

头颈部肿瘤综合治疗后并发淋巴水肿患者的护理

胡进¹, 叶沙², 刘高明¹, 刘媛媛¹

Nursing care of patients developing lymphedema after comprehensive treatment of head and neck tumor Hu Jin, Ye Sha, Liu Gaoming, Liu Yuanyuan

摘要:目的 总结头颈部肿瘤综合治疗后合并淋巴水肿患者的护理经验,为头颈部淋巴水肿的干预提供借鉴。方法 对 5 例头颈部淋巴水肿患者实施个体化的手法淋巴引流和压力治疗,加强皮肤护理,功能锻炼指导;出院后定期随访。结果 5 例患者住院 16~20 d 出院。治疗前颈围(46.4±3.4)cm,治疗后(42.4±2.7)cm;治疗前患者细胞外水分比率(38.4±0.5)%,治疗后(37.5±0.5)%,头颈部水肿和组织水肿程度减轻。患者出院后 1 个月及 3 个月测量,基本维持了出院时的效果。结论 手法引流综合消肿技术是头颈部肿瘤综合治疗后淋巴水肿有效、安全的治疗手段。

关键词:头颈部肿瘤; 淋巴水肿; 皮肤肿胀; 手法淋巴引流; 综合消肿治疗; 护理

中图分类号:R473.73 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2022.14.047

淋巴水肿是由于外部或自身因素引起的淋巴管输送功能障碍造成的渐进性发展的疾病。早期以水肿为主,晚期以组织纤维化、脂肪沉积和炎症等增生性病变为特征^[1]。WHO 认为,淋巴水肿是排名第 2 位的致残性疾病,治疗极为困难^[2]。淋巴水肿是头颈部肿瘤常见并发症之一,多发生于手术或放疗后。若缺乏系统评估与治疗,会发展为相关部位或器官中至重度纤维化,不仅会影响舌、口腔、咽喉部功能,引起疼痛、说话困难、吞咽障碍和呼吸困难,还会引起颈肩部活动范围变小、身体形象受损,影响正常社会交往,给患者带来身心痛苦,严重影响患者的生活质量^[3-4]。2019 年 12 月至 2021 年 8 月,我院淋巴水肿康复护理中心收治 5 例头颈部肿瘤综合治疗后并发淋巴水肿的患者,经评估后实施手法引流综合消肿治疗(Complex Decongestion Therapy, CDT),治疗 1 个疗程(14 d)后好转出院。护理介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2019 年 12 月至 2021 年 8 月本组 5 例手术病理诊断确诊为头颈部肿瘤患者,核磁共振检查确诊发生继发性头颈部淋巴水肿。男 3 例,女 2 例;年龄 26~65 岁,平均 50.4 岁。疾病类型:鼻咽癌 3 例,牙龈癌 1 例,甲状腺癌 1 例。治疗方法:手术 1 例,手术+放疗 1 例,手术+放疗+化疗 3 例。头颈部淋巴水肿发生在肿瘤综合治疗后 3 个月至 2 年(2 例发生在治疗后 3 个月左右,1 例在 4 个月,1 例在 7 个月,1 例接近 2 年)。按水肿程度和纤维化程度进行分期^[5]:淋巴水肿 II 期 2 例,III 期 3 例。

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 1. 淋巴水肿康复中心 2. 妇瘤二科(湖南长沙,410013)

胡进:女,硕士,主管护师

通信作者:刘高明,354205223@qq.com

科研项目:国家自然科学基金青年基金项目(82003313);2020 年度科卫联合基金项目(2020JJ8063);湖南省卫生健康委 2022 年度科研计划项目(202214055350)。

