

# 宫颈癌治疗后继发性双下肢淋巴水肿患者的护理

刘高明,胡进,刘媛媛,袁美芳,付洋,肖倩

Nursing care of patients with secondary lymphedema of lower limbs after cervical cancer treatment Liu Gaoming, Hu Jin, Liu Yuanyuan, Yuan Meifang, Fu Yang, Xiao Qian

**摘要:**对 19 例宫颈癌治疗后继发性双下肢淋巴水肿患者行手法引流综合消肿治疗,包括手法淋巴引流、弹性绷带包扎、功能锻炼等,治疗 1 个疗程,患者下肢周径较治疗前明显减小、水肿程度减轻,皮肤肿胀感与肢体沉重感均减轻,皮肤纤维化程度明显降低,临床症状显著改善,住院 16~23 d 出院。提出加强双下肢水肿的评估、皮肤护理、手法淋巴引流的护理、绷带包扎护理、功能锻炼指导、心理护理及延续护理,可提高双下肢淋巴水肿患者治疗效果。

**关键词:**宫颈癌; 下肢; 淋巴水肿; 手法淋巴引流; 功能锻炼; 护理

**中图分类号:**R473.71 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2019.09.037

宫颈癌是最常见的妇科恶性肿瘤,其治疗方式主要是手术和放、化疗。手术行盆腔淋巴结清扫破坏了盆腔、腹部淋巴系统的完整性,且术后瘢痕形成也阻碍了淋巴回流<sup>[1]</sup>,而放疗导致盆腔毛细及小淋巴管管腔闭塞、大淋巴管管腔狭窄、淋巴管周围组织纤维化、淋巴结萎缩和纤维化,造成淋巴回流障碍,形成淋巴水肿<sup>[2]</sup>。据文献报道,宫颈癌治疗后下肢淋巴水肿的发生率为 2.3%~47.6%<sup>[3-5]</sup>。由于重力关系,下肢水肿一旦发生,多呈进行性加重,短时间内可致肢体迅速增粗,皮肤增厚、发硬,纤维化明显,一般晚期累及双下肢,潜伏期长短及原因尚不明确,最后形成象皮肿病变,甚至肢体残疾,严重影响患者的生活质量。宫颈癌治疗后继发性双下肢淋巴水肿患者一般病程较长,肢体肿胀程度与皮肤纤维化程度相对严重,肢体沉重感明显,容易发生皮肤感染,加上患者行走活动受影响、外出减少,大多数会存在不同程度的心理问题,治疗与护理的难度较大。手法引流综合消肿治疗(Complex Decongestion Therapy, CDT)包括手法淋巴引流配合弹性绷带包扎、功能锻炼等,是近年临床使用广、疗效较好的淋巴水肿治疗方法<sup>[6]</sup>。2016 年 6 月至 2018 年 6 月我院妇瘤二科及淋巴水肿康复中心对收治的 19 例宫颈癌治疗后继发性双下肢淋巴水肿患者进行 CDT,同时加强心理护理、康复指导等,效果较好,护理介绍如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 纳入标准:①手术病理诊断确诊为宫颈癌;②在本院接受宫颈癌治疗(手术+放疗+化疗/手术/放疗+化疗);③影像学诊断确诊发生继发性双下肢淋巴水肿。排除标准:①存在急性感染、心源性水肿、恶性病变、肾衰竭及急性深静脉栓塞等 CDT 治疗禁忌证;②拒绝进行 CDT 治疗。本组 19

例,年龄 42~65 岁。6 例有高血压病史,2 例并存糖尿病。病理组织类型:宫颈中分化鳞癌 14 例,低分化鳞癌 2 例,低分化腺鳞癌 3 例。肿瘤分期:I b 期 2 例,II a 期 10 例,II b 期 6 例,III a 期 1 例。治疗方法:手术+放疗+化疗 17 例,手术方式均为子宫广泛切除+盆腔淋巴结清扫;单纯手术 1 例,放疗+化疗 1 例。宫颈癌术后下肢淋巴水肿发生在术后 6 个月至 2 年。按照水肿及纤维化程度进行分期<sup>[7]</sup>:淋巴水肿 III 期 12 例,IV 期 7 例(1 例发生会阴部皮肤破损及淋巴液渗漏,1 例发生双大腿内侧真菌感染,4 例存在下肢活动障碍)。

