

肿瘤临床护理 问题解析

主 编 罗莎莉



科学出版社

肿瘤临床护理问题解析

主 编 罗莎莉

副主编 杨 多 张雪花

编 者 (以姓氏笔画为序)

马海娟	王 晓	王领会	邓壮红
冯慧敏	吉铁凤	杜海翠	李 姣
李 娟	李丽娜	李金艳	李继东
李瑞新	杨 多	张 晨	张晓玲
张雪花	林 琳	林汉英	罗莎莉
周玉红	周秀彬	赵 岚	高文娟
高淑君	郭 梅	郭丽萍	郭洪霞
黄 瑛	黄玉荣		

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书分6章对肿瘤临床护理问题进行解析,包括肿瘤专科治疗、肿瘤急危重症及并发症的护理、肿瘤专科护理技术、肿瘤科医嘱执行、癌症患者的沟通及心理护理、肿瘤治疗的职业防护。编者采用病例简介、案例分析、问题解析的编写方式,详尽、系统地阐述了肿瘤科各种问题及解析。

书中案例真实生动、分析问题深刻,对于临床肿瘤科护士遇到问题如何解决起到指导和帮助作用,适用于肿瘤科护士参考阅读。

图书在版编目(CIP)数据

肿瘤临床护理问题解析/罗莎莉主编. —北京:科学出版社,2017.6

ISBN 978-7-03-053619-8

I. ①肿… II. ①罗… III. 肿瘤—护理—问题解答 IV. R473.73-44

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第132592号

责任编辑:马 莉 / 责任校对:王 瑞

责任印制:肖 兴 / 封面设计:吴朝洪

版权所有,违者必究,未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

天津市新科印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2017年6月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2017年6月第一次印刷 印张:13 3/4

字数:324 000

定价:55.00元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

前 言

恶性肿瘤发病率逐年上升,已经成为威胁人类健康的常见病和多发病。近半个世纪以来,肿瘤治疗已进入多学科综合治疗时代。随着肿瘤学科的不断发展和,相关新理论、新技术和新理念的出现,临床上肿瘤专科护理面临许多新课题。肿瘤联合化疗中护士如何执行医嘱才能减少毒性反应的发生?肿瘤靶向治疗、细胞治疗的常见伴随症状如何预防和护理?肿瘤放射介入、超声介入等各种新型介入治疗的患者如何护理?先进的放射治疗设备引入是否还会有过去的各种常见放疗反应?微创外科手术应用的临床护理规范是什么?众多问题都是临床护士面临的新课题。

由于我国的肿瘤学科起步较晚,虽然全国各地的大型综合医院大部分相继成立了肿瘤科,少数医院成立了肿瘤中心,但目前大型综合医院患者的疾病组成中肿瘤患者占绝大部分,肿瘤专科的规模远远满足不了患者的需求,内科系统的消化科、呼吸科、肾科、小儿科和外科系统的普外科、肝胆外科、泌尿外科、妇科、耳鼻喉科等临床科室都收治大量的肿瘤患者,护士不熟悉肿瘤专科护理相关知识,不仅影响患者疗效,而且会增加其并发症、毒性反应的发生率,甚至延误病情,引发严重不良后果。

本书编者均是解放军总医院长期在临床一线的肿瘤专科护理工作者,优先接触肿瘤学科前沿的新理论、新知识、新技术,紧随肿瘤专科护理发展的步伐,并领先探索肿瘤专科护理的新课题,应用循证医学观点,通过一个个真实的临床案例,分析其特点,提出常见护理问题并进行解答。

长期以来,癌症一直以其高病死率使患者产生强烈的心理压力。因罹患癌症而引发严重心理问题的患者,其治疗变得格外困难,甚至导致许多极端事件的发生。本书通过对 24 例癌症患者罹患心理问题的案例分析,帮助临床医护人员认识癌症患者的常见心理问题,有重点地关注癌症患者的心理问题,提供及时的心理援助,帮助他们认识癌症、树立信心,积极配合治疗,以获得良好的疗效。

本书能真正起到指导肿瘤专科护理、解决肿瘤护理难题,更新知识,改变目前肿瘤专科护理发展滞后的状况,为患者提供安全和高品质的肿瘤专科护理服务,使患者真正受益。本书能够成为肿瘤专科护士必备的、急需的、受欢迎的肿瘤专科护理参考书。

解放军总医院肿瘤临床部

罗莎莉 主任护师

2017 年 6 月

目 录

第1章 肿瘤专科治疗中的常见问题	(1)
第一节 肿瘤外科手术治疗	(1)
一、肺癌手术治疗	(1)
二、乳腺癌手术治疗	(4)
三、胃癌手术治疗	(9)
四、胰腺癌手术治疗	(15)
五、直肠癌手术治疗	(18)
六、肾癌手术治疗	(23)
七、膀胱癌手术治疗	(25)
八、前列腺癌手术治疗	(28)
九、甲状腺癌手术治疗	(30)
第二节 肿瘤化学药物治疗	(32)
一、化疗不良反应及并发症	(32)
二、化疗药物外渗	(36)
第三节 肿瘤放射治疗	(40)
一、放射性治疗中的常见不良反应及并发症	(40)
二、颅脑放射性治疗问题	(51)
第四节 肿瘤生物治疗	(55)
一、发热	(55)
二、迟发性高热	(57)
第五节 肿瘤介入放射治疗	(58)
一、肝癌放射介入治疗	(58)
二、肿瘤超声介入治疗	(63)
三、肿瘤热疗	(70)
第六节 肿瘤饮食与营养治疗	(72)
一、肿瘤化疗患者的饮食问题	(72)
二、胃癌患者的饮食问题	(74)
三、肠癌患者的饮食问题	(75)
四、胰腺癌患者的饮食问题	(76)
五、肝癌患者的饮食问题	(78)
六、肠内营养常见问题	(81)