收稿:2022-02-10;修回:2022-04-22

1.2 方法

1.2.1 淋巴水肿治疗方法 由获得淋巴水肿治疗师培训资质的专科护士对患者行 CDT 治疗,即行手法淋巴引流配合皮肤护理、头面部/头颈部压力治疗及功能锻炼。采用国际最新的基于近红外荧光淋巴成像技术的手法淋巴引流方法(Fluoroscopy Guided-Manual Lymph Drainage, FG-MLD)^[6-7],具体步骤:①指导患者取坐位或半坐卧位,进行胸式深呼吸 5 次;②应用弹力中等聚氨酯材质的医用功能锻炼球轻压双侧锁骨上、下淋巴结区域 5 次,以打开、排空相应淋巴结;③使用四指并拢静止旋转手法或功能锻炼球轻压滚动法分别引流颈前、颈中、颈后淋巴结区域至锁骨上、下淋巴结区域,以充分打通淋巴通路;④操作者移至患者身后,由上向下方向,示指、中指置于患者耳前,无名指置于患者耳后运用滑抚手法引流至下颌角方向,以排空及引流耳前耳后淋巴结区域;⑤从头颈正中线向两侧,应用水肿手法依次引流下颌体、唇下、唇上、颊部、侧鼻与鼻旁、眶周、眉部、额部均经下颌角方向至颈部;⑥重复步骤③和②;⑦胸式深呼吸 5 次。在进行 FG-MLD 过程中,第⑤~⑥步根据水肿及纤维化程度不同相应重复,每次引流 20~30 min。引流同时,应用液体敷料赛肤润同步喷涂,以保护水肿皮肤、减轻皮肤摩擦力,同时增加细胞内聚力,改善皮肤微循环,防治局部炎症发生,增强手法引流效果与舒适度。FG-MLD 后,佩戴头面部压力套或头颈压力套,每个白天 10~12 h,初次使用时压力调整为 1.596~1.995 kPa;待患者适应后增加至 3.325~3.724 kPa。指导患者进行深呼吸、颈部旋转、颈部伸曲、耸肩与绕肩及面部活动(打呵欠、吹气、发元音、不同面部表情练习等)功能锻炼,锻炼于餐后 30 min 进行,每天 5~6 次,每次 10~15 min。连续治疗 1 个疗程(14 d)。通过建立随访档案,于患者出院后第 1 天、7 天、1 个月及 3 个月通过微信平台进行随访,5 例患者出院后自我管理依从性好,能每天白天坚持戴压力制品,并进行功能锻炼。

1.2.2 评价方法 由同一专科护士于患者 CDT 治疗前和 1 个疗程后(治疗后)测量:①颈围。指导其保持坐位、平视前方的自然状态下,采用同一卷尺于固定标记点测量颈围并记录。②细胞外水分比率。使用人体成分分析仪(韩国 InBody Co., Ltd 生产,型号 InBody770)测量。测量前指导患者排空膀胱,测量过程中播放轻音乐使患者保持放松状态。

1.3 结果 5 例患者住院 16~20 d 出院。治疗前颈围(46.4±3.4)cm,治疗后(42.4±2.7)cm;头颈部水肿程度减轻,皮肤肿胀感减轻,纤维化程度减轻,头颈部活动范围增大。治疗前患者细胞外水分比率(38.4±0.5)%,治疗后(37.5±0.5)%,说明组织水肿程度减轻。患者出院后 1 个月及 3 个月测量,基本维持了出院时的效果。

2 护理

2.1 手法淋巴引流护理 FG-MLD 手法实施的总体原则为:水肿及纤维化区域使用冲洗/填充手法(fill & flush 技术),即双手大拇指指尖相对,以桡侧垂直立于区域皮肤上,轻压皮肤沿表皮带动皮下并行前推,再顺势向前翻滚 180°至尺侧,以促进水肿部位淋巴回流与局部组织软化;冲洗/填充后再顺推至周围无水区域。无水区域使用普通前推滑抚手法进行。以此方法逐个减轻患者面部、颈部水肿,每个动作可重复。本组 1 例患者下颌部、2 例患者颈部纤维化较严重,此处我们适当增加引流次数,但按压引流力度轻柔,速度缓慢,以不引起皮肤发红为度。头颈部引流持续 20 min,每天 1 次。针对 3 例皮肤纤维化严重的患者,引流时间相应延长至 30 min。并避免在患者饥饿及饭前、饭后 1 h 内进行操作。

2.2 压力治疗管理 在 FG-MLD 完成后,对头颈部实施压力治疗。头颈部为解剖结构特殊部位,在头颈部使用传统的低弹性绷带存在压力不均、影响呼吸、易脱落、皮肤摩擦等问题,且压力过低不能达到治疗效果,压力过高会影响患者的呼吸,下颌绷带如果太紧会加重患者脸部的肿胀等,绷带包扎难度较大,患者也很难长时间耐受。因此,针对颈下、颈部水肿的患者,我们为其佩戴头颈压力套;对面部肿胀严重的患者,选择头颈压力套。结合患者感受、尺寸等具体情况选择大小合适、压力适宜的压力制品。本组 1 例患者下颌部、2 例患者颈部皮肤纤维化严重,在病变部位加用自行修剪的点状高密度泡沫衬垫放置在压力套下,以促进组织软化,加速消肿,泡沫衬垫的大小根据患者颈部组织纤维化的范围进行修剪。第 1 次压力治疗保持 6 h 以上,如果患者耐受性强,可延长佩戴时间至每个白天 10~12 h。佩戴时间越长,治疗效果越好。在佩戴压力套治疗阶段,密切关注患者的主诉,加强观测与记录患者头颈、面部皮肤温度、颜色,以及头颈部活动、呼吸是否受到限制,如出现皮肤

