

肺癌患者病耻感、社会支持、自我效能和应对方式的现状及其相关性[△]

任志玲¹ 刘 珍¹ 农珍志¹ 许顾鑫¹ 陈 湘²

(1 广西医科大学第二附属医院胸心血管外科,南宁市 530007,电子邮箱:236694351@qq.com;

2 广西医科大学第二附属医院护理部,南宁市 530007)

【摘要】 目的 探讨肺癌患者病耻感、社会支持、自我效能和应对方式的现状及其相关性。**方法** 选择282例肺癌患者作为研究对象,采用一般情况调查表、肺癌患者病耻感量表、社会支持评定量表、一般自我效能量表及医学应对方式量表对患者进行问卷调查,分析肺癌患者病耻感、社会支持、自我效能及应对方式现状及其相关性。**结果** 肺癌患者病耻感总分为(71.13±14.53)分,处于中等偏高水平;社会支持总分及其各维度得分、自我效能得分、面对得分均低于国内常模,而回避得分和屈服得分高于全国常模(均 $P<0.05$)。Pearson相关性分析结果显示,病耻感得分与社会支持、自我效能及应对方式中的面对得分均呈负相关,与应对方式中的屈服得分呈正相关(均 $P<0.05$)。结构方程模型分析结果显示,社会支持对病耻感有直接负向作用($P<0.05$),并可通过自我效能间接影响病耻感;自我效能对病耻感有直接负向作用($P<0.05$);面对及屈服的应对方式对病耻感仅有间接作用。**结论** 肺癌患者病耻感水平较高,社会支持、自我效能及面对和屈服应对方式是影响病耻感的重要因素。

【关键词】 肺癌;病耻感;社会支持;自我效能;应对方式;结构方程模型

【中图分类号】 R 734.2 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 0253-4304(2020)15-2035-05

DOI:10.11675/j.issn.0253-4304.2020.15.32

据报道,2014年我国新发肿瘤380.4万例,其中肺癌患者约78.1万例,占男性肿瘤发病数第1位、女性发病数第2位,病死数约62.6万例,均居男女恶性肿瘤死亡病例第1位^[1]。在肺癌各种致病因子中,吸烟是迄今为止最明确的致病因素,吸烟和二手烟暴露与肺癌的发生密切相关^[2]。病耻感是指个体因患有特定疾病而遭遇排斥、拒绝和指责,并被认为是丧失了部分价值的不完整的个体的负性情绪体验^[3]。目前,关于病耻感的研究主要涉及精神疾病、艾滋病、形象受损相关疾病(如身体残疾)和癌症等^[4]。病耻感不仅不利于患者疾病的康复,还会导致患者出现社会心理的亚健康状态,严重影响患者的生存质量^[5]。公众普遍认为肺癌是因个人的吸烟行为导致,从而谴责、排斥甚至歧视肺癌患者,肺癌患者也会产生内疚、自责和病耻感等负性情绪体验^[6]。国外已有研究表明,肺癌患者病耻感水平高于其他癌症,如乳腺癌、前列腺癌等^[7]。还有研究表明,不管吸烟与否肺癌患者均有不同程度的病耻感^[8]。国内关于肺癌患者病耻感的研究起步较晚,现有研究表明我国肺癌患者病

耻感处于中等偏高水平^[9],已逐渐引起临床工作者的重视。本研究旨在探讨肺癌患者病耻感与社会支持、自我效能及应对方式的现状及其相关性,并通过结构方程模型明确各变量之间的路径关系,为临床工作者采取有效缓解肺癌患者病耻感的护理措施提供参考。

1 资料与方法

1.1 临床资料 采用便利抽样法,选取2018年10月至2019年5月在广西某三甲综合医院就诊的282例肺癌患者作为研究对象。纳入标准:(1)经支气管镜检及病理检查确诊为肺癌;(2)知晓自身病情;(3)自愿参与本研究并签署知情同意书;(4)有一定的读写能力,能独立完成调查问卷。排除标准:(1)存在认知功能障碍或精神病史者;(2)疾病恶化或伴严重功能障碍者。其中,男性198例,女性84例;年龄31~76(56.21±12.03)岁;婚姻状况:已婚245例,未婚16例,其他21例;受教育程度:小学109

