

· 临床研究 ·

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

郑玉群 马秋爱 叶向红 应红 吴苏光

【摘要】目的 观察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。**方法** 共选取 100 例乳腺癌患者,将其随机分为治疗组及对照组,2 组均给予乳腺癌改良根治术治疗,治疗组患者于术后早期进行综合康复训练,对照组患者于切口愈合后遵医嘱自行活动肢体。于治疗 6 个月分别对 2 组患者肢体功能、生活质量及并发症发生情况进行比较。**结果** 治疗组患者术后肢体功能、生活质量及并发症发生情况均明显优于对照组水平。**结论** 乳腺癌改良根治术后早期介入康复训练,有助于促进患者肢体功能恢复,提高生活质量,抑制并发症发生。

【关键词】 乳腺癌改良根治术; 功能障碍; 康复训练

乳腺癌是女性常见恶性肿瘤之一,目前乳腺癌改良根治术在我国已成为标准术式,但手术时大面积组织切除及腋窝淋巴结清扫使患者胸部及腋窝部分肌肉缺失或神经受损,术后创面瘢痕挛缩,患者出现形貌异常、患肢功能障碍及水肿,容易诱发焦虑、抑郁等负性心理,严重影响患者身心健康及生活质量^[1]。因此如何尽早恢复乳腺癌患者术后生理、心理及社会功能是临床亟待解决的重要问题之一。我科于 2008 年期间对 50 例乳腺癌改良根治术后患者实施早期康复治疗,取得满意疗效。现报道如下。

资料与方法

一、研究对象

共选取 2008 年 1 月至 12 月间在我院治疗的乳腺癌改良根治术后患者 100 例,均为已婚女性,病理切片结果提示为乳腺恶性肿瘤,排除有肩关节疾病或不能配合治疗者。采用随机数字表法将入选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,表中数据经统计学比较,发现组间差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

表 1 2 组患者一般资料及病情比较

组别	例数	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	文化程度(例)			肿瘤分期(例)		
			小学及以下	中学	大专及以上	Ⅱ期	Ⅲ期	Ⅳ期
治疗组	50	51.3 ± 11.8	14	26	10	22	18	10
对照组	50	59.2 ± 13.1	11	28	11	24	15	11

注:2 组患者一般情况及病情经统计学比较,发现组间差异均无统计学意义($P > 0.05$)

二、治疗方法

2 组患者均施以乳腺癌改良根治术治疗。治疗组于术后早期给予康复干预,具体措施包括:术后 1~3 d 保持患肢肩关节处于内收位,嘱患者主动活动指、腕及肘关节,伸肘时手指张开,屈肘时用力握拳,每天练习 3 次,每次 5~10 min,若上述动作患者术后早期无力完成时,可由治疗师给予协助,同时

由远端向心性按摩患者上肢,每天 2 次,每次 30 min;指导患者进行平卧位腹式呼吸及立位胸式呼吸,每天训练 2~4 次,每次持续 15~20 min;练习咳嗽、咳痰动作,如深呼吸 3 次后屏气 2~3 s,然后深咳 3 次,每天练习 10 次;术后 4~8 d 期间,患者胸壁手术切口给予胸带加压包扎,在前述治疗基础上嘱患者站立时患肢自然下垂,并以最大幅度前后摆动(类似钟摆运动),摆动时有轻微牵拉疼痛感为宜,每天训练 3 次,每次 15~20 min;术后 9 d 以后,患者在以前治疗基础上增加爬墙训练,即面对墙壁分足而立、患肢外展,使手掌贴于墙壁,开始时指尖平双肩高度,然后利用手指屈伸活动使上肢向上移动,待移动至最高位置时停留 3~5 min 后收回肢体,如此反复训练 20~30 min,期间配合耸肩、双臂上举及外展运动等,当患肢能上举约 180°时则增加双手交叉拉毛巾擦背训练,以患侧手能越过头顶并摸到健侧耳部为训练目标;初始训练强度不宜过大,待伤口拆线后可逐渐增大肢体活动范围,并逐步增加抗阻运动及器械运动。在整个住院治疗期间,采用幻灯片、讲解、提问、分组讨论等方式让患者充分了解康复训练重要性,并邀请长期进行康复训练、气质较好、形象较佳的患者现身说教,以增强患者术后康复信心。对照组患者待术后切口愈合后遵医嘱活动肢体,以不引起患部疼痛为度,训练时无具体时间要求及相应监督机制。

