脑肿瘤患者时，抑郁检出率为 30.24%，同时患者感受的压力越大，出现抑郁的可能性就越大^[13]；以接受化疗的骨肿瘤患者为对象，抑郁检出率为 31.19%^[14]。同样使用 HADS 对不限病种的癌症患者进行调查，其癌性抑郁发生率为 28%^[15]，而对采取主动监测的前列腺癌患者其抑郁检出率则为 12.5%^[16]。此外，选用 DSM-IV 临床定式访谈联合 HADS 对癌症患者进行长达 24 个月的跟踪调查，结果显示，抑郁比例为 33.4%；伴有心理障碍的患者生存期比单纯癌症的患者少约 2.24 个月或 67 天^[17]。当以 BDI 为量表时，发现 95.3% 的晚期恶性肿瘤患者存在明显的抑郁症状，其中轻度抑郁占 4.7%，中度抑郁为 21.1%，重度抑郁为 74.2%^[18]。

综上，国内肿瘤患者伴有抑郁状态的发病率范围为 17.5%~95.3%，国外为 12.5%~33.4%。

2 癌性抑郁发生的相关因素

2.1 一般情况中的相关因素

2.1.1 性别 有关性别与癌性抑郁发生率的研究结论并不一致。目前主要有两种，一种为癌性抑郁发生率与性别无关，一种为女性癌症患者的抑郁发生率要高于男性。以恶性肿瘤患者^[19-24]为研究对象或限定为社区肿瘤患者^[25]、接受化疗的消化道肿瘤患者^[26]、肾恶性肿瘤患者^[27]、盆腔恶性肿瘤患者^[28]以及消化系统肿瘤患者^[29]的研究均表明，恶性肿瘤相关性抑郁的发病率与性别并无相关性。但另有同样以恶性肿瘤患者^[30-33]为研究对象或限定为接受放疗加化疗后的中晚期癌症患者^[34]、胃肠恶性肿瘤^[35]、老年恶性肿瘤^[36]以及胸部恶性肿瘤术后患者^[37]的研究则显示，女性患者抑郁发病率显著高于男性。值得注意的是，一项以血液肿瘤患者为试验对象的研究则显示，男性的 SDS 标准分要高于女性，两者比较差异有统计学意义^[38]。

2.1.2 年龄 以泌尿系恶性肿瘤^[3]、社区恶性肿瘤^[25]、接受化疗的消化道恶性肿瘤^[26]、肾恶性肿瘤^[27]、妇科恶性肿瘤^[28]、中晚期癌症放疗加化疗后^[34]、老年恶性肿瘤^[36]、胸部恶性肿瘤术后^[37]、卵巢恶性肿瘤^[39]、乳腺癌术后^[40]患者为研究对象的调查发现，癌性抑郁与年龄无明确相关性，其他类似研究^[19-20,22-24,31-32]也得出同样的结论。但另有系列研究发现，伴有抑郁的恶性肿瘤住院患者中，年龄在 18~59 岁的患者抑郁阳性率要高于 60

岁以上患者，两者比较差异有统计学意义^[4]；以恶性肿瘤患者为研究对象，发现年龄因素与肿瘤抑郁发生密切相关，40 岁以下的发生率明显高于 40 岁以上^[41]；小于 55 岁的妇科恶性肿瘤患者抑郁发生率亦明显高于 55 岁以上者^[42]。还有部分研究显示出与以上研究相反的结果，即认为高龄癌症患者更容易出现抑郁。研究发现，年龄 ≥ 45 岁是宫颈癌患者发生抑郁的危险因素^[43]；恶性肿瘤抑郁发生率与年龄相关，具体为 60 岁以上高于 60 岁以下^[44]；高龄盆腔恶性肿瘤患者抑郁发生率更高^[45]；化疗后老年消化系统恶性肿瘤患者更易出现抑郁症状^[46]。

