• 论著-研究报告 •

胃肠恶性肿瘤相关性抑郁影响因素及中医证型分析*

张洁¹ 李慧杰² 张钰哲¹ 巩晨晓¹ 赵若含¹ 李秀荣²

【摘要】 目的:分析胃肠恶性肿瘤相关性抑郁的发生情况、相关因素及中医证型的差异性,为临床辨证诊疗提供依据。**方法:**通过调查问卷形式收集胃肠恶性肿瘤患者的临床资料,采用抑郁自评量表(SDS)分析其肿瘤相关性抑郁的发生率、影响因素及中医证型的差异。**结果:**237例胃肠恶性肿瘤患者中抑郁发生率为57.81%,其中结直肠癌抑郁发生率为57.52%,胃癌抑郁发生率为58.06%,结直肠癌与胃癌肿瘤相关性抑郁发生率差异不明显,但胃癌抑郁程度明显高于结直肠癌($P<0.05$)。结直肠癌相关性抑郁发生与年龄、临床分期、既往治疗、不良反应、癌痛有无、知情与否、中医辨证分型有关($P<0.05$),而胃癌相关性抑郁发生与患病时间、临床分期、不良反应、知情与否、中医辨证分型有关($P<0.05$)。胃癌与结直肠癌均以肝郁脾虚、肝气郁结型最多,结直肠癌中心脾两虚型次之,胃癌中气滞血瘀型次之。**结论:**胃肠恶性肿瘤相关性抑郁发生率较高,结直肠癌与胃癌患者间抑郁程度、影响因素及中医证型存在差异,临床应对高危因素者予以关注,防止肿瘤相关性抑郁的发生。

【关键词】 胃肠恶性肿瘤;抑郁;影响因素;中医证型

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2022.02.04

【中图分类号】 R473.73 **【文献标志码】** A

Analysis on the influential factors of depression associated with gastrointestinal cancer in different parts and the difference of Traditional Chinese Medicine syndromes

ZHANG Jie¹ LI Huijie² ZHANG Yuzhe¹ GONG Chenxiao¹
ZHAO Ruohan¹ LI Xiurong²

(¹Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan, 250355, China; ²Department of Oncology, Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine)

Corresponding author: LI Xiurong, E-mail: lixr2000@126.com

Abstract Objective: To analyze the occurrence of gastrointestinal cancer-related depression, related factors, and the difference of Traditional Chinese Medicine(TCM) syndrome types, and provide evidence for clinical diagnosis and treatment. **Methods:** Clinical data of gastrointestinal malignant tumor patients were collected by questionnaire, and the incidence, influencing factors and TCM syndrome types of tumor-related depression were analyzed by Zung self-rating depression scale(SDS). **Results:** In terms of tumor-related depression, the incidence of depression in 237 patients with gastrointestinal cancer was 57.81%, including 57.52% in colorectal cancer and 58.06% in gastric cancer. There was no significant difference in the incidence of tumor-related depression between colorectal cancer and gastric cancer, but the degree of depression in gastric cancer was significantly higher than that in colorectal cancer($P<0.05$). Depression influence factors, colorectal cancer related to depression occur with age, clinical stage, always pain treatment, adverse events, whether, or not familiar with the situation, Chinese medicine dialectical classification about($P<0.05$), and correlation between depression and sick time, gastric cancer, adverse events, familiar with the clinical stage or not, Chinese medicine dialectical classification about($P<0.05$). In terms of TCM syndromes, in both gastric cancer and colorectal cancer, liver stagnation, spleen deficiency and liver qi stagnation were the most common. In colorectal cancer, the deficiency of heart and spleen took second place, and in gastric cancer, qi stagnation and blood stasis took second place. **Conclusion:** The incidence of depression related to the gastrointestinal malignant tumor is high, and there are differences in depression degree, influencing factors and TCM syndrome type between colorectal cancer and gastric cancer patients. Clinical attention should be paid to the high-risk factors to prevent and treat the occurrence of tumor-related depression.