**1.2 治疗方法及转归** 对患者行 CDT,即行手法淋巴引流配合弹性绷带包扎、皮肤保护及功能锻炼等。治疗 1 个疗程(14~21 d),患者小腿周径:外踝最高点正上处从(24.95±1.68)cm 下降至(21.53±0.84)cm,髌骨最高点正下缘 2 cm 处从(36.63±0.89)cm 下降至(31.58±0.77)cm。大腿周径:髌骨上缘上 10 cm 处从(55.89±3.03)cm 下降至(48.42±2.34)cm,髌骨上缘上 20 cm 处从(63.10±1.49)cm 下降至(49.89±2.54)cm,均较治疗前明显减小。水肿程度减轻,皮肤肿胀感与肢体沉重感均减轻,皮肤纤维化程度明显降低,临床症状显著改善,住院 16~23 d 出院。通过建立随访档案,于患者出院后第 1 天、第 7 天、1 个月及 3 个月进行电话随访,17 例患者出院后自我管理依从性好,能每天白天坚持穿戴压力袜,并进行功能锻炼,其双下肢大腿和小腿周径基本同出院时;2 例患者由于自我管理依从性不高,双下肢大腿和小腿周径较出院时分别增加 1.0、1.5 cm。

## 2 护理

**2.1 评估双下肢水肿程度** 周径测量是评估下肢淋巴水肿程度常用的方法,要求测量者使用无弹性的卷尺,每间隔一定距离测量并比较双下肢不同部位周径<sup>[8]</sup>。由于双下肢水肿患者无健、对侧周径值作对比,本组患者采用双侧对称“5 点标记法”测量周径,即中趾跟、外踝最高点正上与髌骨最高点正下缘 2 cm(此 2 点测量评估小腿周径)、髌骨上缘上 10 cm

作者单位:湖南省肿瘤医院/中南大学湘雅医学院附属肿瘤医院淋巴水肿康复中心(湖南长沙,410013)

刘高明:女,博士,副主任护师,护士长,354205223@qq.com

科研项目:湖南省卫生健康委 2019 年度科研计划课题项目(B2019079)

收稿:2018-12-03;修回:2019-01-23

与 20 cm(此 2 点测量评估大腿周径),分别记录 5 点周径值。每次治疗前,由同一测量者在保证患者体位一致时测量标记点,测量过程中充分保护患者隐私,天寒时注意保暖。同时分别于第 1 次、第 4 次、第 7 次、第 14 次 CDT 治疗前,使用人体成分分析仪(韩国 InBody Co.,Ltd 生产,型号 InBody770)检测患者细胞外水分,分值下降说明患者组织水肿程度减轻,能客观评价患者组织消肿情况。检测前嘱患者排空膀胱,测量过程中保持安静、放松状态,并保证电极与皮肤充分接触,特别注意携带心脏起搏器时禁止检测,确保测量的准确性与安全性。每次细胞外水分测量后,进行前后对比性照片采集工作,记录观察内容包括骨性标记、肌肉线条、皮肤状况等,以记录患者双下肢较直观、动态的病情变化。