2.1.3 经济状况 绝大多数研究表明，恶性肿瘤患者抑郁发生率与家庭经济状况呈负相关^[22-23,30-32]，对具体疾病如宫颈癌术后^[43]、胃肠恶性肿瘤^[35]、妇科恶性肿瘤^[44-45]的调查也得出相同结论。恶性肿瘤病情凶险，现有的治疗方式费用都较高，家庭收入越低的患者感受到的压力就越大，因此，更容易出现抑郁症状。也有研究得出不同结论，如对社区肿瘤患者的调查显示其抑郁发生率与家庭经济收入无关^[25]；以放疗加化疗后的中晚期癌症患者为试验对象，发现月收入并非其抑郁的相关危险因素^[34]。

2.1.4 婚姻状况 已有研究证实，婚姻关系和谐的癌症患者发生抑郁的可能性更小，未婚或离异的中晚期癌症患者放疗加化疗后抑郁检出率明显高于在婚状态的患者^[34]；具体疾病方面，已经离婚和家庭关系不和谐的卵巢肿瘤患者^[39]、婚姻不和谐的胃肠恶性肿瘤患者^[35]、离异或丧偶的妇科恶性肿瘤患者^[44]发生抑郁的概率更高，更容易出现抑郁症状。另有两项研究却显示，已婚的妇科恶性肿瘤患者抑郁发生率要高于未婚^[44]，而乳腺癌术后患者抑郁发生率与婚姻状况无明显相关性^[40]。

2.1.5 文化程度 关于文化程度与癌性抑郁之间的关系各研究结果也未取得共识。一类研究表明癌性抑郁的发生率与患者的文化程度呈负相关^[18,30-32]，如小学文化程度的肿瘤患者抑郁发生率高于初中^[19]，恶性肿瘤、盆腔恶性肿瘤、妇科恶性肿瘤患者中学及以下学历抑郁发生率高于中学及以上学历^[28,41-42]，具有高中及以下学历的癌症患者抑郁发生率大于大学及以上^[33]，而具有大学及以上文化水平的老年恶性肿瘤、妇科恶性肿瘤患者发生抑郁的检出率最低^[46]。另一类研究则取得与以上相反的结论，即认为肿瘤患者抑郁发生率与

文化程度呈正相关,如妇科恶性肿瘤患者抑郁发生率与文化程度呈正相关^[6],中学文化程度的胸部恶性肿瘤术后抑郁发病率明显低于大学组^[7]。还有一类研究显示,文化程度对癌性抑郁的发生率无明显影响^[6,20,23-24],如对泌尿系恶性肿瘤患者^[25]、卵巢肿瘤患者^[26]、乳腺癌术后患者^[40]、放疗加化疗后的中晚期癌症患者^[24]进行的调查均显示这一结果。

2.1.6 职业状况 职业状况对恶性肿瘤患者发生抑郁的影响目前有三类结论,一类研究显示,癌性抑郁发生率与是否工作无关^[22-23,25],另一类发现在职的胃肠道恶性肿瘤患者更易产生抑郁^[3],还有一类则是在职的乳腺癌术后患者抑郁发生率更低^[40]。

2.2 疾病情况中的相关因素

2.2.1 肿瘤分期 以盆腔恶性肿瘤患者^[28]、胃肠道恶性肿瘤患者^[3]、卵巢癌患者^[26]、乳腺癌术后患者^[40]、妇科恶性肿瘤患者^[46]、胰腺癌患者^[7]、社区肿瘤患者^[25]或未限病种的恶性肿瘤患者^[4,21,23,33,41]为癌性抑郁研究对象的观察均得出,晚期恶性肿瘤患者抑郁发生率明显高于其他临床分期。但也有个别研究提出,化疗期间的消化道肿瘤患者 SDS 得分与肿瘤分期无明显相关性^[24]。

2.2.2 治疗方式 研究显示,化疗和无手术机会为癌性抑郁的相关因素^[22,29,47-48],而接受姑息治疗的患者其抑郁发生率还要高于接受化疗或放疗的患者^[4]。有研究进一步分析恶性肿瘤患者出现抑郁的概率与化疗方案数量的关系,结果接受过 2 种以上化疗方案的患者更易出现抑郁症状^[41]。关于手术治疗方面,接受胸腔镜手术的胸部恶性肿瘤患者抑郁发生率要明显低于传统开胸手术^[37],而妇科恶性肿瘤患者术后和术前的抑郁发生率分别为 16.67% 和 51.85%,术后明显低于术前^[49]。

