

# 全喉切除术患者围术期焦虑状况分析

刘 杰

(第三军医大学第二附属医院耳鼻喉科, 重庆 400037)

**摘要:**目的 分析全喉切除术患者围术期的焦虑状况,以及焦虑与自我护理能力之间的关联。方法 选取 2010—2015 年在该院接受治疗的 48 例喉癌患者作为研究对象,分别对所有患者进行 3 次观察,即术前、术后第 7 天及术后第 14 天;采用医院焦虑抑郁量表(HADS)评估焦虑状况;分析和评价患者自我护理能力。结果 在术前及术后,患者表现出高度焦虑,且术后第 7 天较术前患者焦虑情况更为明显( $P < 0.05$ ),而术后第 14 天较术后第 7 天焦虑情况有明显改善( $P < 0.05$ )。结论 全喉切除术患者在围术期一直表现出焦虑症状,提高自我护理能力可有效缓解焦虑,但不能完全消除焦虑。

**关键词:**全喉切除术; 焦虑; 焦虑抑郁量表; 自我护理能力

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.06.016 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)06-0786-03

## Analysis on perioperative anxiety status in patients with total laryngectomy

LIU Jie

(Department of ENT, Second Affiliated Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400037, China)

**Abstract: Objective** To analyze the perioperative anxiety status in the patients with total laryngectomy and its relationship with self care ability. **Methods** Forty-eight cases of laryngeal carcinoma treated in our hospital from 2010 to 2015 were selected as the research subjects and observed for three time, i. e., before operation, on postoperative 7, 14 d; the Hospital Anxiety and Depression Scale(HADS) was adopted to assess the anxiety status; the self care ability was analyzed and evaluated. **Results** The patients showed high levels of anxiety before and after surgery, moreover the anxiety status on postoperative 7 d was more significant than before operation ( $P < 0.05$ ), while the anxiety status on postoperative 14 d was more improved compared with that on postoperative 7 d ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The patients with total laryngectomy always show the symptoms of anxiety. Therefore improving the self-care ability can effectively alleviate anxiety, but can not completely eliminate anxiety.

**Key words:** total laryngectomy; anxiety; Hospital Anxiety and Depression Scale; self-care ability

喉癌会带来情感上的创伤,随着病情的发展及手术治疗的实施,会导致患者身体形象改变及功能退化,喉功能缺失更是会让患者变得脆弱甚至产生恐惧情绪。尽管现在已经研究出许多先进的手术技术以减少术后功能紊乱和形体形象上的变化,但喉癌术后仍会给患者带来生理及心理创伤<sup>[1-3]</sup>。焦虑是一种包含不愉快、紧张、恐惧认知的情感反应,以自主神经系统处于高度激活状态为特征的生理表现,亦是运动神经趋于失调的特殊状态。北美护理诊断协会建立了一个焦虑诊断标签,其定义焦虑是指缺乏明显客观原因的内心不安或无根据的恐惧情绪<sup>[4]</sup>。尽管大多数患者能够正视痛苦并做出适应性改变,仍有一些患者会经受焦虑、抑郁的折磨<sup>[5]</sup>。全喉切除患者经受不同的诱发性改变,导致自理能力缺失,因此患者术后需要学会日常自我护理,才能更好预防各种并发症的发生,提高患者生活质量<sup>[6-8]</sup>。目前尽管有不同研究关注于癌症患者的心理问题,但缺乏喉癌患者围术期心理状态、自理能力的研究。本研究将探讨全喉切除术患者焦虑程度与自理能力的相关性。现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2010—2015 年在本院耳鼻喉科接受全喉切除的 48 例患者作为研究对象,其中男 47 例,女 1 例,年龄 43~73 岁,平均(60.74±12.14)岁,平均住院时间(18.5±4.8) d。所有患者均表示他们已熟知手术及其后果。

