

· 临床研究 ·

综合康复干预对乳腺癌患者根治术后肩关节功能恢复及生活质量的影响

郭红亮 史长青 李璐璐

【摘要】目的 观察术后分阶段康复训练联合心理干预对乳腺癌患者术后患侧肩关节功能恢复及生活质量的影响。**方法** 采用随机数字表法将 92 例乳腺癌改良根治术后患者分为治疗组及对照组。对照组患者术后 24 h 内保持患侧肩关节制动,以后由专科护士按常规指导其进行患侧上肢简单功能训练;治疗组患者则给予分阶段系统康复训练及心理干预,第一阶段(术后 1 d 至拔除胸壁引流管,约 1 周)以掌、指、腕、肘关节运动为主,第二阶段(拔除胸壁引流管至术后 1 个月)以肩关节训练为主,第三阶段(术后 1 个月)以上肢旋转、后伸运动为主,心理干预则贯穿于整个康复训练始终。于术后 1 周、术后 1 个月及术后 3 个月时分别采用 Constant-Murley 肩关节功能评分、抑郁自评量表(SDS)及生活质量评价量表(QLQ-C30)对 2 组患者疗效进行评定。**结果** 随着时间进展,2 组患者患侧肩关节功能、抑郁症状及生活质量评分均逐步改善,并且术后 3 个月时治疗组患者 Constant-Murley 肩功能评分 $[(85.87 \pm 12.57)$ 分]、SDS 评分 $[(40.7 \pm 9.6)$ 分]及 QLQ-C30 评分均显著优于对照组水平($P < 0.05$)。**结论** 于乳腺癌根治术后辅以分阶段系统康复训练及心理干预,能进一步促进乳腺癌术后患者患侧上肢功能恢复及生活质量提高,具有重要的临床及社会意义。

【关键词】 乳腺癌; 康复训练; 心理干预; 肩关节功能; 术后康复

当前乳腺癌是威胁我国女性生命的严重疾病之一,其发病率有逐年上升趋势,现阶段主要以手术治疗为主,可明显提高患者生存率^[1];但手术对患者肢体结构破坏严重,常导致患侧上肢功能障碍,直接影响其工作、学习及生活;另外乳腺癌根治手术直接损伤女性第二性征,加上术后放、化疗等不良反应,容易对患者心理产生巨大影响,造成患者心理受损、生活质量下降及术后恢复不佳^[2]。为进一步促进乳腺癌根治术后患者功能恢复,本研究针对乳腺癌术后患者给予分阶段系统康复训练及心理干预,发现临床疗效满意。现报道如下。

对象与方法

一、研究对象

共选取 2010 年 4 月至 2011 年 5 月期间在我科治疗的乳腺癌术后患者 92 例,均为女性,年龄 32 ~ 67 岁,平均年龄 45.3 岁。患者纳入标准如下:年龄 20 ~ 60 岁;病理检查证实为乳腺癌,并给予改良根治手术治疗;患者对本研究知情同意。患者剔除标准如下:伴有严重的心、脑血管疾病或精神疾病;合并有肝、肺、肾等重要脏器功能障碍;预后较差的晚期乳腺癌或非原发性乳腺癌患者等。采用随机数字表法将上述患者分为治疗组及对照组,2 组患者一般情况及病情详见表 1。

表 1 入选时 2 组患者一般情况及病情比较

组别	例数	年龄(岁)			婚姻状况(例)	
		<30 岁	30~55 岁	≥55 岁	已婚	未婚
治疗组	47	4	35	8	45	2
对照组	45	6	30	9	44	1

组别	例数	病理类型(例)			病理分期(例)		
		非浸润性	早期浸润性	浸润性	I 期	II 期	III 期
治疗组	47	4	16	27	8	35	4
对照组	45	5	22	18	12	30	3

二、治疗方法

2 组患者均给予乳腺癌改良根治术治疗。对照组患者术后由专科护士指导其患侧上肢功能锻炼方法,如术后 24 h 内保持肩关节制动;术后 1 ~ 7 d 以指、腕、肘关节运动为主,可练习伸掌、握拳、梳头、摸耳等动作;术后 8 ~ 14 d 可增加肩关节活动训练,同时要求患者在日常生活中有意识使用患侧上肢,运动强度以患侧上肢不疲劳为宜。