温度偏高,呼吸困难,说明治疗压力过大,需及时调整。压力治疗期间 5 例患者均未出现皮肤摩擦破损、呼吸受影响等不适。

2.3 皮肤护理 淋巴水肿患者易发生皮肤感染的并发症^[8],保护其皮肤完整性并及时发现和及时处理皮肤问题是减少感染、防止皮肤病变的关键。嘱患者日常要注意保护皮肤的完整性,避免刮擦伤、搔抓与蚊虫叮咬等引起的外伤,预防感染发生。同时加强患者口腔黏膜的护理,每天观察是否有黏膜破损及水肿,保持口腔卫生,避免辛辣、刺激性食物以及吸烟、饮酒等引起黏膜损伤^[9]。指导患者穿纯棉透气、领口宽松的上衣。每次手法淋巴引流前,使用 37℃ 恒温流动水及中性沐浴油协助患者清洁皮肤,保护皮肤脂质层。清洗后,用干毛巾吸干水分,避免用力擦干,防止损伤皮肤。每天观察并记录患者皮肤有无红肿、皮温增高、疼痛、破损、感染等并发症发生。手法引流过程中,外喷适量液体敷料赛肤润,使治疗部位的皮肤保持湿润,减少摩擦力,同时可增加细胞内聚力,改善皮肤微循环,防止局部炎症的发生,并提高手法引流的效果与患者舒适度。手法引流完成后使用不含香精及羊毛脂的皮肤润肤剂滋润、舒缓皮肤,但不要使用太多,防止堵塞毛孔。1 例患者在治疗前已发生左侧耳后皮肤破溃,出现淋巴液漏,即申请头颈外科、伤口门诊专家进行会诊,排除肿瘤恶变、转移后,每天伤口治疗师进行换药,伤口愈合后再进行 CDT 治疗。由于头颈部特殊解剖结构,淋巴结分布密集,治疗的个体化差异大,对于特殊病例行多学科团队联合会诊,确保患者安全。治疗期间 5 例患者均无皮肤破损、感染等皮肤问题。

2.4 功能锻炼指导 功能锻炼能加快淋巴循环,促进水肿消退,是 CDT 治疗的重要组成部分。功能锻炼须使用压力绷带或淋巴水肿专用压力制品,才能达到加快消肿的目的。患者佩戴压力套后即对其行头颈部功能锻炼的方法、意义及注意事项等健康教育的指导。头颈部功能锻炼的方法:①深呼吸 5 次。②颈部旋转。将头慢慢地转向一边,在能保持的范围内,数到 5;然后回到起始位置;再将头转向另一边,重复 1 遍。将前 3 步动作重复 5 遍。可轻轻地把手放在脸的侧面给予轻压力。③颈部侧弯。协助患者头歪向一边,让耳靠近肩膀,直到感到颈部的另一边在伸展;坚持数到 5,回到起始位置;另一边重复以上动作。每次做 5 组。④收卷下颌。收起下颌,尽量贴近颈部,保持颈部挺直,坚持此动作数到 5。重复 5 次。⑤颈部屈曲。坐位,弯曲颈部慢慢往下看,下颌尽量贴胸;返回起始位置,重复 5 次。在抬起头之前,收起下颌,加强效果。⑥颈部扩展。坐位,慢慢将头往后仰,望天花板;然后回到起始位置。重复 5 次。⑦耸肩。坐着或躺着,耸肩到耳;然后回到起始位置。重复 10 次。⑧绕肩。坐着,向后转动肩部,重复 10 次。然后

肩胛骨收紧、放松,重复 5 次,再向前转动肩部,重复 10 次。⑨面部练习。打呵欠;发元音字母;吹气;不同的面部表情练习等。以上运动不要求作为一个整体运动连续做完,每次 10~15 min,每天 5~6 次,幅度以患者最大耐受度为限。餐后 30 min 进行功能锻炼,遵循灵活、适度、循序渐进的原则,避免疲劳。治疗 14 次后,5 例患者自述颈部活动范围增大,颈部动作比治疗前灵活很多。

2.5 心理护理 本组 4 例患者经历了头颈部的放射治疗,放疗区域皮肤出现色素沉着,影响美观。其中 3 例患者头颈部发生不同程度的纤维化,颈部活动受限,导致患者身体形象受损,在一定程度上影响正常社会交往和工作。头颈部淋巴水肿相比其他部位淋巴水肿的患者承受了更大的心理压力。入院时,给患者介绍淋巴水肿相关知识、CDT 治疗的方法与效果,并请 CDT 治疗后来医院复查的患者为其进行“现身说法”,分享治疗经验,使患者充分了解治疗方案并充满信心、配合治疗。在 CDT 治疗过程中,播放柔和、优美的钢琴曲,以舒缓患者紧张情绪,采用安慰性语言加强与患者的沟通交流,积极倾听、适时共情,并鼓励患者抒发内心感受。对患者提出的问题耐心回答,解除顾虑。同时,邀请患者加入科室的“零肿联盟”淋巴水肿病友康复微信群,鼓励患者阅读微信平台上与其病情相关的健康知识,并积极与其他病友互动交流,加强同伴支持,提高社会心理适应能力。此外,我们鼓励家属加强与患者情感上的交流,生活上适当予以帮助,特别是在患者进行压力治疗期间。经心理疏导与同伴、家属的支持,5 例患者都充分信任医护人员,积极配合完成了治疗。

