

论著·临床研究 doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.20.015

胃癌脑转移 18 例临床分析*

谢文亮^{1,2},张慧卿^{2△},芦珊²,何波²,彭丽香²,廖瑜倩²,宋荣峰²,万以叶²

(1.江西省赣县人民医院肿瘤内科 341100;2.江西省肿瘤医院内三科,南昌 330029)

[摘要] **目的** 分析胃癌脑转移患者的临床特征及预后因素。**方法** 回顾性分析 2004 年 1 月至 2013 年 12 月江西省肿瘤医院连续收治的 18 例胃癌脑转移患者临床资料,进行生存分析。**结果** 患者男 13 例,女 5 例,中位年龄 56 岁(16~83 岁)。患者诊断脑转移前均有神经症状,常见不适为头痛(38.9%)、乏力(33.3%)和恶心呕吐(22.2%)。确诊胃癌至发现脑转移的中位时间为 10.4 个月。同时性脑转移者 5 例,异性脑转移 13 例。44% 为单一脑转移灶,56% 为多发脑转移。13 例(72.2%)合并颅外转移,常见部位是远处淋巴结(92.3%)、肝脏(46.2%)和骨(30.8%)。根据脑转移瘤治疗方式将患者分成 3 组,A 组($n=7$)给予地塞米松对症处理;B 组($n=7$)地塞米松联合全脑放疗(WBRT);C 组($n=4$)在激素的基础上,接受全脑放疗和三维适形放疗。全组患者中位生存时间 2.5 个月(95%CI 1.25~3.75 个月),1 年生存率 16.7%。A、B、C 3 组中位总生存分别为 1.9 个月,2.5 个月和 20.7 个月;A 组与 B 组患者比较,总生存差异无统计学意义($P=0.46$),C 组患者生存获益明显($P=0.012$)。单因素分析发现,ECOG 评分 0~2 分($P=0.022$)、组织学分级 G1~G2 ($P=0.05$)、异时性脑转移($P=0.039$)、其他部位转移 0~1 个($P=0.005$)和接受放疗($P=0.034$)的患者预后较好;多因素分析显示,ECOG 评分($P=0.012$)和合并其他部位转移($P=0.009$)是胃癌脑转移患者的独立预后因素。**结论** 胃癌脑转移预后极差,通过多学科诊治有望延长部分患者的生存时间,ECOG 评分和颅外转移可能是预测胃癌患者疗效的因素。

[关键词] 胃肿瘤;肿瘤转移;脑;放射治疗**[中图分类号]** R735.2**[文献标识码]** A**[文章编号]** 1671-8348(2016)20-2782-04**Clinical analysis of gastric cancer complicating brain metastases in 18 cases**Xie Wenliang^{1,2},Zhang Huiqing^{2△},Lu Shan²,He Bo²,Peng Lixiang²,
Liao Yuqian²,Song Rongfeng²,Wan Yiye²

(1. Department of Oncology, Ganxian County People's Hospital, Ganxian, Jiangxi 341100, China;