*基金项目:山东省重点研发计划项目(No.:2017G006020)

¹山东中医药大学(济南,250355)

²山东中医药大学附属医院肿瘤科

通信作者:李秀荣,E-mail:lixr2000@126.com

Key words gastrointestinal malignancy; depression; influence factors; Traditional Chinese Medicine syndrome

在现代医学生物-心理-社会模式发展下,恶性肿瘤患者在疾病进程中不仅承受身体的不适,更需要承担巨大的精神压力^[1]。恶性肿瘤患者对治疗前景的茫然、对手术的恐惧、对预后的未知和受药物不良反应的折磨等,造成情绪紧张,易出现焦虑及抑郁状态,不良心理反应影响治疗结果^[2]。胃癌、肠癌是消化道肿瘤中常见的病种,近些年发病呈年轻化趋势,多与饮食不节、睡眠不足、生活节奏紊乱等因素有关,肿瘤相关抑郁、焦虑发病率较高,严重影响了患者的生活质量^[3]。笔者对2020年1月—12月就诊于山东中医药大学附属医院肿瘤科的260例胃肠恶性肿瘤患者进行问卷调查,了解胃肠恶性肿瘤的发病率、患者抑郁相关因素及中医证型的差异性,以期对肿瘤相关性抑郁的预防及治疗提供借鉴。

1 资料与方法

1.1 纳入标准及排除标准

纳入标准:①有明确病理学或细胞学诊断依据,确诊为胃或肠恶性肿瘤者;②单原发一种部位胃或肠恶性肿瘤者;③年龄18~75岁,男女不限;④自愿接受调查参与本研究者。

排除标准:①多原发消化道恶性肿瘤;②患其他严重躯体疾病者(如心脑血管病、高血压、糖尿病、脏器衰竭、甲状腺疾病等);③既往有精神病史或精神病倾向者及有明显智能障碍者;④近2周内服用过精神类药物或发生过重大应激事件;⑤有药物、酒精、毒品依赖者;⑥有脑转移或电解质紊乱者。

1.2 诊断标准

1.2.1 恶性肿瘤临床分期标准 依据2010年由国际抗癌联盟/美国癌症联合委员会(UICC/AJCC)制定的肿瘤TNM分期标准^[4]。

1.2.2 中医证型分型标准 参照《肿瘤相关抑郁状态中医诊疗专家共识》^[5]具体证型分类如下:①肝气郁结证:情志抑郁,急躁易怒,胸胁满闷,脘腹胀满,大便秘结,小便黄赤,舌暗红,苔薄黄,脉弦;②肝郁脾虚证:情志抑郁,胸胁胀痛,食欲不振,四肢倦怠,大便溏稀,舌胖大,苔白腻,脉弦细;③心脾两虚证:情志抑郁,心悸怔忡,倦怠乏力,大便溏,舌淡,苔薄白,脉细弱;④气滞血瘀证:情志抑郁,胸胁胀痛,痛有定处,口唇紫暗,舌紫暗或有瘀斑,脉弦;⑤痰湿阻滞证:情志抑郁,头身困重,口中黏腻,大便不爽或黏腻,舌苔白腻,脉滑;⑥其他:不符合上述症状者皆归于其他。

1.3 调查工具

临床调查表包括一般状况调查表和抑郁自评

量表(self-rating depression scale, SDS)2个部分。一般状况调查表包括患者个人基本信息、疾病信息及排除因素3个部分组成;SDS自评量表包含20条评价条件,每条有“很少”“有时”“大部分时间”“绝大多数时间”4种患者自评标准^[6],分别计1~4分。

1.4 调查方法

采用自评填表法,在征得患者本人的知情同意后,由患者根据近1周的真实情况在规范化培训医师的指导下自行填写,若患者不可自行填写,则口述后由患者家属进行填写。调查表的全部内容指定医师逐条解释和监督下完成,填写过程中医师未作出任何相关暗示。