△基金项目:广西医疗卫生适宜技术开发与推广应用项目(S2018110);广西医药卫生科研课题(Z20200059)

作者简介:任志玲(1989~),女,硕士,主管护师,研究方向:临床护理。

通信作者:陈湘(1973~),女,本科,副主任护师,研究方向:临床护理,电子邮箱:25641288542@qq.com。

例,初中 98 例,高中及中专 51 例,大专及以上 24 例;居住地:城市 124 例,村镇 158 例;职业:职员 97 例,农民 118 例,其他 67 例;吸烟情况:吸烟 131 例,曾吸烟 57 例,从不吸烟 94 例(吸烟定义为每天吸烟 1 支以上,连续或累计吸烟 6 个月及以上;曾吸烟定义为每天吸烟 1 支以上连续或累计 6 个月及以上,在调查时已不再吸烟)。本研究经我院医学伦理委员会批准实施。

1.2 研究方法

1.2.1 调查方法:采用问卷调查法,调查研究对象的一般资料、肺癌病耻感、社会支持、自我效能及应对方式现状,开展调查前向医院伦理委员会、护理部、科室主任、护士长递交调查问卷,均获得同意后开展调查。调查时遵循知情同意原则,向研究对象说明研究的目的、意义和方法,并保证问卷结果对治疗无影响,研究者对问卷内容及人员信息保密,征得同意后发放问卷,由研究对象自行填写。问卷填写完毕,由调查员检查并当场收回。本研究在住院部和门诊共发放调查问卷 300 份,回收 287 份,剔除填写不完整问卷 5 份,最终回收有效问卷 282 份,有效回收率为 94.0%。

1.2.2 测量工具:(1)一般资料调查问卷:由研究者自行设计,内容包括患者的性别、年龄、婚姻状况、文化程度、工作类型、居住地、吸烟情况等一般人口社会学资料。(2)中文版肺癌患者病耻感量表(Cataldo Lung Cancer Stigma Scale, CLSS)。该量表由 Cataldo 等^[10]在感知病耻感的概念模型基础上研发,由杨茜茜等^[11]在原有量表的基础上结合我国国情汉化为中文版的肺癌患者病耻感量表。该量表共 27 个条目,分为耻辱与羞愧、社会隔离、歧视、吸烟 4 个维度,采用 4 级评分法计分,非常不同意、不同意、同意、非常同意分别计 1、2、3、4 分,其中条目 2 为反向计分,得分越高表示病耻感水平越高,量表的 Cronbach α 系数为 0.863。各维度得分为各条目得分之和。(3)社会支持评定量表(Social Support Rating Scale, SSRS)。该量表由肖水源等^[12]研制,共 10 个条目,分为客观支持(3 个条目)、主观支持(4 个条目)及社会支持利用度(3 个条目)3 个维度,除条目 6 和 7 外,其余条

目均采用 4 级评分法计分,得分越高说明社会支持程度越好。量表的 Cronbach α 系数为 0.92。(4)一般自我效能量表(General Self-efficacy Scale, GSES)。该量表最初由 Ralf Schearzer 于 1981 年编制,由王才康等^[13]翻译编制成中文版。量表共 10 个条目,采用 4 级评分法计分,非常不同意、不同意、同意、非常同意分别计 1、2、3、4 分,得分越高说明自我效能越好,量表的 Cronbach α 系数为 0.816,信效度良好。(5)医学应对方式问卷(Medical Coping Modes Questionnaire, MCMQ)。该问卷由 Feifel 编制、姜乾金等引入翻译为中文版,具有良好的信效度^[14]。问卷包括面对(8 个条目)、回避(7 个条目)及屈服(5 个条目)3 个维度的应对方式共 20 个条目,每个条目采用 4 级评分法计分,各维度得分越高说明越倾向于应用此项应对方式。3 个维度的 Cronbach α 系数分别为 0.69、0.60、0.76。