**2.2 皮肤护理** 淋巴水肿患者易并发皮肤感染,保护皮肤完整性并及时发现和及时处理问题能最大程度地减少感染,防止皮肤病变<sup>[7]</sup>。指导患者注意保护皮肤的完整性,避免外伤、搔抓与蚊叮虫咬等,预防感染发生。平日穿着宽松、全棉的内裤与袜子,使用中性和沐浴液清洁皮肤,气候干燥时使用水分含量少的护肤品,如马油等进行皮肤保湿护理,每天 2 次。本组 1 例患者发生会阴部皮肤破损并发淋巴液渗漏,于每次手法淋巴引流治疗前对其会阴部破损皮肤进行清洁、消毒,在破损皮肤周围使用康乐保皮肤保护粉并覆盖水胶体敷料,再使用绷带包扎,敷料浸湿时及时更换。患者于治疗第 10 天,破损皮肤修复,无淋巴液渗漏。另外 1 例患者由于肥胖,加上双下肢水肿严重导致双大腿内侧长期摩擦、潮湿,并发真菌感染,每天用生理盐水对感染部位反复冲洗后碘伏消毒 2 遍,待干后用硝酸咪康唑(达克宁),每天涂药 1 次,用药 3 d 后真菌感染得到控制。

**2.3 手法淋巴引流的护理** 每天行手法淋巴引流治疗,每侧每次 30~45 min。治疗前嘱患者排空膀胱,协助患者取平卧位,腹部放松,双下肢自然外展,脚稍垫高,并在身体承重部位放置软垫,以减轻不适。妥善固定对侧床栏,防止治疗时发生坠床跌倒。参照 Földi 等<sup>[9]</sup>手法淋巴引流操作方法,治疗顺序一般为先健侧后患侧,先躯干后肢体,先对区域淋巴结(锁骨上窝、腋窝及腹股沟)进行按压,再按其引流区域的淋巴管走向作引流,以促进患侧淋巴液通过淋巴通路回流,达到减轻和消除患肢水肿的作用。每天交替选择先行引流的肢体,手法淋巴引流时注意动作轻柔,并加强对纤维化皮肤的按摩,使双侧均达到理想的治疗效果。行手法淋巴引流前,观察记录患者皮肤有无角化、感染、溃疡、淋巴液漏等,采用 37℃ 恒温流动水及中性沐浴液进行皮肤清洁,肢体活动障碍者予以帮助;行手法淋巴引流时,喷涂适量液体敷料(赛肤润)进行皮肤润滑与保护,以保护患者皮肤脂质层、减少皮肤并发症,同时便于按摩;手法淋巴引流后,采用不

含香精及羊毛脂的皮肤润肤露涂抹双下肢皮肤,以保持皮肤湿润,防止皮肤发生皴裂与破损。手法淋巴引流治疗全程采用边做边说的健康教育方法,即手法引流做到哪就用通俗易懂的言语告知患者为什么要如此引流、现在引流的淋巴区域等,使患者身心放松,达到认知的转变,提高治疗依从性。

**2.4 绷带包扎的护理** 手法淋巴引流治疗后,即对双下肢采用低弹性绷带多层加压包扎至第 2 天治疗前拆除,其对患者肢体运动及休息时均能持续地产生治疗所需的工作压和静息压,从而促进回流及组织间液体的流动和吸收。低弹性绷带包扎前常规在整个患肢管状绷带外覆盖包绕 2~3 层棉质衬垫,以防止低弹性绷带造成皮肤损害。本组双下肢淋巴水肿患者在充分保护踝关节、腘窝等皮肤易受损部位的基础上,适当减少棉质衬垫 1~2 层,以方便患者进行双下肢功能锻炼。其次受重力的影响,下肢淋巴水肿皮肤纤维化常在短时间内迅速发生,且程度相对严重,需重点评估患者水肿部位及纤维化程度,在常规弹性压力包扎基础上,个性化地使用辅助材料,如在足背肿胀区放置泡沫衬垫、在足踝加用 U 型泡沫橡胶绷带等,以增强治疗效果,提高患者舒适感。虽然低弹力绷带安全性高,长时间使用不会影响血液循环,但由于本组患者需要双下肢同时包扎,初次包扎时使用较小压力(使用绷带配套的简易测压仪于包扎时测量,压力值约 20 mmHg),治疗 2~3 次后患者适应加压包扎时,再增加至正常治疗压力(压力值约 30 mmHg)。同时,加强观察双下肢足趾末梢皮温、皮肤颜色及脚掌活动是否受到限制,如出现皮温偏高,足趾末梢皮肤发绀,感觉发麻,说明绷带包扎过紧,应及时调整绷带松紧度。由于规范应用与个性化包扎,本组患者在低弹性绷带多层加压包扎期间,除 1 例于包扎第 1 天晚、1 例于包扎第 1 和第 2 天晚主诉无法耐受自行拆除外,余均常规进行,无异常情况发生。

