

乳腺癌保乳术后患者负性心理及相关因素分析

赵瑜* 李虹

宝鸡高新医院 陕西 宝鸡 721013

摘要:目的: 观察乳腺癌根治术后保留乳房方案对患者心理及其生活质量的影响。方法: 选取笔者医院92例乳腺癌患者, 按照手术方式分为改良根治术组($n=38$, 予以改良根治术)与保留乳房组($n=54$, 予以改良根治术后保留乳房治疗), 比较两组手术前后腺癌生命质量量表(FACT-B)评分、汉密尔顿焦虑(HAMA)与抑郁(HAMD)评分、社会适应性量表(SAQ)评分、并发症情况, 观察保留乳房组乳房外观。结果: 保留乳房组术后FACT-B与SAQ各项评分明显高于改良根治术组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。保留乳房组术后HAMA与HAMD评分显著低于改良根治术组($P < 0.05$)。两组并发症总发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。保留乳房组乳房外观效果优良率高达90.74%。结论: 乳腺癌根治术后保留乳房, 安全性高, 乳房外观恢复较好, 更益于患者心理健康, 对提高术后社会适应性与生活质量具有重要价值^[4]。

关键词: 乳腺癌; 根治术; 保乳术; 心理; 生活质量

DOI: <https://doi.org/10.37155/2717-5650-0302-24>

引言

乳腺癌是女性较为常见的一种恶性肿瘤, 近些年发病率逐年递增, 且有发病年轻化的趋势。手术是治疗早期乳腺癌的主要方式, 虽然治疗效果肯定, 但创伤大并且影响美观, 随着人们对生活质量的要求越来越高, 寻找疗效、形体美观兼顾的手术方式非常重要。医疗技术的不断进步, 使得保乳术治疗乳腺癌为患者提供了另一种选择, 并且在国内外都受到了医患双方的广泛认可, 不仅能够有效切除乳房内病灶组织, 还可在一定程度上减少创伤并保留患者乳房完整性。青年患者不仅要求根治疾病, 同时对维持形体外观方面亦有强烈意愿。根治术后保留乳房, 既能有效切除病灶, 又能保留乳房, 极大地提高了患者的手术满意度, 但由于其在我国的开展处于起步阶段, 在临床仍有一定争议。本研究分析乳腺癌保乳术后患者负性心理及相关因素, 为制定相关的临床干预措施提供参考资料, 以期进一步提高患者的术后生存质量。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2017年3月2019年4月于医院96例乳腺癌患者, 按照手术方式分为保留乳房组($n=54$)与改良根治术组($n=38$) (均根据患者自愿选择并经伦理委员会批准进行分组)。保留乳房组: 年龄26~60岁, 平均(37.65 ± 6.18)岁; 患侧: 左29例, 右25例; TNM分期: I期28例, II a期14例, II b期12例; 病理类型: 导管癌34例, 小叶癌16例, 其他4例; 病灶直径6~27mm, 平均(15.02 ± 2.86)mm。改良根治术组: 年龄25~63岁, 平均(38.24 ± 6.23)岁; 患侧: 左21例, 右17例; TNM分期: I期23例, II a期8例, II b期7例; 病理类型: 导管癌24例, 小叶癌12例, 其他2例; 病灶直径5~29mm, 平均(14.87 ± 2.80)mm。两组年龄、患侧、TNM分期、病理类型及病灶直径等一般资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准

①年龄 ≥ 18 岁; ②手术病理证实为乳腺癌; ③肿瘤I~II期; ④病灶最大径 < 30 mm, 同时其边缘与乳晕边缘之间距离 ≥ 30 mm; ⑤单侧肿瘤且为原发性疾病; ⑥同意手术方案; ⑦对研究知情^[3]。

1.2.2 排除标准

①具有乳头异常溢液或者偏斜等症状; ②肿瘤远处转移患者; ③伴随严重心肝肾等脏器功能异常; ④合并血液系

*通讯作者: 赵瑜, 女, 1989年8月, 汉族, 陕西, 宝鸡高新医院, 责任护士, 主管护士, 本科。

统疾病或自身凝血功能异常；⑤伴随其他恶性肿瘤。

1.3 治疗方法

1.3.1 改良根治术组

术前指导患者处于仰卧位，予以全麻下气管插管，常规消毒与铺巾处理，结合影像学检查结果确定肿瘤位置等。在离病灶边缘3cm部位作横或斜梭形手术切口，通过游离皮瓣以及肌肉等方式显露病灶，然后切除病灶周围超过3cm组织（其中包括乳头），并将由内下象限到相应外上象限区域、由腋静脉直到背阔肌的全部Berg I ~ II淋巴结予以有效清扫，注意保留胸大肌以及胸小肌。术后接受放疗以及3~5周化疗。