2. Third Department of Internal Medicine, Jiangxi Provincial Tumor Hospital, Nanchang, Jiangxi 330029, China)

[Abstract] **Objective** To analyze the clinical characteristics and prognostic factors in the patients with gastric cancer(GC) complicating brain metastasis(BM). **Methods** The clinical data in 18 cases of MC complicating BM in the Jiangxi Provincial Tumor Hospital from January 2004 to December 2013 were retrospectively analyzed and the survival analysis was performed. **Results** Male was in 13 cases and female was in 5 cases, the median age was 56 years old(16-83 years old). All cases had neurological symptoms before diagnosing BM, and the common symptoms were headache (38.9%), weakness (33.3%) and nausea/vomiting (22.2%). The median time from diagnosing GC to discovering BM was 10.4 months. The simultaneous BM was in 5 cases and anisotropic BM was in 13 cases. Single BM accounted for 44% and multiple BM accounted for 56%. Thirteen cases (72.2%) of BM were complicated by extracranial metastases, the usual sites were distant lymph nodes, liver and bone, which accounting for 92.3%, 46.2% and 30.8% respectively. The cases were divided into 3 groups according to BM tumor treatment mode. The group A(7 cases) was given the dexamethasone symptomatic treatment; the group B(7 cases) was treated by dexamethasone combined with whole brain radiotherapy(WBRT); the group C(4 cases) received WBRT plus three dimensional conformal radiotherapy on the basis of hormone. The median survival time in all cases was 2.5 months (95%CI 1.25-3.75 months) and 1-year survival rate was 16.7%. The median total survival time in the group A, B and C was 1.9, 2.5, 30.7 months respectively; compared with the group A, the total survival in the group B had no statistical difference($P=0.46$), while the group C had obvious survival benefit($P=0.012$). The univariate analysis found that the patients with the ECOG score($P=0.012$), histological classification G1-G2($P=0.05$), anisotropic BM ($P=0.039$), number of other metastasis lesions 0-1($P=0.005$) and receiving radiotherapy had better prognosis; the multivariate analysis found that the ECOG score($P=0.012$) and complicating other site metastasis($P=0.009$) were the independent prognostic factors in the patients with GC complicating BM. **Conclusion** GC complicating BM has worse prognosis. The multidisciplinary diagnosis and treatment is expected to extend the survival in partial patients. The ECOG score and extracranial metastasis may be the factors for predicting the curative effect of GC patients.

[Key words] stomach neoplasms; neoplasm metastasis; brain; radiotherapy

胃癌脑转移是临床少见病,文献报道 0.47%~0.70% 的胃癌患者合并脑转移。由于胃癌脑转移预后极差,且随着影像学的进步以及胃癌疗效的提高,胃癌脑转移的发生率呈上升趋势,需要引起临床医生的重视^[1-3]。本研究回顾性分析了江西省肿瘤医院 2004 年 1 月至 2013 年 12 月收治的 18 例胃癌脑转移患者资料,旨在探讨其临床特征及预后因素。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性研究 2004 年 1 月至 2013 年 12 月江西省肿瘤医院连续收治的胃癌脑转移患者 18 例,其中男 13 例,女 5 例,中位年龄 56 岁(16~83 岁)。患者经电子胃镜活检或术后病理证实为胃腺癌,组织学分级 G1~G2 级 5 例,G3~G4 级 13 例。通过颅脑 CT 或 MRI 检查诊断为脑转移。本研究脑转移包括脑实质和软脑膜转移,同时性脑转移定义为诊断胃癌后 6 个月内发现的脑转移^[4]。

1.2 治疗方案 根据局部治疗方案的不同将 18 例患者分成 3 组,A 组($n=7$),给予地塞米松(4~8 mg,每 12 小时 1 次)和甘露醇(125 mg,每 8 小时 1 次)对症处理;B 组($n=7$),对症处理加全脑放疗(whole brain radiation therapy, WBRT),40 Gy/20 次;C 组($n=4$),除对症处理外,WBRT 联合局部三维适形放疗(three dimensional conformal RT, 3DCRT),20 Gy/10 次。

1.3 研究方法 收集患者基本特征(性别、年龄、ECOG 评分、胃癌手术史、脑转移相关症状),相关检查(血清肿瘤标志物、原发灶位置、病理类型、脑转移的位置与数目,是否有脑水肿和其他部位转移),治疗方法(如激素、放疗、局灶手术和化疗)等临床资料。

1.4 随访 通过门诊复查、电话或信件等进行随访,获得总生存期。生存期计算方法:确诊脑转移的时间至死亡时间或末次随访时间(2014 年 8 月 1 日),中位随访时间 4.0 个月(0.6~45 个月)。

1.5 统计学处理 采用 SPSS17.0 软件进行统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,独立样本计量资料的比较采用 t 检验;Kaplan-Meier 法计算生存率,并绘制生存曲线;Log-rank 检验进行预后影响因素的单因素分析,Cox 回归模型分析多因素对生存时间的影响, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