1.3 统计学分析 采用 EpiData 3.1 建立数据库,双人录入数据,采用 SPSS 22.0 软件进行统计分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,比较采用 t 检验;计数资料以频数和构成比表示;相关性分析采用 Pearson 相关分析。采用 AMOS 21.0 软件建立结构方程模型,以卡方自由度比 < 3 ,近似误差均方根 < 0.05 ,调整拟合优度指数 > 0.900 ,拟合优度指数 > 0.900 ,比较拟合指数 > 0.900 ,增值适配指数 > 0.900 为模型拟合效果好。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 肺癌患者的病耻感得分情况 本研究中 282 例肺癌患者的病耻感总得分为(71.13 ± 14.53)分,病耻感处于中等偏高水平。其中耻辱与羞愧得分为(71.13 ± 14.53)分、社会隔离得分为(37.71 ± 8.02)分、歧视得分为(7.24 ± 2.64)分、吸烟得分为(11.18 ± 9.78)分。
2.2 肺癌患者社会支持、自我效能及应对方式各维度得分与全国常模的比较 282 例肺癌患者社会支持总分及其各维度得分均低于全国常模^[15](均 $P < 0.05$);自我效能得分低于全国常模^[16]($P < 0.05$);医学应对方式中,面对得分低于国内常模^[17],而回避得分和屈服得分高于全国常模^[17](均 $P < 0.05$)。见表 1。

表 1 肺癌患者社会支持、自我效能及应对方式得分与常模比较($\bar{x} \pm s$,分)

项目	n	社会支持			自我效能	应对方式			
		总分	客观支持	主观支持		支持利用度	面对	回避	屈服
肺癌患者	282	39.22 ± 9.78	11.60 ± 5.02	20.37 ± 5.42	7.24 ± 2.75	27.22 ± 7.20	18.43 ± 5.76	16.05 ± 5.29	12.10 ± 3.32
常模		44.38 ± 8.38	12.68 ± 3.47	23.81 ± 4.75	9.38 ± 2.40	28.64 ± 5.21	19.48 ± 3.81	14.44 ± 2.97	8.81 ± 3.17
t 值		-8.842	-3.588	-11.471	-13.012	-3.312	-3.042	5.099	16.620
P 值		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.001	0.003	<0.001	<0.001

2.3 肺癌患者病耻感与社会支持、自我效能得分及应对方式各维度得分的相关性分析 Pearson 相关性分析结果显示,病耻感得分与社会支持、自我效能及应对方式中的面对得分均呈负相关,与应对方式中的屈服得分呈正相关(均 $P < 0.05$)。见表 2。

表 2 肺癌患者病耻感、社会支持、自我效能得分及应对方式各维度得分间的相关性

病耻感	社会支持	自我效能	应对方式		
			面对	回避	屈服
<i>r</i> 值	-0.435	-0.337	-0.571	0.062	0.622
<i>P</i> 值	<0.001	<0.001	<0.001	0.299	<0.001

2.4 肺癌患者病耻感与社会支持、自我效能及应对方式的结构方程模型 基于文献研究和相关性分析结果,构建初始模型,运用最大似然法对结构方程模型进行拟合,根据修正指数对假定模型进行修正,结果显示:卡方自由度比 = 1.382,近似误差均方根 = 0.037,调整拟合优度指数 = 0.944,拟合优度指数 = 0.977,比较拟合指数 = 0.991,增值适配指数 = 0.991,提示最终模型拟合效果良好。根据结构方程模型及模型路径图(见图 1),社会支持对病耻感有直接负向作用($\beta = -0.612, P < 0.05$),并可通过自我效能间接影响病耻感;自我效能对病耻感有直接负向作用($\beta = -0.349, P < 0.05$);医学应对方式中的面对及屈服应对方式对病耻感仅有间接作用。拟合模型中各变量之间的效应值(直接效应、间接效应和总效应)及方向见表 3、表 4。

