

# 循证心理护理结合追踪护理对行二期乳房再造术患者心理状态及免疫水平的影响

肖新伟, 史京萍

江苏省人民医院整形烧伤科, 江苏 南京 210000

**摘要:** 目的 探讨分析循证心理护理结合追踪护理对行二期乳房再造术患者心理状态及免疫水平的影响。方法

选择2019年1月至12月江苏省人民医院收治的乳腺癌术后二期乳房再造患者72例并依次编号,按照随机数字表简单随机分为观察组与对照组,各36例。对照组采用常规护理模式,观察组在对照组基础上采用循证心理护理结合跟踪护理模式。比较两组焦虑(SAS)、抑郁(SDS)评分,以及血清TNF- $\alpha$ 、IL-6水平,并根据3个月随访结果分析患者患侧上肢功能恢复率及护理满意度。**结果** 护理干预前,两组SDS评分、SAS评分比较差异无统计学意义( $P$ 均 $>0.05$ ),护理干预后(出院前1d),观察组SDS评分、SAS评分均明显低于对照组( $P$ 均 $<0.01$ )。护理干预前,两组IL-6、TNF- $\alpha$ 水平比较差异无统计学意义( $P$ 均 $>0.05$ ),护理干预后7d、出院前1d,观察组IL-6、TNF- $\alpha$ 水平均明显低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。观察组患侧上肢功能恢复优良率(97.22% vs 80.56%,  $P > 0.05$ )、护理满意度(97.22% vs 83.33%,  $P > 0.05$ )较对照组有所提高,但差异无统计学意义。**结论** 对于乳腺癌术后行二期乳房再造术患者,循证心理护理结合追踪护理模式应用可有效缓解其焦虑、抑郁负面心理,改善机体免疫水平;在一定程度上有利于促进患侧上肢功能恢复和提高患者对护理的满意度。

**关键词:** 循证心理护理策略; 追踪护理模式; 乳腺癌术后二期乳房再造; 心理状态; 免疫水平; 患肢功能

**中图分类号:** R473.6 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2021)04-0573-04

乳腺癌患者的发病率近年来呈年轻化发展趋势<sup>[1-2]</sup>。乳腺癌的发病机制与内分泌、免疫体系、心理情绪等有关<sup>[3]</sup>。乳房既是女性人群形象美的重要参考指标之一,也是哺乳器官,对乳腺癌患者采取乳腺癌根治术后乳房的缺失会给她带来较大痛苦<sup>[4]</sup>。乳房再造能够防止因乳房缺失导致的负面心理情绪,提高患者的生活质量<sup>[5]</sup>。临床研究表明,对乳腺癌术后二期乳房再造患者采取循证心理护理策略,可积极改善其心理状态、免疫水平以及生活质量评分等<sup>[6]</sup>。跟踪护理可有效弥补患者出院后恢复空白期,从而改善预后。基于此,本研究探讨循证心理护理结合跟踪护理对二期乳房再造术患者心理状态及免疫水平的影响,旨在为二期乳房再造术患者临床护理运用提供参考。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择2019年1月至12月江苏省人民医院收治的乳腺癌术后二期乳房再造患者72例并

依次编号,按照随机数字表简单随机分为观察组与对照组,各36例。观察组年龄为(40.2 $\pm$ 4.6)岁,乳腺癌根治术后时间为(1.3 $\pm$ 0.7)年;文化程度:12例大学及以上、24例高中及以下;婚姻状况:30例已婚,6例未婚;病理类型:28例浸润性导管癌,8例浸润性小叶癌。对照组年龄为(41.4 $\pm$ 3.8)岁,乳腺癌根治术后时间为(1.5 $\pm$ 0.6)年;文化程度:10例大学及以上、26例高中及以下;婚姻状况:31例已婚,5例未婚;病理类型:29例浸润性导管癌,7例浸润性小叶癌。两组年龄、乳腺癌根治术后时间、文化程度、婚姻状况及病理类型等一般资料比较均差异无统计学意义( $P$ 均 $>0.05$ )。本研究经医院伦理委员会批准,患者均对此研究知情且签署同意书。