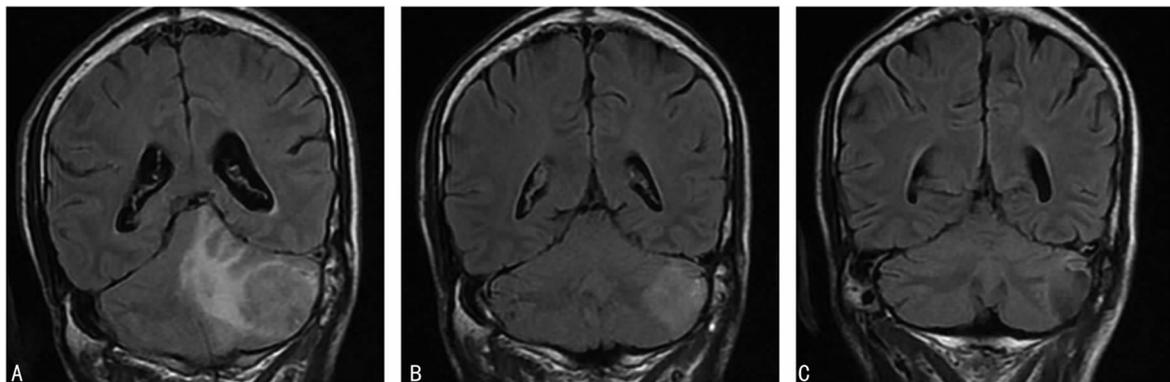
2 结果

2.1 患者的临床特征 本组 18 例胃腺癌患者,贲门癌 5 例,胃窦癌 5 例,胃体癌 7 例,残胃癌 1 例。77.8%(14/18)有胃癌手术史(根治性切除术 12 例,单纯胃切除术 2 例)。ECOG 行为评分 0~2 分 13 例,3~4 分 5 例。72.2%(13/18)的患者合

并其他部位的转移,其中最常见转移部位为远处淋巴结(92.3%)、肝脏(46.2%)和骨(30.8%)。患者最常见的脑转移相关症状为头痛(38.9%)、头晕(33.3%)、肢体乏力(33.3%)和恶心呕吐(22.2%),所有患者均是在出现脑转移相关症状后才被考虑是否存在脑转移。诊断脑转移的影像学检查手段主要是螺旋 CT(4/18)和 MRI(14/18)。8 例(44%)患者的脑转移表现为单一病灶,10 例(56%)患者为多发病灶。转移灶位于幕上者 8 例,幕下者 4 例,幕上和幕下同时转移者 3 例,侵犯软脑膜者 6 例(3 例单纯脑膜转移)。15 例(83.3%)脑转移瘤周边伴有不同程度的水肿(图 1)。15 例检测了血清癌胚抗原(CEA),阳性率 80.0%(12/15),中位值 15.4 ng/mL(1.6~259 ng/mL);12 例检测血清糖类蛋白 199(CA199),阳性率 75.0%(9/12),中位值 136.45 U/mL(0.6~15 652 U/mL)。6 例患者检测了胃癌原发灶 Her-2 状态,1 例(16.7%)患者阳性(免疫组织化学+++)。确诊胃癌至发现脑转移的中位时间为 10.4 个月(0~215.7 个月),其中同时性脑转移者 5 例(27.8%),异时性脑转移者 13 例(72.2%)。全组患者均给予地塞米松处理,11 例患者接受了放疗(全脑放疗、三维适形放疗),4 例患者进行了全身化疗(多西他赛+替吉奥 2 例,伊立替康 1 例,依托泊苷 1 例),无脑转移瘤手术切除病例(表 1)。

2.2 生存分析 无其他疾病导致的死亡病例,18 例患者中位生存时间(overall survival, OS)为 2.5 个月(95%CI 1.25~3.75),1 年生存率 16.7%(图 2),截止随访结束仅有 1 例患者存活(表 1 中 3 号)。通过 Kaplan-Meier 法单因素分析显示:ECOG 评分 0~2 分($P=0.022$)、组织学分级 G1~G2($P=0.05$)、异时性脑转移($P=0.039$)、其他部位转移 0~1 个($P=0.005$)和接受放疗($P=0.034$)患者的中位生存时间优于 ECOG 评分 3~4 分、组织学分级 G3~G4、同时性脑转移、合并其他部位转移和未接受颅脑放疗者。性别、年龄、手术史、原发灶位置、脑转移灶数目、CEA 和 CA199 不是预后影响因素(均 $P > 0.05$)。将上述 5 项因素纳入多因素分析,发现 ECOG 行为评分($P=0.012$)和是否合并其他部位转移($P=0.009$)是胃癌脑转移患者的独立预后因素。