1.3.2 保留乳房组

采取保留乳房的改良根治术方案，所做术前准备工作同改良根治术组。行保留皮肤乳腺病灶全切除，并对患侧腋窝淋巴结予以清扫。如果肿瘤位于乳晕区域内或者与乳晕边缘间隔<3cm时，则需一并切除乳头以及乳晕，如果肿块与乳晕边缘间隔≥3cm，则于乳头乳晕下进行多点取材，然后送冰冻病理，等到确认没有肿瘤侵犯后，即可保留乳头乳晕。术中清扫腋窝淋巴结过程中，注意对胸背血管蒂加以保护；保留皮肤改良根治术后完成乳房再造治疗，取健侧卧位，依据扩大背阔肌肌皮瓣具体范围切取皮瓣，注意全部或者大部分切断背阔肌止点，并在肌皮瓣转移到胸操作前后仔细检查患者胸背血管张力以及扭转等情况。最后指导患者处于30°斜坡仰卧位，有效去除多余皮肤组织，将皮瓣进行折叠塑形后，使其与胸壁固定。乳房切除时，若乳房下皱襞被剥离，则需重建乳房下皱襞，同时保持双侧对称，并且使乳头与乳房下皱襞之间的距离一致。术后相关治疗措施与改良根治术组一致。

1.4 观察指标

1.4.1 生活质量评估

分别在术前与术后6个月，通过腺癌生命质量量表（Functional assessment of cancer therapy breast, FACT-B）进行调查，涉及情感、生理、功能、社会状况以及附加关注等方面内容，评分越高，说明生活质量越好^[1]。

1.4.2 心理状态评估

分别在术前与术后6个月，通过汉密尔顿焦虑（Hamilton anxiety scale, HAMA）与抑郁（Hamilton depression scale, HAMD）表调查患者焦虑、抑郁心理，评分越高，说明不良心理越严重^[4]。

1.4.3 社会适应性评估

分别在术前与术后6个月，通过社会适应性量表（Social adaptation questionnaire, SAQ）予以调查，涉及心理能量、心理弹性、人际适应性以及控制倾向等内容，评分越高，说明社会适应性越好。

1.4.4 并发症情况

记录两组患者术后并发症发生率。

1.4.5 乳房外观效果评估

对保留乳房组予以评估，优：双乳对称，且两侧乳头差距不超过2cm，外形基本和健侧一致，具有正常皮肤，没有瘢痕造成乳腺变形改变；良：双乳对称，且两侧乳头差距不超过3cm，与对侧相比，患侧外形略小，同时手感较差，肤色呈现为发亮或较浅，患者自觉满意；差：外形不对称，差距大于3cm，并且皮层厚、手感差，乳房变形^[2]。

1.5 统计学处理

采取SPSS19.0软件进行数据处理与分析，计量资料表示为（ $\bar{x} \pm s$ ），组间比较以 t 检验，组内采用LSD- t 检验；计数资料表示为率（%），使用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 总结

综合以上数据发现，患者的焦虑、抑郁负性心理虽然受到多因素综合影响，但两者的影响因素具有高度一致性，仅在焦虑受到患者文化程度的影响上存在差异，考虑文化程度高的患者获得相关疾病知识更多，也能通过更多的方式疏散不良情绪，应对疾病及治疗的能力相对更强。但是仅局限于一定范围内发挥作用，因此在本研究中只是体现在患者的焦虑情绪影响方面，也可能与研究中所收集病例的个体差异有关。家人是乳腺癌保乳术患者在治疗、康复过程中的直接和主要照顾者，据报道乳腺癌患者的社会支持对心理韧性有显著的正向预测作用，社会支持尤其家人接受度对乳腺癌患者心理状态有调节的中介效应，家人接受度良好、保持乐观态度能够对患者的心理状态起到积极作用。临床

工作者可以针对患者实际情况进行适当教育工作,改变患者及其家属对疾病的认知,采用正念减压疗法、术后运动锻炼及个性化干预等减轻疾病及保乳术对患者造成身体和心理打击,改善焦虑、抑郁等负性心理,促进患者达到最佳的康复状态。综上所述,乳腺癌保乳术后患者均存在一定程度的焦虑、抑郁,其焦虑、抑郁负性心理均受到多因素综合影响,并且焦虑、抑郁的影响因素具有极高的一致性,临床工作者应针对相关影响因素采取有效的干预措施,改善患者的负性心理,提高生存质量。

参考文献:

- [1]赵强.改良根治术与保乳术治疗早期乳腺癌的临床疗效观察[J].中国冶金工业医学杂志,2019,36(4):446-447.
- [2]JodkiewiczZ, CichockiA, RybskiS, et al. Twenty years long experience in the breast conserving treatment of women with preinvasive breast cancer. Evaluation of long term results and analysis of prognostic factors[J]. Pol Merkur Lekarski, 2018, 44(263):227-232.
- [3]王永亮,柴辉,万东民,等.保乳术联合前哨淋巴结活检治疗乳腺癌30例临床疗效分析[J].山西医药杂志,2019,48(15):1890-1892.
- [4]SagaraY, Freedman R A, WongSM, et al. Trends in adjuvant therapies after breast-conserving surgery for hormone receptor-positive ductal carcinoma in situ: findings from the National Cancer Database, 2004-2013[J]. Breast Cancer Res Treat, 2017, 166(15):583