第2章 肿瘤急危重并发症的常见护理问题	(83)
第一节 呼吸系统并发症	(83)
一、咯血	(83)
二、肺栓塞	(84)
第二节 消化系统并发症	(86)
一、消化道出血	(86)
二、肠梗阻	(89)
三、肝破裂出血	(92)
第三节 其他并发症	(94)
一、上腔静脉压迫综合征	(94)
二、急性肿瘤溶解综合征	(96)
第3章 肿瘤专科护理技术中的常见问题	(98)
第一节 PICC 置管问题	(98)
一、多次置管	(98)
二、右锁骨骨折、左颈内淋巴结肿大患者置管	(99)
三、艾滋病患者置管	(100)
四、重度烧伤患者置管	(102)
五、经下肢静脉置管	(103)
第二节 CVC 维护常见问题	(105)
第三节 输液港维护常见问题	(106)
一、输液港移位阻塞	(106)
二、导管夹闭综合征致输液港导管断裂	(107)
第四节 造口常见问题	(108)
一、造口旁疝	(108)
二、造口黏膜水肿	(109)
三、造口缺血坏死	(110)
四、造口粪水样皮炎	(110)
五、造口皮肤黏膜分离	(111)
第五节 引流管护理常见问题	(112)
第4章 肿瘤科医嘱执行中的常见问题	(115)
第一节 常规医嘱	(115)
一、等级护理医嘱	(115)
二、饮食医嘱	(117)
第二节 治疗医嘱	(120)
一、化疗医嘱	(120)
二、靶向治疗医嘱	(125)
三、镇痛医嘱	(127)

四、手术医嘱	(133)
五、肝动脉化疗栓塞医嘱	(136)
六、大静脉营养医嘱	(138)
七、输血医嘱	(141)
第三节 检查医嘱	(144)
一、CT 检查	(144)
二、磁共振检查	(145)
三、PET-CT 检查	(146)
四、支气管镜检查	(147)
五、胃镜检查	(149)
六、肠镜检查	(152)
七、胸腔穿刺	(154)
八、腹腔穿刺	(156)
九、肾穿刺	(157)
十、血管造影	(158)
十一、核素扫描	(160)
第 5 章 癌症患者的沟通及心理问题	(162)
第一节 癌症患者沟通中的常见问题	(162)
一、患者内心冲突	(162)
二、知情权冲突	(166)
三、认知问题	(170)
四、特殊情况下的沟通	(172)
第二节 癌症患者的常见心理问题	(175)
一、认知系统问题	(175)
二、自责心理问题	(177)
三、夫妻关系问题	(179)
四、家庭支持系统问题	(183)
五、应对方式问题	(184)
第三节 癌症患者的神经症问题	(186)
一、焦虑症	(186)
二、强迫性焦虑症	(187)
三、抑郁症	(189)
第四节 癌症患者的危机心理问题	(193)
一、窒息心理	(193)
二、绝望心理	(195)
三、自杀心理	(197)

第五节 临终关怀	(199)
一、化解心结	(199)
二、死亡教育	(201)
三、临终关怀	(203)
第 6 章 职业防护中的常见问题	(207)
第一节 化疗药物配制防护	(207)
第二节 化疗药物废弃物处理	(208)
第三节 化疗患者排泄物处理	(209)
第四节 核医学实践中的放射性防护	(210)

第1章 肿瘤专科治疗中的常见问题

第一节 肿瘤外科手术治疗

一、肺癌手术治疗

(一) 肺癌术后肺不张

【案例简介】

患者，男性，53岁，主因查体发现左肺下叶阴影，为行手术治疗于2013年6月10日收入院。术前完成各项检查，于2013年6月15日在全身麻醉下行左肺下叶切除术。术后第3天有效咳嗽差，痰液黏稠，突发高热，体温 39°C ，血氧饱和度降至90%，呼吸26次/分。急查血常规，白细胞及中性粒细胞稍高。听诊左肺呼吸音弱，有痰鸣音。急诊床边摄胸部X线片，显示左肺上叶膨胀不全。考虑呼吸道分泌物堵塞左肺上叶支气管。予以增加雾化吸入次数并给予叩背、鼓励咳嗽排痰等处理后缓解，体温下降至 37.6°C 。次日体温再度升高，予以气管镜下吸痰，吸出大量黏痰。继续给予雾化吸入，每日4次；祛痰振肺仪治疗，鼓励深吸气主动有效咳嗽排痰，咳出大量白色黏痰。治疗后体温下降至 36.8°C ，胸部X线片示左肺复张，数日后痊愈出院。