2.2.3 肿瘤类型 多数研究表明,恶性肿瘤患者发生抑郁的几率与肿瘤类型无明显相关性^[19,21,25,32,44],仅有一项研究^[20]对恶性肿瘤患者进行抑郁调查后发现血液肿瘤患者比实体肿瘤患者更容易出现抑郁状态。

2.2.4 疼痛 关于疼痛与癌性抑郁的相关性各研究结论一致,均认为疼痛是一项独立的危险因素。如以宫颈癌术后患者^[8]、社区肿瘤患者^[25]、盆腔恶性肿瘤患者^[28]或未限病种的癌症患者^[21,31,33,41]为研究对象的试验均发现,癌症伴发疼痛的患者更容易出现抑郁症状。

2.2.5 病程 目前病程对癌性抑郁的影响并无定论,有研究认为,其发生率与病程呈明显正相关^[6],病程 ≥ 6 个月的妇科恶性肿瘤患者抑郁发生率高于病程 6 个月以下患者^[42];还有研究提出恶性肿瘤病程 ≤ 1.5 年才是癌性抑郁的危险因素^[4];而以乳腺癌术后患者^[40]、放疗加化疗后中晚期癌症患者^[34]或不同病种癌症患者^[31]为试验对象的研究却认为病程长短与癌性抑郁无相关性。

2.3 其他情况中的相关因素

2.3.1 医保类型 医保类型也是癌性抑郁的相关因素之一。以肾肿瘤患者^[27]、盆腔恶性肿瘤患者^[28]、胃肠道恶性肿瘤患者^[3]、胸部恶性肿瘤术后患者^[37]为试验对象的研究均显示,自费患者的抑郁发生率明显高于医保患者,而以新农合方式付费的妇科恶性肿瘤患者抑郁发生率甚至要高于医保和自费方式^[44]。但也有个别研究得出结论,认为住院费用的支付方式与老年癌症患者的抑郁发生率无关^[5]。

2.3.2 知情情况、居住地和 KPS 评分 关于知情情况、居住地和 KPS 评分对癌性抑郁的影响均有不同甚至相反的结论出现,如有研究表明,了解病情的恶性肿瘤患者抑郁发生率更高^[33,41],而其他研究则显示,完全知情的癌症患者抑郁发生率较低^[32];一些研究^[20,32-33,41]显示,居住地与癌性抑郁无关,也有研究^[22,44]表明,居住在乡镇的癌症患者比城市患者更容易出现抑郁症状;多数研究^[25,33,41]结果提示,癌症患者 KPS 评分越低,其抑郁发生率越低,而一项以盆腔恶性肿瘤患者为试验对象的研究却显示,癌性抑郁发生率与 KPS 评分无关^[28]。

3 讨论

上述文献资料显示癌性抑郁与治疗方式和疼痛明确有关,具体为慢性疼痛、化疗以及无手术治疗机会为癌性抑郁的危险因素。根据该结果我们认为,癌性抑郁在一定程度上是可以减轻甚至是可以预防的。具体建议:在临床上,医护人员应按照国家医学三阶梯止痛原则联合中医疗法积极控制患者出现的疼痛症状;对于化疗前的患者,应详细介绍化疗的毒副作用、日常生活调护并给予其鼓励和积极的暗示以增强患者的信心,化疗期间应关注各种不良反应并及时采取相应治疗措施;对于无手术机会的患者,应积极使用放疗、化疗等治疗手段增加手术几率。在进行相关研究的过程中,发现癌症患

者伴发抑郁的情况比较常见,特别是肺癌患者。医护人员应密切关注癌症患者的情绪变化,及时进行心理疏导,必要时应对医者进行专业的培训,以尽早识别焦虑、抑郁等常见不良情绪进而尽早干预。除此之外,家庭和社会的支持也非常重要,家庭成员的鼓励和关心以及尽早恢复轻、中度的社会工作往往会起到决定性的作用。

