

复杂胸部肿瘤切除胸壁重建术患者的康复护理

蔡歆, 石柳

Rehabilitation nursing of patients after complex chest tumor resection and reconstruction of the chest wall Cai Xin, Shi Liu

摘要:目的 总结复杂胸部肿瘤切除胸壁重建患者的围手术期营养与康复护理经验。**方法** 对 10 例复杂胸部肿瘤胸壁重建患者, 实施饮食指导、康复锻炼、皮瓣观察、疼痛管理等围术期护理。**结果** 10 例患者均顺利康复出院, 术后出现胸腔积液 3 例, 皮瓣危象、上肢淋巴水肿、自发性气胸、胸壁软化、心律失常各 1 例, 经及时处理后均好转, 伤口 I 期愈合。术后平均住院时间 14.6 d。**结论** 胸壁重建是胸壁肿瘤尤其是复杂胸壁缺损的重要手术方法, 围术期康复护理能促进患者术后恢复进程, 改善预后。

关键词: 胸部肿瘤; 肿瘤切除术; 胸壁重建; 皮瓣; 淋巴水肿; 围手术期护理

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** B **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2020.16.095

胸部肿瘤切除往往会形成软组织、骨性组织或者软组织与骨性组织的混合缺损, 根据患者的肿瘤大小、侵犯范围、心肺功能及全身情况等, 临床使用自体组织材料如背阔肌肌瓣、胸大肌皮瓣、腹壁下动脉穿支皮瓣、腹直肌皮瓣和人工组织材料如合成网片、骨水泥、3D 打印钛合金等进行胸壁缺损的修复和重建^[1-2]。由于胸部肿瘤患者特别是巨大肿瘤患者术前多接受过放疗、化疗、手术等综合治疗, 或合并有糖尿病、高血压、慢性皮肤溃疡、感染等, 手术创伤大、风险高, 术后消耗大, 白蛋白、血红蛋白等下降明显且不易纠正, 患者术后心肺功能、营养状况受到极大的考验, 因此, 积极有效的康复护理尤为重要。2019 年 3~11 月, 我科对 10 例复杂胸部肿瘤胸壁重建患者加强术后护理, 取得较好效果, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 10 例患者均为女性, 年龄 27~66 (49.60±14.88) 岁。乳腺癌复发 9 例, 胸壁纤维瘤复发 1 例; 有放疗史 2 例, 化疗史 7 例; 合并糖尿病 3 例, 高血压 2 例, 卒中 1 例。6 例有肿瘤破溃或感染。

1.2 手术方法 所有患者在术前经多学科会诊制定手术方案, 麻醉科评估麻醉风险后进行气管插管和全麻, 由骨科、胸科、乳腺外科、肿瘤整形外科专家团队联合手术, 切除肿瘤, 然后根据缺损大小和程度选择不同方式修复重建胸壁缺损。其中, 行游离腹壁下动脉穿支皮瓣修复 1 例, 游离腹壁下动脉穿支皮瓣联合带蒂腹直肌皮瓣修复 3 例, 3D 打印钛合金支架联合游离腹壁浅动脉皮瓣、腹直肌皮瓣胸壁重建术 3 例, 骨水泥联合游离腹壁下动脉穿支皮瓣、带蒂腹直肌皮瓣修复 1 例, 双侧游离腹壁下动脉穿支皮瓣修复 1 例, 邻近皮瓣修复 1 例。

1.3 结果 10 例患者均顺利完成手术, 术后发生皮瓣危象 1 例, 上肢淋巴水肿 1 例, 胸腔积液 3 例, 自发性气胸 1 例, 胸壁软化 1 例, 心律失常 1 例, 经处理后均好转。伤口 I 期愈合; 下床活动时间术后 3~5 d, 术后平均住院时间 14.6 d。患者术后各项临床指标

均得到改善。

2 护理

2.1 伤口护理与皮瓣观察

2.1.1 胸部肿瘤破溃及感染处理 本组 6 例患者有肿瘤破溃或感染, 其中 2 例并存糖尿病, 1 例为乳腺癌化疗后肿块破溃; 5 例为乳腺癌手术、放化疗后胸壁溃烂、出血。入院后对患者伤口的大小、深度、范围, 有无异味和分泌物渗出, 是否存在出血风险等进行评估, 取伤口分泌物行细菌培养及药敏实验, 局部每日清洁换药。根据培养及药敏结果使用抗生素治疗。对合并糖尿病的患者, 监测血糖变化, 规范降糖治疗。1 例患者术前肿块出血, 行局部伤口压迫, 静脉使用止血药物, 并缩短术前准备时间, 提前安排手术治疗。经过术前伤口处理后, 6 例患者术后伤口均 I 期愈合。