**2.5 功能锻炼指导** 功能锻炼能加快淋巴循环,促进水肿消退,是淋巴水肿综合治疗的重要部分。绷带压力包扎时即对患者行下肢功能锻炼的正确方法、意义及注意事项等健康教育,可减少患者对绷带压力包扎的不习惯或不耐受,且可提高患者功能锻炼的依从性和主动性。淋巴水肿功能锻炼无统一规则与方法,指导患者进行散步、爬楼梯等运动,滚球、踝部打圈、足趾点地等坐姿运动或空中行走等床上运动,遵循灵活、适度、循序渐进的原则,必须在使用压力绷带或穿戴淋巴水肿压力袜的基础上进行,建议每天 1 h,分多次进行<sup>[10]</sup>。指导患者避免长时间久蹲、久站、久坐,每天坚持散步、爬楼梯或双脚滚球等运动,睡觉时抬高双下肢,在床上可进行仰卧位足后跟滑行运动,髋关节、膝关节、踝关节的主动活动以及下肢抬举运动,同时配合腹式深呼吸。本组 4 例下肢活动障碍者经手法引流、功能锻炼等综合消肿治疗,治疗 12~14 d

后恢复独立行走。

**2.6 加强心理护理** 患者均为宫颈癌治疗后发生双下肢淋巴水肿,不仅皮肤肿胀感与肢体沉重感明显,且存在不同程度的肢体活动受限、行动不便,加上多数患者存在“淋巴水肿与肿瘤复发或转移相关”的认知误区,心理负担严重。手法淋巴引流治疗时,全程播放柔和、优美的中国古典音乐,以舒缓患者的情绪。采用鼓励、安慰性语言加强与患者的沟通交流,取得其信任与合作;引导患者抒发内心感受,如害怕外出、担心残疾等,积极倾听、适时表达同理,耐心回答患者疑问,解除其思想顾虑。在患者知情同意的情况下,联系其家属及关系亲密的朋友、同事等,鼓励他们加强与患者情感上的交流,生活上适当予以帮助,特别是在患者弹性压力治疗期间及出现肢体功能障碍的情况下。科室建立“零肿联盟”淋巴水肿病友康复微信群,定期上传淋巴水肿康复治疗相关知识与信息,为患者提供健康咨询服务,从而提高患者的社会心理适应性。

**2.7 加强饮食指导以控制体质量** 体质量超重易引起脂肪液化坏死,使淋巴管阻塞或发生淋巴管炎,是发生淋巴水肿的危险因素,同时也会导致肢体负担过重,加大淋巴回流压力,加重淋巴水肿<sup>[11-12]</sup>。在充分评估患者饮食习惯的基础上,结合患者原发病与并发症情况,给予个体化、持续性的饮食指导,纠正饮食误区及不良生活习惯,以控制体质量。指导患者尽量定时、定量、定餐,并合理调整膳食结构,优化动物性食物的种类,增加鱼类、禽类(鸡肉、鸭肉等)及蛋类的摄入量,减少红肉类,多摄入新鲜水果与时令蔬菜等。对 6 例高血压病史患者,指导其限制钠盐摄入,增加钾盐,特别减少脂肪摄入以控制体质量<sup>[13]</sup>。2 例并存糖尿病的患者,申请我院营养科会诊后,为其定制了糖尿病膳食计划。

**2.8 延续护理** 患者经过 1 个疗程的 CDT 治疗出院后,需要每天穿戴淋巴水肿专用压力裤袜、加强皮肤护理及功能锻炼,以巩固疗效、防止复发。通过当面指导、发放宣传手册及视频材料相结合,对患者及其家属进行康复指导。并于患者出院后第 1 天、第 7 天、1 个月及 3 个月进行电话随访,追踪治疗效果,了解患者穿戴压力裤袜与功能锻炼的依从性以及家庭、社会回归情况。