**1.2 方法** 对照组采用常规护理模式予以干预,其主要内容涵盖饮食护理、病房环境护理、健康教育指导、用药指导、以及基础病情护理等。观察组在对照组基础上,采用循证心理护理结合追踪护理模式。相关具体性内容见表1。

表1 循证心理护理及跟踪护理模式内容

项目	流程	具体内容及方法
循证心理护理	成立循证小组	由科室护士长引导成立循证心理护理小组,设立6名责任护士,明确其责任及工作范围。
	循证分析	对于乳腺癌术后二期乳房再造患者,根据以往临床护理经验,小组成员总结出常见问题,如焦虑、抑郁等负面心理等,分析其内在原因并收集其心理动态特征表现及行为等证据,从而指导临床实践。
	心理疏导	责任护士需基于归纳出的相关证据,并结合患者行为表现,及时掌握其心理动态,并予以评估并记录,可采用健康宣教及知识讲解、邀请术后疾病恢复者进行交流分享等方式进行心理疏导,改善状态。
	鼓励支持	责任护士鼓励患者家人积极陪伴并给予更多理解与支持,提高患者治疗积极性,增加其安全感与自信心。
追踪护理	出院当天	责任护士协助患者办理好出院手续,并遵医嘱予以相关注意事项提醒,同时,整理、完善其病历资料,建立科室电子档案,以便后期查阅。
	出院后随访3个月	责任护士需在患者出院后作定期跟踪随访,以电话、微信等方式了解其恢复情况,及时解答疑问并作相应指导,以提高患者生活质量。

1.3 观察指标 于护理干预前、出院前1 d,采用焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)、抑郁自评量表(Self-Rating Depression Scale, SDS)对两组患者焦虑、抑郁等负面心理进行评估。于护理干预前、护理实施后第7 d、出院前1 d清晨抽取空腹静脉血5 ml,离心取上清液待测。采用酶联免疫吸附法(ELISA)检测血清TNF- $\alpha$ 、IL-6水平。随访末期评估两组患侧上肢功能恢复情况及护理满意度。对于患侧上肢功能,优:手臂上举可达到180°,肩关节可内外旋转、前伸、后屈,并且钟摆弧度>90°,双肩外形完全对称,无上肢水肿;良好:手臂上举可达到120°,且钟摆弧度在60°~90°,双肩外形完全对称,无上肢水肿;差:手臂上举<90°,且钟摆弧度<60°,患侧肩下沉或有水肿情况出现。护理满意度=(非常满意+基本满意)例数/总例数 $\times$ 100%。

1.4 统计学方法 应用SPSS 24.0软件行数据分析。计数资料用例(%)表示,行 $\chi^2$ 检验或校正 $\chi^2$ 检验;计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,行两因素两水平及三因素两水平重复测量资料方差分析,两两比较行LSD- $t$ 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组护理前后焦虑、抑郁评分比较 两组焦虑SDS评分、抑郁SAS评分球形检验(Mauchly's Test of Sphericity)结果均显示 $P < 0.05$ ,不符合Huynh-Leltdt条件。后经重复测量方差分析显示,两组SDS评分、SAS评分时间、组间及时间与组别交互作用比较,差异均有统计学意义( $P$ 均 $< 0.01$ ),可知两组SDS评分、SAS评分随时间变化,且时间因素作用因组别不同而存在差异;简单效应LSD- $t$ 成对比较发现,护理干预前,两组SDS评分、SAS评分比较差异无统计学意义( $P$ 均 $> 0.05$ ),护理干预后(出院前1 d),观察组SDS评分、SAS评分均明显低于对照组( $P$ 均 $< 0.01$ )。见表2。

2.2 两组免疫指标水平比较 经重复测量方差分析显示,两组IL-6、TNF- $\alpha$ 时间、组间及作用时间与组别交互作用比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ ),可知两组IL-6、TNF- $\alpha$ 随时间变化,且时间因素作用因组别不同而存在差异。简单效应LSD- $t$ 成对比较发现,从时点角度分析,两组3时点各指标水平比较差异有统计学意义( $P$ 均 $< 0.05$ );从组别角度分析,护理干预前,两组IL-6、TNF- $\alpha$ 水平比较差异无统计学意义( $P$ 均 $> 0.05$ ),护理干预后第7 d、出院前1 d,观察组IL-6、TNF- $\alpha$ 水平均明显低于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。见表3。两组IL-6、TNF- $\alpha$ 随时间变化趋势见图1、图2。