**1.2 方法** 患者入院进行手术治疗当天定义为本研究中的手术前期。向患者详细解释本研究的目的,并要求患者以书面形式提供知情同意声明,对以下信息进行收集,包括性别、婚姻状态、教育背景、是否吸烟或饮酒、是否焦虑等。同时完成焦虑状况的评估,以及自理水平测量(在日常活动及手术相关活动中自理能力是否满足自我需求或需要他人帮助)。在术后第 7 天和第 14 天,再次让患者分别完成焦虑状况的评估及自理能力测量。

**1.2.1 焦虑水平测量** 采用医院焦虑抑郁量表(HADS)对焦虑水平进行测量<sup>[9]</sup>,测量中采取特殊的方式以避免与身体疾病造成的焦虑和抑郁症状相重叠。该量表由 14 项组成,其中有 7 项是测量焦虑水平的。答题形式为 4 分制,其优点是答题时间短。根据自评得分,0~7 分为正常,>7~10 分为疑似病例,>10~21 分为病例。其中 7 项关于抑郁水平的评估,每单项分值在 0(从来没有、正常)和 3(持续不断、非常强烈)之间,得分在 11 分及以上为病例。不同的研究使用不同的界值点,低分界点更有利于测量心理问题<sup>[10]</sup>。本研究认为,分界点高于 8 分时,患者有焦虑症状。有研究表明焦虑抑郁量表的灵敏度为 78%,特异度为 74%<sup>[11]</sup>。

**1.2.2 自理能力测量** 采用奥瑞姆理论对自理水平进行测量。两种自理水平等级分别定义为自理能力满足自我需求(自理独立),完成活动的过程中需要帮助(自理缺陷)。使用巴氏

量表测量患者生活自理能力<sup>[12]</sup>。巴氏量表对 10 项日常活动进行评估,包括进食、洗漱、穿衣、个人仪容、如厕、控制大便、控制小便、床椅转移、行走能力、上下楼梯(完全依赖=0 分、较大依赖=5 分、稍依赖=10 分),总分 100 分。>90~100 分表示轻度依赖,>60~90 分表示中度依赖,>20~60 分表示重度依赖,0~20 分表示完全依赖。本研究根据分数对患者进行分类,巴氏量表测评分为>90~100 分,则表示自理能力完全满足自我需求;得分为>20~90 分,则表示需要帮助;得分为 0~20 分,则表示完全依赖他人帮助。

**1.3 统计学处理** 采用 SPSS19.0 统计软件进行统计分析,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用 *t* 检验,计数资料以率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

**2.1 患者一般资料** 回收问卷后经分析,48 例全喉切除术患者中男 47 例(97.96%),女 1 例(2.04%);教育背景:小学 34 例(70.8%),中学 8 例(16.7%),大学 1 例(2.1%),其他 5 例(10.4%);婚姻状态:有伴侣 35 例(72.9%),单身 13 例(27.1%);工作现状:有工作 20 例(41.7%),无业 28 例(58.3%);焦虑状态:有焦虑 34 例(70.1%),无焦虑 14 例(29.9%);吸烟 47 例(97.9%),不吸烟 1 例(2.1%);饮酒 30 例(62.5%),不饮酒 18 例(37.5%);自理水平:自我满足 41 例(85.4%),日常活动需要帮助 7 例(14.6%)。

**2.2 术前及术后焦虑出现频率比较** 患者入院后感到紧张焦虑,术后第 7 天出现焦虑的人数为 47 例(97.9%),较术前(34 例,70.1%)明显增加,术后第 14 天焦虑人数为 35 例(72.9%),较术后第 7 天明显减少,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

**2.3 术前及术后焦虑水平比较** 术前,患者通过 HADS 完成焦虑状况评估,得分为 4~18 分,平均(9.31±2.48)分;术前至术后第 7 天,患者焦虑水平平均上升 2.17 分;术后第 7 天至术后第 14 天,焦虑水平平均下降 1.92 分。总体说来,在术前至术后第 14 天,焦虑水平上升 0.25 分。术前及术后第 7 天之间患者的焦虑水平高于术后第 7 天及术后第 14 天之间的焦虑水平,见表 1。