A、B、C 3 组患者的中位 OS 分别为 1.9 个月(1.1~5.8 个月)、2.5 个月(0.6~3.6 个月)和 30.7 个月(2.1~54 个月)。通过 t 检验发现 A、B 两组患者的生存时间差异无统计学意义($P=0.46$),A、C 两组患者生存时间差异有统计学意义($P=0.012$)。需要特别指出的是,C 组 4 例患者均为异时性脑转移,ECOG 体力评分较好。

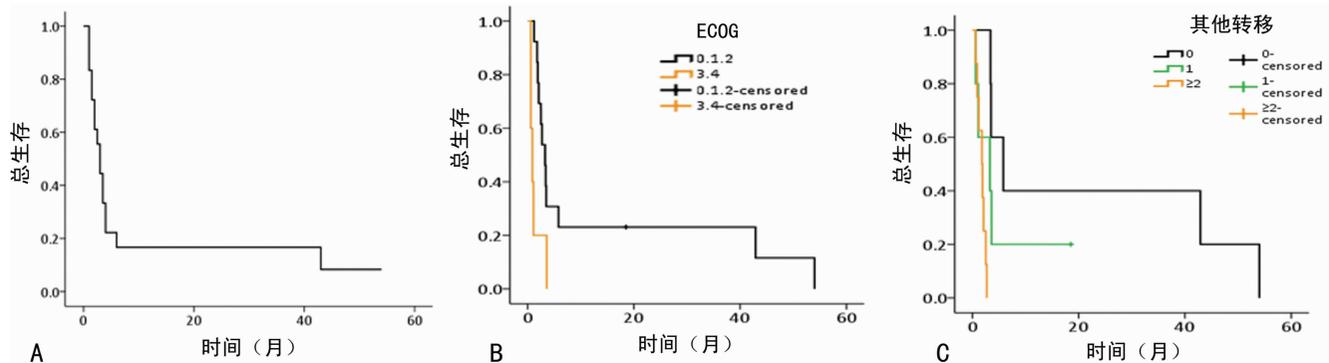


A:放疗前;B:WBRT、3DCRT 治疗后;C:化疗后。

图 1 3 号患者颅脑 MRI 图像

表 1 18 例胃腺癌脑转移患者的临床特征

编号	组别	ECOG 评分	胃手术	原发部位	脑转移时间 (月)	脑转移部位	脑转移灶	其他部位转移	化疗	OS(月)
1	B	3	是	胃窦	34.0	脑膜	多发	骨	否	0.6
2	C	2	是	胃窦	126.0	幕上	单一	淋巴结/肝/腹膜	是	2.1
3	C	1	否	胃窦	10.5	幕下	单一	淋巴结	是	18.5
4	A	1	是	胃体	1.8	脑膜/幕下	多发	无	否	1.2
5	A	1	是	胃窦	15.7	脑膜	多发	淋巴结/骨/卵巢	是	1.8
6	B	2	否	胃体	5.5	幕上/幕下	多发	淋巴结/肝/骨	否	2.7
7	B	2	是	贲门	48.0	幕上	多发	淋巴结/肝/肺	否	2.5
8	B	3	是	贲门	7.9	幕上	单一	淋巴结	否	3.6
9	A	1	是	胃体	10.3	幕上/幕下	多发	无	否	3.5
10	B	1	是	贲门	20.4	幕上	多发	淋巴结/肝	是	3.4
11	B	4	否	胃体	0.7	脑膜/幕下	单一	淋巴结/肝	否	0.6
12	A	3	是	胃窦	9.8	幕上	单一	淋巴结	否	1.1
13	C	2	是	贲门	8.2	幕上	多发	无	否	54.0
14	A	2	是	胃窦	21.5	幕上	单一	淋巴结/肝/骨	否	1.9
15	A	2	否	胃体	0	脑膜/幕下	单一	淋巴结	否	3.3
16	A	2	是	贲门	26.1	幕上	单一	无	否	5.8
17	B	3	是	胃体	1.3	脑膜	多发	淋巴结/腹膜	否	0.9
18	C	1	是	胃体	215.7	幕上/幕下	多发	无	否	42.9



