

## 骨肿瘤病人的护理

骨肿瘤是指骨组织（骨、骨膜和软骨）及骨附属组织（骨的血管、神经、纤维组织、脂肪等）所发生的肿瘤。骨肿瘤分原发性和继发性两大类。原发性骨肿瘤来自骨髓本身的瘤细胞，继发性骨肿瘤是由身体其他器官或组织发生的恶性肿瘤随血循环或淋巴管转移到骨组织。原发性良性肿瘤比恶性肿瘤多见。恶性肿瘤以骨肉瘤、软骨肉瘤和纤维肉瘤多见。骨肿瘤的发病年龄很有意义，如肉瘤多见于儿童和青少年；骨巨细胞瘤多见于成人；骨髓瘤多见于老年人。解剖部位对肿瘤的发生也有重要意义，许多肿瘤多见于长骨的干骺端，例如胫骨上端、股骨下端。

骨肿瘤的外科分期是将外科分级（grade, G）、外科区域（territory, T）、区域性或远处转移（metastasis, M）结合起来，以确定手术方案。G为肿瘤性质：G0 良性，G1 低度恶性，G2 高度恶性。T为肿瘤侵袭范围：以肿瘤囊和间室为分界。T0 囊内，T1 间室内，T2 间室外。M为转移：M0 为无转移，M1 为转移。按G、T、M的外科分期系统，选择手术界限和方法，尽量达到既切除肿瘤又可保全肢体。

### 第一节 骨 软 骨 瘤

骨软骨瘤又称骨疣，是最常见的良性骨肿瘤，占良性骨肿瘤的40%以上。其发生的实质是骨生长方向的异常和长骨干骺区再塑形的错误。它的结构包括正常骨，顶端有软骨帽。多发生于青少年，见于干骺端，随人体发育长大，当骨干骺线闭合后，骨软骨瘤生长也停止。有单发性和多发性两种。

#### 【临床表现】

骨软骨瘤本身无症状，肿块为首发症状，常在无意中发现。可因压迫血管、神经、肌腱而影响功能。

#### 【辅助检查】

X线显示长管状骨干骺端有骨性凸起或呈杵状、蒂状或鹿角状，比临床扪及的小，因软骨不显影。

#### 【处理原则】

属GOTOM0骨肿瘤，一般不需治疗。如果肿瘤生长较快，有压迫症状，应考虑手术切除。切除范围应从肿瘤基底部周围的正常骨组织开始，包括肿瘤本身、纤维膜或滑囊、软骨帽等，以免复发。

### 第二节 骨巨细胞瘤

骨巨细胞瘤是发病率较高的骨肿瘤，起源于骨松质的溶骨性肿瘤。好发部位为股骨下端和胫骨上端，多见于20~40岁，女性多于男性，是一种介于良、恶性之间的溶骨性肿瘤。骨巨细胞瘤按分化程度分：I级，基质细胞少，有大量巨细胞；II级，基质细胞较多，巨细胞数量减少；III级，以基质细胞为主，巨细胞数量很少，有明显肉瘤证据。分级对治疗有参考价值，但不能判断其良、恶性。

#### 【临床表现】

局部有疼痛和肿胀，其程度与肿瘤生长的速度有关。若侵及关节软骨可影响关节功能。

#### 【辅助检查】

X线片显示病灶在骨端，呈偏心性溶骨性破坏而无骨膜反应，骨密质膨胀变薄呈肥皂泡样改变，当破溃后肿瘤可侵入软组织。

#### 【处理原则】

属GOTOM0~1肿瘤，以手术治疗为主，局部手术刮除，加物理(如液氮)或化学(如氯化锌)处理，再用植入自体或异体骨或骨水泥填充瘤腔。若复发，宜做肿瘤段切除，行大块骨或假体置入。恶性骨巨细胞瘤应广泛或根治切除或截肢。放疗虽有效，但照射后易发生肉瘤变，不宜采用。