【案例分析】

1. 疾病特点 术后出现呼吸道分泌物堵塞左肺上叶支气管，导致肺不张，经及时对症处理后好转。

2. 症状及体征 主诉胸闷；体温升高，血氧饱和度降至90%。听诊左肺呼吸音弱，有痰鸣音。床边胸部X线片示左肺上叶膨胀不全。

3. 发生肺不张的原因及诱因 ①肺癌行肺叶切除术后，由于肺泡表面物质被破坏而造成肺泡通气和灌注不良而出现肺不张。②患者有吸烟史造成呼吸道分泌物增加、黏稠。在全身麻醉下行左肺下叶切除术后，气管纤毛运动速率下降，纤毛清除率降低；加之术后切口疼痛、咳嗽无力，有效咳嗽差，分泌物堵塞左肺上叶支气管，导致肺上叶膨胀不全。

【问题解析】

1. 肺癌术后肺不张的临床表现有哪些？

临床表现可有胸闷、气急、呼吸困难、干咳等。当合并感染时，可引起患侧胸痛，突发呼吸困难和发绀、咳嗽、脓痰、喘鸣、咯血、畏寒和发热、心动过速、体温升高、血压下降，有时出现休克。缓慢发生的肺不张或小面积肺不张可无症状或症状轻微，如右肺中叶不张。胸部体格检查示病变部位胸廓活动减弱或消失，气管和心脏移向患侧，叩诊呈浊音至实音，呼吸音减弱或消失。弥漫性微小肺不张可引起呼吸困难、呼吸浅速、低氧血症，肺顺应性降低，胸部听诊可正常或闻及捻发音、干啰音、哮鸣音。肺不张范围较大时，可有发绀，病变区叩诊浊音，呼吸音减低。吸气时，可听到干或湿啰音。

2. 如何评估肺不张的程度？

通常通过CT检查分为肺段不张和肺叶不张。

3. 如何预防肺不张发生?

手术后肺不张是开胸手术后尤其是肺切除术后常见的并发症,术后肺不张的发生率占开胸术后并发症的90%,在患者围术期进行健康宣教,指导患者呼吸功能锻炼,术后有效咳嗽、排痰,保持呼吸道通畅,以降低术后肺不张的发生。

(1) 做好患者心理护理,对其全身状况和心肺功能做全面评估,耐心讲解使其树立战胜疾病的信心,保持最佳状态接受手术。

(2) 术前要求患者尽早戒烟,由于支气管分泌物的增多和滞留,均可影响通气功能。因此须绝对戒烟2周以上才可手术。

(3) 术前有效控制支气管肺炎,减少气管分泌物,可适当使用抗生素和支气管扩张药,必要时行雾化吸入治疗。

(4) 术前指导患者深呼吸、腹式呼吸训练,掌握有效咳嗽排痰的方法。

(5) 全身麻醉术后清醒后鼓励早期床上活动,如深呼吸、咳嗽、改变体位等。术后应取半卧位,活动受限的患者要定时翻身叩背,协助排痰。

(6) 必要时给予镇痛药,以免患者畏痛而不能有效咳嗽。

(7) 遵医嘱给予雾化吸入,每日3次,每次15~20min为宜[雾化液的配制:生理盐水20ml加盐酸氨溴索(沐舒坦)30mg];同时给予祛痰振肺仪治疗,每日2次,每次10min。必要时静脉给药。

(8) 术后留置胸腔闭式引流管期间,鼓励患者深吸气、缓慢吐气,给予叩背并进行有效咳嗽排痰(必须在患者呼气时进行叩击,使松动的分泌物在呼气气流的冲击下排出);或按压术侧胸壁和刺激患者胸骨柄切迹处气管,由被动变主动咳嗽。

(9) 根据个体情况,制订个体化的功能锻炼计划及患侧进行功能锻炼操。

4. 如何护理术后肺不张?

(1) 应安慰鼓励患者,解除思想顾虑,积极配合治疗,树立战胜疾病的信心。

(2) 一旦形成肺不张应及时行鼻导管吸痰或纤维支气管镜下吸痰。给予鼻导管吸氧,适当增加氧流量。

(3) 给予雾化吸入治疗,适当增加雾化吸入次数和雾化液的浓度和量,根据病情遵医嘱给予祛痰振肺仪治疗,每日2次,每次15min,或适当延长治疗时间。

(4) 病情允许的情况下,鼓励患者早期下床活动,听诊肺呼吸音,指导患者有效咳嗽并给予叩背排痰。

(5) 体温升高的患者做好物理降温,同时注意保暖,以防受凉。

(6) 合理使用抗生素,预防肺部感染。

(7) 指导患者合理饮食,进食易消化、清淡的半流质饮食,逐渐增加营养物质的摄入。

(二) 肺癌术后血胸

【案例简介】

患者,女性,56岁,主因右肺阴影确诊肺癌,于2013年9月16日在全身麻醉下行右肺下叶切除+淋巴结清扫术。术后于14:00安全返回病房,生命体征平稳,心率86次/分,血压126/88mmHg,血氧饱和度98%,胸腔积液120ml。17:00右侧胸腔闭式引流袋可见暗红色血性胸液约650ml,近1h内引流约300ml。生命体征监测提示:心率126次/分,血压92/58mmHg,血氧饱和度95%,面色苍白,四肢湿冷,意识尚清。给予补充血容量治疗,未见好转,血压呈持续下降。18:30及时行开胸探查术,术中探查发现右侧肋间动脉活动性出血,给

