

对患者进行随访式延续护理可以提高患者出院后的服药依从性^[8]。此外,延续护理还可使出院患者能在住院治疗后的恢复期中得到延续的卫生保健,从而促进患者的康复,减少因病情恶化出现再住院的需求,增加卫生服务成本,具有良好的社会效益及经济效益^[9]。

本研究建立基于跨理论模型的延续性护理干预措施,并对 CHD 患者 PCI 术后实行延续护理。经过 6 个月跨理论模型指导下的延续性护理干预,使 CHD 患者 PCI 术后心绞痛、非致死性心肌梗死、再次靶血管血运重建的发生率明显降低,与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),提示采用基于跨理论模型的延续性护理干预措施可在一定程度上减少 CHD 患者 PCI 术后心血管不良事件的发生。

综上所述,采用基于跨理论模型的延续性护理干预有效地改善了 CHD 患者 PCI 术后的遵医行为,减少了心血管不良事件的发生,提高了患者的生活质量。但本研究仅为单中心试验,周期较短,远期效果不明确,有待进一步完善。

参考文献

[1] 王慧丽,丁荣晶,黄亚芳,等.影响冠心病患者经皮冠状动脉介入治疗术后死亡率的危险因素分析[J].中华疾病控制杂志,2017,21(2):175-178.

[2] 陈纪言,陈韵岱,韩雅玲,等.经皮冠状动脉介入治疗术后运动康复专家共识[J].中国介入心脏病学杂志,2016,24(7):361-369.

[3] 董玉静,尚少梅,么莉,等.国外延续性护理模式研究进展[J].中国护理管理,2012,12(9):20-23.

[4] 陈小芳,汪国成,薛小玲,等.阶段性改变模式在高血压患者戒烟中的效果研究[J].中华护理杂志,2011,46(8):741-744.

[5] REDDING C A,ROSSI J S,ROSSI S R,et al. Health behavior models[J]. Inter Electronic J Health Edu,2000,3(Special):180-193.

[6] 陈佩,陈鹏飞,王丹宁,等.高龄冠心病患者行 PCI 术后发生并发症的危险因素[J].中国循证心血管医学杂志,2016,8(4):428-435.

[7] 王翎羽,马国娣,林平,等.急性冠脉综合征患者 PCI 术后心脏不良事件发生情况及其影响因素分析[J].中华现代护理杂志,2016,22(30):4311-4315.

[8] 覃桂荣.出院患者延续护理的现状与发展趋势[J].护理学杂志,2012,27(3):89-91.

[9] 裴金霞,冯莺,朱翡翠,等.居家母婴护理平台在延续护理中的应用[J].医院管理论坛,2017,34(3):70-73.

(收稿日期:2017-09-06 修回日期:2017-11-13)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 08. 046

3 种治疗方案用于 I B2、II A2 期宫颈癌患者的疗效对比观察

陈 萍¹,王 斌²

(湖北省黄冈市黄梅县人民医院:1. 妇产科;2. 神经外科 435500)

摘 要:目的 探讨根治手术、新辅助化疗联合根治手术、术前同步放化疗联合根治手术方案治疗 I B2、II A2 期宫颈癌临床疗效及安全性差异。**方法** 选取 I B2、II A2 期宫颈癌患者 150 例,以随机数字表法分为单纯手术组(50 例)、术前化疗组(50 例)及术前同步放化疗组(50 例),分别采用根治手术、新辅助化疗联合根治手术及术前同步放化疗联合根治手术治疗;比较 3 组患者手术时间、术中出血量、住院时间、术后局部侵犯率、淋巴结阳性率、随访生存率及术后并发症发生率等。**结果** 术前同步放化疗组患者术中出血量显著少于单纯手术组、术前化疗组($P < 0.05$);3 组患者手术用时和住院时间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);术前同步放化疗组患者术后脉管侵犯率、术后深肌层侵犯率及淋巴结阳性率均显著低于单纯手术组、术前化疗组($P < 0.05$);术后 3 组患者术后神经侵犯率比较差异均无统计学意义($P > 0.05$);3 组患者随访生存率和术后并发症发生率比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 术前同步放化疗联合根治手术方案治疗 I B2、II A2 期宫颈癌疗效优于单纯手术及新辅助化疗联合根治手术方案。