表 1 术前及术后焦虑水平比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

| 项目               | HADS 差值    | 95%CI       |
|------------------|------------|-------------|
| 术前至术后第 7 天       | -2.17±2.65 | -3.02~-1.32 |
| 术后第 7 天至术后第 14 天 | 1.92±2.16  | 1.23~2.61   |
| 术前及术后第 14 天      | -0.25±3.44 | -1.35~1.35  |

注:本表计算 HADS 差值为前一时间点减去后一时间点。

**2.4 术前及术后自理水平比较** 自理水平方面,术前 85.4% 的患者能够在日常活动中满足自我需求。术后第 7 天,97.9% 的患者在进食、排出分泌物、伤口护理、喉插管、交流沟通、移动等活动中需要他人帮助且伴随焦虑;术后第 14 天,70.8% 的患者仍然需要他人帮助更换插管,见表 2。

表 2 术前及术后自理水平比较[n(%)]

| 项目   | 术前       | 术后       |          | P     |
|------|----------|----------|----------|-------|
|      |          | 第 7 天    | 第 14 天   |       |
| 自理独立 | 41(85.4) | 1(2.1)   | 14(29.2) | <0.05 |
| 自理缺陷 | 7(14.6)  | 47(97.9) | 34(70.8) | <0.05 |

## 3 讨 论

患者自理能力评估的参考理论是奥瑞姆自护理论,其由自理理论、自理缺陷理论以及护理系统理论组成,该理论经历了有序、系统的发展,能够对患者进行整体评估。并且,奥瑞姆自护理论能够应用于癌症各个时期,并定义了护士、患者及护理者为了满足患者自理需求的活动范围<sup>[13-14]</sup>。相关研究表明,癌症患者焦虑的发生率通常很高,然而,焦虑发生率差异较大,发生率在 5%~87%<sup>[7]</sup>。此范围可归因于焦虑评估方法的差异性,比如采用不同的工具、不同的分界点、不同癌症分期、不同癌症诊断种类、不同评估阶段等。

本研究显示,在术前期患者焦虑水平较高,在术后期无明显上升或下降,但是在术后 7 天较术前患者焦虑人数明显增多( $P < 0.05$ );术前焦虑高发生率与近期的研究结果相似<sup>[6]</sup>。对于术后焦虑的研究较为缺乏,在大多数研究中,采用固定期限的方法,这样就不需考虑时间的变化及其影响。在本研究中,术前焦虑的患者在术后第 7 天会表现更高水平的焦虑,并且伴随自理能力减弱;术后第 14 天,较术后第 7 天,焦虑人数明显减少( $P < 0.05$ )。相关研究曾证明,头颈癌手术患者的焦虑水平在特定时间点(术后 15 d)会下降<sup>[7-8]</sup>,这与本研究的临床表现基本一致。本研究还发现,术后第 7 天分别同术前和术后第 14 天相比,焦虑和自理缺陷人数都相对较多,这可能是因为在术后 1 周,患者不能发声、有交流困难,带着喉插管、产生较多的分泌物,颈部水肿、引流,分泌物阻塞喉插管引起吸入空气不足等,因此多数患者需要他人帮助并产生相应焦虑情绪。术后第 14 天,较术后第 7 天,焦虑人数有所减少,相应自理缺陷人数也由 47 例降低至 34 例,这可是随着患者身体逐渐恢复,因而能够独立完成多数活动。

本研究发现喉癌会引起焦虑,且全喉切除术患者在术前及术后期焦虑发生率高,这表明在治疗这一类患者的过程中,需要采用多学科专业手段以满足患者及家属复杂的心理需求。本研究中案例数量有限,因而存在一定的局限性,纳入较多数量的案例进行更为精准的研究分析是未来研究的方向。