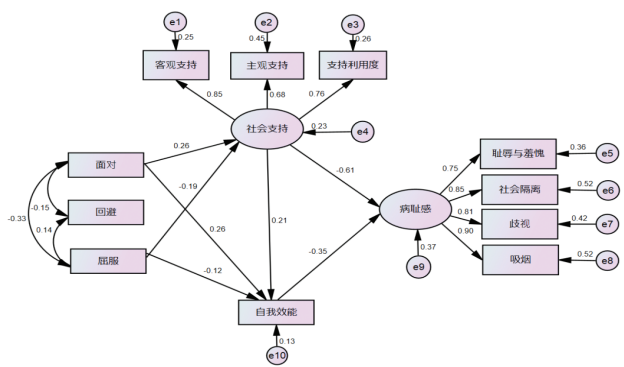


图 1 肺癌患者病耻感与社会支持、自我效能及应对方式的模型路径图
注:图中数字表示标准化路径系数(β)

表 3 肺癌患者病耻感、社会支持、自我效能及应对方式拟合模型中各变量间的效应值

因变量	自变量	标准化系数	非标准化系数	标准误	<i>P</i> 值
病耻感	面对	—	—	—	—
	回避	—	—	—	—
	屈服	—	—	—	—
社会支持	社会支持	-0.612	-4.023	0.154	<0.001
	自我效能	-0.349	-4.812	0.071	<0.001
	病耻感	—	—	—	—
自我效能	面对	0.263	4.409	0.051	<0.001
	回避	—	—	—	—
	屈服	-0.121	-2.188	0.155	0.029
社会支持	社会支持	0.214	3.254	0.235	0.001
	自我效能	—	—	—	—
	病耻感	—	—	—	—

表 4 肺癌患者病耻感、社会支持、自我效能及应对方式拟合模型结果

因变量	效应分解	面对		回避		屈服		社会支持		自我效能	
		β 值	<i>P</i> 值	β 值	<i>P</i> 值	β 值	<i>P</i> 值	β 值	<i>P</i> 值	β 值	<i>P</i> 值
病耻感	直接效应	0.000	—	0.000	—	0.000	—	-0.613	<0.001	-0.347	<0.001
	间接效应	-0.255	—	0.000	—	0.173	—	-0.131	—	0.000	—
	总效应	-0.255	—	0.000	—	0.173	—	-0.744	—	-0.347	—
社会支持	直接效应	0.258	<0.001	0.000	—	-0.190	0.002	—	—	0.000	—
	间接效应	0.000	—	0.000	—	0.000	—	—	—	0.000	—
	总效应	0.258	—	0.000	—	-0.190	—	—	—	0.000	—
自我效能	直接效应	0.263	<0.001	0.000	—	-0.121	0.029	0.214	0.001	—	—
	间接效应	0.048	—	0.000	—	-0.026	—	0.000	—	—	—
	总效应	0.271	—	0.000	—	-0.147	—	0.214	—	—	—

注: β 为标准化路径系数;同一路径中的间接效应 = 该路径中的标准化路径系数的乘积,间接效应 = 所有间接路径的标准化路径系数之和;总效应 = 直接效应 + 间接效应。

3 讨论

3.1 肺癌患者病耻感、社会支持、自我效能及应对方式现状 本研究结果显示,肺癌患者病耻感总分为(71.13 ± 14.53)分,处于中等偏高水平,与相关研究

结果^[8-9]相似,提示大多数肺癌患者存在中等及以上水平的病耻感,其原因可能为,肺癌需要长期治疗,这会产生巨额的医疗费用,患者认为自己成为家庭的负担而感到羞愧和自责;因肺癌与吸烟等不健康的个人生活方式密切相关,公众普遍认为肺癌是因患者本人自身的不良健康习惯引起,从而谴责患者,导致其产