1.5 调查对象

2020年1月—2021年12月就诊于山东中医药大学附属医院肿瘤科门诊及肿瘤科病房的经病理确诊的胃、肠恶性肿瘤患者。

1.6 评价标准

在SDS中有20条不同的项目,每条均有1~4分不同的分值,总分80分,将最终分数乘1.25即可得到标准分。① $50 \leq$ 标准分 < 60 :轻度抑郁;② $60 \leq$ 标准分 < 70 :中度抑郁;③标准分 ≥ 70 :重度抑郁^[7]。

1.7 统计学方法

运用SPSS 17.0对所得数据资料进行统计分析,首先对每个因素运用 χ^2 检验或者Pearson进行统计学分析,若 $P < 0.05$,则说明此因素差异有统计学意义,然后对所有有意义的因素进行二元logistic回归分析,若存在因素 $P < 0.05$,则说明此因素为影响抑郁的独立危险因素。

2 结果

2.1 胃、肠恶性肿瘤相关性抑郁发病率及抑郁程度

共发放调查问卷260份,收回255份,合格237份,合格率为93.0%。237例有效调查问卷中,137例抑郁评分 ≥ 50 分,总发病率为57.81%。113例结直肠癌患者中65例抑郁评分 ≥ 50 ,肿瘤相关性抑郁发生率为57.52%,其中30例为轻度抑郁、32例为中度抑郁、3例为重度抑郁;124例胃癌患者中72例抑郁评分 ≥ 50 ,肿瘤相关性抑郁发生率为58.06%,其中20例为轻度抑郁、40例为中度抑郁、12例为重度抑郁。由计数资料单因素显示,胃癌相关性抑郁程度明显高于结直肠癌($\chi^2 = 7.952$, $P < 0.05$)。

2.2 胃、肠恶性肿瘤抑郁发病相关性因素分析

2.2.1 结直肠癌相关性抑郁及相关因素分析 结

直肠癌患者计数资料中单因素显示,年龄、性别、医疗费用来源、临床分期、既往治疗、不良反应、癌痛有无、知情与否、中医分型与肿瘤相关性抑郁发病

相关($P < 0.05$),而患病时间、文化程度、家庭年收入、治疗时间与肿瘤相关性抑郁发病无关($P > 0.05$),见表 1。

表 1 结直肠癌相关性抑郁及相关因素分析

因素	例数	抑郁例数(%)	χ^2	P	因素	例数	抑郁例数(%)	χ^2	P
年龄/岁					既往治疗/种				
<60	69	30(43.5)	14.304	<0.001	1	18	12(66.7)	17.349	<0.001
≥60	44	35(79.5)			2	35	29(82.9)		
性别					≥3	60	24(40.0)		
男	60	27(45.0)	8.209	0.004	治疗时间/月				
女	53	38(71.7)			≤3	21	12(57.1)		
患病时间					>3~12	27	18(66.7)	1.285	0.526
2020 年以前	91	55(60.4)			>12	65	35(53.8)		
2020 年 1-6 月	12	6(50.0)	0.334	0.846	不良反应				
2020 年 7-12 月	10	4(40.0)			有	70	50(71.4)	14.599	<0.001
文化程度					无	43	15(34.9)		
小学及以下	9	6(66.7)	0.604	0.895	疼痛				
初中	20	12(60.0)			有	45	39(86.7)	25.996	<0.001
高中	37	21(56.8)			无	68	26(38.2)		
大学及以上	47	26(55.3)			知情				
家庭年收入/万					是	79	51(64.6)	5.318	0.021
≤2	12	9(75.0)			否	34	14(41.2)		
2~4	24	16(66.6)	5.610	0.061	中医证型				
≥4	77	40(51.9)			肝气郁结	21	16(76.2)		
医疗来源					肝郁脾虚	20	14(70.0)	12.287	0.031
医保	81	42(51.9)			心脾两虚	11	7(63.6)		
新农合	20	17(85.0)	6.050	0.049	气滞血瘀	12	7(58.3)		
自费	12	6(50.0)			痰湿阻滞	23	13(56.5)		
临床分期					其他	26	8(30.8)		
I	15	12(80.0)	8.175	0.043					
II	31	12(38.7)							
III	41	26(63.4)							
IV	26	15(57.7)							