根据目前文献,性别、年龄、经济状况、婚姻状况、文化程度、临床分期、肿瘤类型、职业状况、医保类型、知情方式、居住地、病程、KPS 评分等因素与癌性抑郁的相关性暂无统一结论,无法确切指导临床。除了地区及病种等不可改变因素不同外,评定抑郁状态的量表不统一也是无法统一认识的主要原因。常用于诊断单纯抑郁状态的量表为 HAMD、SDS、HADS、BDI 等。因抑郁情绪除了表现为心情低落、悲观失望等以外也会导致一些诸如失眠、乏力、纳呆、便秘等症状,故大部分量表的评定项目里有躯体症状的部分,即躯体症状的存在对诊断抑郁有一定的贡献值。癌症患者所表现的不同程度的失眠、乏力、纳呆、便秘等症状多是由于治疗的副作用或治疗时间较长影响其睡眠及进食而引起,此种情况下,躯体症状与抑郁情绪是无因果关系的。而在进行癌性抑郁研究时,研究者常会选用包含躯体症状量表作为评定标准,这样就会使癌性抑郁发病率高于实际发病率,那些无抑郁情绪的癌症患者可能会因为中、重度的躯体症状而直接判定为癌性抑郁,造成结果的偏差。在这些常用量表中,HADS 各项条目的设定主要是考察患者的主观感受,侧重于患者的情绪反应,使用此表可以减少客观症状对癌性抑郁诊断的影响,因此,我们推荐在进行癌性抑郁的研究时,以 HADS 为评定量表。此外,目前限定为单一病种的癌性抑郁的研究还比较有限,无法进行进一步分析,故今后应鼓励开展此类研究,总结出不同癌种甚至不同地区的某一癌种的抑郁危险因素,为癌性抑郁个性化的预防与治疗提供依据。