予结扎止血,后探查全胸腔,未见其他明确出血点,结束手术。术后恢复顺利,生命体征正常。

【案例分析】

1. 疾病特点 患者术后 5h,胸腔闭式引流管袋内大量血性胸液约 650ml,给予补液治疗,血压持续下降,急诊行开胸探查见右肋间动脉活动性出血,给予结扎成功止血,术后生命体征平稳,恢复顺利。

2. 胸内出血的症状及体征 患者生命体征监测提示心率加快,血压呈持续下降,面色苍白,四肢湿冷。随着病情发展,主诉胸痛和憋气。胸腔闭式引流袋可见暗红色血性胸液,引流液血红蛋白大于 6g/L,连续 3h 胸液引流,引流液 $>200\text{ml/h}$ 。

3. 胸内出血的原因及诱因 手术时由于胸膜粘连剥离留下创面或开胸时不慎损伤肋间动脉所致。但其损伤较小,在术中未出现明确出血,术后因咳嗽或体位变动使损伤扩大,出现活动性出血。

【问题解析】

1. 血胸的分型和临床表现有哪些?

(1) 小量血胸:如无持续出血,机体代偿性调节,患者初期无自觉症状,不需特殊处理,待其自行吸收。

(2) 中等量及以上血胸:血性胸液量每小时 $>200\text{ml}$,患者出现面色苍白、呼吸急促、脉搏细速、血压呈持续性下降,患者主诉胸闷、憋气。

2. 如何评估血胸程度?

(1) 小量血胸:每日胸液量 $<500\text{ml}$ 。

(2) 中等量血胸:每日胸液量 $500\sim1500\text{ml}$ (胸部 X 线片显示出现液平面)。

(3) 大量血胸:每日胸液量 $>1500\text{ml}$ 。

3. 如何预防血胸发生?

(1) 要求术中操作仔细,动作轻柔,尽量减小胸膜剥离时造成的创伤。

(2) 手术结束时,患者血压平稳,升至正常水平并严格检查胸腔所有操作部位,以确保无活动性出血,才可关闭胸腔。

(3) 应了解患者手术情况,术后初期指导患者不宜剧烈活动,协助变换体位,避免受刺激剧烈呛咳。

(4) 术后严密观察胸腔闭式引流液的颜色、量和性状,如有出血倾向及时报告医师、及时止血处理。

4. 肺癌术后血胸如何护理?

(1) 严密观察患者的血压、脉搏、呼吸及神志表情的变化。指导患者保持安静状态,避免剧烈活动。

(2) 迅速建立静脉通道,遵医嘱给予输液输血,以补充血容量。

(3) 给予鼻导管或面罩持续高流量吸氧。

(4) 间断顺管向下挤压胸腔闭式引流管,保持胸管通畅,防止血凝块堵塞管路。

(5) 密切观察胸腔闭式引流液的颜色、量和性状。如果胸液颜色鲜红,引流液连续 3h,每小时大于 200ml 且较黏稠,应及时通知医师给予处理,必要时行胸腔镜下开胸探查止血术。

(6) 做好患者心理护理,做好解释工作,保证患者情绪稳定,配合治疗。

(王领会)

二、乳腺癌手术治疗

（一）乳腺癌根治术后患侧上肢淋巴水肿

【案例简介】

患者，女性，56岁，左乳腺癌改良根治术+腋下前哨淋巴结清扫术后4个月，已进行4周期AC方案（表柔比星、环磷酰胺）化疗，为进行第5周期化疗于2013年2月10日入院。患者主诉患侧上肢负重后出现肿胀、感觉麻木、肢体活动受限15d，查体发现左上肢手部和前臂皮下浅静脉消失，指压后无凹陷性水肿，诊断为左上肢二度淋巴水肿，给予饮食指导、抬高患肢、每日2次手法按摩、弹性绷带加压包扎，治疗后患侧淋巴水肿好转。

【案例分析】

1. 疾病特点 左乳腺癌改良根治术+腋下淋巴结清扫术4个月，进行了4个周期的化疗，为继续行化疗入院，出现患侧上肢淋巴水肿症状，经对症处理后好转。

2. 症状及体征 患者患侧上肢负重后出现肿胀、感觉麻木、肢体活动受限15d，查体发现左上肢手部和前臂皮下浅静脉消失，指压后无凹陷性水肿。

3. 发生淋巴水肿的原因及诱因 ①患侧乳房切除及腋窝淋巴结清扫术后左上肢淋巴系统破坏，导致淋巴液回流障碍；②术后患侧上肢负重，使上肢的血液循环量增加，相应的淋巴生成量亦增多，从而导致及加重上肢淋巴水肿。