### 第三节骨肉瘤

骨肉瘤是原发性恶性骨肿瘤中最常见、恶性程度高的肿瘤，好发于青少年，多见于股骨远端、胫骨近端和肱骨近端的干骺端。

#### 【临床表现】

主要症状是局部疼痛，开始是间歇性隐痛，逐渐转为持续性剧痛，夜间尤重而影响睡眠，伴有全身恶病质。病变局部肿胀，迅速发展成肿块，肿瘤表面皮肤温度高，表浅静脉怒张。

#### 【辅助检查】

X线片表现可有不同形态，密质骨和髓腔有成骨性、溶骨性破坏。骨膜反应可见 Codman 三角（图 47-1）或呈“日光射线”状（图 47-2）。实验室检查可有贫血，血沉增快和碱性磷酸酶增高。

图 47-1 Codman 三角

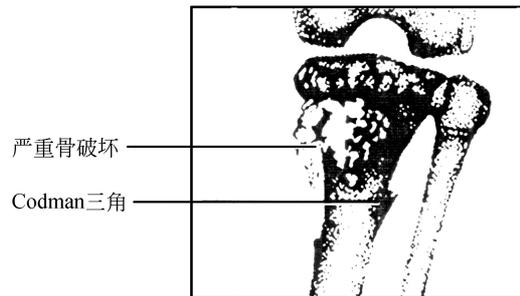
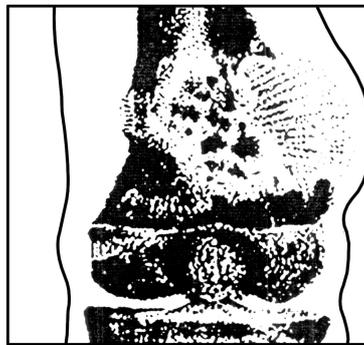


图 47-2 日光放射状阴影



#### 【处理原则】

属 G2T1~2M0 者，采取综合治疗。一般术前大剂量化疗，根据肿瘤浸润范围选择做保留肢体肿瘤灭活再植、根治性切除后假体置入或截肢术，术后继续大剂量化疗。属 G2T1~2M1 者，除上述治疗外，还需手术切除转移灶，如转移灶肺切除。随着骨肿瘤综合疗法的发展，5 年生存率已超过 50%。

### 第四节护理

#### 【护理诊断与医护合作问题】

1. 恐惧与担心肢体功能丧失或疾病预后有关。
2. 疼痛与肿瘤浸润有关。
3. 躯体移动障碍与疼痛、病理性骨折、脱位有关。

4.潜在并发症病理性骨折、脱位。

#### 【护理措施】

##### （一）术前护理

- 1.心理护理护士应充分理解病人恐惧、悲观、自卑的心理反应。给病人以安慰和心理支持，使病人情绪稳定，积极配合治疗。对于拟行截肢手术的病人，应给予精神上的支持。
- 2.控制疼痛恶性骨肿瘤主要表现之一就是剧烈、持久、夜间加重的疼痛，晚期疼痛剧烈，病人对疼痛的恐惧，甚至大于死亡。指导病人避免诱发因素，适当配合应用镇静药增强止痛药的作用。应用止痛药时按“三阶梯”止痛方案执行。先给一般止痛药，如无效可加用弱鸦片类药，仍不能控制疼痛再使用强鸦片类药，如吗啡、派替啶（度冷丁）等，按医嘱按时给药，尽量在未痛之前给药。
- 3.活动与休息下肢肿瘤病人可能发生病理性骨折和关节脱位，应避免下地负重。脊柱肿瘤的病人绝对卧床，防止骨折造成截瘫。搬运及翻身时应保持脊柱水平，对于允许活动而不能行走的病人，用轮椅帮助病人到室外活动。对无法休息和睡眠的病人，必要时给予镇静止痛药以保证休息。
- 4.营养护理病人因疼痛及心理负担而影响食欲，常有不同程度的营养障碍，表现为皮肤弹性差、脱水、体重减轻等。应鼓励病人摄入高热量、高蛋白、高维生素饮食，且饮食宜清淡、易消化，必要时可采用少量多次输血，以增加抵抗力，为手术治疗创造条件。
- 5.术前准备为预防术后伤口感染，术前 3d 每日用肥皂水清洗局部，术前 1d 用肥皂水清洗后剃去手术区域的汗毛，清洗擦干后碘伏消毒，无菌巾包好。脊柱、下肢手术者，术前 1d 晚用肥皂水灌肠，防止术后长期卧床而腹胀。骶尾部手术者，术前 3d 服用肠道抗菌药物，术前 1d 晚清洁灌肠。