治疗组患者术后则给予分阶段系统康复训练,第一阶段(术后 1 d 至拔除胸壁引流管,约 1 周)以掌、指、腕、肘关节运动为主,包括指关节屈伸运动、交替屈指运动、握弹力球运动、腕关节及肘关节屈伸运动等;该阶段患者进餐时尽量自己持碗杯、自己刷牙、洗脸,睡觉时患侧上肢部位垫小枕以避免腕部下垂。第二阶段(拔除胸壁引流管至术后 1 个月)以肩关节运动为主,包括:①压球运动,嘱患者两手在胸前压球,运动时患侧肩部稍抬高,腕部不要抬高过肩;②梳头运动,可在健侧手帮助下用患侧手持梳子越过头顶梳对侧头发,并尽量触摸对侧耳朵;③手指爬墙训练,患者面对墙壁站立,其双手从肩部水平开始沿墙面向上触摸,每天标记能触摸的最高高度。第三阶段(术后 1 个月)以上肢旋转、后伸运动为主,包括:①转绳运动,将绳子一端绑于门把手上,用患侧手握另一端并转动绳子;②滑绳运动,将绳子置于头顶晾衣杆上,患者双手握绳两端,用健手拉绳,以拉伸患侧肩关节;③举杠运动,嘱患者双手抓杠,两手相距 60 cm 将杠举过头顶,再弯曲肘部将杠放于头后方;然后反方向将杠举至头顶,再回至原位;④压臂运动,嘱患者双手压墙壁并支撑身体,然后练习肘关节屈伸动作。以上训练每天练习 2 ~ 3 次,每次持续 25 ~ 30 min,训练过程中注意避免疲劳,以运动时稍出汗、轻度呼吸加快,但不影响说话且次日起床后无疲劳感为宜^[3]。

治疗组患者术后还积极辅以心理干预,如医护人员通过做家属工作,尽量帮助患者获取亲友、子女、朋友特别是丈夫的理解、关怀及支持,耐心倾听患者主诉,了解其全面信息,采用系统脱敏法消除患者紧张、恐惧、焦虑、自卑情绪,帮助患者建立

一侧乳房缺失并非残废的信念,使其确信切除乳房是最佳治疗方法;同时指导患者建立自理意识,鼓励她们为保持、恢复健康而做出努力;向患者提供弥补乳房缺失的资讯,如指导其进行乳房重建术或佩戴特制胸罩等;同时积极组织预后良好、已重返社会的病友交流经验,促使患者树立康复信心并积极主动配合术后康复治疗^[4]。

三、临床疗效评定标准

于术后 1 周、术后 1 个月及术后 3 个月时分别采用欧洲肩关节协会颁布的 Constant-Muley 评分对 2 组患者肩关节功能恢复情况进行评定,该量表评分内容包括疼痛(15 分)、日常生活活动能力(20 分)、肩关节活动范围(40 分)及力量测试(25 分)共 4 部分,满分为 100 分,分值越高表明受试者患侧肩关节功能越好^[5];采用抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)对患者抑郁程度进行评定,50~59 分为轻度抑郁,60~69 分为中度抑郁,70 分以上为重度抑郁^[4];于术后 1 周、术后 3 个月时分别采用乳腺癌患者生活质量评价量表(quality of life questionnaires-C30, QLQ-C30)对患者生活质量进行评定,该量表评定内容主要包括一般躯体健康、心理健康、社会及家庭功能、症状与一般不良反应、特殊不良反应(如患侧上肢肿胀、上肢活动受限等)以及自我生存质量评价,共有 41 项调查条目,每项分值 0~10 分,其中一般躯体健康、心理健康、社会及家庭功能评分越高表示受试者生活质量越好;症状与一般不良反应、特殊不良反应评分越高则表示受试者生活质量越差^[6]。

四、统计学分析

本研究所得计量数据以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 SPSS 12.0 版统计学软件包进行数据分析,计量资料比较采用 *t* 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

结 果

术后 1 周时 2 组患者患侧肩关节 Constant-Muley 评分、SDS 评分组间差异均无统计学意义($P > 0.05$);术后 1 个月时 2 组患者患侧肩关节功能均较术后 1 周时明显改善,以关节疼痛、活动功能方面的改善幅度较显著,肌力项目恢复情况则相对较差;进一步分析发现,治疗组患者在日常生活活动能力及关节活动度方面均显著优于对照组水平($P < 0.05$),而 SDS 评分 2 组间差异仍无统计学意义($P > 0.05$);术后 3 个月时 2 组患者患侧肩关节功能进一步恢复,其肌肉疼痛均基本消失,并且治疗组患者患侧肩关节 Constant-Muley 评分各项指标、SDS 评分均显著优于对照组水平($P < 0.05$),具体数据见表 2。

术后 1 周时 2 组患者 QLQ-C30 量表各项指标评分组间差异均无统计学意义($P > 0.05$);术后 3 个月时 2 组患者各项生活质量指标均较术后 1 周时明显改善;进一步比较发现,术后 3 个月时治疗组患者一般躯体健康、心理健康、自我生存质量评分均较对照组显著增高,而症状与一般不良反应、特殊不良反应评分均较对照组明显降低,组间差异均具有统计学意义($P < 0.05$),提示术后 3 个月时治疗组患者生活质量明显优于对照组,具体数据见表 3。