2.3 两组患侧上肢功能恢复优良率及护理满意度比较 观察组患侧上肢功能恢复优良率(97.22% vs 80.56%,  $P > 0.05$ )、护理满意度(97.22% vs 83.33%,  $P > 0.05$ )均较对照组有所提高,但差异无统计学意义。见表4。

表2 两组护理前后焦虑、抑郁负面心理状态比较 ( $n = 36, \bar{x} \pm s$ )

指标	组别	护理干预前	出院前1d	$F_{\text{时点}}/F_{\text{时点}}$	$F_{\text{组间}}/P_{\text{组间}}$	$F_{\text{交互}}/P_{\text{交互}}$
SDS评分	观察组	59.61 $\pm$ 7.72	34.65 $\pm$ 2.03 <sup>ab</sup>	645.923/ $< 0.001$	26.757/ $< 0.001$	43.123/ $< 0.001$
	对照组	60.23 $\pm$ 7.80	45.52 $\pm$ 2.85 <sup>a</sup>			
SAS评分	观察组	57.27 $\pm$ 5.91	33.35 $\pm$ 3.62 <sup>ab</sup>	1261.025/ $< 0.001$	34.757/ $< 0.001$	91.683/ $< 0.001$
	对照组	58.16 $\pm$ 6.02	44.40 $\pm$ 3.13 <sup>a</sup>			

注:与护理干预前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;与对照组比较,<sup>b</sup> $P < 0.01$ 。

表3 两组免疫指标水平变化情况比较 (n=36,  $\bar{x} \pm s$ )

指标	组别	时点1 (护理干预前)	时点2 (干预后第7d)	时点3 [干预后(出院前1d)]	$F_{\text{时点}}/F_{\text{时点}}$	$F_{\text{组间}}/P_{\text{组间}}$	$F_{\text{交互}}/P_{\text{交互}}$
IL-6 (pg/ml)	观察组	5.65 ± 0.91	4.10 ± 0.87 <sup>ac</sup>	3.41 ± 0.82 <sup>abd</sup>	244.014/ <0.001	4.420/0.039	9.695/ <0.001
	对照组	5.61 ± 0.87	4.59 ± 0.89 <sup>a</sup>	4.11 ± 0.93 <sup>ab</sup>			
TNF-α (pg/ml)	观察组	5.49 ± 0.80	3.73 ± 0.67 <sup>ad</sup>	2.43 ± 0.58 <sup>abd</sup>	581.626/ <0.001	12.927/ <0.001	17.729/ <0.001
	对照组	5.52 ± 0.78	4.28 ± 0.73 <sup>a</sup>	3.37 ± 0.65 <sup>ab</sup>			

注:与护理干预前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;与干预后第7d比较,<sup>b</sup> $P < 0.05$ ;与对照组比较,<sup>c</sup> $P < 0.05$ ,<sup>d</sup> $P < 0.01$ 。

表4 两组患侧上肢功能恢复优良率及护理满意度比较 例(%)

组别	例数	患侧上肢功能恢复优良率				护理满意度			
		优	良好	差	优良率(%)	非常满意	基本满意	不满意	满意度(%)
观察组	36	24(66.67)	11(30.56)	1(2.78)	97.22	27(75.00)	8(22.22)	1(2.78)	97.22
对照组	36	13(36.11)	16(44.44)	7(19.44)	80.56	22(61.11)	9(25.00)	5(13.89)	83.33
$\chi^2$ 值					3.516				2.532
P 值					0.061				0.112

