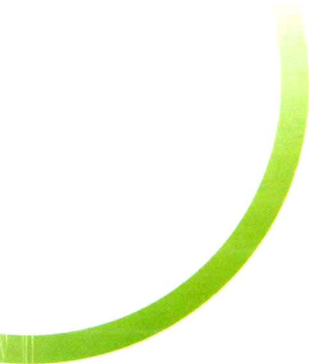
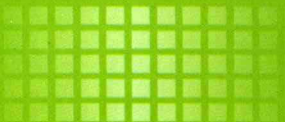
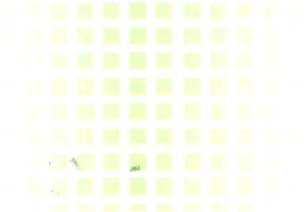




现代肺癌 外科护理

XIAN DAI ZHONG LIU
WAI KE HU LI



主 编 张文卿 张 梅 丁爱玲 刘宝菊



天津科学技术出版社

现代肿瘤外科护理

主编 张文卿 张梅 丁爱玲 刘宝菊

天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

现代肿瘤外科护理/张文卿等主编. —天津:天津科学技术出版社, 2009. 3

ISBN 978 - 7 - 5308 - 5097 - 8

I. 现… II. 张… III. 肿瘤学:外科学:护理学 IV. R473. 73

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 045270 号

责任编辑:郑东红

编辑助理:张建锋

责任印制:王 莹

天津科学技术出版社出版

出版人:胡振泰

天津市西康路 35 号 邮编 300051

电话 (022)23332693(编辑室) 23332393(发行部)

网址:www. tjkcbs. com. cn

新华书店经销

泰安开发区成大印刷厂印刷

开本 850 × 1168 1/32 印张 12 字数 310 000

2009 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

定价:18.00 元

主 编 张文卿 张 梅 丁爱玲 刘宝菊
副主编 李兴青 尹 红 官久玲 钟爱红 潘燕燕
赵玉芹 刘红梅 徐 虹 宋 芳 赵风莲
曹恒芹

编 委 (以姓氏笔画为序)

丁爱玲	尹 红	刘宝菊	刘红梅	张文卿
张 梅	张 明	李兴青	宋 芳	武 燕
官久玲	钟爱红	赵玉芹	赵风莲	姜 燕
徐 虹	焦英华	曹恒芹	潘燕燕	霍文娜

前 言

现代护理学的发展,愈来愈注重专科护理水平的提高。护理水平与发展中的临床医学相互呼应,在各自的领域中对专科疾病的预防、治疗、康复进行着理论探索和临床实践。肿瘤专科护理就是其中一门发展迅速、含有大量研究要素的护理学科。目前,各省市几乎均成立了肿瘤专科医院,各综合医院亦成立了肿瘤科。但与发达国家相比,无论是护理人员的学历水平,还是系统接受肿瘤专科护理培训的程度,尚存在一定的差距,这在很大程度上阻碍了肿瘤专科护理的发展,在临床上亦增加了医疗风险。因此,为了反映当前肿瘤医学最新研究成果,更好地为临床工作服务,我们在繁忙的工作之余,广泛收集国内外近期文献,认真总结自身经验,编写成《现代肿瘤外科护理》一书。

全书共分10章,第一章概论;第二至第十章详细介绍了各系统常见肿瘤疾病的护理,每章节按照护理评估、常见的护理问题、护理措施、健康教育等步骤叙述。内容丰富,重点突出,简明扼要,切合实用。本书可供全国广大护理人员、护理教育工作者、在校学生及其他医药卫生人员参考。

由于编者的能力和水平有限,书中难免有不当或疏漏之处,恳请读者予以指正。

张文卿

2009年1月

目 录

第一章 概论.....	1
第一节 肿瘤外科进展.....	1
第二节 肿瘤外科患者围手术期护理.....	3
第二章 头颈部肿瘤患者的护理	13
第一节 鼻咽癌患者的护理	13
第二节 舌癌	22
第三节 上颌窦癌	28
第四节 喉癌	36
第五节 甲状腺癌	44
第三章 胸部肿瘤患者的护理	54
第一节 肺癌患者的护理	54
第二节 胸膜肿瘤患者的护理	75
第三节 纵隔肿瘤患者的护理	79
第四节 食管癌患者的护理	91
第四章 乳腺癌患者的护理.....	106
第五章 腹部肿瘤患者的护理.....	126
第一节 胃癌患者的护理.....	126
第二节 大肠癌患者的护理.....	145
第三节 肝癌患者的护理.....	164
第四节 胰腺癌患者的护理.....	186
第五节 胆管肿瘤患者的护理.....	199
第六章 泌尿生殖系统肿瘤患者的护理.....	206