生病耻感或加重其病耻感。本研究中,肺癌患者的社会支持总分为 (39.22 ± 9.78) 分,社会支持总分及其各维度得分均低于国内常模^[15](均 $P < 0.05$)。分析其可能原因是受中国儒家文化中“面子”观的影响,患者认为寻求他人帮助是有失面子的表现^[18],且当患者认为自己无法回报他人给予的帮助时,更倾向于不去寻求帮助,因而其利用社会资源的能动性低;另外,大部分患者只有在住院期间才能获得来自医护人员的健康支持,出院后由于部分地区的社区卫生服务功能不够完善,在院外获得疾病相关的医疗支持困难度增加。本研究中,肺癌患者自我效能得分为 (27.22 ± 7.20) 分,低于国内常模^[16]($P < 0.05$),这可能与疾病恶性程度高,且疾病治疗产生的并发症增加了治疗的难度,极易降低患者对疾病治疗的信心有关。既往研究认为,面对是积极的应对方式,而屈服与回避为消极的应对方式^[19]。本研究中282名肺癌患者的应对方式中,面对得分低于国内常模^[17],而回避得分和屈服得分高于全国常模^[17](均 $P < 0.05$)。这提示,面对疾病,肺癌患者更倾向于选择屈服和回避的消极应对方式,这与郑儒君等^[20]的研究结果相似。分析其原因可能为:肺癌死亡率高,患者出于对疾病的恐惧和治疗带来的身心痛苦,失去对抗疾病的勇气,因而采取回避和屈服的消极应对方式。因此,临床医护工作者应采取积极的措施缓解患者的病耻感,并充分发挥健康支持的作用,注重提高患者的自我效能,帮助患者树立积极的心态去面对疾病。

3.2 肺癌患者病耻感与社会支持、自我效能、应付方式的相关性及结构模型的路径分析

3.2.1 社会支持对病耻感有直接和间接负向效应:

社会支持是指来自社会各方面包括父母、亲戚、朋友、社会团体等给予的精神或物质上的帮助和支持。在肺癌患者身心康复的过程中,社会支持是不容忽视的影响因素,研究显示,社会支持与负性情绪呈负相关,给予更多的社会支持一定程度上可缓解患者的负面情绪^[21]。本研究结果显示,社会支持总分与病耻感得分呈负相关($P < 0.05$),说明肺癌患者社会支持程度越高,其病耻感水平越低。Shen等^[22]的研究结果也显示,通过良好的医患沟通,使患者感知到来自医护人员的社会支持,可降低其病耻感水平。本研究中的结构模型路径分析结果进一步验证了社会支持是病耻感的主要预测因素,其不仅直接对病耻感起负向作用,还可以通过自我效能间接作用于病耻感。因此,临床医务工作者应建立和完善健康支持系统,可利用微信群、医患互动APP等手机移动平台,打破地域的限制,为不同地区的患者提供疾病相关知识和康

复指导等信息支持,鼓励患者家属和朋友给予其理解、关怀、陪伴和帮助等,提高患者的社会支持感知度,疏导患者的不良情绪,促进其身心健康。

3.2.2 自我效能对病耻感有直接负向效应:

自我效能是对自信程度的评价,即个体对自我行为能力的认识 and 评价,较高的自我效能对促进个体产生积极的心理反应具有重要作用。研究显示,良好的自我效能可促进个体主动利用社会资源,正确对待所患疾病,积极应对困难,降低负面情绪^[23]。本研究结果显示,自我效能得分与病耻感得分呈负相关($P < 0.05$),即自我效能越高,其病耻感水平越低,且结构模型的路径分析结果显示,自我效能可直接作用于病耻感。提示临床工作者在帮助患者认知疾病和树立治疗疾病信心的同时,应注重培养患者的自我效能,引导患者积极应对因病耻感带来的不良情绪。

3.2.3 面对与屈服方式对病耻感的间接正向效应:

