

乳腺癌术后患侧上肢水肿 135 例护理体会

熊美玲

(江西省肿瘤医院 南昌 330029)

关键词:乳腺癌;术后;上肢水肿;护理

中图分类号:R 473.71

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.067

上肢水肿是乳腺癌根治术后常见并发症之一,很大程度影响患者身心健康,以至患者的生存质量降低。我院自 2004 年 3 月~2009 年 3 月,以手术为主综合治疗乳腺癌 1 208 例,其中行乳腺癌根治术 942 例,术后共发生患侧上肢水肿 135 例,水肿发生率 11.2%。现对这一并发症的有关因素及护理体会介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例均为女性,年龄 36~78 岁,平均 45.3 岁。按《现代乳腺肿瘤学》^[1]提出的上肢肿胀分级标准,本组轻度肿胀 57 例,中度肿胀 40 例,重度肿胀 38 例。根据国际抗癌联盟提出的 TNM 分期法(1988),本组 I、II、III、IV 期乳腺癌术后患侧上肢水肿的发生率分别为 2.3%(3/132)、5.9%(25/422)、15.7%(88/559)、20.0%(19/95)。

1.2 辅助治疗情况 本组病例术后未行辅助治疗 155 例,出现上肢水肿 12 例,发生率为 7.7%;单用化疗 746 例,出现上肢水肿 62 例,发生率为 8.3%;术后放疗或放疗加化疗 307 例,出现上肢水肿 61 例,发生率为 19.9%。

2 上肢水肿的预防

2.1 正确选择手术方式 应根据患者病情选择适当的方式,不可盲目扩大手术范围。保留胸肌的改良根治术能明显减少术后上肢水肿的发生率,提高生存质量,且不降低生存率。应严格掌握根治术后放疗的适应证,放疗是局部治疗的手段,可降低局部复发率,但不能控制远处转移。

2.2 手术后密切观察胸壁负压引流 保证引流的通畅,保持足够负压,及时引出腋窝积液。更换引流装置或倾倒引流液时严格按照正规操作,以防逆流引起感染。离床活动时,嘱咐患者引流瓶应低于引流口高度。取平卧位时,患者上肢可用衣被或枕头

垫高至胸壁以上水平,有利于静脉回流。

2.3 功能锻炼 循序渐进的功能锻炼是预防上肢水肿的关键。术后第 1~3 天床上练习腕关节、肘关节的被动活动,如握拳、屈肘,限制患肢外展外旋,肩关节应于内收位制动,以利于腋窝皮肤的贴敷。第 4~5 天让患者用健侧手握住患肢的拇指向前向上举练到肘关节伸直位。第 6 天开始患侧手顺墙壁爬行,爬到手能及最高限度为止。第 7~8 天用患侧手摸耳,先摸同侧耳朵直至能摸到对侧耳朵。第 9~10 天开始肩关节的向前向后旋转运动,并进行逐步重力锻炼。有腋下积液积气皮瓣尚未充分与胸壁贴合者,或近腋区皮瓣较大面积坏死,肩关节的活动应延迟或减少活动量。

2.4 避免患侧上肢采血、输液及任何注射 静脉穿刺易引起腋静脉内膜炎症、纤维化、管壁增厚甚至闭塞,导致静脉回流障碍。本组有 1 例患者术后第 3 天行患侧上肢输液 400mL,发现后停止输液,术后第 5 天出现轻度水肿,第 8 天中度肿胀,经过 15d 手法按摩后水肿完全消退。

3 术后上肢水肿的治疗及护理

3.1 心理护理 患者一旦确诊为乳腺癌,即会出现一系列心理学问题,经过否认、愤恨、妥协、抑郁、接受 5 个阶段后,多数患者均能逐渐寻找到心理的平衡而平静地接受手术。患者在渡过患病初期的“癌症危机”后,精神力量几乎消耗殆尽,此时患者心态敏感而脆弱。上肢水肿(特别是重度水肿)的发生无疑使患者再度处于心理困境,而产生抑郁、悲观自弃、暴躁等情感变化,出现治疗不积极甚至拒绝治疗。针对这一特殊情况,我们首先与病人充分交谈,以诚相待,耐心听取患者的倾诉,把握患者的心理状态,与医生及患者家庭成员保持一致,使每一位患者能够顺利渡过心理障碍这一关,使患者以积极

此骨折很难愈合,极易出现股骨头缺血性坏死,导致长期卧床,出现并发症,影响生活质量。我科 2 年来通过对 15 例行人工髋关节置换术患者实施上述护理措施及系统的康复知识指导,杜绝了老年卧床病人常见的并发症,缩短了病程,减少了卧床时间,提高了患者的生活质量。

参考文献

[1]杜克,王守志.骨科护理学[M].北京:人民卫生出版社,1995.1 701-1 703
[2]秦瑞云.老年股骨颈骨折的康复护理[J].中国康复医学杂志,1999,14(3):134
[3]严乾淑,潘燕,王容良.预防人工髋关节置换术后并发症的护理[J].四川医学,2006,27(6):61

(收稿日期:2009-06-03)