第一节	肾癌患者的护理·····	206
第二节	膀胱肿瘤患者的护理·····	218
第三节	嗜铬细胞瘤患者的护理·····	230
第四节	前列腺癌患者的护理·····	241
第七章	血液、淋巴系统肿瘤患者的护理·····	255
第一节	恶性淋巴瘤患者的护理·····	255
第二节	白血病患者护理·····	272
第三节	多发性骨髓瘤患者的护理·····	297
第八章	骨肿瘤患者的护理·····	308
第一节	骨肉瘤患者的护理·····	308
第二节	骨巨细胞瘤患者的护理·····	314
第九章	颅内肿瘤患者的护理·····	317
第十章	妇科肿瘤患者的护理·····	338
第一节	子宫肌瘤患者的护理·····	338
第二节	子宫颈癌患者的护理·····	348
第三节	子宫内膜癌的护理·····	359
第四节	绒毛膜癌的护理·····	366

第一章 概 论

第一节 肿瘤外科进展

外科治疗是治疗肿瘤的古老方法之一。远在公元前 1600 年,古埃及医学手稿(Edwin Smith Papyrus)中已有手术切除肿瘤的记载。公元七世纪,我国《晋书》也有“初帝目有瘤疾,使医割之”的记载。但现代手术切除肿瘤的报道始于 1809 年,Mc Dowell 切除了 10.2kg 重的卵巢肿瘤,手术后病人生存了 30 年。自 1846 年 Warren 首次报道使用乙醚麻醉并切除颌下腺及 1867 年 Lister 开始推介应用消炎药物后,手术由简单到复杂,由单纯肿瘤挖出术到肿瘤与区域淋巴结整块切除的根治术。其中最有代表性的为 1889 年 Halsted 设计的乳腺癌根治术,其合理的手术原则和良好的治疗效果对肿瘤外科的发展有很大的促进。根据 Halsted 的原则,1904 年 Young 设计并报道了前列腺癌根治术;1906 年 Wertheim 报道了子宫颈癌根治术;1908 年 Miles 报道经腹会阴直肠癌根治术;1935 年 Whipple 报道了胰十二指肠切除术等。迄今这些根治术的术式仍在临床上广泛使用。随着医学科学发展,特别是外科技术、手术器械、麻醉、抗生素和术后护理等各方面的进步,肿瘤外科领域越来越广。另外,随着显微外科、微创外科和器官移植等先进技术的开展,使肿瘤手术后的致残率不断下降,生活质量也不断提高。目前,手术仍是治疗恶性肿瘤的最主要手段。传统的肿瘤外科手术强调根治原则,以大块切除为原则,认为切除范围越

大,根治性越好。但是,与其他学科一样,肿瘤外科也随着技术的进步而发生了重大变化,这些进步包括对肿瘤生物学行为的再认识,医疗器械制造水平的提高,社会和心理观念的转变等。肿瘤外科进展和趋势主要表现在以下方面,注重提高生活质量、尽可能保全功能、采用微创手术技术。

一、注重提高生活质量

以乳腺癌为例,目前认为,乳腺癌是一种全身性疾病,高强度的局部治疗并不能改善病人的预后。手术仅是一种局部治疗方法,不能解决转移问题。因此,综合治疗是乳腺癌的治疗原则,手术必须与放疗、化疗、内分泌治疗结合应用,综合治疗使乳腺癌的生存率显著提高。

近年也研究发现前哨淋巴结活检可以准确预测腋窝淋巴结的转移情况。目前,在国外一些较大的癌症中心已将前哨淋巴结活检术用于治疗,对术中前哨淋巴结病理检查阴性者不做腋窝淋巴结清扫,这样就避免了腋窝淋巴结清扫带来的问题。

二、尽可能保留器官功能

肿瘤外科近年的另一个重要进展是尽可能保留器官功能。以直肠癌为例,随着基础研究的深入,尤其是直肠癌淋巴转移规律、盆腔解剖的研究以及直肠系膜概念的提出,使直肠癌手术方法的研究成为近 20 年来肿瘤外科最活跃的领域之一。保肛术的开展逐步取代了腹会阴切除术,其显著提高了患者的生活质量;全直肠系带切除术逐渐取代了传统的直肠切除术,现已证实该术式可以显著降低局部复发率;保留自主神经的侧方清扫术,可以明显降低术后排尿功能和性功能障碍的发生率,使患者的生活质量得到进一步改善。