2.2.2 胃癌相关性抑郁及相关因素分析 胃癌患者计数资料中单因素显示,患病时间、临床分期、治疗时间、不良反应、癌痛有无、知情与否、中医分型与肿瘤相关性抑郁发病相关($P < 0.05$),而年龄、性别、文化程度、家庭年收入、医疗费用来源、既往治疗与肿瘤相关性抑郁发病无关($P > 0.05$),见表 2。

2.3 胃、肠恶性肿瘤相关性抑郁多因素 logistic 回归分析结果

以 χ^2 检验或者 Pearson 筛选出差异有统计学意义的单因素为自变量,是否发生抑郁为因变量,分别进行多因素二元 logistic 回归分析,在 $\alpha = 0.05$ 水平为标准下,结直肠癌最终能进入多因素二元 logistic 回归模型的有 7 个,即年龄、临床分期、既往治疗、不良反应、癌痛有无、知情与否、中医

分型,此 7 个自变量为独立危险因素(表 3);胃癌最终能进入多因素二元 logistic 回归模型的有 5 个,即患病时间、临床分期、知情与否、不良反应、中医分型,此 5 个自变量为独立危险因素(表 4)。

3 讨论

恶性肿瘤是迄今为止医学界无法攻克的难题,其确诊、治疗不良反应及相关合并症的出现等,都会对患者的生理、心理造成不同程度影响,导致患者出现持续的情绪低落,称为肿瘤相关性抑郁^[8]。胃、肠恶性肿瘤在世界上的发病率与病死率持续升高,2018 年世界癌症研究机构提供的数据显示:世界癌症死亡率排名中,结直肠癌(6.1%)和胃癌(8.2%)分别居第 3、4 位,同期,我国胃、肠恶性肿瘤发病率及病死率远高于世界水平^[9]。林表君等^[10]通过回顾文献,认为肿瘤相关性抑郁可降低

患者的生存质量,加速疾病进程,阻碍良好预后和康复。此外,高搏等^[11]的研究表明,胃、肠恶性肿瘤患者心理状态与患者生存率、生存质量呈正相关。随着医学模式的改变、恶性肿瘤发病率的增

加,对影响肿瘤进程、预后的因素有了更多的认识。赵志芹^[12]在研究中表明,胃、肠恶性肿瘤经过多学科参与的 MDT 指导下的合理治疗,肿瘤相关性抑郁的发病率却不同。

表 2 胃癌相关性抑郁及相关因素分析

因素	例数	抑郁例数(%)	χ^2	P	因素	例数	抑郁例数(%)	χ^2	P		
年龄/岁					既往治疗/种						
<60	48	32(66.7)	2.380	0.123	1	56	32(57.1)	0.371	0.831		
≥60	76	40(52.6)			2	36	20(55.6)				
性别					≥3	32	20(62.5)				
男	104	60(57.7)	0.037	0.848	治疗时间/月						
女	20	12(60.0)			≤3	28	24(85.7)				
患病时间					>3~12	44	20(45.5)	12.045	0.002		
2020 年以前	68	36(52.9)			>12	52	28(53.8)				
2020 年 1—6 月	24	8(33.3)	18.148	<0.001	不良反应						
2020 年 7—12 月	32	28(87.5)			有	99	62(62.6)	4.196	0.041		
文化程度					无	25	10(40.0)				
小学及以下	6	3(50.0)	2.733	0.435	疼痛						
初中	14	7(50.0)			有	63	43(68.3)	5.461	0.019		
高中	56	37(66.1)			无	61	29(47.5)				
大学及以上	48	25(52.1)			知情						
家庭年收入/万					是	93	60(64.5)	6.359	0.012		
≤2	6	2(33.3)			否	31	12(38.7)				
>2~<4	45	31(68.9)	4.367	0.113	中医证型						
≥4	73	39(53.4)			肝气郁结	27	19(70.4)				
医疗来源							肝郁脾虚	28	21(75.0)	13.919	0.016
医保	99	56(56.6)			心脾两虚	14	8(57.1)				
新农合	19	12(63.2)	0.483	0.785	气滞血瘀	16	9(56.3)				
自费	6	4(66.7)			痰湿阻滞	10	6(60.0)				
临床分期							其他	29	9(31.0)		
I	18	4(22.2)	38.210	<0.001							
II	28	8(28.6)									
III	44	28(63.6)									
IV	34	32(94.1)									