讨 论

乳腺癌根治术不仅要切除整个乳房,手术中还要剥离部分皮下脂肪、胸大肌、胸小肌以及腋窝淋巴结等组织,术后创口皮瓣容易粘连于胸壁上,当患侧上肢活动时常有皮肤牵拉感;同时术后疼痛或担心影响伤口愈合限制了患侧上肢主动活动,使患侧肩关节活动量减少,导致组织粘连及瘢痕形成,进一步加重了关节功能障碍程度。正确指导乳腺癌根治术后患者患侧上肢康

表 2 术后不同时间点 2 组患者肩关节功能及抑郁改善情况比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	肩关节 Constant-Muley 评分					总分	SDS 评分
		疼痛	日常生活活动能力	活动范围	肌力			
治疗组								
术后 1 周时	47	8.58 ± 3.42	7.58 ± 2.31	15.24 ± 4.15	12.58 ± 1.24	43.95 ± 6.26	61.3 ± 9.8	
术后 1 个月时	47	10.45 ± 2.35 ^a	10.25 ± 4.69 ^{ab}	23.52 ± 7.26 ^{ab}	14.43 ± 4.05	58.65 ± 7.18 ^a	55.8 ± 8.2	
术后 3 个月时	47	13.32 ± 4.47 ^{ab}	18.26 ± 4.18 ^{ab}	32.12 ± 6.28 ^{ab}	22.17 ± 5.20 ^{ab}	85.87 ± 12.57 ^{ab}	40.7 ± 9.6 ^{ab}	
对照组								
术后 1 周时	45	8.11 ± 2.26	8.01 ± 2.25	14.65 ± 4.14	13.02 ± 2.15	43.79 ± 6.82	59.2 ± 8.4	
术后 1 个月时	45	10.89 ± 3.59 ^a	9.22 ± 3.59	18.12 ± 5.37 ^a	15.05 ± 4.02	53.28 ± 10.27 ^a	56.5 ± 5.7	
术后 3 个月时	45	12.28 ± 4.35 ^a	15.42 ± 4.95 ^a	29.85 ± 7.29 ^a	18.85 ± 7.19 ^a	76.42 ± 11.25 ^a	48.1 ± 7.7 ^a	

注:与术后 1 周时比较,^a $P < 0.05$;与对照组相同时间比较,^b $P < 0.05$

表 3 术后 1 周及术后 3 个月时 2 组患者生活质量评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	一般躯体健康	心理健康	社会及家庭功能	症状与一般不良反应	特殊不良反应	自我生存质量
治疗组							
术后 1 周时	47	45.35 ± 12.12	54.13 ± 14.78	64.75 ± 10.15	64.55 ± 17.69	52.11 ± 12.02	46.12 ± 14.19
术后 3 个月时	47	90.12 ± 15.25 ^a	88.26 ± 12.25 ^a	88.25 ± 12.26	22.12 ± 8.65 ^a	24.24 ± 7.19 ^a	78.26 ± 14.28 ^a
对照组							
术后 1 周时	45	42.21 ± 8.38	52.63 ± 11.30	60.25 ± 13.25	68.25 ± 19.15	50.35 ± 14.97	48.36 ± 10.62
术后 3 个月时	45	62.12 ± 10.38	64.27 ± 15.22	82.26 ± 14.18	58.12 ± 17.25	45.94 ± 12.36	58.71 ± 19.12

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$

复训练,对保证手术疗效及改善患肢运动功能、减少术后并发症具有重要意义^[7]。

大量文献报道,适当的康复训练不仅可促进手术创面血液循环,还可避免皮下积液及积血,防止关节僵硬、肌肉萎缩和肌肉粘连,为术后患侧上肢功能恢复奠定良好基础^[8]。本研究治疗组患者术后辅以分阶段系统康复训练,如术后第 1 周以掌、指、腕、肘关节运动为主(此时避免活动肩关节),通过指导患者活动上述关节有助于挤压其手臂深静脉,从而加速患部淋巴液、静脉回流,能有效避免积液、水肿形成;术后 1 周~1 个月期间(此时胸壁引流管通常已拔除)则以肩关节训练为主,逐渐增加压球运动、梳头训练、手指爬墙训练等,有助于防止腋窝周围组织挛缩,从而促进患侧肩肌、臂肌及胸肌功能恢复,同时还能加速患侧上肢血液循环,增强淋巴液回流,对减轻患侧上肢水肿具有重要作用。手术 1 个月以后则增加上肢旋转及上肢后伸运动训练,如辅以转绳、滑绳、举杠及压臂训练等,能进一步强化患侧上肢肩关节及周围肌群功能。在整个训练过程中应注意运动强度循序渐进,以免发生运动损伤。如患者在训练过程中发生皮下积液或皮瓣坏死时应减小运动强度,及时给予换药及理疗以促进伤口愈合^[9]。通过对 2 组患者患侧肩关节 Constant-Muley 评分比较后发现,术后 1 个月及 3 个月时治疗组患者肩关节功能均显著优于对照组,进一步证明分阶段系统康复训练对改善乳腺癌根治术后患者患侧肢体功能具有确切疗效。