关键词:手术; 新辅助化疗; 同步放化疗; 宫颈癌

中图法分类号:R737.3

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)08-1195-04

对于 FIGO 分期 I B~II A 患者国外指南均将盆腔外照射+同步化疗+近距离放疗作为推荐方案^[1]。但受限于放疗仪器普及率低、技术人员缺乏及治疗费用昂贵等,根治手术切除目前仍是我国患者的主要治疗方案。已有研究显示,单纯根治手术可在一定程度上保护卵巢功能,降低因放疗带来的多种并发症,但

因 I B-II A 期肿瘤病灶体积较大、所处盆腔位置较低,术者操作空间较为局限,且视野清晰度欠佳,极易引起医源性脏器损伤,不利于远期预后改善^[2]。近年来,新辅助化疗联合根治性手术方案逐渐成为亚洲国家宫颈癌患者常用治疗方案,在降低肿瘤负荷,避免切缘肿瘤组织残留及远处转移方面效果确切;但美国

国立综合癌症网络(NCCN)指南认为对于巨块型宫颈癌,治疗后总体疾病控制率不足 45%,生存期延长亦不明显^[3]。术前近距离放疗+同步化疗+根治手术作为一种综合治疗方案,已被部分学者研究证实能够有效提高宫颈癌患者完全缓解率^[4],但因缺乏相关远期随访随机对照研究,同时其较其他方案是否患者获得更佳临床收益尚无明确定论。本研究以本院近年来收治的ⅠB2、ⅡA2 期宫颈癌患者共 150 例作为研究对象,探讨 3 种治疗方案对ⅠB2、ⅡA2 期宫颈癌患者围术期相关指标、生存率及术后并发症风险的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2011 年 1 月至 2013 年 6 月收治ⅠB2、ⅡA2 期宫颈癌患者共 150 例,以随机数字表法分为单纯手术组、术前化疗组及术前同步放化疗组,每组各 50 例。单纯手术组患者年龄 46~68 岁,平均年龄(55.69±6.22)岁,参照病理分型划分,鳞癌 47 例,腺癌 3 例,参照 FIGO 临床分期划分,ⅠB 期 19 例,ⅡA 期 31 例;术前化疗组患者年龄 46~70 岁,平均年龄(55.80±6.25)岁,参照病理分型划分,鳞癌 45 例,腺癌 5 例,参照 FIGO 临床分期划分,ⅠB 期 22 例,ⅡA 期 28 例;术前同步放化疗组患者年龄 45~67 岁,平均年龄(55.77±6.24)岁,参照病理分型划分,鳞癌 48 例,腺癌 2 例,参照 FIGO 临床分期划分,ⅠB 期 24 例,ⅡA 期 26 例。纳入标准:(1)术前经 TCT 及病理活检确诊宫颈恶性肿瘤;(2)符合 FIGO 临床分期ⅠB~ⅡA 期^[5];(3)初次放化疗;(4)具有宫颈局部肿块影像学测距资料;(5)年龄 40~75 岁;(6)研究方案经医院伦理委员会批准;(7)患者及家属签署知情同意书。排除标准:(1)放化疗禁忌;(2)心、脑、肝、肾功能不全;(3)并发其他系统恶性肿瘤;(4)精神系统疾病;(5)血液系统疾病;(6)临床资料不全。3 组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 (1)单纯手术组:给予根治手术治疗,选择广泛子宫切除术联合盆腔淋巴结清扫术,对于年龄小于 45 岁者可根据个人意愿进行卵巢移位。(2)术前化疗组:采用新辅助化疗+根治手术治疗,即术前给予化疗方案采用顺铂(云南个旧生物药业有限公司,国药准字 H53021678,规格 30 mg)30 mg/m²+紫杉醇(亚宝药业集团股份有限公司,国药准字 H20084099,规格 30 mg)40 mg/m²,1 次/周,共行 5 次;化疗结束后 1~2 周进行身体功能评估可耐受后再行宫颈癌根治术,具体术式同单纯手术组。(3)术前同步放化疗组:采用近距离放疗+同步化疗+根治手术方案治疗,包括:①放疗方案采用¹⁹²Ir 近距离后装放疗,A 点单次放射剂量为 16 Gy,4 次/周,治疗时间 2 周;②同步化疗方案为顺铂每次 30 mg 联合紫杉醇每次 40 mg,1 次/周,治疗时间 2 周,药物生产厂