应对方式是指个体在面对困难、挫折和压力时采用的应对策略,分为面对、回避和屈服3种方式。积极的应对方式可缓解负面情绪和压力,消极应对方式则会加重负面情绪体验^[19]。本研究结果显示,面对得分与病耻感得分呈负相关,屈服得分与病耻感得分呈正相关(均 $P < 0.05$),但回避得分与病耻感得分无相关性($P > 0.05$),提示回避方式对病耻感的作用不明显。结构模型的路径分析结果显示,面对与屈服应对方式可通过社会支持和自我效能间接影响病耻感。因此,临床医护工作者可通过健康教育、团体心理干预、同伴教育等方式引导患者采取积极的应对方式,积极参与社会活动,主动利用社会资源,提高自我效能,配合治疗,从而缓解病耻感,促进身心康复。

4 小 结

肺癌患者的病耻感水平较高,社会支持和自我效能水平较低,面对疾病时更倾向于选择消极的应对方式。社会支持对病耻感有直接作用,医学应对及社会支持通过自我效能间接影响病耻感。因此,临床医护工作者在对患者进行治疗和护理时应注意评估患者的心理状况,通过健康宣教和心理疏导,充分调动患者身边的社会力量如家人、朋友、社区和社会团体等,给予患者理解和支持,帮助患者提升自我效能,缓解其病耻感,积极面对疾病。

参 考 文 献

- [1] 陈万青,孙可欣,郑荣寿,等. 2014年中国分地区恶性肿瘤发病和死亡分析[J]. 中国肿瘤,2018,27(1):1-14.

- [2] 邹小农,贾漫漫,王鑫,等. 中国肺癌和烟草流行及控烟现状[J]. 中国肺癌杂志,2017,20(8):505-510.
- [3] 蒋锋,汤宜朗,侯也之. 精神疾病病耻感形成的相关因素及对策[J]. 中国心理卫生杂志,2002,16(10):721-722,713.
- [4] 潘胜茂,周英. 精神疾病病耻感测评工具研究进展[J]. 重庆医学,2014,43(10):1263-1265.
- [5] Brown Johnson CG, Brodsky JL, Cataldo JK. Lung cancer stigma, anxiety, depression, and quality of life [J]. J Psychosoc Oncol,2014,32(1):59-73.
- [6] Chapple A, Ziebland S, McPherson A. Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study[J]. BMJ,2004,328(7454):1470.
- [7] Ernst J, Mehnert A, Taubenheim S, et al. Stigmatization in employed patients with breast, intestinal, prostate and lung cancer[J]. Psychother Psychosom Med Psychol,2017,67(7):304-311.
- [8] Cataldo JK, Jahan TM, Pongquan VL. Lung cancer stigma, depression, and quality of life among ever and never smokers[J]. Eur J Oncol Nurs,2012,16(3):264-269.
- [9] 杨茜茜,刘化侠,田靖,等. 肺癌患者病耻感现状及其影响因素的调查分析[J]. 中国实用护理杂志,2015,31(35):2708-2711.
- [10] Cataldo JK, Slaughter R, Jahan TM, et al. Measuring stigma in people with lung cancer: psychometric testing of the cataldo lung cancer stigma scale [J]. Oncol Nurs Forum,2011,38(1):E46-E54.
- [11] 杨茜茜,刘化侠,杨春玲,等. 中文版 Cataldo 肺癌污名量表的信效度研究[J]. 护理学杂志,2014,29(5):17-19.
- [12] 肖水源.《社会支持评定量表》的理论基础与研究应用[J]. 临床精神医学杂志,1994,4(2):98-100.
- [13] 王才康,胡中锋,刘勇. 一般自我效能感量表的信度和效度研究[J]. 应用心理学,2001,7(1):37-40.
- [14] 沈晓红,姜乾金. 医学应对方式问卷中文版 701 例测试报告[J]. 中国行为医学科学,2000,9(1):18-18.
- [15] 何明珠,李新辉. 新疆某医院肿瘤化疗患者癌因性疲乏程度与社会支持的相关性研究[J]. 医学与社会,2016,29(2):87-89.
- [16] 陈鲁,陈宜刚,林征,等. 抑郁症患者的生活质量与自我效能的相关性研究[J]. 实用临床医药杂志,2014,18(20):15-18.
- [17] 刘桂霞,章新琼. 化疗期肺癌患者应对方式与胃肠道反应的相关性[J]. 广东医学,2016,37(5):735-738.
- [18] 雷霁,唐宁玉. 面子观、自我效能与寻求帮助行为的关系研究[J]. 中国人力资源开发,2015(13):13-20.
- [19] 徐芳芳. 直肠癌永久性肠造口患者病耻感与应对方式、造口适应、生活质量的相关性研究[D]. 合肥:安徽医科大学,2016.
- [20] 郑儒君,符琰,余春华,等. 肺癌住院病人应对方式的影响因素研究[J]. 护理研究,2016,30(10B):3704-3707.
- [21] 王哲,孙玉秀,秦宝丽. 肺癌患者社会支持、心理适应与抑郁症状关系[J]. 中国公共卫生,2017,33(3):499-502.
- [22] Shen MJ, Hamann HA, Thomas AJ, et al. Association between patient-provider communication and lung cancer stigma[J]. Support Care Cancer,2016,24(5):2093-2099.
- [23] 张苏梅,顾炜,高苗,等. 自我效能感在肺癌化疗患者社会支持与生存质量间的中介效应[J]. 中国健康心理学杂志,2015,23(9):1310-1314.