表 3 结直肠癌相关性抑郁多因素 logistic 回归分析结果

变量	因素	赋值		B	Wald	P
		0=不抑郁	1=抑郁			
X ₁	年龄	≥60 岁	<60 岁	-3.016	10.356	0.001
X ₂	临床分期	I~II	III~IV	1.745	4.150	0.042
X ₃	既往治疗	<3 种	≥3 种	2.859	12.186	<0.001
X ₄	不良反应	无	有	2.297	7.804	0.005
X ₅	疼痛	无	有	1.563	4.792	0.029
X ₆	知情	否	是	1.842	5.376	0.020
X ₇	证型	其他	肝气郁结/肝郁脾虚/心脾两虚/ 气滞血瘀/痰湿阻滞	1.778	5.591	0.018

表 4 胃癌相关性抑郁多因素 logistic 回归分析结果

变量	因素	赋值		B	Wald	P
		0=不抑郁	1=抑郁			
X ₁	患病时间	2020 年以前	2020 年	1.859	7.550	0.006
X ₂	临床分期	I~II	III~IV	2.393	13.418	<0.001
X ₃	知情	否	是	2.055	10.423	0.001
X ₄	不良反应	无	有	1.138	4.271	0.039
X ₅	证型	其他	肝气郁结/肝郁脾虚/心脾两虚/ 气滞血瘀/痰湿阻滞	2.198	9.974	0.002

3.1 胃、肠恶性肿瘤相关性抑郁程度分析

本研究显示胃、肠恶性肿瘤相关性抑郁发生率为 57.81%，其中结直肠癌患者抑郁发病率为 57.52%，胃癌患者抑郁发病率为 58.06%。尹腾飞^[2]进行 SDS 调查显示，消化道恶性肿瘤患者抑郁的发病率为 52.5%；王丽^[13]、王丹丹等^[14]的研究分别证实结直肠癌、胃癌患者抑郁的发病率为 63.4%、66.9%。本调查结果均与文献报道基本一致，由表 1 可以看出，胃癌患者中、重度抑郁的例数明显高于结直肠癌患者(P<0.05)。