三、微创外科

微创外科是指采用创伤最小的方法进行的外科治疗。微创外科的主要特点是:①手术切口小,局部创伤小;②手术出血少,手术

时间缩短;③内脏的损伤和功能的干扰少,术后恢复快;④全身反应轻:在神经体液系统方面,机体的应激反应明显低于传统手术;在免疫系统方面,能较好地保存由细胞介导的免疫能力。

微创外科主要包括腔镜外科(如腹腔镜、胸腔镜)和内镜外科(如食管镜、纤维支气管镜)两个部分。目前微创外科手术已经涉及普通外科、头颈外科、胸外科、妇科、内分泌外科、泌尿外科和神经外科等领域。越来越多的手术,诸如胆囊切除、阑尾切除、动脉瘤切除和心脏搭桥等逐渐被微创外科所取代。对肿瘤外科来说,肺癌、食管癌、纵隔肿瘤、肝癌、胃肠肿瘤、妇科肿瘤等许多器官、组织的肿瘤切除都有采用微创外科的报告。目前,肿瘤微创外科的领域越来越广,技术越来越熟练,得到越来越多人的认可。然而,肿瘤外科毕竟有别于一般外科。因为肿瘤的切除不管采用任何方式,都必须考虑彻底切除和无瘤操作。因此,对肿瘤做微创外科治疗,必须根据肿瘤情况、治疗目的、设备和技术等综合因素进行充分考虑、慎重决定。

总之,科技飞速发展,社会生活因之而变,外科手术也随之产生重大变革。肿瘤外科手术方式、适应证、操作技术和手段已经发生了显著变化,这些变化导致手术的微创、保留器官功能和生活质量的提高,也就是手术带来的收益越来越大,而创伤越来越小。

(李兴青 尹红 张文卿)

第二节 肿瘤外科患者围手术期护理

肿瘤是机体在各种致癌因子长期相互作用下,局部组织的细胞因基因表达调控异常而失去了对细胞生长的正常调控,导致变异细胞过度增生而形成的新生物。肿瘤组织一般具有以下三个特点:①肿瘤是机体变异细胞的过度增生,具有异常的形态、代谢和功能,并在不同程度上失去了分化成熟的能力,与生理状态下的增

生以及炎症和修复时的增生有着本质上的区别。②肿瘤组织的生长与机体不协调,往往不受机体的正常调控,具有相对的自主性。③肿瘤组织生长旺盛,即使在致癌因素去除以后,仍具有无限限制性生长的能力。

肿瘤可分为良性肿瘤与恶性肿瘤:良性肿瘤:肿瘤通常生长缓慢,限于局部,呈膨胀性或外生性生长,边界清楚,常有包膜。肿瘤分化较成熟,色泽和质地接近相应的正常组织,组织和细胞形态变异较小,核分裂相不易见到。一般情况下,肿瘤不复发,也不转移。恶性肿瘤:肿瘤通常生长迅速,呈浸润性或破坏性生长,边界不清,无包膜或仅为纤维性假包膜,常伴有出血和坏死。肿瘤分化差,色泽和质地不同于相应的正常组织,组织和细胞形态变异大,显示异型性,核分裂相增多,并可见病理性核分裂。肿瘤常复发,容易转移,威胁生命。

癌症(cancer)泛指所有的恶性肿瘤,对于上皮组织来源的恶性肿瘤称之为癌,对间叶组织来源的恶性肿瘤则称之为肉瘤(sarcoma);这种区分除了肿瘤外观形态上的区别,还在于前者易于经淋巴道转移,而后者多经血液循环播散。血液系统肿瘤多起因于白细胞的恶性生长,使外周血中出现大量肿瘤性白细胞,血液呈现乳糜样颜色,故名白血病。

肿瘤不管是良性还是恶性,也不管是上皮组织来源还是间叶组织来源,本质上都表现为细胞失去控制的异常增殖,这种异常生长的能力除了表现为肿瘤本身的持续生长之外,在恶性肿瘤还表现为对邻近正常组织的侵犯及经血管、淋巴管和体腔转移到身体其他部位,而这往往是肿瘤致死的原因。