##### （二）术后护理

- 1.病情观察密切观察生命体征变化，对骶骨肿瘤切除、半盆切除、髋关节离断等骨肿瘤手术，出血较多，创伤大，术后每 15~30min 测量血压、脉搏和呼吸 1 次，以后逐渐延长测量时间。有伤口引流者，妥善固定，并注意引流液的量和性质及伤口渗血情况。
- 2.体位术后抬高患肢或保持肢体功能位，预防关节畸形。一般膝关节手术后，膝关节屈曲 15°，踝关节背屈 90°。髋关节手术后，髋关节外展中立或内旋，防止发生内收外旋脱位。
- 3.功能锻炼术后 48h 开始做肌肉的等长收缩和足趾活动，促进血液循环，防止关节粘连及肌肉萎缩。良性骨肿瘤病人大多实行局部切除、刮除植骨或骨水泥填充，对关节功能影响小，一般伤口愈合后即可下地进行功能锻炼。但对于关节囊内肿瘤切除的病人，则需要外固定，不宜早期下床活动。行人工关节置换术后的病人，术后护理见第 42 章。

#### 4.截肢术后护理

（1）体位：术后 24~48h 抬高患肢，及时使残肢维持在伸展位或固定于功能位。

（2）伤口护理：床边备止血带，大出血时及时止血。如髋关节离断术后，为防止动脉出血，准备足够的沙袋，以便应急时压迫止血。观察肢体残端伤口渗血情况，如渗血较多，可用棉垫加弹性绷带加压包扎。包扎时注意不能在残肢近端加压，以免远端缺血，引起疼痛、水肿等不适。创口出血量大，在近侧用止血带。观察残端有无疼痛、水肿、发红、水疱、皮肤坏死及感染等症状。

（3）幻肢痛护理：幻肢痛是病人术后相当一段时间内对已经切除部分的肢体仍然有疼痛或其他异常感觉。疼痛多为持续性、尤以夜间为甚。术后应引导病人注视残端，轻轻叩击其神经残端，按摩局部或用理疗、封闭、神经阻断及心理治疗的方法消除幻肢痛。

（4）残肢锻炼：指导病人进行残肢屈、伸和内收、外展活动，促进关节活动范围。术后 2 周，用弹性绷带每日反复包扎，均匀压迫残端，促进残端软组织收缩。也可用残端蹬踩，先蹬踩在柔软物品上，由软到硬，逐渐增加残肢负重。通常残肢于 2~3 个月缩至原来肢体大小，

以适合安装假肢。

### （三）化疗病人的护理

1.观察药物毒性反应了解化疗药物的作用和毒性反应，定时查血常规，观察抗癌药物对骨髓功能的抑制程度；白细胞减少时，要防止感染，必要时采取保护性隔离措施；血小板减少者，注意观察出血情况，如牙龈出血、皮肤瘀点等，必要时输注血小板；定期查肝、肾功能。

2.用药注意事项严格给药途径，剂量准确，现用现配。保护好血管，选择血管从肢体的远端至近端。输液时先输等渗溶液确认针头在血管内再输化疗药物，防止药物外渗。一旦发生外渗，立即用 50%硫酸镁溶液湿敷。同时输注几种化疗药物时，每种药物之间应用等渗溶液隔开。

### 3.对化疗药物不良反应的护理

（1）胃肠道反应：常见有恶心、呕吐、厌食等。化疗前 30min 应用止吐药，化疗期间进食清淡饮食，避免辛辣和油腻性食品，少量多餐。

（2）口腔感染：用 0.9%生理盐水或具有抑菌作用的漱口液漱口，口服维生素 B2 及抗生素。

（3）脱发：于应用化疗药物前 5~10min，头部带冰帽，用药后持续 30~40min，可减少药物对毛囊的刺激。

（4）皮疹、皮肤瘙痒：观察皮疹颜色和部位，防止受压部位起水疱及皮肤破溃，给抗过敏药物。