三、疗效评定标准

1. 患肢功能评定:住院期间每 3 周评定 1 次,出院后每个月评定 1 次,优:患肢功能完全恢复,手臂上举达 180°,肩关节能前伸、后屈、外旋、内旋,钟摆运动弧度 $> 90^\circ$,双肩外形对称,上肢无水肿;良:患肢手臂上举 $< 120^\circ$,钟摆运动弧度 $< 90^\circ$,双肩外形对称,上肢无水肿;差:患肢手臂上举 $< 90^\circ$,钟摆运动弧度 $< 60^\circ$,患侧肩下沉,上肢有不同程度水肿。

2. 生活质量评定:于术后 6 个月时参照欧洲癌症治疗研究组(European Organization for Research and Treatment of Cancer, EORTC)在 1993 年制订的乳腺癌患者生活质量评价量表(quality of life questionnaires-C30, QLQ-C30)^[2],该量表主要内容包括一般躯体健康、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(即上肢肿胀、上肢活动受限)以及自我生存质量评价,共有 41 项调查条目,每项分值范围 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;症状与一般副反应、特殊不良反应评分

越高,则表示受试者生存质量越差^[3]。

3. 术后并发症及康复疗效监测:于术后 3 个月时观察并记录 2 组患者双肩平衡障碍、关节活动受限、上肢水肿、切口感染等并发症发生情况。

四、统计学分析

本研究计量数据以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 SAS 9.1 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

一、2 组患者术后患肢功能恢复情况比较

于术后 21 d 及 6 个月时分别对 2 组患者患肢功能恢复情况进行比较,发现治疗组患肢功能恢复情况均明显优于对照组,组间差异均具有统计学意义($P < 0.05$),表明乳腺癌患者术后早期开展康复训练不仅有利于患肢功能恢复,还能显著加快患者恢复进程,具体数据详见表 2。

表 2 术后 21 d 及 6 个月时 2 组患者患肢功能恢复情况比较

组 别	例数	术后 21 d 时(例)				术后 6 个月时(例)			
		优	良	差	优良率(%)	优	良	差	优良率(%)
治疗组	50	25	15	10	80 ^a	43	6	1	98 ^a
对照组	50	10	12	28	44	19	25	6	88

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$

二、2 组患者术后生活质量比较

2 组患者术后 6 个月时生活质量改善情况详见表 3,表中数据显示,治疗组患者一般躯体健康、心理健康、自我生存质量评分均明显高于对照组($P < 0.05$);症状与一般不良反应、特殊不良反应评分均显著低于对照组($P < 0.05$),表明治疗组患者术后生活质量明显优于对照组水平。

表 3 术后 6 个月时 2 组患者生活质量比较(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
治疗组	50	93.34 ± 2.64 ^a	91.18 ± 2.43 ^a	91.63 ± 1.32
对照组	50	64.34 ± 2.65	62.27 ± 1.60	80.10 ± 2.23
组 别		症状与一般不良反应	特殊不良反应	自我生存质量
治疗组	10.36 ± 2.45 ^a	14.74 ± 3.22 ^a	88.85 ± 2.39 ^a	
对照组	62.54 ± 3.38	48.32 ± 4.12	61.72 ± 1.89	

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$

三、2 组患者术后并发症发生情况比较

于术后 3 个月时对 2 组患者并发症发生情况进行比较,发现 2 组患者出院时伤口均未发生感染,出院后 3~7 d 治疗组及对照组分别有 1 例和 5 例患者伤口部位皮肤红肿、皮下积液发展为化脓性感染,考虑与术后化疗、继发性感染有关;另外治疗组患者双肩平衡障碍、关节活动受限、上肢水肿的发生率均明显低于对照组水平($P < 0.05$),具体数据详见表 4。

讨 论

乳腺癌改良根治术需要切除患者整个乳房(包括肿瘤周围至 3~5 cm 皮肤组织),同时还要切除胸大肌筋膜、腋窝及锁

表 4 2 组患者术后并发症发生情况比较(例,%)