在恶性肿瘤的治疗中,目前有五种治疗方式:外科治疗;放射治疗;化学药物治疗;内分泌治疗和免疫治疗。前两者作为局部治疗措施,已经富有成果地进行了应用。后三者作为全身治疗手段,虽然起步较晚,如化学药物治疗于本世纪40年代才真正开始,免

疫治疗则始于 60 年代中期,但发展十分迅速,疗效日益提高,成为最有发展前途的肿瘤治疗手段之一。也是当今癌症临床研究中最活跃的一个领域。不过手术治疗恶性肿瘤仍然是目前首选的治疗方法。传统的肿瘤手术方法有根治性手术、扩大根治术、对症和姑息手术等。另外,手术治疗还包括激光手术切割、超声手术切割、冷冻手术等多种方式。

【护理评估】

(一)临床表现

1. 局部 ①肿块:可伴有压迫症状、梗阻症状、破坏(如病理性骨折)、神经功能障碍或转移肿块;②疼痛:因压迫或感染刺激神经所致,夜间尤甚;③溃疡:原因是血供不足或继发感染,造成发热;④出血症状;⑤梗阻症状;⑥转移症状。

2. 全身症状 ①早期无全身症状,有些肿瘤有血栓性静脉炎,肿瘤分泌激素引起的内分泌症状;②晚期出现消瘦、乏力、体重下降、贫血、发热等,出现恶病质(明显消瘦、衰弱、畏食、脱水或水肿、皮肤干燥、弹性差及色素沉着)。

(二)辅助检查

1. 实验室检查

(1)常规检查:①血液如血红蛋白、红细胞沉降率、血细胞计数;②尿液如血尿、尿蛋白;③粪便隐血。

(2)生化检查:①酶学,碱性磷酸酶升高提示肝或骨肿瘤;酸性磷酸酶升高提示前列腺癌;乳酸脱氢酶升高提示肝肿瘤、恶性淋巴瘤;②糖蛋白,血清 α -酸性糖蛋白升高提示肺癌;③激素,HCG升高提示绒毛膜上皮癌;胰岛素升高提示胰岛细胞癌。

(3)免疫检查:例如,①CEA 升高提示肠、胃、肺、乳腺癌;②AFP 升高提示肝癌、恶性畸胎瘤;③CA19-9 升高提示胰腺癌。

2. 影像检查 X线、超声、CT、MRI、放射性核素显像阳性时可了解病变范围,但阴性时不能排除显微镜检查有扩散的可能性。

3. 内镜 分为两种:①空腔器官(消化、呼吸、泌尿、生殖系统);②胸腔镜、腹腔镜、纵隔镜。

4. 活检 是确定肿瘤性质的可靠方法。

(三)其他评估

1. 既往的生活习惯、不良嗜好、病史、家族史、个人史。

2. 现在的营养状况、重要脏器的功能,判断对手术的耐受力。

3. 心理状况和社会支持:患者对疾病的心理反应,亲人的关心程度及经济承受能力。

【常见的护理问题】

1. 焦虑、恐惧、预感性悲哀。

2. 疼痛。

3. 营养失调,低于机体需要量。

4. 部分或完全自理缺陷。

5. 潜在并发症:出血、感染、下肢静脉血栓。

6. 有皮肤完整性受损的危险。

7. 体温过高。

8. 活动无耐力。

9. 有出血的危险。

10. 有体液不足的危险。

【护理措施】

(一)手术前的准备

1. 心理护理 患恶性肿瘤的病人常有不良的精神刺激,产生不安、焦虑、沮丧、忧伤、恐惧等情绪,甚至丧失治疗信心。护士应主动与患者交谈,鼓励其面对现实,正视人生,勇敢地去迎接癌症的挑战。护理人员与患者的关系要融洽,对病人须怀有深切的同情心,了解他们的要求,随时提供必要的帮助,耐心解释所采取的治疗方法和意义,使病人相信医护人员在真正关心他们的病痛,并以最好的、最正确的方法治疗。这样,病人会感到自己的安全有希

望,对治疗充满信心。

2. 协助完成有关检查 恶性肿瘤手术治疗一般难度大,切除范围广,手术时间长,出血较多,术前对各个重要器官进行全面检查比一般手术前检查更为重要。要及时、准确地采集标本,协助做好各项检查,包括血常规、血液生化及电解质的检查,凝血机制检查,肝肾功能检查,胸部 X 线检查等,以了解病人各个器官的功能,有不正常者要及时处理。