参考文献

- [1] 张明娟,左彩凤,柴林强,等. 细胞免疫功能与肿瘤后抑郁程度的相关性研究 [J]. 中国卫生产业, 2013, 10 (20): 144-145.
- [2] 魏立君. 胃肠道恶性肿瘤患者焦虑抑郁状态及其影响因素 [J]. 现代肿瘤医学, 2015, 23 (19): 2802-2804.
- [3] 徐明. 术前焦虑、抑郁和社会支持对泌尿系恶性肿瘤患者生活质量的影响 [J]. 合肥: 安徽医科大学, 2016: 12-48.
- [4] 宗玲,景举珍,曲鸿儒,等. 住院恶性肿瘤患者抑郁障碍的临床特征分析 [J]. 中国临床新医学, 2016, 9 (8): 692-696.
- [5] 翟文霞,孙晶. 骨科恶性肿瘤患者应对方式与抑郁的相关性研究 [J]. 吉林医学, 2014, 35 (16): 3616-3617.
- [6] 丁娜,胡成文,陶艳,等. 恶性肿瘤患者死亡焦虑与焦虑、抑郁的相关性研究 [J]. 医学与哲学(B), 2015, 36 (9): 78-81.
- [7] 吴琳娜,李芸,廖再波. 老年恶性肿瘤患者抑郁状况的调查及护理对策 [J]. 华西医学, 2010, 25 (11): 1981-1983.
- [8] 孙淑娟. 宫颈癌患者术后抑郁和焦虑情绪发生率及影响因素分析 [J]. 长沙: 中南大学, 2013: 8-25.
- [9] 赵志芹. 常见消化道恶性肿瘤相关焦虑、抑郁的危险因素研究 [J]. 石家庄: 河北医科大学, 2016: 13-27.
- [10] 刘德斌,张奕加,朱雄鹏,等. 血液肿瘤患者的焦虑抑郁状况调查分析 [J]. 福建医药杂志, 2013, 35 (3): 140-142.
- [11] 齐红,王秀华. 脑肿瘤患者生命质量与抑郁的调查分析 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2013, 16 (15): 40-41.
- [12] 饶翮,韩敏,刘薇,等. 武汉市 458 例住院癌症患者抑郁情绪现状及其影响因素分析 [J]. 中国临床护理, 2016, 8 (6): 544-547.
- [13] 包义君,陶山伟,刘琰,等. 脑肿瘤患者焦虑抑郁状况调查 [J]. 中国公共卫生, 2016, 32 (5): 694-696.
- [14] 王红乔,马燕兰,李旭. 骨肿瘤患者化疗期间焦虑、抑郁情绪与应对方式的调查研究 [J]. 中国医药导报, 2014, 11 (5): 112-115.
- [15] THAPA P, RAWAL N, BISTA Y. A study of depression and anxiety in cancer patients [J]. Nepal Med Coll J, 2010, 12 (3): 171-175.
- [16] WATTS S, LEYDON G, EYLES C, et al. A quantitative analysis of the prevalence of clinical depression and anxiety in patients with prostate cancer undergoing active surveillance [J]. BMJ Open, 2015, 5 (5): e006674.
- [17] CHAN CMH, WAN AHMAD WA, YUSOF MM, et al. Effects of depression and anxiety on mortality in a mixed cancer group: a longitudinal approach using standardised diagnostic interviews [J]. Psychooncology, 2015, 24 (6): 718-725.
- [18] 叶梅,冯正直,刘可愚,等. 晚期恶性肿瘤患者发生抑郁的相关因素研究 [J]. 临床肿瘤学杂志, 2013, 18 (4): 357-360.
- [19] 彭娟,周录娇,周航,等. 100 例肿瘤患者的抑郁焦虑情绪调查分析 [J]. 重庆医学, 2015, 44 (14): 1949-1950.
- [20] 马艳梅,朱青山,温文斌,等. 恶性肿瘤患者焦虑、抑郁状况调查及影响因素分析 [J]. 长治医学院学报, 2016, 30 (5): 354-357.
- [21] 李强,苏艳玲,任为国,等. 恶性肿瘤患者抑郁发生的相关因素分析 [J]. 当代医学, 2014, 20 (20): 18-19.