家、国药准字及规格同 B 组;化疗结束后 1~2 周进行身体功能评估可耐受后再行宫颈癌根治术,具体术式同单纯手术组。

1.3 观察指标 (1)记录患者围术期相关指标水平,包括手术用时、术中出血量及住院时间,计算平均值;(2)根据术后病理活检报告记录患者脉管侵犯、神经侵犯、深肌层侵犯及淋巴结阳性例数,计算百分比;(3)随访 3 年,记录患者术后 1 年和 3 年生存例数,计算百分比;(4)记录患者阴道残端感染、输尿管损伤、尿潴留、淋巴水肿、肾积液及输尿管阴道瘘发生例数,计算百分比。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用方差分析和 SNK 检验比较,计数资料以百分比(%)表示,采用 χ^2 检验比较;生存分析采用 Kaplan-Meier 法和 log-rank 检验;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3 组患者围术期临床指标比较 术前同步放化疗组患者术中出血量显著少于单纯手术组、术前化疗组($P<0.05$);3 组患者手术用时和住院时间比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

表 1 3 组患者围术期临床指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	手术用时 (min)	术中出血 量(mL)	住院时间(d)
单纯手术组	50	213.12±43.72	678.60±109.21	11.25±2.06
术前化疗组	50	238.91±52.30	451.93±82.61 [△]	14.12±2.33
术前同步放化疗组	50	225.23±46.15	304.44±50.48 ^{△*}	13.23±2.12

注:与单纯手术组比较,△ $P<0.05$;与术前化疗组比较,* $P<0.05$

2.2 3 组患者术后局部侵犯率和淋巴结阳性率比较 术前同步放化疗组患者术后脉管侵犯率、术后深肌层侵犯率及淋巴结阳性率均显著低于单纯手术组、术前化疗组($P<0.05$);术后 3 组患者术后神经侵犯率比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),见表 2。

表 2 3 组患者术后局部侵犯率和淋巴结阳性率比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	脉管 侵犯	神经 侵犯	深肌层 侵犯	淋巴结 阳性
单纯手术组	50	21(42.00)	19(38.00)	31(62.00)	18(36.00)
术前化疗组	50	25(50.00)	15(30.00)	27(54.00)	21(42.00)
术前同步放化疗组	50	2(4.00) ^{△*}	14(28.00)	2(4.00) ^{△*}	1(2.00) ^{△*}

注:与单纯手术组比较,△ $P<0.05$;与术前化疗组比较,* $P<0.05$

表 3 3 组患者随访生存率比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	1 年	3 年
单纯手术组	50	41(82.00)	33(66.00)
术前化疗组	50	43(86.00)	31(62.00)
术前同步放化疗组	50	46(92.00)	36(72.00)

2.3 3 组患者随访生存率比较 3 组患者随访生存率比较差异均无统计学意义($P>0.05$),见表 3。

2.4 3 组患者术后并发症发生率比较 3 组患者术

后并发症发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 4。

表 4 3 组患者术后并发症发生率比较

组别	<i>n</i>	尿潴留 (<i>n</i>)	淋巴水肿 (<i>n</i>)	输尿管损伤 (<i>n</i>)	肾积液 (<i>n</i>)	阴道残端 感染(<i>n</i>)	输尿管阴道 瘘(<i>n</i>)	术后并发症 发生率(%)
单纯手术组	50	6	2	1	0	0	0	18.00
术前化疗组	50	7	0	3	1	1	0	24.00
术前同步化疗组	50	5	0	0	0	0	2	14.00

3 讨 论

单纯宫颈癌根治手术尽管可保留卵巢和阴道功能,但对于肿瘤体积过大者往往病变与周围脏器毗邻,故术中极易导致大量出血,同时术后切缘阳性率和医源性损伤概率居高不下,局部浸润复发亦显著提高。而大量临床报道证实,高强度放疗可有效提高ⅠB2、ⅡA2 期宫颈癌患者随访生存率,但难以避免会阴水肿、放射性直肠及膀胱炎,生活质量下降明显;同时与静脉化疗序贯应用无法获得良好总生存时间和无进展生存时间改善,且 20%~30% 患者出现卵巢和阴道功能丧失,无法满足临床治疗需要^[6]。近年来研究显示,术前新辅助化疗+放疗在提高病理完全缓解率、避免局部复发及降低手术并发症发生风险方面具有优势,同时超过 50% 患者可保留正常卵巢和阴道功能,这对于提高日常生活质量和治疗依从性具有重要意义^[7]。