2.1.2 引流管护理 本组患者术后均留有腋窝及乳房伤口、胸壁伤口、腹部伤口引流管。①使用高负压引流瓶引流患者, 定时挤压伤口引流管, 注意高负压引流瓶的负压是否正常, 负压的维持利于皮瓣与胸壁紧贴, 减少局部伤口积液积气, 如负压阀弹起提示负压消失需及时更换。②使用胸腔闭式引流管患者, 保持管道密闭, 防止脱出; 鼓励患者深呼吸、咳嗽, 促进肺扩张; 观察长玻璃管中的水柱波动情况; 根据患者肺部扩张、胸管引流情况拔除胸管, 拔管后 24 h 内密切观察有无胸闷、呼吸困难、渗液、皮下气肿等症状。③使用普通负压引流盒引流患者, 保持管道的通畅, 妥善固定引流管, 防止管道折叠及扭曲, 尤其在患者移动及翻身时, 指导其先固定好管道再行移动。④密切观察并记录引流液的颜色、性质、量, 引流液 24 h 内为血性, 量一般不超过 300 mL。如短时间引流液量大量增加, 引流液颜色鲜红, 考虑有活动性出血, 及时通知医生处理。本组 10 例患者术后均未发生伤口出血情况。

2.1.3 皮瓣观察 本组除 1 例患者为邻近皮瓣修复、1 例为带蒂皮瓣修复外, 其余 8 例均为游离皮瓣修复, 术后重建胸壁和供区伤口护理及皮瓣监测至关重要。观察内容包括患者生命体征、出入水量, 全身和局部皮瓣情况, 如皮瓣局部温度、颜色、皮纹、质地

作者单位: 湖南省肿瘤医院乳腺肿瘤整形外科(湖南 长沙, 410031)

蔡歆: 女, 硕士, 主任护师, 护士长, 1286647961@qq.com

收稿: 2020-03-12; 修回: 2020-05-12

和毛细血管反应等指标^[3],与主刀医生确定血管蒂位置并标记,进行术后体位摆放与活动指导,避免血管蒂受压或扭曲,影响皮瓣血液循环。1例患者术后第1天皮瓣下方边缘皮肤2 cm×3 cm范围与供区皮肤对照颜色呈紫红色改变,皮瓣温度低于健侧3°,使用纳屈肝素钙皮下注射,调节伤口包扎松紧适宜,调节室温及皮瓣局部保温后未继续进展。

2.2 心肺康复护理

2.2.1 术前康复运动 术前根据患者年龄、握力、合并症、心肺功能等情况,制定康复训练计划:①有氧运动。包括全身大肌群参与的周期性、动力性活动,可使心肺得到有效刺激,提高心肺功能^[4]。入院后除正常自理活动(如洗漱、沐浴、外出检查)外,制定额外运动计划,考虑到患者住院期间活动范围有限,选择每日进行快步走为主的下肢耐力训练,步行速度以心率加快,不出现气促、身体微微出汗为宜,持续时间30~45 min。②腹式呼吸体位训练。坐位,患者坐于桌前或床前,两臂置于棉被或枕下,以固定肩带并放松肩带肌群,头靠于枕上放松颈肌。前倾站位,自由站立,两手指互握置于身后并稍向下拉以固定肩带,同时身体稍前倾以放松肩膀和腹部肌肉。③缩唇呼气训练。此方法可增加呼气时的阻力,这种阻力可向内传至支气管,使支气管内保持一定的压力,防止支气管及小支气管被增高的肺内压过早压瘪,促进肺泡内气体排出,减少肺部感染^[5]。具体方法为经鼻腔吸气,呼气时将嘴缩紧,如吹口哨样,在4~6 s内将气体缓慢呼出。④咳嗽排痰训练。先进行深吸气以达到必要吸气容量,吸气后短暂闭气,当气体分布达到最大范围后紧闭声门,通过增加腹内压来增加肺内压,使呼气时产生高速气流当肺泡内压力明显增高时,突然将声门打开,促使痰液移动,随咳嗽排出体外。