- [2] 钟云辉,赵娟,胡明双,等. 恶性肿瘤住院患者伴发抑郁情绪相关因素调查 [J]. 赣南医学院学报,2014,34(2):250-253.
- [3] 叶海霞,李苑银,黄卫国. 恶性肿瘤患者抑郁焦虑分析与护理干预 [J]. 当代护士(学术版),2008(11):1-3.
- [4] 阿丽亚·阿不都卡德尔. 癌症患者心理状况及生活质量的临床调查分析 [D]. 乌鲁木齐:新疆医科大学,2015:10-13.
- [5] 周建红,王建芳,何保伦,等. 社区肿瘤患者抑郁状况及影响因素研究 [J]. 中国慢性病预防与控制,2009,17(5):519-521.
- [6] 徐力. 抑郁及焦虑情绪对消化道肿瘤患者接受化疗中消化道反应的影响观察 [J]. 杭州:浙江大学,2015:5-8.
- [7] 卢冠军,韩利忠,陈福宝,等. 肾肿瘤患者抑郁状况及影响因素 [J]. 宁夏医科大学学报,2013,35(12):1369-1371.
- [8] 祁小丽,普拉提·努尔别克,杨杰. 盆腔恶性肿瘤患者抑郁、焦虑发生影响因素分析 [J]. 中国肿瘤,2016,25(11):915-918.
- [9] 张欣焱,付怡,杨桂彬. 化疗对消化系统肿瘤患者抑郁情绪的影响分析 [J]. 中华肿瘤防治杂志,2016,23(S2):196-197.
- [10] 李丽梅,李霞,谢鑫,等. 癌症患者的抑郁特征及相关因素研究 [J]. 宁夏医学杂志,2012,34(10):967-969.
- [11] 王苗苗. 不同病种癌症患者癌症抑郁共病的危险因素相关性研究 [J]. 西宁:青海大学,2016:4-8.
- [12] 李丹. 肿瘤相关抑郁、焦虑的发生及影响因素研究 [J]. 石家庄:河北医科大学,2015:11-22.
- [13] 杨甜,张欣平,吴敬波,等. 肿瘤相关性抑郁发生率及相关因素的临床调查 [J]. 四川生理科学杂志,2017,39(1):15-18.
- [14] 黄剑珠,甘爱华. 中晚期癌症患者放疗加化疗后抑郁状态调查及分析 [J]. 海峡药学,2013,25(8):148-150.
- [15] 胡全君. 胃肠恶性肿瘤手术患者抑郁、焦虑状况及其影响因素的研究 [J]. 青岛:青岛大学,2012:8-12.
- [16] 应文敏,胡可. 老年抑郁量表在老年恶性肿瘤患者中的抑郁筛查 [J]. 中国现代药物应用,2016,10(14):263-265.
- [17] 李国,王建利,陈武,等. 胸部恶性肿瘤手术患者焦虑抑郁状况及相关因素分析 [J]. 河北医药,2011,33(18):2767-2768.
- [18] 刘德斌,张奕加,朱雄鹏,等. 血液肿瘤患者的焦虑抑郁状况调查分析 [J]. 福建医药杂志,2013,35(3):140-142.
- [19] 薛杰韬,樊娟,冼小燕,等. 卵巢肿瘤患者焦虑抑郁情绪影响因素调查研究 [J]. 中国医药指南,2012,10(35):583-584.
- [20] 孔维靖. 乳腺癌术后患者伴抑郁倾向的相关因素分析及中医证候特点研究 [D]. 北京:北京中医药大学,2017:38-49.
- [41] 齐元富,李慧杰,孙海燕. 肿瘤相关性抑郁及其相关因素分析 [J]. 中国肿瘤,2013,22(2):98-101.
- [42] 蔡俐琼,王泽华,董卫红,等. 妇科恶性肿瘤患者焦虑、抑郁状况调查 [J]. 神经损伤与功能重建,2011,6(4):269-271.
- [43] 吴清,梁献秋,张玉宇. 宫颈癌患者认知情绪调节与焦虑、抑郁等不良心理护理分析 [J]. 齐齐哈尔医学院学报,2015,36(18):2763-2764.
- [44] 马志华. 某三甲医院妇科恶性肿瘤患者焦虑抑郁现状与相关因素分析 [J]. 长春:吉林大学,2017:9-22.
- [45] 李兰,刘东梅. 妇科恶性肿瘤患者抑郁情绪与应对方式的相关性分析 [J]. 济宁医学院学报,2015,38(4):298-299.
- [46] 祁小丽. 妇科恶性肿瘤相关性抑郁及其相关因素分析 [J]. 乌鲁木齐:新疆医科大学,2014.
- [47] 江舒曼. 胰腺癌相关抑郁的临床发病学调查及其与生存质量的关系 [D]. 广州:广州医学院,2011:11-13.
- [48] 张叶宁,李金江,汪艳,等. 北京市城六区癌症患者抑郁及自杀意念调查与相关因素分析 [J]. 医学与哲学(A),2016,37(8):46-49.
- [49] 杜娟,雷岸江. 妇科恶性肿瘤患者抑郁及焦虑状况分析 [J]. 西部医学,2014,26(5):675-677.

(收稿日期:2018-03-31;修回日期:2018-06-02)

编辑:崔京艳

医药商标 招商转让

鹊景佗邈珍[®] 岐黄芪[®]

五圣齐聚 悬壶济世
岐黄之术 妙手回春

诚挚寻求有志于打造中医药知名品牌的机构、平台及有识之士,招商合作或转让商标及创意,共创中医药事业美好明天。

商标类别:第5类医药类、第10类医疗器械、第35类医药销售、第44类医疗机构。

另“岐黄芪汉医馆”“岐黄芪本草堂”
“精诚本草堂”三个第44类,
“慰哥”第5类医药保健品商标转让。

联系人:钱起 18744572716(微电同步)