国外前瞻性研究显示,宫颈癌术前新辅助化疗应用可部分提高肿瘤客观缓解率,降低术后并发症发生概率,但治疗效果存在剂量依赖性,在延长生存时间方面并无优势,且易引起明显化疗不良反应,不利于术后病情早期康复^[8]。近距离放疗近年来被广泛用于巨块型宫颈癌临床治疗,相较于其他化疗方式,其具有定位准确性强,可灵活调整剂量及照射时间缩短等优势;同时治疗前通过阴道影像学检查可获得更为准确的肿瘤体积及范围等信息,消除以往放疗可能出现 A 点剂量不一致现象^[9];同时三维适形技术应用亦有助于提高临床肿瘤靶区勾画准确性,避免周围正常脏器及组织放射性损伤^[10]。

本研究结果显示,术前同步放化疗组患者术中出血量显著少于单纯手术组、术前化疗组($P<0.05$);3 组患者手术用时和住院时间比较,差异无统计学意义($P>0.05$),说明近距离放疗+同步化疗+手术方案治疗ⅠB2、ⅡA2 期宫颈癌有助于减少手术创伤,且未增加手术时间和影响术后康复进程。以往报道认为,术前放疗可能导致肿瘤组织质地变脆,更易出血,影响术野清晰度^[11];而笔者认为术中出血量降低主要与术前同步放化疗后有效缩短肿瘤体积,降低局部血流灌注量有关。同时本研究采用术前放疗剂量

[16 Gy·(8 次)⁻¹·(2 周)⁻¹]较以往放疗研究显著降低,故放化疗相关不良反应随之减轻,这可能是该方案对于患者术后病情恢复进程无明显影响的重要原因之一。

本研究结果显示,术前同步放化疗组患者术后尿管侵犯率、术后深肌层侵犯率及淋巴结阳性率均显著低于单纯手术组、术前化疗组($P<0.05$),说明近距离放疗+同步化疗+根治手术方案用于ⅠB2、ⅡA2 期宫颈癌患者可有效降低肿瘤局部侵犯和远处转移风险;但术后 3 组患者术后神经侵犯率比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),笔者认为这可能与入选样本量较小、个体差异较大有关。近年来术前同步放化疗方案治疗优势理论上已获得证实,其中全身静脉化疗药物应用可发挥更佳的肿瘤细胞抑杀和放疗增敏效应,两者联合能够实现不同增殖周期肿瘤细胞全面抑杀作用,尤其在乏氧肿瘤细胞杀灭方面更具优势^[12]。

既往报道认为,同步放化疗方案较单纯新辅助化疗可更有效降低年轻宫颈癌患者盆腔复发概率,延长无瘤生存时间^[13];但 3 组患者随访生存率比较,差异无统计学意义($P>0.05$),笔者认为这可能与本研究对象年龄多大于或等于 50 岁,且随访时间较短有关。

本研究结果中,3 组患者术后并发症发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$),提示接受 3 种治疗方案ⅠB2、ⅡA2 期宫颈癌患者在术后并发症概率方面较为接近,且均未导致严重并发症发生。术前新辅助化疗以往被认为有助于降低宫颈癌患者术后并发症发生风险^[14],但该方面较易受临床分期、年龄及化疗剂量等因素影响,同时研究中术前同步放化疗术后并发症发生率(16%)较其他两组更低,差异无统计学意义($P>0.05$),故这一结论仍有待更大规模临床研究证实。

综上所述,术前同步放化疗联合根治手术方案治疗ⅠB2、ⅡA2 期宫颈癌疗效优于单纯手术、新辅助化疗联合根治手术方案。但需要注意术前同步放化疗远期疗效还需进一步加大样本观察,同时研究入选样本量较少,手术未分经腹与腹腔镜手术,化疗亦未分为静脉化疗、血管插管介入化疗等,形成统计数据选择性偏倚,故所得结论有待更大规模多中心随机对照研究证实。