组 别	例数	伤口感染	双肩平衡障碍	关节活动受限	上肢水肿
治疗组	50	1(2) ^a	0(2) ^a	1(2) ^a	1(2) ^a
对照组	50	5(10)	5(10)	5(10)	3(6)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$

骨下脂肪组织、淋巴结等,术后患者胸壁及腋窝部位容易发生严重粘连;并且由于腋窝部位淋巴结组织被清除,上肢淋巴液回流障碍,故容易诱发患侧上肢肿胀;同时手术过程中还切除了患者部分上肢运动肌群(如胸大肌、胸小肌等),对患侧上肢运动功能也造成严重影响。

大量研究表明,心理康复干预能显著促进患者功能恢复,积极的心理状态有助于机体充分发挥潜能,通过给予心理康复治疗,促使患者面对现实,以积极的心态适应自我形象改变,重塑自我、建立信心;另外积极、有效的康复训练能帮助患者尽早恢复患肢功能,提高生活质量,进一步增强其对术后生活的信心,有助于患者功能全面康复^[4]。本研究治疗组患者在心理干预基础上,于术后 1~3 d 进行患侧肩关节制动,避免上臂外展,能防止腋窝皮瓣滑动而影响伤口愈合;在此期间通过指导患者活动指、腕及肘关节,有助于其手臂深静脉受挤压,从而加速患部淋巴、静脉回流;通过肌肉反复收缩与舒展训练,能促进腋窝淋巴及静脉侧支循环早期建立,防止患肢淋巴水肿^[5];松、握拳与深呼吸交替训练能促进患者肋间肌功能恢复,增强胸部血液循环,促进切口愈合^[6];于术后 4 d 时逐渐增加钟摆训练及爬墙训练,由于此时患者胸壁切口、腋下处瘢痕组织尚未形成,进行康复训练有助于防止腋窝周围组织挛缩(特别是腋窝浅肌腱僵硬、肌肉萎缩及肩关节强直等),从而加速患侧肩肌、臂肌及胸肌功能恢复,同时还能避免挛缩瘢痕压迫腋静脉,使腋静脉回流受阻程度减轻;另外康复训练还能促进患肢血液循环,增强淋巴液回流,对减轻肢体水肿程度具有重要意义^[7]。在整个训练过程中应注意先被动后主动、运动强度循序渐进原则,以避免发生运动损伤;还应密切注意患者病情变化,根据其伤口愈合情况及时调整训练方案,如在进行钟摆或爬墙训练阶段,若发现患者手术切口皮瓣下有积液形成,则应推迟康复训练进程。本研究认为,乳腺癌根治术后功能训练应至少持续 6 个月以上,并且前 3 个月康复训练尤为重要;如果术后不及时进行康复干预,一旦瘢痕组织形成,将严重影响肩关节活动功能,即使此时再介入康复治疗,其疗效也不甚理想。

综上所述,于乳腺癌改良根治术后实施规范化早期康复治疗,可显著促进患者肢体功能恢复,提高生活质量,抑制术后并发症发生,该疗法值得临床推广、应用。

参 考 文 献

- [1] 何小梅,李卉,黄霜,等.乳腺癌患者生存质量的影响因素分析.中华物理医学与康复杂志,2005,27:552-555.
- [2] 李成.乳腺癌患者生存质量的测量量表及其研究进展.中国肿瘤临床,2006,33:1133.
- [3] 唐秀娟,夏萍.180 例乳腺癌术后生活质量影响因素分析.山东医药,2006,46:30.
- [4] 张立强,栾信庸,潘新良,等.喉切除术后生活质量的调查研究.中华护理杂志,2003,11:839-842.

- [5] 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. 复旦大学学报(医学版),2008,35:128-132.
- [6] 安彩霞,马少林,普雄明. 肿胀麻醉下负压抽吸法治疗乳腺癌术后上肢淋巴水肿. 中国美容医学,2009,18:1081.
- [7] 宋振华,褚明,马素萍,等. 综合康复治疗脑卒中合并假性延髓麻痹

患者吞咽障碍的疗效观察. 中华物理医学与康复杂志,2006,28:256.