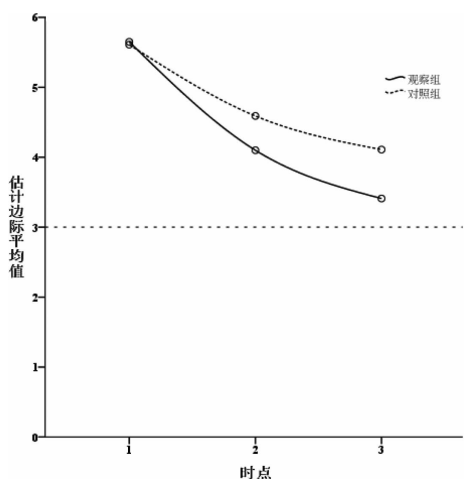


图1 两组 IL-6 水平随时间变化趋势

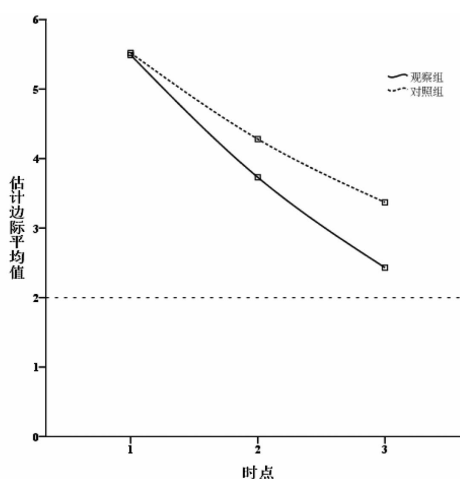


图2 两组 TNF-α 水平随时间变化趋势

### 3 讨论

循证护理是护理人员在计划护理活动过程中,审慎地、明确地、明智地将科研结论与临床经验、患者愿望相结合,获取证据,作为临床护理决策依据的过程<sup>[7-10]</sup>。其以患者为中心,从患者的实际情况出发,旨在改善患者预后并最大限度地满足患者意愿<sup>[11]</sup>。而心理护理是指在临床护理过程中,护理人员需掌握心理学理论并运用心理学技术,以临床护理干预手段来控制影响患者预后的各种消极因素,使得患者从心理层面转变心态,缓解或消除对于疾病的焦虑、抑郁等负面心理,提高其治疗积极性、配合度及依从性,从而改善预后<sup>[12]</sup>。对于乳腺癌患者,部分经医生疏导,再接受治疗后短期内逐步调理并正视现实,积极配合治疗,然而,有些则对这一事实始终难以接受,产生逃避心态甚至恐惧<sup>[13]</sup>。因此,对富于女性特征的乳房缺失后而产生忧虑、情绪抑郁消极、对生活丧失信心的患者,医护人员需对其进行心理疏导,予以鼓励支持,使其树立起与病魔对抗的信心。有临床研究证

实,心理支持疗法可改善机体免疫水平,有利于癌症患者预后和恢复。炎症因子是指参与炎症反应的细胞因子,主要有 TNF-α、IL-6 等<sup>[14]</sup>。TNF-α 是炎症反应过程中出现最早、最重要的炎症介质,能激活中性粒细胞和淋巴细胞,使血管内皮细胞通透性增加,调节其他组织代谢活性,并促使其他细胞因子的合成和释放<sup>[15]</sup>。IL-6 可诱导 B 细胞分化和产生抗体,并诱导 T 细胞活化增殖、分化,参与机体的免疫应答,是炎症反应的促发剂<sup>[16]</sup>。

本研究结果显示,护理干预前,两组 SDS 评分、SAS 评分比较差异无统计学意义,出院前 1d,观察组 SDS 评分、SAS 评分均明显低于对照组。护理干预前,两组 IL-6、TNF-α 水平比较差异无统计学意义,护理后第 7 天、出院前 1 d,观察组 IL-6、TNF-α 水平均明显低于对照组。观察组患侧上肢功能恢复优良率(97.22% vs 80.56%)、护理满意度(97.22% vs 83.33%)均较对照组有所提高,但差异无统计学意义,后期有待扩大样本量进一步观察。提示循证心理护理结合追踪护理模式应用可有效缓解其焦虑、抑郁

负面心理,改善机体免疫水平,在一定程度上促进患侧上肢功能的恢复和提高患者对护理的满意度。究其原因,其原因或在于对乳腺癌患者实施术后二期乳房再造手术能够有效恢复其形体美,同时,可使患侧上肢功能恢复如常<sup>[17]</sup>。循证心理护理通过心理学手段,可对既往经验进行归纳、分析、总结,用于指导临床实践,对患者焦虑、抑郁负面心理予以疏导,在负面心理进一步发展前,及时予以心理干预,从而增强其治疗信心,改善患者预后;并且,出院后追踪护理可在患者出院后掌握恢复情况,并针对疑问予以科学指导,从而达到改善预后的目的。