3. 改善病人的营养状况 随着肿瘤生长会影响胃肠功能,主要是损害小肠功能,使食欲降低,吸收不良,而肿瘤的机械作用与肿瘤代谢作用使蛋白慢性分解而导致营养不良,甚至出现恶病质,此时必须予以纠正,否则会使手术失败,因此,术前应行高营养疗法,食物以高蛋白、高热量及高维生素,低脂肪为主,同时于手术前数日开始静脉高营养疗法,一般用复方氨基酸、能量合剂及脂肪乳,使每日热量在 12600J 以上;补充足够的维生素,尤其是维生素 C 及 B。必要时可行多次、少量输血,以纠正贫血,以维持麻醉和手术时充分的氧合作用,减少手术的危险,防止术后出现严重的并发症。

4. 作好皮肤、胃肠道、插管等准备 肿瘤病人的手术部位术前必须彻底清洁,以减少表面细菌引起创口感染的可能,清洁的同时要备皮,备皮时动作宜轻柔,不必按常规用肥皂水擦洗,可于剃毛后用 75% 酒精作局部消毒,更为安全。对口腔和食管癌手术病人,术前应特别注重口腔清洁,有牙龈炎、扁桃腺炎,须治愈后方能手术。吸烟者应戒烟。因口腔是细菌进入人体的主要途径之一,正常人的口腔内存在着大量的细菌,机体处于健康状态下不至于引起疾病,但当机体抗病能力减退时,加上口腔内适宜的温度和湿度及积存的食物残渣,局部炎症分泌物以及肿瘤表面的溃烂组织,即成为细菌繁殖的培养基,不但可发生局部感染,还可引起全身感染,伴有口臭。口腔颌面部手术范围大,不但口内有创口,而且颌

面部均有较大的创口,所以病人入院后就应给予适当的消毒液漱口,如复方硼砂液或0.05%洗必泰液等,每日多次漱口。对于食管梗阻的病人,自术前3日起每晚用温盐水或1%~2%碳酸氢钠冲洗食管,清除积存食物和黏液,减轻食管黏膜的感染及水肿;手术日晨再次冲洗,抽尽胃液并留置胃管。但对上段食管癌病人,则不宜冲洗,以防误吸,术前晚餐后应禁食,根据医嘱,清洁灌肠和留置尿管等。对晚期卵巢癌及大肠癌要做好术前的肠道准备,一般Ⅲ、Ⅳ期卵巢癌可直接累及腹腔内脏器,如直肠、结肠和小肠等。切除受累的肠管已成为卵巢癌最大限度缩瘤术的一部分,且可以解除肠梗阻而改善机体的营养状况,增强体质,减少感染,使患者能更好地耐受化疗和放疗的毒副反应。所以术前应按如下方法准备:①术前3日口服肠道消毒剂,可用灭滴灵,每日3次,每次0.4g,或用新霉素,每日4次,每次1g。②术前3日进食无渣半流质饮食,术前1日改为进食流质饮食。③术前3日服缓泻剂,可用液状石蜡,每日1次,每次30ml,或番泻叶30g泡茶饮用。④术前3日每晚用0.1%~0.2%肥皂水清洁灌肠。

5. 术前常规护理 洗头、沐浴、剪指(趾)甲,更换衣服。药物过敏试验,如青霉素、链霉素、普鲁卡因等,根据麻醉医师要求行术前用药,备血等。

(二)术中配合 因手术时在肿瘤的输出静脉血流中更易找到癌细胞,故常规先处理静脉以阻断肿瘤播散的途径,应注意准备手术刀、剪要锐利。手术时要像强调无菌技术操作那样强调无瘤技术,防止癌细胞播散和种植。如用高频电刀切开皮肤和分离组织,可使细小血管立即凝固,避免癌细胞因出血而污染创面。近年来采用激光切割,可防止癌细胞因挤压所造成的扩散。为防止脱落的癌细胞形成种植灶或转移灶,配合手术时需随时供应纱垫以保护切口边缘和创面,手套和器械如被污染,应及时更换。肠襟切除前需准备5-FU液冲洗两端的肠腔,以减少局部复发。由于肿瘤

外科手术范围广,手术结束时需认真清点纱布及器械。

(三)术后病人的护理 按全麻术后常规护理,床边备置有关物品如吸引器、氧气、输液架、吸痰管、血压计等。麻醉未清醒患者采取平卧位,头偏向健侧,清醒后6小时如欲更换体位,头颈部手术者可予半卧位。严密观察血压、脉搏及呼吸变化。