### 3 小结

目前,下肢淋巴水肿治疗比较棘手,尚缺乏根治方法<sup>[14]</sup>。但经过 CDT 治疗可减轻水肿症状,控制疾病发展<sup>[15]</sup>。如何增强与维持 CDT 治疗效果是护理工作的重点。客观、动态地评估与测量双下肢水肿程度,做好皮肤护理、手法淋巴引流治疗的护理、绷带包扎护理,加强功能锻炼指导,实施心理护理、饮食指导

等是增强双下肢淋巴水肿患者 CDT 治疗效果的关键,加强延续护理对维持康复治疗效果至关重要。

### 参考文献:

- [1] 薄铁,陈雷,刘兆喆,等. 妇科恶性肿瘤术后肢体淋巴水肿发病机制及危险因素分析[J]. 创伤与急危重病医学, 2017,5(2):91-97.
- [2] 古丽娜·库尔班,王沛靓. 宫颈癌病人放疗后下肢淋巴水肿发病现状[J]. 现代肿瘤医学, 2008,16(8):1430-1432.
- [3] Halaska M J, Novackova M, Mala I, et al. A prospective study of postoperative lymphedema after surgery for cervical cancer[J]. Int J Gynecol Cancer, 2010,20(5):900-904.
- [4] Hacker N F, Barlow E L, Scurry J, et al. Primary surgical management with tailored adjuvant radiation for stage IB2 cervical cancer[J]. Obstet Gynecol, 2013,121(4):765-772.
- [5] Kashima K, Yahata T, Fujita K, et al. Analysis of the complications after radical hysterectomy for stage IB, II A and II B uterine cervical cancer patients[J]. J Obstet Gynaecol Res, 2010,36(3):555-559.
- [6] 汪立,陈佳佳,于子优,等. 手法淋巴引流综合消肿疗法治疗盆腔恶性肿瘤根治术后下肢淋巴水肿[J]. 组织工程与重建外科杂志, 2016,12(3):186-188.
- [7] 刘宁飞. 淋巴水肿——诊断与治疗[M]. 北京:科学出版社, 2014:73,180.
- [8] 李昆,安力彬,路潜,等. 妇科恶性肿瘤术后下肢淋巴水肿的评估与管理研究进展[J]. 护理学杂志, 2013,28(24):79-82.
- [9] Földi M, Ströbenreuther R. Foundations of Manual Lymph Drainage[M]. Sydney:Elsevier Mosby, 2019:92-96.
- [10] 鞠伶伟,陈雷,刘兆喆,等. 手法淋巴引流综合消肿疗法治疗双下肢淋巴水肿 1 例[J]. 创伤与急危重病医学, 2017,5(2):88-90.
- [11] Ferguson C M, Swaroop M N, Horick N, et al. Impact of ipsilateral blood draws, injections, blood pressure measurements, and air travel on the risk of lymphedema for patients treated for breast cancer[J]. J Clin Oncol, 2016,34(7):691-698.
- [12] 陈佳佳,汪立,韩凌华,等. 应用手法淋巴引流综合消肿疗法治疗肢体淋巴水肿的效果观察[J]. 组织工程与重建外科杂志, 2017,13(6):322-327.
- [13] 陈仪坤,杨倩,何睿,等. 饮食疗法联合运动干预对老年高血压患者血压和生活质量的影响[J]. 中国老年学杂志, 2017,37(17):4272-4274.
- [14] 王霞,丁焱. 宫颈癌患者术后下肢淋巴水肿发生状况及危险因素分析[J]. 护理学杂志, 2015,30(10):21-25.
- [15] 刘宁飞. 外周淋巴水肿的治疗[J]. 中华整形外科杂志, 2018,34(4):252-255.

(本文编辑 李春华)