(收稿日期:2020-02-27 修回日期:2020-05-27)

(上接第2029页)

- [7] 田文,姚京. 重视甲状腺结节规范化诊治[J]. 中国实用外科杂志,2015,35(6):579-583.
- [8] 朱精强,雷建勇. 甲状腺微小乳头状癌过度治疗与不足[J]. 中国实用外科杂志,2016,36(5):520-523.
- [9] 程若川,杨婷婷. 2016版中国甲状腺微小乳头状癌诊断与治疗专家共识解读[J]. 中国实用内科杂志,2019,39(4):351-357.
- [10] 阿里,赛巴斯. 甲状腺细胞病理学 Bethesda 报告系统:定义、标准和注释[M]. 杨斌,薛德彬,译. 北京:北京科学技术出版社,2010:70-164.
- [11] Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: the American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer [J]. Thyroid,2016,26(1):1-133.
- [12] Leenhardt L, Erdogan MF, Hegedus L, et al. 2013 European Thyroid Association Guidelines for Cervical Ultrasound Scan and Ultrasound-Guided Techniques in the Postoperative Management of Patients with Thyroid Cancer [J]. Eur Thyroid J,2013,2(3):147-159.
- [13] Zhong LC, Lu F, Ma F, et al. Ultrasound-guided fine-needle aspiration of thyroid nodules: Does the size limit its efficiency? [J]. Int J Clin Exp Pathol,2015,8(3):3155-3159.
- [14] 倪晓枫,詹维伟,宋琳琳,等. 超声引导下细针穿刺抽吸活检诊断甲状腺结节[J]. 中国介入影像与治疗学,2013,10(8):461-464.
- [15] 周玲燕,徐栋,杨琛,等. 超声引导多点多方向细针穿刺细胞学检查在甲状腺微小乳头状癌诊断中的应用[J]. 中华内分泌外科杂志,2015,9(1):17-19.
- [16] 袁华芳,蒋天安,赵齐羽,等. 超声引导下细针穿刺细胞学检查对长径 ≤ 5 mm 甲状腺微小癌的诊断价值[J]. 中国微创外科杂志,2016,16(2):151-153,157.
- [17] 王政民,王雨,童岚,等. 甲状腺癌诊断中 FNAC 假阴性结果影响因素的分析[J]. 中国实验诊断学,2017,21(5):792-794.

(收稿日期:2020-02-14 修回日期:2020-05-20)