1. 注意保持呼吸道通畅 因病人手术范围大,术后所需护理的导管也多,如全麻插管、输液管、负压引流管、导尿管等,故应防止患者在未清醒状态下因烦躁不安而自行将气管插管拔除。其次要格外注意防止舌后坠,经常巡视病人,及时吸出口咽腔内分泌物,防止呕吐物或分泌物吸入气管而引起呼吸障碍或窒息。

2. 对口腔手术后不能张口,咀嚼困难,有时还伴有口内创面渗血,不便漱口,除应用抗生素液滴入口腔外(配制1:1000青霉素液每日3~4次),护士必须作定时口腔冲洗,其质量的好坏往往关系到术后创口愈合及皮瓣的成败。冲洗口腔,术后3天内可配用1%~1.5%双氧水,用20~50ml注射器冲洗。双氧水主要用于抗厌氧杆菌,因此,用它来冲洗可使局部创面的血性分泌物以及形成的血痂,使其发泡而脱落,然后再用生理盐水将口腔内氧化的血性泡沫冲洗干净,这样反复多次冲洗,每日上下午各作1次,以后可根据病情酌情冲洗。3~5日后可改用洗必泰液或复方硼酸液漱口,每日数次。采用这一方法,口腔护理得到彻底干净,并减少了口臭,同时防止创口感染。有皮瓣移植者注意皮瓣的色泽,有无肿胀。正常皮瓣颜色为淡红色,无明显肿胀,若显示苍白则为动脉供血不足,发紫或暗红色示静脉回流受阻,可用复方丹参注射液或低分子右旋糖酐静脉滴注。其次应注意保持室内空气清新。对行颈、腋、腹股沟淋巴结清扫术的病人,常于术后留置引流管接负压吸引,应注意保持引流通畅,防止因皮下积液影响愈合。术后护士应密切注意伤口引流情况,有无反应及渗液,连接胸腔闭式引

流管瓶内的长玻璃管必须保持在水面以下2~3cm,以免空气进入胸腔形成或加重气胸。气管切开者敷料要及时更换,切开垫每日更换2~3次。尿管要保持通畅,尿道口每日用0.1%新洁尔灭擦洗。结肠造瘘口周围皮肤涂上氧化锌软膏,再盖吸水性强的便纸和纱布罩,并注意及时更换假肛袋和污染的被服等物品。手术后,病人由于疼痛及各种不适,以及正常生理功能的改变如出现幻觉等情况,更需护理人员的关心及体贴。如全喉切除术后病人会出现失语,护士应备好纸笔,耐心等待病人用书写形式提出主诉。对头颈部手术病人,为预防切口感染和发生吻合口瘘,术后多用鼻饲饮食,要特别防止鼻胃管堵塞或脱出,因再行插管有损伤吻合口的可能。多数食管癌病人术后,因迷走神经被切断,消化功能在较长时间内仍不正常,对脂肪吸收差,故应给予少量多餐,进少油易消化食品。胃切除术后病人在最初数年内由于吸收不良,易出现维生素B₁₂缺乏和贫血,应予以适当补充。对于肠造瘘病人瘘口开放后,即可进行半流质饮食,如情况良好,2~3日后改为少渣饮食,避免进过多的纤维素和易致泻食物。病人常因不良气味和腹胀而加重精神负担,要协助病人摸索饮食规律,少吃产气食物如牛奶、豆浆、大量白糖、果仁、圆白菜等,和易产味食物如葱、鱼等。另外,恶性肿瘤之手术多为破坏性手术,病人所受损伤较大,如颈淋巴结清扫术、乳癌根治术、结肠造瘘术、高位截肢术等,可造成患者不同程度的缺陷或残废。因此,术后对病人的身心护理显得更加重要。

(四)功能锻炼 恶性肿瘤病人手术以后进行功能锻炼是提高手术效果,促进机体、器官功能恢复和预防畸形的重要措施。护理工作应使病人理解功能锻炼的意义,提高自身锻炼的自觉性。如早期下床活动可促进生理机能及体力的恢复,促进胃肠功能的恢复,减少肠粘连和局部及全身的并发症等,鼓励病人早期进行锻炼。开胸手术后,由于切口长、肋骨被切除、病人常因怕痛而不敢