A: 18 例脑转移患者的生存曲线; B: ECOG 评分对患者生存的影响; C: 颅外转移病灶数目对患者生存的影响; 生存时间按诊断脑转移起计算。

图 2 胃癌脑转移患者生存曲线

3 讨论

颅脑并非胃癌的常见转移部位,研究数据较少。1999 年, York 等^[1]回顾了 1957 年至 1997 年 40 年间 Anderson 收治的 3 320 例胃癌患者,发现 24 例(0.7%)合并脑转移。日本 Kasakura 等^[2]总结 1980~1998 年 2 322 例胃癌患者的临床资料,发现 0.47%(11 例)存在脑转移。在胃肠道肿瘤来源的脑转移瘤中,胃癌占 5.83%,仅次于结直肠癌(79.9%)和肝癌(9.18%)^[5]。然而,胃癌发生脑转移的比率可能比预期要高,一项纳入 46 例胃癌的尸检报告显示有 5 例(10.8%)患者发生脑转移^[6]。本文总结了江西省人民医院最近 10 年收治的胃癌脑转移病例,以期为该病的诊治提供参考。

全组 18 例患者,从诊断胃癌至发现脑转移的中位时间为 10.4 个月,与文献报道的 9 个月(1~23 个月)和 9.6 个月(0.1~43.7 个月)相仿^[1-2]。77.8% 患者有胃癌根治术或胃切除手

术史,远高于江西省人民医院胃癌手术比例,接近文献报道的 90.9%^[2]。笔者分析可能与以下原因有关:(1)手术作为一种生理应激可促进血脑屏障的破坏和开放,促进癌细胞进入颅内^[7];(2)脑转移是胃癌转移的最远处,从诊断胃癌至脑转移大约需要 10 个月,由于术后患者的生存期更长,因此更易发生。

原发灶位于近端的胃癌可能更易发生脑转移。York 等^[1]发现胃癌脑转移者 67% 是近端胃癌,同样, Bartelt 等^[8]报道的 10 例胃癌脑转移者,贲门癌占 50%。本研究贲门癌比例为 27.8%,显著低于上述研究,分析可能与西方国家胃食管结合部癌显著上升,而中国仍以中下部癌居多有关^[9]。文献报道胃癌脑转移常合并其他脏器的转移,如肝脏、骨和肺^[1]。本组患者 72.2% 合并他处转移,最常见的部位为淋巴结(92.3%)、肝脏(46.2%)和骨(30.8%)。胃癌脑转移患者合并骨转移的比率较高,提示胃癌细胞或可绕开门脉循环,通过 Batson's 椎静

脉丛和周围神经淋巴间隙进入大脑^[1-10]。本组共 6 例患者检测了原发灶 Her-2 的表达状态,阳性率 16.7%,与胃癌整体病例相似^[11]。一项包含 20 例胃食管腺癌的研究显示,脑转移瘤 Her-2 状态(阳性率 14%)与原发灶表达高度一致,提示 Her-2 阳性可能不是胃癌发生脑转移的机制^[12]。

脑转移是胃癌的终末阶段,临床预后极差,中位生存时间在 2~3 个月左右^[1-2]。本组 18 例患者的中位总生存时间 2.5 个月(95%CI 1.25~3.75),1 年生存率 16.7%,与文献报道相符。一项回顾性分析 57 例胃结肠肿瘤来源(胃癌 10 例,结肠癌 47 例)脑转移的研究表明:卡氏评分大于 70 分和单一脑转移灶是患者生存期较长的独立预测因子^[8]。本研究通过单因素分析发现,ECOG 评分 0~2 分、组织学分级 G1~G2、异时性脑转移、其他部位转移 0~1 个和接受放疗的患者生存时间更长。多因素分析显示,ECOG 行为评分($P=0.012$)以及是否合并其他部位转移($P=0.009$)是影响胃癌脑转移患者预后的独立因素,这与既往报道基本相符^[8]。