2.2.2 术后康复运动 手术后评估患者年龄、手术方式、生命体征、摄食情况等,制定阶段活动计划:①四肢肢体活动。协助患者翻身、抬臀、下肢活动。术后床上翻身训练,在护士协助下,先将肩背、腰骶部及臀部移至一侧,双手置于胸前,再侧卧至另一侧。翻身过程中注意管道保护,根据患者情况,指导术后3~5 d开始床上坐卧—床旁坐—床旁站—床下活动。②患肢康复。指导患者患侧上肢练习手指抓握及肘关节伸展屈曲,抬高患侧上肢,保证有效回流,减少患肢水肿。③床旁活动。术后6 h取半卧位或半坐位,屈髋屈膝,上身抬高15°,下身抬高15°,膝关节下垫软枕,上臂外展范围根据手术情况摆位,腹部伤口腹带包扎,减轻腹部张力。术后卧床3~5 d,5 d内肩关节制动,减少胸部皮瓣移位,拔除腹部引流管后逐步下床活动。④肺功能康复。患者术后多由于伤口疼痛、呼吸浅快,咳嗽运动明显受到影响,胸式呼吸减弱,而腹部伤口让腹式呼吸代偿有限,患者呼吸费力,分泌物不易排出。给予雾化吸入化痰药物,雾化后鼓励患者主动咳嗽,采用声音诱导咳嗽、按压胸骨上窝刺激气管、环抱软枕、束胸冲击按压腹部等手法协助患者

咳嗽咳痰,促进肺组织复张。本组患者1例术后1 d、3例术后4 d、6例术后5 d开始下床活动。

2.3 营养护理

2.3.1 术前营养护理 本组患者肿瘤范围大,多数术前接受过放疗、化疗,需接受重建手术时间长、创伤大等因素,入院即由责任护士使用2002(Nutritional Risk Screening, NRS2002)进行营养风险筛查和24 h饮食回顾,评估营养相关指标如血红蛋白、白蛋白、血糖、电解质,测量握力、6 min步行实验等以评估体能。对营养风险筛查≥3分的3例患者,给予膳食营养指导、口服配方食品^[6]。责任护士检查患者每日饮食摄入量、口服营养补充剂耐受情况。对营养风险筛查<3分的7例患者,4例超重(BMI 24.0~27.9),2例肥胖(BMI≥28.0),针对存在盲目忌口、饮食单一、食物加工不合理,蔬菜、水果摄入不足等,给予营养教育及动态营养风险筛查。

2.3.2 术后营养护理 术后早期进食,无恶心、呕吐患者术后6 h开始进食适量流质饮食,1~3 d进食高蛋白、高维生素、低脂易消化半流食物,第4天进食普食,选择蛋、奶、豆类、肉类及新鲜蔬菜、水果等食物,忌生冷、油腻、辛辣食物,多饮水,保持大便通畅,避免便秘。术后前3 d患者进食量低于日常需要量者,整蛋白营养制剂口服加餐,每日3次,每次200 mL,血清白蛋白低者,加用乳清蛋白粉口服补充。合并糖尿病患者,术后监测4段血糖,1例患者血糖不稳定,使用静脉胰岛素治疗,2 h监测血糖1次,根据血糖调节胰岛素剂量^[7],选用糖尿病型全营养素制剂,至血糖稳定。

2.4 疼痛护理 本组患者由于手术范围大、胸部创面广,术后疼痛使患者有效咳嗽咳痰、床上床下活动等康复性训练受到影响,而疼痛感觉引起烦躁、紧张等不良情绪干扰患者睡眠,疼痛可使机体释放5羟色胺,有强烈的收缩血管作用,如不及时处理可导致血管腔闭塞或血栓形成,影响皮瓣成活^[8]。因此术后疼痛的观察、及时镇痛至关重要。使用数字分级法结合患者面部表情,主诉和睡眠情况进行疼痛评估,术前教会患者保护伤口咳嗽排痰技巧、放松技巧(如听音乐、看电视等)。术后由麻醉医生确定镇痛泵参数及方案,护士持续监测患者疼痛症状及变化情况,记录使用的镇痛药物、效果及不良反应,每日动态评估,如评分4~6分,给予氨酚羟考酮330 mg口服,6 h 1次;7~10分,给予氟比洛芬酯50 mg,静脉推注,每日2次,氨酚羟考酮330 mg,口服,6 h 1次。本组1例患者夜间疼痛影响睡眠,使用地佐辛注射液10 mg,睡前肌肉注射,疼痛缓解。

2.5 心理护理 本组患者均经历放疗、化疗、靶向治疗及复发的打击,肿瘤的不可控性和治疗结果的不确定性均影响患者治疗疾病的信念。护士术前向患者介绍术后康复知识,让同种手术后康复的患者与其交流,结合腹式呼吸、渐进性肌肉放松训练等减压方法进行干预,缓解了患者心理压力及负性情绪。

(下转封三)