(修回日期:2010-03-25)

(本文编辑:易浩)

· 临床研究 ·

头颈部肿瘤患者放射治疗后认知功能障碍的影响因素研究

宋启斌 胡伟国 姚颐

【摘要】目的 研究头颈部肿瘤患者经放射治疗后的认知功能障碍情况及其影响因素。**方法** 采用神经行为认知状态测试(NCSE)量表对 58 例经放射治疗后的头颈部肿瘤患者进行认知功能评估,以了解其认知功能状况,并分析影响因素。**结果** 入选 58 例患者中发生认知功能障碍者占 70.6% (41/58);NCSE 量表 8 个认知项目中以记忆能力及计算能力的障碍发生率较高;合并高血压、糖尿病或化疗亦会显著增加认知功能障碍发生率;多发病灶及常规放疗患者发生认知功能障碍的比例显著高于单病灶及适形放疗患者。**结论** 对头颈部肿瘤患者放射治疗后进行认知功能评估,有助于早期发现及防治放射性脑损伤。

【关键词】 头颈部肿瘤; 放射性脑损伤; 认知功能障碍

放射治疗(放疗)是头颈部肿瘤患者的重要治疗手段,随着立体定向放疗技术的发展,其治疗效果有目共睹,但其副作用也不容忽视。放射性脑损伤是头颈部肿瘤患者放疗后的严重并发症之一,早期常表现为脑功能障碍(如认知功能障碍等),并且这些功能性临床症状通常早于脑实质形态损伤的发生^[1],故研究认知功能障碍的早期临床征象和指标对及时发现、防治严重脑损伤,提高头颈部肿瘤患者生活质量具有重要意义。本研究采用神经行为认知状态测试(neurobehavioral cognitive status examination,NCSE)量表^[2]对头颈部肿瘤患者进行认知功能评估,以了解患者经放疗后的认知功能状况,并探讨其影响因素,为临床尽早采取相关康复干预措施提供参考依据。现报道如下。

资料与方法

一、研究对象

共选取在我院肿瘤中心治疗的 58 例头颈部肿瘤患者,均于近 6 个月内进行过头部放疗,入选患者既往无精神疾病史,无视觉及听觉功能损伤,具有简单的理解及交流能力,其中男 32 例,女 26 例;年龄 25~78 岁,平均 55.3 岁;文化程度从文盲到大学不等;合并高血压者 18 例,合并糖尿病患者 20 例,合并化疗者 39 例。

二、认知功能评估

由经过专业培训的康复医师或作业治疗师采用中文版 NCSE 量表对上述 58 例患者进行认知功能评定,该量表共包括 8 个认知评估项目,分别是意识水平、定向能力、专注能力、语言

能力(包括理解、复述及命名能力)、空间结构能力、记忆能力、计算能力及推理能力(包括类似性及判断能力)。

三、统计学分析

采用 SPSS 10.0 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

一、放疗后认知功能障碍的发生情况分析

本研究中发生认知功能障碍的患者占 70.6% (41/58),除了意识水平没有评估外,NCSE 量表其它各项认知指标的障碍发生率如下:定向能力障碍率为 39.6% (23/58),专注能力障碍率为 32.7% (19/58),理解能力障碍率为 46.5% (27/58),复述能力障碍率为 22.4% (13/58),命名能力障碍率为 31.0% (18/58),空间结构能力障碍率为 37.9% (22/58),记忆能力障碍率为 60.3% (35/58),计算能力障碍率为 53.4% (31/58),类似性评定障碍率为 41.4% (24/58),判断能力障碍率为 27.6% (16/58),其中以记忆能力及计算能力的障碍发生率较高,但大多数患者受损程度均为轻度~中度。

二、放疗后认知功能障碍的影响因素

头部肿瘤放疗后认知功能障碍在男性患者及老年人群中的发生率较高,但经统计学分析,发现组间差异无统计学意义($P > 0.05$);合并高血压或糖尿病的患者认知功能障碍发生率显著升高($P < 0.05$),合并化疗也会明显增加认知障碍的发生率($P < 0.05$);另外病灶数量及放疗方法也会影响认知功能障碍的发生,如多发病灶及常规放疗患者发生认知功能障碍的比例显著高于单病灶及适形放疗患者($P < 0.01$),具体数据详见表 1。