【问题解析】

1. 乳腺癌术后淋巴水肿的分期及临床表现有哪些？

美国理疗协会根据淋巴水肿临床症状和体征的不同，共分为以下4期。

0期：又称亚临床可逆期，属急性期。自觉上肢“沉重”或“饱满”，主诉戴戒指和手表困难，手或上肢反复肿胀。查体：上肢无明显水肿，指压无凹陷。

1期：又称临床可逆期，属亚急性期。自觉上肢“沉重”或“饱满”，不能戴戒指和手表，多数时间手或上肢肿胀。查体：上肢轻度水肿，患肢可见饱满，指压轻度凹陷性水肿。

2期：又称临床不可逆期，属早期慢性期。自觉上肢“沉重”或“饱满”，不能戴戒指和手表，手或上肢肿胀，开始影响功能和美观。查体：可见明显肢体肿胀，指压后非凹陷性水肿。

3期：又称临床不可逆期，属慢性期。自觉上肢“沉重”或“饱满”，不能戴戒指和手表，手或上肢肿胀，影响功能和美观，反复皮肤感染和蜂窝织炎。查体：临床橡皮病，指压后非凹陷性水肿，皮肤色素沉着。

2. 如何评估淋巴水肿的程度？

评估淋巴水肿的程度通常用周径测量法，即间隔一定距离测上臂周长，与对侧比较。采用6点测量法，即经虎口的掌径、腕部、前臂中点、肘部、上臂中点、上臂根部6个部位测量周长，每次应同时测量双侧肢体，排除因年龄、体重等因素的影响，并要考虑优势上肢的影响因素。患侧周径与对侧周径比较：轻度 $<2\text{cm}$ ，中度 $2\sim5\text{cm}$ ，重度 $>5\text{cm}$ 或持续 >1 年。

3. 如何预防淋巴水肿的发生？

术侧上肢淋巴水肿是乳腺癌根治术后的一种常见并发症，发生率为 $6\%\sim62\%$ ，发生率随时间的推移而逐渐增加。

（1）避免在患侧手臂测血压、输液、注射及抽血。

（2）进行各种活动时同时使用双臂，注意采取保护措施，预防患侧上肢损伤、感染。

（3）避免强光照射，晒太阳时应遮盖肩部及手臂，经放疗后的皮肤更需要加以保护。

(4) 将手表或首饰戴于健侧手臂,如在患侧佩戴,一定要宽松,勿将表带或首饰紧嵌在手臂上。

(5) 衣着要宽松,避免穿腕部、肘部或上臂有弹性的衣服。

(6) 患肢避免负重,活动间隙注意休息,工作和娱乐都要有节制,不要过于疲劳。

(7) 根据个体情况,制订个体化的功能锻炼计划、患肢功能锻炼操。

(8) 如手臂变红或异常硬或水肿严重时,应及时就诊。

4. 患肢淋巴水肿如何护理?

(1) 手法按摩是简便易行的方法之一,在水肿发生的1期至2期时尽早给予正确手法按摩,可明显消除水肿,一旦淋巴水肿时间较长或出现3期的症状时,不宜实施手法按摩,症状较重时可采取外科手术治疗。

手法按摩具体方法如下:①先以手掌的大鱼际肌轻轻按压手术瘢痕周围区域,促使淋巴流动并为大量淋巴液来到做准备;②再按摩肢体促使淋巴液回流,轻轻做环形、向心性推拿按摩,患者取站立位或端坐位,按摩者用双手扣成环形,自肢体远端向近端以一定的压力(30~45mmHg)推移;③按摩后使用弹性绷带加压包扎。每日按摩2次,每次20min,通常连续应用4周,结合患侧肢体锻炼,穿加压外衣可增加肌肉收缩,促使淋巴液回流。应注意避免过度锻炼而增加肢体血流,从而加重淋巴水肿。

(2) 进高热量、高维生素、高蛋白质、低脂、低盐饮食。

(3) 抬高患肢,避免过久下垂及长时间患侧卧位,平卧位时垫枕抬高患肢 $10^{\circ}\sim 15^{\circ}$ 。

(4) 指导患者掌握预防淋巴水肿发生的方法,正确识别异常情况,提高患者自我管理能力。

(二) 乳腺癌根治术后皮瓣坏死

【案例简介】

患者,女性,56岁,2012年5月查体发现左侧乳腺肿物,大小约 $2.1\text{cm}\times 1.6\text{cm}\times 2.1\text{cm}$ 。行左侧乳腺肿物活检:乳腺浸润性导管癌。使用AC-T方案(环磷酰胺+表柔比星)行新辅助化疗6个疗程后于2012年11月行左侧乳腺癌改良根治术。既往患糖尿病5年,术后10d,患者左侧乳腺胸大肌缝合处出现皮瓣坏死。

【案例分析】

1. 疾病特点 做乳腺癌新辅助化疗后行左乳腺癌改良根治术。

2. 皮瓣坏死的症状及体征 皮瓣变黑。

3. 发生皮瓣坏死的原因 术中使用电刀使皮下血管网大面积破坏,引流不畅;糖尿病病史。

【问题解析】

1. 皮瓣坏死的原因有哪些?