目前,胃癌脑转移的治疗缺乏前瞻性研究数据的支持,全脑放射治疗或可控制部分患者的神经症状,却不能延长患者的生存。York 等^[1]对入组的 24 例胃癌脑转移患者进行 3 种不同的治疗:激素组、WBRT+激素组和手术切除(surgery resection, SR)+WBRT+激素组。他们发现,WBRT 组和激素组中位生存无差异(9 周 vs. 7 周, $P>0.05$),但对部分患者(年轻和分期相对较早者)进行 SR+WBRT 则显示良好疗效,中位生存时间达 54 周。另外一项回顾性研究也比较了 WBRT 与 SR+WBRT 治疗胃癌脑转移的效果,尽管两组患者基线条件不匹配,但 SR+WBRT 组患者生存获益显著(24.0 周 vs. 10.8 周, $P<0.05$)^[2]。结合这两项研究,建议可以考虑对年轻、疾病分期较早和脑内单发病灶的患者进行脑转移瘤手术切除,继而联合全脑放疗^[13]。在本研究中,根据治疗方案的不同,笔者将 18 例患者分成了对症组(因经济问题或抵触情绪,患者未接受进一步治疗)、WBRT 组和 WBRT+3DRT 组,结果显示:与对症组相比,WBRT 组无生存获益(1.9 个月 vs. 2.5 个月, $P=0.46$),WBRT+3DRT 组患者获益明显,中位生存时间达 30.7 个月($P=0.012$)。尽管 WBRT+3DRT 组 4 例患者均为异时性脑转移,ECOG 体力评分好,合并较少的他处转移,但仍然提示 WBRT+3DRT 可能是胃癌脑转移瘤的有效治疗方法。

脑转移瘤的其他治疗手段还包括立体定向放射治疗技术(stereotactic radio-surgery, SRS)和化疗^[14]。Ⅲ期临床研究 RTOG 9508 纳入了脑转移瘤 333 例(胃癌不足 1%),167 例患者给予 WBRT+SRS,对照组 164 例给予 WBRT,结果表明 WBRT+SRS 在改善或稳定行为评分方面有优势($P=0.03$),也可以延长单一脑转移瘤患者的中位总生存期(6.5 个月 vs. 4.9 个月, $P=0.0393$)^[15]。既往认为血脑屏障限制了化疗药物在脑转移瘤患者的使用,然而近年研究表明,脑转移患者颅内和颅外的化疗药物浓度相似,或许发生脑转移时患者的血脑屏障已遭到破坏^[16-17]。此现象也让本研究 3 号患者的病情演变得到解释,该患者在完成颅脑放射治疗后,接受了多西他赛和替吉奥联合化疗以及替吉奥维持治疗,在维持治疗阶段复查颅脑 MRI,脑转移瘤持续缩小(图 1)。此外,培美曲塞治疗无症状性脑转移非小细胞肺癌取得良效也证实了这一现象的存在^[18]。

总之,胃癌脑转移发生率低于 1%,中位生存时间 2.5 个

月,合并其他部位转移和 ECOG 评分是预测患者预后的独立因素。与肺癌和乳腺癌不同,在临床实践中由于考虑到经济效益比,仅对有神经症状的胃癌患者进行颅脑 CT/MRI 检查,这可能也是胃癌脑转移生存时间较短的原因。目前尚无胃癌脑转移的临床研究,综合文献及本研究,笔者建议根据患者年龄、ECOG 评分、脑转移瘤的数目和颅外远处转移的情况,通过多学科讨论制订最佳治疗方案,以延长患者生存和改善生活质量。