## 参考文献

- [1] Johansson M, Rydén A, Finizia C. Mental adjustment to cancer and its relation to anxiety, depression, HRQL and survival in patients with laryngeal cancer: a longitudinal study[J]. BMC Cancer, 2011, 11(11):283-286.
- [2] 张绍程. 心理干预对喉癌病人康复治疗效果的影响[J]. 右江医学, 2013, 41(2):244-245.
- [3] Singer S, Krauss O, Keszte J, et al. Predictors of emotional distress in patients with head and neck cancer[J]. Head Neck, 2012, 34(2):180-187.
- [4] Torrents R, Ricart M, Ferreiro M, et al. Ansiedad en los cuidados[J]. Index Enferm, 2013, 22(1/2):60-64.
- [5] 傅萝庭, 李颖. 综合干预对全喉切除术后患者的心理状态及应对方式的影响[J]. 当代护士(学术版), 2014, 21(7):65-66, 67.
- [6] 杨慧, 韩冬芳. 124 例喉癌术后病人自我护理能力及影响因素分析[J]. 护理研究, 2014, 27(12):1447-1448.
- [7] Erickson JM, Spurlock LK, Kramer JC, et al. Self-care strategies to relieve fatigue in patients (下转第 790 页)

类抗菌药物的一类酶,产 ESBLs 是肠杆菌科细菌对第 3 代头孢菌素耐药的重要机制。抗菌药物在临床的广泛使用导致细菌对抗菌药物产生耐药性的发生率逐年升高,产 ESBLs 菌耐药性较强,往往呈现多重耐药<sup>[7]</sup>。肺炎克雷伯菌存在于人体的呼吸道和肠道,当机体抵抗力降低时经呼吸道进入肺内而引起大叶或小叶融合性实变,是引起医院感染的重要病原菌<sup>[8]</sup>。近年来产 ESBLs 肺炎克雷伯菌引起的医院感染多有报道,本研究显示从临床标本分离的 481 株肺炎克雷伯菌中有 116 株产 ESBLs,阳性率为 24.12%。在临床科室中,呼吸科的分离率最高(23.28%),其次是 ICU(18.97%),可能与这些科室患者呼吸道抵抗力的降低有关。临床送检的痰液、血液、尿液、脓液、分泌物、穿刺液等标本中,从痰液标本中分离的产 ESBLs 肺炎克雷伯菌最多(91 株),占 78.4%,表明产 ESBLs 肺炎克雷伯菌引起的感染以呼吸道为主,提示医院应加强对患者呼吸道的监测。

ESBLs 由质粒介导,不同区域由于抗菌药物的使用差异及菌株流行的原始地域性,流行的基因型不同,耐药特征也有所不同<sup>[9]</sup>,本研究中所分离的产 ESBLs 肺炎克雷伯菌基因型主要是 CTX 型(52.59%),可能是由于第 3 代头孢菌素类抗菌药物长期大量使用,导致细菌耐药基因突变或选择性耐药菌株产生。产 ESBLs 菌株由于质粒上同时整合有多种耐药基因导致其对氨基糖苷类、喹诺酮类和磺胺类药物等表现不同程度的耐药性<sup>[10]</sup>。药敏分析结果显示,产 ESBLs 肺炎克雷伯菌对阿莫西林、替卡西林、头孢噻吩和头孢唑啉的耐药率为 100.00%,表明这些药物用于产 ESBLs 肺炎克雷伯菌引起的感染完全无效,对哌拉西林和头孢他啶的耐药率在 89.00% 以上,几乎无效。未检出对美洛培南和亚胺培南耐药的菌株,表明产 ESBLs 肺炎克雷伯菌对青霉素类和头孢菌素类高度耐药,对碳青霉烯类高度敏感,临床对于该菌引起的感染,治疗应避免使用青霉素类和头孢菌素类抗菌药物,首选碳青霉烯类抗菌药物。