综上所述,对于乳腺癌术后行二期乳房再造术患者,循证心理护理结合追踪护理模式可有效缓解其焦虑、抑郁的负面心理,改善机体免疫水平,在一定程度上促进患侧上肢功能的恢复和提高患者对护理的满意度。

#### 参考文献

[1] 穆楠,毕晔,彭喆,等. 自体组织乳房再造及胸壁修复同期行吻合血管淋巴结组织移植及淋巴管静脉吻合治疗乳腺癌术后腋窝凹陷畸形及上肢淋巴水肿[J]. 中华整形外科杂志,2017,33(21):54-60.

[2] Leung YK, Govindarajah V, Cheong A, et al. Gestational high-fat diet and bisphenol A exposure heightens mammary cancer risk[J]. *Endocr Relat Cancer*,2017,24(7):365-378.

[3] Guo Q, Minnier J, Burchard J, et al. Physiologically activated mammary fibroblasts promote postpartum mammary cancer[J]. *JCI Insight*,2017,2(6):e89206.

[4] 苑方松. 乳腺癌免疫治疗研究进展[J]. 临床医药文献电子杂志,2017,4(30):5926,5928.

[5] 周飞,乔娜,马爽,等. 乳腺癌肿瘤干细胞及表面标志物的研究进展[J]. 医学综述,2019,25(20):4014-4018.

[6] 杨娟,潘素梅,张敏. 乳腺癌患者术后化疗期间的乳房重建认知态度及其相关影响因素分析[J]. 中国美容医学,2018,27(8):

139-141.

- [7] 杨丹,徐丽,骆东妹. 动机性访谈对乳腺癌乳房重建术患者希望水平、自我形象和应对方式的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2019,25(22):17-20.
- [8] Sigalove S, Maxwell GP, Sigalove NM, et al. Prepectoral implant-based breast reconstruction: rationale, indications, and preliminary results[J]. *Plast Reconstr Surg*,2017,139(2):287-294.
- [9] 王静玲,金立亭,汪芳. 循证护理对乳腺癌化疗患者心理、生活质量及并发症的影响[J]. 中国临床研究,2018,31(7):998-1000,1003.
- [10] 赵秋娥,卢振产,沈轶倩,等. 循证护理对急性脑梗死并发高血压患者神经功能及自我护理能力的影响[J]. 中华全科医学,2020,18(11):176-179.
- [11] Sbitany H, Piper M, Lentz R. Prepectoral breast reconstruction; a safe alternative to submuscular prosthetic reconstruction following nipple-sparing mastectomy[J]. *Plast Reconstr Surg*,2017,140(3):432-443.
- [12] Im EO, Ji X, Kim S, et al. Challenges in a technology-based cancer pain management program among asian american breast cancer survivors[J]. *Comput Informa Nurs*,2019,37(5):243-249.
- [13] 刘晓丹,王守艳,徐紫薇,等. 量化评估干预对乳腺癌手术患者应激反应的影响[J]. 癌症进展,2019,17(15):1843-1846.
- [14] 申雯,吕晓菲,王锦华. 追踪护理模式联合 PDCA 循环管理对宫颈癌化疗患者负性情绪及护理工作满意度的影响[J]. 中国药物与临床,2019,19(6):1027-1029.
- [15] 金艾香,章小飞,张露飞,等. 基于奥巴马哈系统的移动管理在乳腺癌术后患者延续护理中的应用研究[J]. 护理与康复,2017,16(10):1027-1031.
- [16] 彭翠娥,李赞,周波,等. 乳腺癌术后行腹壁下动脉穿支皮瓣二期乳房再造并带血管化淋巴结移植术 6 例临床护理[J]. 齐鲁护理杂志,2018,24(12):28-30.
- [17] Akita S, Tokumoto H, Yamaji Y, et al. Contribution of simultaneous breast reconstruction by deep inferior epigastric artery perforator flap to the efficacy of vascularized lymph node transfer in patients with breast cancer-related lymphedema[J]. *J Reconstr Microsurg*,2017,33(8):571-578.

收稿日期:2020-07-08 修回日期:2020-09-02 编辑:王娜娜