直肠癌根治术病人围手术期的护理

喻玉玲¹ 杨来香²

(1 江西中西医结合医院 南昌 330046; 2 江西省中医院 南昌 330006)

关键词: 直肠癌; 根治术; 围手术期; 护理

中图分类号: R 473.73

文献标识码: B

doi: 10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.068

直肠癌是我国十大恶性肿瘤病之一, 其中 30%~60% 的病人需要进行暂时性或永久性腹壁肠造口手术, 因此, 对直肠癌根治术病人围手术期的护理显得极为重要。我院自 2005 年 9 月~2008 年 9 月共收治直肠癌患者 50 例, 经采用直肠癌根治术, 治疗效果良好。现将护理体会报告如下:

1 临床资料

2005 年 9 月~2008 年 9 月我院共收治直肠癌患者 50 例, 均施行直肠癌根治术, 其中男性 30 例, 女性 20 例, 年龄 38~67 岁, 平均 49 岁。12 例患者保留肛门, 38 例患者行乙状结肠造瘘。术后出现吻合口瘘 2 例, 会阴部伤口感染 3 例, 经伤口换药和局部红外线照射等护理及用抗生素治疗后于术后 35d 治愈出院, 其余 45 例于术后 20d 治愈出院, 出院时生活基本能自理。

2 术前护理

2.1 心理护理 患者因对手术的恐惧及相关知识的缺乏, 怀疑其疗效, 担心手术费用高等问题, 易产生焦虑担忧心理, 对心理的不良刺激又反过来影响手术的效果^[1]。因此, 我们应主动关心病人, 做好安慰解释工作, 真实回答病人的问题, 并介绍成功的病人与其进行交流, 消除顾虑, 减轻心理负担, 帮助病人增强治疗疾病的信心, 提高适应能力。

2.2 肠道准备 向患者说明肠道准备的重要性, 肠道准备可以减轻术中污染, 防止术后腹腔和切口感染, 有利于吻合口良好愈合^[2]。术前 3d 进食少渣半流质饮食, 术前 2d 进食流质饮食, 术后 12h 禁食禁

3.2 手法按摩 在进行功能锻炼的同时由专责护士进行向心性手法按摩。患者取站立位, 抬高患肢, 按摩者用双手扣成环形, 自肢体远端向近端用一定的压力推移, 每次推压 15min 以上, 每日 3~4 次。经过 4~6 周的治疗, 部分患者水肿完全消失, 其余患者均有不同程度的减轻, 有效地提高了患者的生存质量。

3.3 神经阻滞疗法^[2] 乳腺癌根治术后, 在早期施行患侧星状神经阻滞, 对预防和治疗上肢水肿效果好, 可促进淋巴回流, 消除肿胀和疼痛, 促进创伤部

饮, 手术前晚及术晨清洁灌肠以彻底排空肠道, 同时口服肠道抗生素, 以减少肠道细菌, 防止术后发生吻合口瘘。

2.3 常规准备 术前 3d 训练患者床上大小便, 以防术后卧床发生尿潴留及便秘。术前 1d 手术野备皮等, 指导患者沐浴、更换宽松柔软的衣服, 术晨给予留置胃管及导尿管。

3 术后护理

3.1 生命体征监测 术后应密切观察生命体征的变化, 每小时测量 1 次体温、脉搏、呼吸、血压, 病情稳定后可改为每 2 小时测量 1 次, 连续测量 72h。

3.2 饮食护理 合理饮食调节可以达到配合治疗、促进康复的目的^[3]。禁食、胃肠减压期间由静脉补充水和电解质, 准确记录 24h 出入量, 防止水和电解质失衡。进流质饮食, 若无不良反应, 改为半流质饮食, 术后 1 周方可进少渣饮食, 2 周左右可进普食, 应给予高热、高蛋白、丰富维生素、低渣食物。

3.3 引流管的护理 妥善固定各引流管, 准确记录引流液量、颜色及性状, 指导病人离床时引流袋不能高于引流液平面, 以防逆行感染。(1) 胃肠减压管一般放置 2~3d, 待肛门排气后即可拔除, 留置胃管期间, 应每日更换负压袋, 每 2 小时挤压胃管 1 次, 如发现胃管堵塞, 可用 50mL 注射器抽吸或用温开水冲洗。(2) 导尿管一般放置 2 周, 留置尿管期间, 每日用“NS 250mL+ 庆大霉素 8 万 U”膀胱冲洗, 并用碘伏棉球消毒尿道口, 在拔管前先行试夹管, 4~6h 开放 1 次或病人有尿意时开放, 以训练膀胱收缩位的恢复。本疗法要求部位准确性较高, 由麻醉医生执行。

综上所述, 合理选择术式、严格掌握术后放疗适应证以及术后系统的功能锻炼是预防术后上肢水肿的关键, 而水肿一旦发生, 加强功能锻炼、手法按摩以及神经阻滞疗法是治疗水肿的重要措施。

参考文献

[1] 左文述, 徐忠法, 刘奇. 现代乳腺肿瘤学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1996. 286
[2] 沈镇宙. 对乳腺癌的临床和基础研究的几点看法[J]. 中国癌症杂志, 1997, 7(2): 77

(收稿日期: 2010-01-30)