参考文献

- [1] York JE, Stringer J, Ajani JA, et al. Gastric cancer and metastasis to the brain[J]. *Ann Surg Oncol*, 1999, 6(8): 771-776.
- [2] Kasakura Y, Fujii M, Mochizuki F, et al. Clinicopathological study of brain metastasis in gastric cancer patients[J]. *Surg Today*, 2000, 30(6): 485-490.
- [3] Nayak L, Lee EQ, Wen PY. Epidemiology of brain metastases[J]. *Curr Oncol Rep*, 2012, 14(1): 48-54.
- [4] Wroński M, Arbit E, Burt M, et al. Survival after surgical treatment of brain metastases from lung cancer: a follow-up study of 231 patients treated between 1976 and 1991 [J]. *J Neurosurg*, 1995, 83(4): 605-616.
- [5] Esmaeilzadeh M, Majlesara A, Faridar A, et al. Brain metastasis from gastrointestinal cancers: a systematic review [J]. *Int J Clin Pract*, 2014, 68(7): 890-899.
- [6] Posner JB, Chernik NL. Intracranial metastases from systemic cancer [J]. *Adv Neurol*, 1978, 19(3): 579-592.
- [7] He HJ, Wang Y, Le Y, et al. Surgery upregulate high mobility group Box-1 and disrupts the blood-brain barrier causing cognitive dysfunction in aged rats[J]. *CNS Neurosci Ther*, 2012, 18(12): 994-1002.
- [8] Bartelt S, Momm F, Weissenberger C, et al. Patients with brain metastases from gastrointestinal tract cancer treated with whole brain radiation therapy: prognostic factors and survival [J]. *World J Gastroenterol*, 2004, 10(22): 3345-3348.
- [9] Powell J, Mcconkey CC. Increasing incidence of adenocarcinoma of the gastric cardia and adjacent sites [J]. *Br J Cancer*, 1990, 62(3): 440-443.
- [10] 陈瑞, 高文超, 张雪, 等. 胃癌术后脑转移磁共振检查阴性一例 [J]. *中华消化外科杂志*, 2011, 10(6): 465-466.
- [11] Bang YJ, Van Cutsem E, Feyereislova A, et al. Trastuzumab in combination with chemotherapy versus chemotherapy alone for treatment of HER2-positive advanced gastric or gastro-oesophageal junction cancer (ToGA): a phase 3, open-label, randomised controlled trial [J]. *Lancet*, 2010, 376(9742): 687-697.
- [12] Preusser M, Berghoff AS, Ilhan-Mutlu AA, et al. Brain metastases of gastro-oesophageal cancer: evaluation of molecules with relevance for targeted therapies [J]. *Anti-cancer Res*, 2013, 33(3): 1065-1071.
- [13] Go PH, Klaassen Z, Meadows MC, et al. Gastrointestinal cancer and brain metastasis: a rare and ominous sign [J]. *Cancer*, 2011, 117(16): 3630-3640. (下转第 2788 页)

3 讨 论

3.1 分娩给初产妇带来强烈的情绪冲击 本研究对初产妇分娩前后 3 个阶段焦虑、抑郁的调查发现,初产妇各阶段的焦虑得分均高于普通人群常模值(29.78±0.46),高于大样本人群焦虑症状检出率(22.11%)^[7];各阶段的抑郁检出率均高于普通人群(5.2%~16.2%)^[8]。伴随着分娩,初产妇的内在焦虑、抑郁情绪将经历一个从低到高,产后 1 周达到情绪的最高点,随后逐渐回落至日常生活水平的历程。怀孕生子是世界上最伟大的创造。对孕育这个创造的初产妇而言,分娩既意味着十月怀胎艰辛的结束,也意味着身为女人的独立与自在的结束;既意味着迎接新生命的兴奋与幸福,也意味着身为母亲的责任与劳累。产后 1 周抑郁、焦虑情绪最高,可能是因为在短暂的时间里,初产妇既要经历身体的巨大变化,还要经历心理上快速变化,如第一次哺乳等。

3.2 初产妇产母角色认同进程 本研究对初产妇产后 1 周、产褥期两阶段进行产母角色认同问卷的调查发现,产褥期的角色扮演、角色适应、角色认同总分均高于产后 1 周,这呈现出初产妇角色认同的动态进程。笔者编制的初产妇产母角色认同问卷的维度也体现出整个动态进程,较其他静态描述的问卷能更有效描述出角色认同的进程^[9]。

3.3 产母角色认同与焦虑、抑郁的关系 将产后 1 周、产褥期两阶段的产母角色认同问卷与抑郁、焦虑问卷进行相关分析,均发现产母的焦虑、抑郁与产母角色认同呈负相关,这一研究结果与国外相关研究发现相同^[10]。焦虑、抑郁情绪若是过高,将过度耗损初产妇的心理能量,导致初产妇注意力不易集中、睡眠质量下降、情绪波动过大,出现过度担心、怀疑孩子是否健康,或者完全没有心思关注孩子等情况。反之,若是初产妇迟迟不能适应有孩子的生活,掌握哺乳等技巧,将会导致自我认同的挫败,进而可能诱发或加重抑郁、焦虑情绪。