2.6 出院指导 每次为患者进行 CDT 治疗时,采用“边做边说”的方法告知患者及其家属手法引流的顺序、皮肤保护、功能锻炼的方法,以及回归家庭后如何进行自我引流等,不断重复,让其掌握。为患者定制了个体化的头颈压力套或头颈压力套,并要求其掌握压力套佩戴的方法与保养要点。

2.7 居家护理 淋巴水肿一旦发生可能伴随终生,需要长期甚至是终身护理,因此,综合消肿治疗过程漫长,对患者进行居家护理指导是维持、巩固治疗的关键。患者出院后建立病例档案,治疗师通过微信平台进行远程居家护理服务。借助微信平台,治疗师能及时了解患者回归家庭后淋巴水肿情况、皮肤护理情况,佩戴压力制品及功能锻炼的依从性和自我护理问题等,并及时解答患者疑问。治疗师在患者出院后第 1 天、7 天、1 个月、3 个月分别进行微信视频随访。第 1 次随访时发现 1 例患者存在测量方法不准确和 1 例患者自我淋巴引流操作有误的情况。针对测量问题,通过微信视频“边做边说”再次示教,并发放公众号测量宣教资料巩固学习,为了避免出现测量偏差,让患者增加测量次数,每个部位重复测量 2 次,取平均值

以提高测量的准确性。针对患者自我淋巴引流操作有误的问题,治疗师为其录制头颈部自我淋巴引流操作方法的视频资料,方便其居家治疗时参照学习。之后 3 次微信视频随访患者均主诉水肿控制良好,测量与自我淋巴引流方法都已掌握,每天坚持功能锻炼和压力治疗,未出现其他不适。

3 小结

头颈部肿瘤综合治疗后并发淋巴水肿的患者临床上并不少见,但由于疾病认知等原因能尽早就诊、干预的患者却很少。5 例头颈部淋巴水肿患者由于水肿部位特殊,存在自我形象紊乱,且 3 例皮肤纤维化严重,增加了治疗与护理的难度。通过我们团队的充分评估和特殊病例的多学科团队联合会诊,确保了 CDT 治疗的安全性及可行性。治疗过程中,实施个体化 FG-MLD 减轻水肿,加强压力治疗的管理和皮肤护理,并指导头颈部功能锻炼,定期评估头颈部水肿情况,同时注重心理护理,做好出院指导和出院后的居家护理,巩固康复治疗效果,促进了患者顺利回归家庭与社会。

参考文献:

- [1] 中华整形外科学分会淋巴水肿学组. 外周淋巴水肿诊疗的中国专家共识[J]. 中华整形外科杂志, 2020, 36(4): 355-360.
- [2] Shaitelman S F, Cromwell K D, Rasmussen J C, et al. Recent progress in the treatment and prevention of cancer-related lymphedema[J]. CA Cancer J Clin, 2015, 65(1): 55-81.
- [3] Nixon J L, Pigott A E, Cartmill B, et al. A mixed methods examination of distress and person-centred experience of head and neck lymphoedema[J]. Oral Oncol, 2018, 83: 18-24.
- [4] Rhoten B A, Murphy B A, Dietrich M S, et al. Depressive symptoms, social anxiety, and perceived neck function in patients with head and neck cancer[J]. Head Neck, 2018, 40(7): 1443-1452.
- [5] 刘宁飞. 淋巴水肿——诊断与治疗[M]. 北京: 科学出版社, 2014: 73.
- [6] De Vrieze T, Vos L, Gebruers N, et al. Protocol of a randomised controlled trial regarding the effectiveness of fluoroscopy-guided manual lymph drainage for the treatment of breast cancer-related lymphoedema (EFforT-BCRL trial)[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2018, 221: 177-188.
- [7] 李旭英, 谌永毅, 刘高明. 淋巴水肿康复护理技术[M]. 北京: 学苑出版社, 2021: 160-161.
- [8] 王玲, 尚少梅, 王海燕, 等. 继发性淋巴水肿患者皮肤护理的最佳证据总结[J]. 护理学杂志, 2021, 36(9): 102-105.
- [9] 沈志莹, 王芳, 丁四清, 等. 综合消肿治疗在头颈部肿瘤淋巴水肿患者中的研究现状[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2020, 55(5): 558-561.