参考文献

- [1] HOSAKA M, WATARI H, KATO T, et al. Clinical efficacy of paclitaxel /cisplatin as an adjuvant chemotherapy for patients with cervical cancer who underwent radical hysterectomy and systematic lymphadenectomy[J]. J Surg Oncol, 2012, 105(6): 612-616.
- [2] HE L, WU L, SU G, et al. The efficacy of neoadjuvant chemotherapy in different histological types of cervical cancer[J]. Gynecol Oncol, 2014, 134(2): 419-425.
- [3] ZHAO Y B, WANG J H, CHEN X X, et al. Values of three different preoperative regimens in comprehensive treatment for young patients with stage [b2 cervical cancer[J]. Asian Pac J Cancer Prev, 2012, 13(4): 1487-1489.
- [4] MAZERON R, KAMSU KOM L, RIVIN DEL CAMPO E, et al. Comparison between the ICRU rectal point and modern volumetric parameters in brachytherapy for locally advanced cervical cancer[J]. Cancer Radiother, 2014, 18(3): 177-182.
- [5] 陈惠祯, 蔡红兵. 现代妇科肿瘤学[M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 2006: 206-207.
- [6] WEI L C, WANG N, SHI M, et al. Clinical outcome observation of preoperative concurrent chemoradiotherapy/radiotherapy alone in 174 Chinese patients with local advanced cervical carcinoma[J]. Oncol Targets Ther, 2013, 33(6): 67-74.
- [7] REIG A, MEMBRIVE I, FORO P, et al. Long-term results and prognostic factors of patients with cervical carcinoma treated with concurrent chemoradiotherapy [J]. Clin Transl Oncol, 2011, 13(7): 504-508.
- [8] ABE A, FURUMOTO H, NISHIMURA M, et al. Adjuvant chemotherapy following concurrent chemoradiotherapy for uterine cervical cancer with lymphadenopathy[J]. Oncol Lett, 2012, 3(3): 571-576.
- [9] HANSEN H, HOGDALL C, ENGELHOLM S. Radiation therapy without cisplatin for elderly cervical cancer patients [J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2014, 90(1 Suppl): S484-S485.
- [10] JIA M X, ZHANG X, YIN C, et al. Peripheral dose measurements in cervical cancer radiotherapy: a comparison of volumetric modulated arc therapy and step-and-shoot IM-RT techniques[J]. Radiat Oncol, 2014, 7(1): 1-7.
- [11] ZHANG G, HE F, FU C, et al. Definitive extended field intensity-modulated radiotherapy and concurrent cisplatin chemosensitization in the treatment of I B2—III B cervical cancer[J]. J Gynecol Oncol, 2014, 25(1): 14-21.
- [12] SHAVERDIAN N, GONDI V, SKLENAR K L, et al. Effects of treatment duration during concomitant chemoradiation therapy for cervical cancer[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2013, 86(3): 562-568.
- [13] HAIE-MEDER C, THOMAS L, BARILLOT I, et al. Image-guided adaptive brachytherapy in the treatment of patients with cervix cancer[J]. Cancer Radiother, 2013, 17(2): 98-105.
- [14] FU J H, GAO Z, REN C C, et al. Comparison of clinical efficacy of three different neoadjuvant approaches (chemotherapy combined vaginal intracavitary irradiation, neoadjuvant chemotherapy alone or radiotherapy) combined with surgery for patients with stage [b2 and [Ia2 cervical cancer[J]. Asian Pacific J Cancer Prevention, 2013, 14(4): 2377-2381.

(收稿日期: 2017-08-19 修回日期: 2017-10-28)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 08. 047

肺康复训练对缓解高龄慢性阻塞性肺疾病患者焦虑及抑郁的效果分析

黄效梅, 周 丹[△]

(重庆市大足区人民医院呼吸内科 402360)

摘要:目的 探讨肺康复训练对缓解高龄慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者焦虑及抑郁的效果。方法 选取 2014 年 6 月至 2015 年 6 月在该院住院接受康复治疗的 COPD 稳定期患者 71 例, 分为对照组(35 例)和试验组(36 例), 两组均接受常规康复护理, 试验组在此基础上结合 8 周肺康复训练, 对比分析治疗 8、12 周后两组患者焦虑及抑郁评分、体质量指数(BMI)、HRQoL、呼吸困难评分、运动耐力。结果 治疗 8 周和 12 周后, 试验组 BMI、圣乔治呼吸问卷(SGRQ)、改良版英国医学研究会呼吸困难量表(MMRC)、6 min 步行距离均明显优于对照组($P < 0.05$); 治疗 8 周和 12 周后, 试验组焦虑自评量表(SAS)、贝克抑郁量表(BDI-13)评分均显著低于对照组($P < 0.05$), 即表明试验组焦虑及抑郁情绪缓解效果优于对照组, 且疗效持续至 12 周后。结论 肺康复训练不仅可以改善高龄 COPD 稳定期患者 HRQoL、呼吸困难症状、运动耐力等, 还可以缓解患者焦虑及抑郁情绪, 且效果明显优于常规康复护理。

关键词:慢性阻塞性肺疾病; 肺康复训练; 焦虑抑郁

中图法分类号:R563

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)08-1198-04

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种慢性呼吸系统疾病, 致死率较高, WHO 相关报道指出 COPD 是全