乳腺肿瘤手术对女性患者是一种强烈的精神刺激及创伤性经历,根治手术会引起患者形体改变及全身不适,同时经济压力及担心不被家庭及社会接受,致使许多患者产生恐惧、焦虑、抑郁、多疑、自卑等心理障碍,不利于术后康复治疗及肢体功能恢复^[10]。本研究在积极给予治疗组患者肢体康复训练基础上,根据患者病情、身心健康状况及个人需求等特点提供有针对性的心理干预,充分重视患者心理健康,引导并鼓励患者积极与家属沟通,争取给予患者更多的社会心理支持,向患者提供疾病相关信息与健康技能,帮助患者正确应对疾病及树立战胜疾病的信心,有助于患者及家属情绪好转、心理问题减少、充分配合治疗并自觉坚持康复训练,从而促进患者身心整体康复及生活质量提高^[11]。通过对本研究 2 组患者 SDS 评分及生活质量评分比较后发现,术后 3 个月时治疗组患者 SDS 评分及生活质量评分

均显著优于对照组,进一步证明心理干预在乳腺癌根治术后康复治疗中不容忽视。

综上所述,本研究结果表明,于乳腺癌根治术后辅以分阶段系统康复训练及心理干预,能进一步促进乳腺癌术后患者患侧上肢功能恢复及生活质量提高,具有重要的临床及社会意义。

参 考 文 献

- [1] 沈领宙,邵志敏. 乳腺肿瘤学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2005:4.
- [2] 吕振海,贾志芳. 改良根治术治疗乳腺癌 2680 例效果分析[J]. 华北国防医药,2009,21(6):20-21.
- [3] 郑玉群,马秋爱,叶向红,等. 早期康复训练对乳腺癌改良根治术后患者肢体功能恢复的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2010,32(5):378-380.
- [4] 刘桂英,李宏伟,管旌旌,等. 心理干预对乳腺切除患者围手术期焦虑及抑郁症状的改善效应[J]. 中国临床康复,2005,9(28):76-78.
- [5] 邢本香,李贻能. 临床康复学[M]. 上海:复旦大学出版社,2009:288.
- [6] 李成. 乳腺癌患者生存质量的测量量表及其研究进展[J]. 中国肿瘤临床,2006,33(19):1133.
- [7] 潘钢,吴伟. 乳腺癌术后上肢淋巴水肿因素分析与外科治疗进展[J]. 中国微创外科杂志,2008,8(6):556-558.
- [8] 张晓菊,胡雁,黄嘉玲. 渐进式康复治疗对乳腺癌术后肩关节活动度及生命质量的影响[J]. 复旦大学学报(医学版),2008,35(1):128-132.
- [9] 王运良,孙翔云,王亚兵,等. 不同运动方式对乳腺癌术后患者上肢功能及生活质量的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志,2012,34(1):64-66.
- [10] 李瑞娥,吴清时,罗咏梅. 对乳腺癌病人实施心理干预的效果观察[J]. 全科护理,2010,8(8):2020.
- [11] 张晓菊,胡雁,黄嘉玲,等. 渐进式康复护理对乳腺癌术后肩关节活动度及生命质量的影响[J]. 复旦学报(医学版),2008,35(1):128-132.

(修回日期:2014-05-20)

(本文编辑:易 浩)

· 消息 ·

2014 年首届连云港国际足部疾患康复论坛会讯

2014 年首届连云港国际足部疾患康复论坛拟于 2014 年 8 月 1 至 3 日在江苏省连云港市召开。本次论坛的主题是:糖尿病足与足部运动障碍康复。论坛由中国康复医学会康复治疗专业委员会主办,香港糖尿病肢体学会、江苏省天瑞医疗器械有限公司协办。受邀出席论坛的有来自美国、澳大利亚、意大利、中国香港及国内等多地知名的康复专家,讲述内容包括足部疾患的康复评估、最新治疗成果及康复技术等。

欢迎广大康复医学科及其他相关学科的医生、治疗师、护士、假肢矫形器师积极参会。欢迎民政、残联系统各级肢残康复医疗机构及假肢矫形器中心等单位的医生、假肢矫形器或康复辅具适配专业技术人员参加。

联系人:顾丽;联系电话:15261377182;Email:lilitianrui@163.com。

中国康复医学会康复治疗专业委员会