(1) 皮瓣厚薄不均匀:乳房的皮肤血供来自皮下脂肪中垂直血管,皮下脂肪中有丰富的血管网,它对维持皮瓣下血供起主要作用。分离皮瓣时不论电刀、还是手术刀锐性游离皮瓣,都会使该血管网大面积破坏,如果皮瓣游离时皮下脂肪保留过少,破坏过多血管网,同时皮瓣厚薄不一则可增加皮瓣坏死率及术后皮下积液。但保留过多,易造成其中的淋巴管内残留癌细胞,导致术后局部复发。

(2) 皮瓣张力过大:切口设计不合理,致使皮肤缺损过大,直接缝合,造成皮瓣张力过大,易致血供不良而坏死、裂开。切口缝线过密、打结过紧阻断血供、游离皮瓣厚度不均匀、包扎时胸带过紧压迫等均可导致皮瓣缺血坏死。术中过度用力,长时间牵拉皮瓣造成损伤也

是不良因素,尤其是对横切口上方、纵切口外侧的皮瓣。

(3) 皮瓣下积液:导致皮瓣下积液的主要原因是创面出血、渗液,包扎过于松弛和引流不畅,电刀过度灼伤皮下组织造成坏死液化。创面止血不彻底:过度依赖电刀止血,小血管、淋巴管术后再度开放,对于术中条索状物未能一一结扎,创面冲洗不彻底,遗漏出血渗血点,残余碎片阻塞引流管,混合产生的积液易导致感染也是重要原因。再者皮瓣下积液使皮瓣“漂浮”,毛细血管再生吻合不能建立而影响皮瓣血液的后期供应。

(4) 创面感染:乳腺癌根治术局部创面大,组织破坏较重,术后患者机体免疫力减退。皮瓣剥离较大,易造成皮瓣供血不足,局部组织吸收能力差,皮瓣下积液如不彻底及时引流,则易导致感染发生。感染及脓液可直接侵蚀皮瓣,也可造成皮内及皮下血管网栓塞而致皮瓣缺血、坏死。

(5) 基础疾病:伴有糖尿病、高血压等病史的患者免疫力低,组织再生及修复能力差也是不容忽视的因素。

2. 皮瓣坏死评判标准是什么?

(1) 全层皮瓣坏死:术后 24h 内皮瓣苍白,皮肤弹性差,以后出现水肿或发绀,数天后坏死区域与周围正常皮肤界限逐渐清晰,坏死区发黑,周围皮肤红肿。

(2) 表皮坏死:术后 24h 内表皮红肿、光亮,以后表皮全层坏死,与皮肤深层分离,其内有渗液,形成水疱,类似烧伤后改变,最后渗液逐渐吸收,表皮变成黑色干痂。

3. 皮瓣坏死如何预防?

(1) 适时、适度使用电刀:切开皮肤及皮缘 3cm 以内不使用电刀,宜用手术刀切开和游离,可避免灼伤皮缘致坏死,皮瓣上出血点应钳夹后电凝止血,不宜盲目过多地电凝以减少组织灼烧。电刀功率不超过 50W,电刀功率过高可使皮瓣血管网过多破坏,致使皮瓣血循环不良、坏死。

(2) 游离合适皮瓣:游离皮瓣距皮缘 4~5cm 内皮下脂肪保留尽量少,皮瓣厚度 0.3~0.5cm,4~5cm 以外可逐渐增厚,以保留皮下血管网,防止皮瓣缺血坏死。术中避免过度用力、长时间牵拉皮瓣。

(3) 合理设计切口:根据个体情况选用横梭形、纵梭形、斜切口,避免皮瓣张力过大。对于直径>4cm 患者考虑皮肤缺损面积过大,先行辅助化疗,待瘤体缩小后再行手术治疗;如术后皮肤缺损面积过大,不可勉强缝合,应行多个小的减张切口或予以植皮,以保证在适度张力下缝合切口。缝合时缝线不宜过密,缝线打结不宜过紧,以皮缘能完全对拢为适度,这样既不影响皮缘血供,又能保证切口良好愈合。

(4) 防止皮瓣下积液:首先是创面彻底止血,有效结扎,不过度依赖电刀止血,防止术后小血管、淋巴管术后再度开放,对于术中条索状物一一结扎,创面冲洗彻底,不遗漏出血渗血点,尽量减少术后创面渗出,避免残余碎片阻塞引流管。放置合适的引流及适当的加压包扎。皮下术后持续负压吸引有利于新的毛细血管形成,为皮瓣提供血供,创面的包扎应以较厚、吸湿性好的松软纱布覆盖,凹陷处填高与凸起处一致,以多头胸带均匀加压包扎,压力要适当,以不影响呼吸为度,同时避免压力过大,皮瓣受压缺血致坏死。包扎敷料应足够厚,患侧包扎后应呈“平板状”,高于对侧胸壁,才能达到加压效果。

(5) 防治感染:乳腺癌根治术局部创面大,组织破坏较重,术后患者机体免疫力减退。故术中及术后应酌情给予抗生素预防感染。

(6) 治疗基础性疾病,使患者机体术前达到最佳状态。

4. 皮瓣坏死如何治疗与护理?