3.2 胃、肠恶性肿瘤相关性抑郁影响因素分析

本研究结果提示：①结直肠癌相关性抑郁的独立影响因素：年龄为肠癌的独立危险因素，但不是胃癌的独立危险因素。分析原因考虑，肠癌发病隐匿，且肠镜较胃镜普及率低，早期确诊率低于胃癌；加之年龄相对年轻的患者生活压力及负担较重，故年轻的肠癌患者抑郁发生率高于年长者。癌痛、既往治疗种类与肠癌均具有相关性，癌痛是肿瘤侵及正常组织结构或由治疗不良反应产生，影响睡眠及正常生活，所以有癌痛的患者更易抑郁^[15]。但本结果中癌痛是肠癌的独立危险因素，但不是胃癌的独立危险因素，考虑与样本量有关。治疗种类多一般与病情进展快或病程较长有关，易对患者心理产生极大的影响，肿瘤患者发现时晚期较多，故既往治疗种类为肠癌的独立影响因素。②胃癌相关性抑郁的独立影响因素：患病时间，考虑原因为肿瘤患者确诊初期对疾病的未知、恐惧，致患者距确诊时间越短越易抑郁。③胃、肠恶性肿瘤相关性抑郁共同影响因素：临床分期为肠癌、胃癌的共同独立影响因素，一定程度上决定了患者的生活质量，临床分期越晚生活质量越差^[16]，故晚期患者更易抑郁。治疗不良反应、知情均为肠癌、胃癌共同独立影响因素，胃肠恶性肿瘤患者在接受治疗时会产生不同程度的不良反应，包括严重的骨髓抑制、发热、睡眠障碍、消化道反应、脱发、手足综合征等，影响患者的生活质量，甚至影响正常的人际交往，使患者生理、心理多重受创^[17]，故有不良反应的患者更易抑郁。随着肿瘤的普遍多发，人们对肿瘤的诊断、治疗及预后产生诸多恐惧，易产生负面情绪从

而影响疾病治疗，所以知情的患者更易抑郁^[18]。

3.2 胃、肠恶性肿瘤相关性抑郁中医辨证分型差异分析

肿瘤相关性抑郁的中医证型至今尚无统一认识，本文根据《肿瘤相关抑郁状态中医诊疗专家共识》^[5]将胃肠恶性肿瘤患者分为以下几种：①因癌病致情志不遂，郁怒伤肝，以致肝失疏泄，气机不畅所致的肝气郁结；②因胃肠癥瘕积聚，受盛传导功能失司，损伤脾气，脾失健运，土壅儒木，肝失疏泄所致，或因情志不遂，肝失条达而横乘土脾所致的肝郁脾虚；③因胃肠癌病所致饮食失调，损伤脾胃，气血生化不足，心失血养，或癌病日久致思虑过度，暗伤心脾，或因疾病后期胃肠癌病所致慢性失血，气血亏耗所致的心脾两虚；④肝失疏泄，气机不畅进一步发展，影响体内水液和血液的正常运行，进而生淤，所致的气滞血瘀；⑤因情志不遂致肝失条达、气机不畅，胃肠功能受损致脾失健运，小肠主津、大肠主液功能失调，津液运行不畅，聚而生痰湿所致的痰湿阻滞五种中医证型，其余表现归于其他。

中医辨证分型也均与肠癌、胃癌具有相关性。本研究中胃、肠恶性肿瘤患者中均以肝气郁结与肝郁脾虚者最多，元代朱丹溪所著《丹溪心法·六郁》中指出：六郁为气郁、血郁、痰郁、火郁、湿郁、食郁。肝主疏泄^[19]，若肝失疏泄，气机阻滞，易发抑郁；脾其志为思，思虑太过，致脾胃之气结滞，又肝气乘脾，以致脾虚，易发抑郁，故抑郁多见于肝气郁结、肝郁脾虚。大肠主传化糟粕、主津，若传导失司，致津液运化不利，聚而生湿，湿浊阻滞导致气机不利，易发痰郁，故结直肠癌中痰湿阻滞最为多见，但疾病日久损伤心脾，致气血亏耗阻滞，故结直肠癌抑郁患者中心脾两虚者次之。脾主运化、主统血，脾气上升、胃气下降，共同完成食物的消化吸收，脾失运化致气机升降不利，血脉无法正常通行，易发气郁、血郁，故胃癌中气滞血瘀者次之。

由此可见，随着胃、肠恶性肿瘤发病率的升高，越来越多研究表明肿瘤相关性抑郁是影响患者生存质量、疾病痊愈率的重要因素之一，良好的心理状态可对治疗、预后及痊愈起积极作用。对于胃肠