本研究显示,产 ESBLs 肺炎克雷伯菌的阳性率为 24.12%,容易在呼吸科和 ICU 的患者引起感染,且呈现多重耐药,临床实验室应及时、准确地对其耐药性变迁和耐药基因进行监测,合理使用抗菌药物,严格消毒,减少耐药菌产生,防

止并控制由其引起的医院感染暴发流行。

## 参考文献

- [1] 郭红阳,朱光泽,连树林. 产 ESBLs 肺炎克雷伯菌多重耐药性与 I 类整合子的相关性研究[J]. 中国实验诊断学, 2010,14(7):1097-1099.
- [2] 张桔红,张凌玲,祖英秋. 泌尿系感染病原菌及其耐药性分析[J]. 中国病原生物学杂志,2012,7(5):384-386.
- [3] 邓芳,张秀芳,柴杰. 医院产超广谱  $\beta$ -内酰胺酶肺炎克雷伯菌和大肠埃希菌的检测及耐药性分析[J]. 检验医学与临床,2011,8(14):1747-1748.
- [4] 黄声旗,张青锋. 浙南山区产超广谱  $\beta$ -内酰胺酶大肠埃希菌与肺炎克雷伯菌的耐药性分析[J]. 中华医院感染学杂志,2011,21(8):1669-1671.
- [5] 王晓梅,白玉兰,楮云卓. 产超广谱  $\beta$ -内酰胺酶肺炎克雷伯菌的耐药基因序列分析[J]. 中国热带医学,2009,9(3):430-431.
- [6] 吴劲松,卢月梅,吴伟元,等. 痰液中产 ESBL 肺炎克雷伯菌 I、II 类整合子检测及基因分型研究[J]. 中国微生态学杂志,2011,23(12):1121-1123.
- [7] 王继东,糜祖煌,钱小毛. 套式 PCR 法检测肺炎克雷伯菌染色体介导  $\beta$ -内酰胺酶基因[J]. 中华医院感染学杂志, 2007,17(1):8-10.
- [8] 刘晓莺,马靖华. 新生儿科分离的产 ESBL 肺炎克雷伯菌基因分型研究[J]. 临床肺科杂志,2013,18(7):1266-1267.
- [9] 黄烈,韦洁宏,张银辉,等. 大肠埃希菌和肺炎克雷伯菌产 ESBL 表型与基因型分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2009,19(1):17-20.
- [10] 蔡木发,李静,罗红烈,等. 大肠埃希菌超广谱  $\beta$ -内酰胺酶的检测及多重耐药性分析[J]. 中国卫生检验杂志,2014, 24(10):1496-1499.

(收稿日期:2016-08-11 修回日期:2016-12-13)

(上接第 787 页)

- receiving radiation therapy[J]. Clin J Oncol Nurs,2013, 17(3):319-324.
- [8] Dropkin MA, Coping S. And coping behaviors in patients undergoing head and neck cancer surgery [J]. Cancer Nurs,2001,24(2):143-148.
  - [9] 苏茜,刘玉萍,程幼夫,等. 医院焦虑抑郁量表在健康体检中心应用的信度和效度研究[J]. 四川医学,2012,33(1): 174-176.
  - [10] Singer S, Danker H, Dietz A, et al. Screening for mental disorders in laryngeal cancer patients: a comparison of 6 methods[J]. Psychooncology,2008,17(3):280-286.
  - [11] Quintana JM, Padierna A, Esteban C, et al. Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of

the Hospital Anxiety and Depression Scale[J]. Acta Psychiatr Scand,2003,107(3):216-221.

- [12] 高小芬,于卫华. 采用 Barthel 指数评定表对医养结合老年患者护理级别再分度研究[J]. 护理学杂志,2014,29(4):1-4.
- [13] López AL, Guerrero S. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem[J]. Invest Educ Enferm, 2006,24(2):90-100.
- [14] Santos R, Varez P, Abril S, et al. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial [J]. Enferm Clin, 2006, 16(4): 218-221.

(收稿日期:2016-09-25 修回日期:2016-12-02)