(1) 非手术治疗: 坏死皮缘距皮肤边缘 $<2\text{cm}$, 单位面积 $<3\text{cm}\times 1\text{cm}$ 。部分患者的皮缘坏死面积较小, 在行抗感染治疗同时, 常规换药, 同时保持负压引流管通畅, 患侧上肢制动, 术后5~7d再次观察切口。若坏死皮瓣或皮缘未见坏死面积明显增大, 则继续采用非手术换药治疗, 保持切口干燥。当坏死皮瓣结痂后, 待其痂下愈合后, 逐步剪除坏死组织的干痂。当引流量少于10ml时, 逐渐退管后拔管。

(2) 手术切除: 如非手术治疗效果不佳, 行坏死皮瓣切除术。

(三) 乳腺癌根治术后皮下积液

【案例简介】

患者, 女性, 45岁, 2010年2月7日无明显诱因发现左侧乳腺肿物, 约大枣大小。2010年2月23日行乳腺B超检查示左乳腺低回声结节, 大小约 $2.0\text{cm}\times 1.6\text{cm}\times 2.1\text{cm}$, BI-RADS 4级。乳腺钼靶X线摄片示左乳内上象限一高密度肿块影, 边缘略呈分叶, 大小约 $2.1\text{cm}\times 1.9\text{cm}$, BI-RADS 4级。2010年2月25日行左侧乳腺肿物穿刺活检病理示(左侧乳腺乳头上)乳腺浸润性导管癌。2010年3月12日行左侧乳腺癌局部扩大切除术+左侧前哨淋巴结活检术+术中放疗。术后第8日拔除引流管, 第14日患者主诉腋窝憋胀, 查体触摸皮肤有波动感, 穿刺抽出血清性液体25ml, 继续给予胸部加压包扎, 1个月后患者皮下未触及波动感。

【案例分析】

1. 皮下积液的症状及体征 腋下有波动感, 抽出血清样液体。

2. 发生皮下积液的原因 加压包扎松, 过度肩部锻炼。

【问题解析】

1. 皮下积液的原因有哪些?

(1) 手术创面大: 术后渗血较多。乳腺癌根治术皮瓣游离范围大, 创面广泛, 止血不彻底, 导致渗血、渗液增加, 如引流不畅, 加上外包扎固定不良, 则容易形成皮下积液, 且不易吸收, 可导致皮瓣血供不良和坏死。

(2) 淋巴管漏: 上肢的淋巴管经腋窝到达上腔静脉, 清扫腋窝淋巴结时必须切断这些淋巴管, 如果这些切断的淋巴管结扎处理不彻底, 很容易形成淋巴管漏。对于腋窝的引流目前已引起重视, 但胸内侧穿支淋巴管和乳腺下部与上腹壁交通淋巴管的处理往往被忽视, 如果不给予彻底结扎及充分引流, 常在此处形成皮下积液。

(3) 无效腔形成: 游离范围大, 形成皮下潜在无效腔; 根治术切除胸大肌后, 患者胸壁不平, 呈“搓板征”, 影响皮瓣与创面贴敷, 形成无效腔。

(4) 引流不畅: 引流管细、侧孔少, 易堵塞; 引流管质地软, 负压吸引后塌陷、闭锁; 术后加压包扎过紧, 压迫引流管; 引流管被血块堵塞, 亦能致引流不畅, 造成皮下积液。

(5) 皮瓣血供不良: 皮瓣血供差或皮瓣坏死可使渗液增加而导致皮下积液。电刀使用不当可使皮下脂肪液化坏死, 导致术后渗液增加。积液的存在又可导致皮瓣血供差、坏死, 从而形成恶性循环。

(6) 其他: 创面感染势必引起炎性渗液增加; 术后引流管拔除过早、外包扎不当、术后过早或过大的肩部活动均易引起皮下积液。

2. 皮下积液的评判标准是什么?

局部皮瓣隆起、有波动感, 穿刺或切开有血清样液体流出。穿刺抽出液体即可确

诊。 $<50\text{ml}$ 为少量积液， $>50\text{ml}$ 为大量积液。

3. 如何预防皮下积液？

- (1) 创面彻底止血和淋巴管结扎。
- (2) 保持创面引流通畅。
- (3) 尽量消除无效腔。
- (4) 掌握好拔管时间。

4. 如何治疗与护理皮下积液？

(1) 适度加压包扎：患者因切除部分胸肌，造成皮下血液循环不足，影响创面愈合，因此术后应给予松紧适中的胸带加压包扎，太松容易引起皮下积液，太紧会造成创面血液循环障碍。密切观察胸带包扎情况（特别是患者上下床活动时），同时嘱患者及家属不可自行松解胸带。严密观察患侧肢体远端血供情况，如有皮肤发绀、皮温低、脉搏细弱，提示腋部血管受压，应及时调整胸带松紧度，恢复患侧上肢血供；若胸带松脱，应及时加压包扎，使皮瓣与胸壁持续紧贴，防止腔隙形成。48~72h 后，若皮瓣与胸壁贴合良好，可不用加压包扎或用敷料包扎即可。