恶性肿瘤患者而言,影响其抑郁的因素存在差异^[20],这也指导我们未来在胃肠恶性肿瘤治疗过程中,应根据具体病种进行中医辨证论治,以期对治疗起到预见性作用。在辨证运用医学技术治疗疾病的同时,也要对患者进行辨证心理分析及治疗,努力提高患者的生存质量、延长生存期。对于肝郁脾虚的胃肠恶性肿瘤患者及气滞血瘀的胃癌、心脾两虚的肠癌患者,在治疗疾病本身的同时要调理患者的心理状态,可对此类患者抑郁状态的出现起到预防及指导作用。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 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.
- [2] 尹腾飞. 老年消化道肿瘤患者营养不良与焦虑抑郁现状及相关影响分析[D]. 济南:山东大学,2019.
- [3] 潘岚,黄坚,平进. 中医情志护理对消化道恶性肿瘤疼痛的影响[J]. 新中医,2020,52(11):173-175.
- [4] Edge SB,Compton CC. The American Joint Committee on Cancer: the 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM[J]. Ann Surg Oncol,2010,17(6):1471-1474.
- [5] 肿瘤相关抑郁状态中医诊疗专家共识[J]. 中华中医药杂志,2015,30(12):4397-4399.
- [6] 王红,周莉莉,肖月锦,等. 晚期恶性肿瘤患者及家属抑郁焦虑状况及影响因素[J]. 肿瘤学杂志,2011,17(4):286-288.
- [7] 卢文杰,段绿化,周月强,等. 对45例恶性肿瘤患者精神抑郁状态进行中医药及心理干预的初步临床研究[J]. 中华中医药学刊,2011,29(10):2346-2348.
- [8] 何风仪. 中医药治疗肿瘤相关性焦虑、抑郁的 Meta 分析[D]. 成都:成都中医药大学,2019.
- [9] 贺轶迪,李玉民. 嵌合抗原受体 T 细胞治疗消化道恶性肿瘤疗效及安全性的 Meta 分析[J]. 现代肿瘤医学,2021,29(7):1166-1172.
- [10] 林表君,张还珠. 恶性肿瘤患者相关情绪障碍研究进展[J]. 中华肿瘤防治杂志,2020,27(24):2006-2012.
- [11] 高搏,韩聪. 胃癌患者营养和心理因素对生存率和生存质量的影响[J]. 中国卫生工程学,2021,20(1):71-72,75.
- [12] 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[D]. 石家庄:河北医科大学,2016.
- [13] 王丽. 结直肠癌患者述情障碍与抑郁及社会支持的相关性研究[D]. 长春:吉林大学,2017.
- [14] 王丹丹,郑蔚,闫婷婷,等. 胃癌患者复发恐惧及其与抑郁的相关性研究[J]. 现代预防医学,2018,45(20):3824-3827.
- [15] Onitilo AA, Nieter PJ, Egede LE. Effect of depression on all-cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site[J]. General Hospital Psychiatry,2006,28(5):396-402.
- [16] 刘士玮,张红,杨志,等. 肿瘤患者 TNM 分期与焦虑和抑郁及社会支持度的相关性分析[J]. 当代医学,2021,27(22):1-4.
- [17] Lai C, Luciani M, Galli F, et al. Spirituality and awareness of diagnoses in terminally ill patients with cancer [J]. Am J Hosp Palliat Care,2017,34(6):505-509.
- [18] 陈越,陈兰玲. 从肝主疏泄论治慢性胃病[J]. 中医研究,2020,33(8):11-13.
- [19] Xie YH, Xie HT, Wang TS, et al. Perioperative holistic care more significantly reduces levels of anxiety and depression of pituitary tumor patients versus conventional care[J]. Medicine,2019,98(7):e14411.
- [20] Wang JJ, Yan CL, Fu AA. A randomized clinical trial of comprehensive education and care program compared to basic care for reducing anxiety and depression and improving quality of life and survival in patients with hepatocellular carcinoma who underwent surgery [J]. Medicine,2019,98(44):e17552.

(收稿日期:2021-12-15)