3.4 产母角色认同的促进 本研究还发现对相关知识的了解、家庭经济水平、物品准备、丈夫及家人的关心与支持等均影响着每个初产妇实际的角色认同进度,与陆虹等^[11]的研究结果较为一致。为了促进初产妇更快地认同母亲角色,建立良好的母婴依恋关系,可以从以下几个方面努力:产前了解与分娩和育儿相关的知识,从知识和心理上准备好^[12]。配偶是初产妇产母角色认同进程最重要的社会支持系统^[13]。分娩后,丈夫要协同家人、护士协助初产妇尽早学会哺乳、照料孩子;产褥期,丈夫及家人要营造和谐、合作的家庭氛围,尽量减轻初产妇

的生活之忧。

参考文献

- [1] 杨容,胡光曦.浅析产母角色认同:概念、结构及障碍[J].现代医药卫生,2014,30(16):2520-2521.
- [2] 曹慧,张妙清.认同整合——自我和谐之路[J].心理科学进展,2010,18(12):1839-1847.
- [3] Leung SS, Martinson IM, Arthur D. Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: findings from a prospective study[J]. Res Nurs Health, 2005, 28(1): 27-38.
- [4] Paris R, Dubus N. Staying connected while nurturing an infant: a challenge of new motherhood[J]. Family Relations, 2005, 54(1): 72-83.
- [5] 汪向东,王希林,马弘.心理卫生评定量表手册[M].北京:中国心理卫生杂志社,1999:194-238.
- [6] 侯永梅,胡佩诚,张咏梅.产后抑郁对初产妇的母亲角色适应及婴儿体格和行为发育的影响[J].中国妇幼保健,2011,26(8):1193-1196.
- [7] 苏亮,蔡亦蕴,施慎逊,等.中国老年焦虑障碍患病率 Meta 分析[J].临床精神医学杂志,2011,21(2):87-90.
- [8] Bland RC. Epidemiology of affective disorder: A review [J]. Can J Psychiatry, 1997, 42(4): 367.
- [9] 吴婉华,陆红.初产妇产褥期母亲角色适应状况调查研究[J].护理研究,2009,23(7):596-598.
- [10] Dennis CL, Chung L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review[J]. Birth, 2006, 33(4): 323-331.
- [11] 陆虹,袁翠.社会人口学因素对初产妇及配偶角色适应的影响[J].护士进修杂志,2009,24(16):1470-1471.
- [12] 唐系甜,孙珂,彭磊,等.“80后”初产妇产褥期母亲角色适应状况及影响因素研究[J].护理研究,2012,26(11):2019-2021.
- [13] Green BL, Rodgers A. Determinants of social support among low-income mothers: a longitudinal analysis[J]. Am J Community Psychol, 2001, 29(3): 419-441.

(收稿日期:2016-01-05 修回日期:2016-03-14)

(上接第 2785)

- [14] Menis J, Fontanella C, Follador A, et al. Brain metastases from gastrointestinal tumours: tailoring the approach to maximize the outcome[J]. Crit Rev Oncol Hematol, 2013, 85(1): 32-44.
- [15] Andrews DW, Scott CB, Sperduto PW, et al. Whole brain radiation therapy with or without stereotactic radiosurgery boost for patients with one to three brain metastases: phase III results of the RTOG 9508 randomised trial [J]. Cancer/Radiothérapie, 2005, 9(2): 129-130.
- [16] Gerstner E, Fine RL. Increased permeability of the blood-brain barrier to chemotherapy in metastatic brain tumors:

establishing a treatment paradigm[J]. J Clin Oncol, 2007, 25(16): 2306-2312.

- [17] Christodoulou C, Bafaloukos D, Linardou H, et al. Temozolomide (TMZ) combined with cisplatin (CDDP) in patients with brain metastases from solid tumors: a Hellenic Cooperative Oncology Group (HeCOG) Phase II study [J]. J Neurooncol, 2005, 71(1): 61-65.
- [18] 胡琼,任胜祥,李爱武,等.培美曲塞治疗非小细胞肺癌无症状脑转移临床分析[J].肿瘤,2011,31(8):756-760.

(收稿日期:2016-01-23 修回日期:2016-04-01)