(2) 引流管护理：保持创口引流通畅，持续负压吸引是保证皮下正常粘合、促进皮瓣血液循环和切口顺利愈合的重要措施。①引流管应妥善固定，避免过度牵拉，防止受压、扭曲、堵塞及脱落，不可随意拔除，应加压引流每小时 1 次，确保引流管畅通。若有堵塞，应挤出血块或用注射器抽吸。引流管不宜提放过高，防止引流液倒流，造成逆行感染。②观察引流液的颜色、性状及量，注意有无出血情况。一般术后 1~2d，每日引流出血性液体 50~100ml，以后逐渐减少，术后 4~6d 引流液呈淡黄色，24h 引流量 $<10\text{ml}$ ，创腔无积液，创面皮肤紧贴胸壁，即可拔管。若引流量 $>50\text{ml/h}$ ，颜色鲜红，应注意观察有无出血情况；若引流液浑浊并有絮状物漂浮，提示创面感染，应及时查找原因，通知医生对症处理。③每日更换无菌引流瓶，记录引流量，每次更换引流瓶前，检查负压吸引器，确认功能良好。引流瓶接口要选择合适的，使之与引流管连接紧密，固定妥善，并定期检查有无漏气，及时处理。更换引流瓶时要注意无菌操作，接口处每日消毒。更换负压引流器时要用血管钳钳闭引流管，防止空气进入，细菌滋生，引起感染及负压消失，造成间断负压吸引状态，导致皮瓣移位。

(3) 健康教育：由于术中将腋下淋巴及淋巴结一并切除，上肢淋巴回流受阻而水肿，应避免在患侧上肢进行注射、采血、测血压等操作。术后 3d 内患侧上肢应制动，以免腋窝皮瓣的活动而影响愈合。

（四）乳腺癌根治术后出血

【案例简介】

患者，女性，47 岁，于 2013 年 3 月 6 日洗澡时发现右侧乳腺有一杏核大小肿物，无红肿及疼痛，无乳头溢液，无发热。给予穿刺活检术，病理结果示浸润性导管癌。2013 年 4 月 18 日收入院行右侧乳腺癌改良根治术，术后第 5 日主诉局部胀痛，腋下引流瓶内引流出鲜红色血性液体约 300ml，立即通知医生，给予加压包扎，密切观察引流量。

【案例分析】

1. 疾病特点 中年女性，右侧乳腺癌改良根治术后 5d。

2. 发生出血的原因 手术止血不彻底、电凝血痂脱落出血、薄壁血管撕脱出血、凝血功能障碍。

【问题解析】

1. 乳腺癌根治术后出血的临床表现有哪些?

(1) 局部肿胀、胀痛: 常见于较深部位和较大血管出血, 皮肤颜色无明显变化, 但手术区域明显肿胀, 较对侧隆起, 患者感觉胀痛不适。

(2) 腋下引流出鲜血: 尤其是引流液由淡黄色、淡红色转为鲜红色, 要警惕有活动性大出血; 出血量大, 可以形成血凝块, 堵塞引流管, 引流量增加可以不明显。

(3) 患侧上肢高度肿胀伴皮肤青紫、瘀斑: 特别是局部加压包扎的患者, 局部出血表现不明显, 但周围皮肤和患侧上肢可明显肿胀、发绀, 远离手术区域可出现大片皮肤瘀斑, 月经后的患者表现更明显。主要是由于出血量大, 消耗了较多的凝血因子, 造成局部皮下的小血管弥散性出血所致。

(4) 敷料湿润: 渗液若为暗红色, 甚至浸湿全层包扎的敷料, 也说明有较大出血, 多见于皮肤间断缝合不太紧密的患者。

(5) 伴发休克症状: 多见于出血量大、体质弱、术后近期进食少的患者。

2. 如何预防乳腺癌根治术后出血?

(1) 术中对于胸大肌的穿支血管及较大的血管尽量用丝线结扎, 避免用电凝止血。

(2) 加压包扎要确实可靠, 特别是切口未在肿块正上方时, 要在手术创腔加压, 加压包扎应松紧适度, 创面较大且包扎过紧易导致皮瓣坏死。

(3) 适度限制患侧肩关节活动, 1周内以肩关节制动为宜, 以后逐渐增加活动范围, 同时避免肩关节被动的大幅度活动。

(4) 减少患者术后的不适症状, 包括恶心、呕吐、咳嗽、咳痰、烦躁等。

(5) 手术应避开月经期, 已行新辅助化疗的患者, 术前应常规使用维生素 K_1 。

(6) 手术操作细致、认真, 对反复出血的部位尽量结扎, 不采用电凝止血。

(7) 乳腺手术位于体表, 术后出血较易发现, 只要临床医师提高警惕, 可及早发现异常, 积极处理, 减少失血。手术操作时细致、认真, 按手术原则处理, 则可以有效减少术后出血的发生。

(杨 多)

三、胃癌手术治疗

(一) 胃癌术后并发胰漏

【案例简介】

患者, 男性, 45岁, 2013年10月10日胃镜检查提示贲门黏膜充血水肿隆起, 齿状线清晰, 胃窦黏膜弥漫不规则, 质硬、易出血, 蠕动消失, 幽门口变形。病理提示胃窦幽门黏膜慢性炎伴急性炎、贲门鳞状上皮及黏膜固有层均见印戒细胞癌。2013年10月15日行腹腔镜辅助下全胃切除术。术后第5日患者出现发热、剧烈腹痛, 腹腔引流管引流出无色透明液体, 引流液检测出淀粉酶, 确认胰漏给予生长抑素 3000U+生理盐水 48ml 以 2ml/h 的速度静脉泵入。保持引流管通畅, 保护引流管口处皮肤。持续胃肠减压, 禁食水。术后第4周患者引流管内无液体引出, 腹部查体无症状。

【案例分析】

1. 疾病特点 确诊胃癌后即行胃全切除术。