



• 临床护理 •

锁骨近端孤立性骨浆细胞瘤 1 例临床护理

张文娇 陈桂丹 吴艺芬 (解放军第一七五医院骨科 福建漳州 363000)

摘要: 孤立性骨浆细胞瘤是一种以浆细胞单克隆异常增殖为特征的恶性肿瘤。发生于锁骨近端的孤立性骨浆细胞瘤临床上少见, 护理报道较少。本文回顾性分析 2017 年 1 月收治的 1 例锁骨近端孤立性骨浆细胞瘤患者的临床资料, 探讨该类疾病患者的护理对策及方法。实施综合护理措施包括术前护理的心理护理和支持治疗和术后护理的一般护理、疼痛护理和伤口护理等。

关键词: 孤立性骨浆细胞瘤 锁骨 护理

中图分类号: R473.73 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 09-248-01

浆细胞瘤是一种属于早期发病于单一部位的骨或者是软组织单克隆性浆细胞增殖性疾病。根据病理变化部位将浆细胞瘤分为骨孤立性浆细胞瘤 (Solitary bone plasmacytoma, SBP) 和髓外浆细胞瘤 (Extramedullary plasmacytoma, EMP)^[1], 二者的临床诊断临床表现和转归既有类似性, 又有不相同之处。前者预后差, 多出现局部复发或病情恶化发展为多发性骨髓瘤 (Multiple myeloma, MM)。髓外浆细胞瘤病变则较为局限, 预后相对好。SBP 发病年龄一般大于 50 岁, 男女发病比例约 3:1, 临床表现以局部骨骼肿物伴有疼痛为特征。最常受侵犯的部位是脊椎骨骼, 锁骨累及较为少见。我科于 2017 年 1 月收治 1 例锁骨近端的孤立性骨浆细胞瘤患者, 现将护理体会报告如下。

1 临床资料

患者, 女, 49 岁, 于入院前 3 个月无明显诱因出现左胸锁关节部肿胀、疼痛, 无明显夜间痛, 无盗汗、低热, 无畏冷, 无胸闷胸痛及呼吸困难, 无四肢游走性肿痛及晨僵等。入院前 1 周出现左肩部疼痛, 左肩关节活动受限, 无感觉异常。外院影像学检查提示“左锁骨近端骨质破坏、周围软组织肿块”。入院时体温 36.4℃, 脉搏 70 次/min, 呼吸 18 次/min, 血压 118/74 mmHg。左肩部明显肿胀, 未见皮肤溃溃; 左肩部压痛明显, 轴向叩击痛阳性, 左桡动脉搏动正常, 左上肢感觉无明显异常; 左肩关节活动受限。SCT 检查提示: 左锁骨胸骨端骨质膨胀、毛糙, 局部骨质不连, CT 值约 34HU, 周围软组织肿胀。双侧胸锁关节间隙清晰。前上纵隔见不规则软组织结节, 大小约 28mm×28mm, CT 值约 58HU, 边界清晰。MRI 检查提示: 左侧锁骨恶性肿瘤, 考虑: (1) 转移瘤; (2) 骨纤维肉瘤。完善术前准备后在臂丛麻醉下行左锁骨近端肿瘤切除术, 术中见锁骨中段以及锁骨近端在胸锁关节处离断, 见肿块直径约为 5cm 的类圆形肿块, 表面似有包膜, 与周围组织分界不清, 肿块内部为黄色鱼肉样物。病理结果显示为骨浆细胞瘤。患者于术后第 8d 出现左锁骨近端切口愈合不良, 伴高热, 达 39.2℃, 间断发热 14d, 呈不规则热, 最高可达 39.8℃。请放化疗科会诊, 建议行全身 PET-CT, 排除多发性骨髓瘤可能。遂行全身 PET-CT 检查示: (1) 考虑骨原发性恶性肿瘤并病灶周围及左颈部淋巴结转移; (2) 前上纵膈占位考虑胸腺瘤。于术后第 12 天行切口清创并予负压持续引流治疗术后体温渐降至正常。请放化疗科会诊建议放化疗处理。手术切口愈合后转放疗科进一步治疗。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理: 患者存在不同程度的焦虑、担心、恐惧心理。针对患者心理问题, 医护人员应该主动发挥对病人的询问和支持作用, 应掌握不同的交流方式, 尽可能用婉转得体的语言, 让病人把深层的思想倾诉出来, 以便对症治疗。对不愿交流的病人, 应建立良好的护患关系, 多谈心, 用各种方法给予最大的精神安慰, 使他们振作精神, 消除恐惧心理, 积极配合治疗。

2.1.2 支持疗法: 肿瘤的生长消耗了体内大量的营养, 我们通过向患者讲解营养对其疾病的影响, 鼓励患者增加蛋白质、糖类和维生

素的摄入, 从而改善患者身体条件, 提高手术耐受性。

2.1.3 术前准备: 协助医生完善术前相关准备, 降低手术风险。指导患者术前禁食 8-12h, 禁饮 4h, 以保证胃排空。手术前 1 天给予患者备皮, 清洁皮肤。给予排便, 防止术后腹胀。

2.2 术后护理

2.2.1 一般情况观察及护理: 密切观察患者生命体征变化, 特别注意观察体温的变化。患者术后间断发热 14d, 体温超过 38.5℃。及时进行物理降温, 嘱患者多饮水, 温水擦浴或者冰袋冰敷, 衣服潮湿及时更换。报告医生, 查明患者发热的原因。按一级护理标准巡视病房, 及时发现异常情况。

2.2.2 疼痛护理: 疼痛是癌症患者常见的症状, 由肿瘤细胞累及器官、骨骼等因素引起。难以忍受的疼痛, 使得患者非常恐惧, 甚至绝望。因此, 解决疼痛问题是护理的首要任务之一。护士要认真评估并准确记录疼痛发生时间、程度、发作规律、可缓解药物和方法, 指导患者放松心情, 如: 疼痛加剧时进行缓慢的深呼吸、全身肌肉放松、听音乐; 采取暗示疗法、松弛法、鼓励法, 或与患者共同讨论感兴趣的问题等以分散患者的注意力。解除患者的烦躁、忧虑, 减轻患者的疼痛和心理痛苦。必要时, 遵医嘱提供适量止痛药, 选用止痛效果好、副反应小的药物, 采取口服、栓剂或静脉用药等方法。应用药物止痛时, 应把握好用药时间、剂量和给药方式, 注意观察用药后反应。如患者出现恶心、呕吐、胸闷等不适症状, 要认真关注, 积极给予对症处理。

2.2.3 手术切口护理: 注意观察切口敷料渗血、渗液情况。锁骨周围血管较少, 渗血相对较少。但该患者渗液较多, 每天进行切口换药。因患者间断发热, 考虑肿瘤转移或手术切口愈合不良、感染可能, 术后 12d 行清创及 VSD 引流术。定时观察引流液, 包括其性质、颜色以及量, 若引流液超出引流瓶 1/2 后, 应及时清理, 如引流液为鲜红色, 则应立即报告医师并在其指导下处理。需每天定时更换引流瓶, 更换过程中需把负压关闭并夹闭近端引流管, 确保无菌操作, 把已使用过的负压瓶浸泡在含氯消毒液中并及时送往消毒室^[2]。

3 讨论

SBP 是临床上较罕见的肿瘤, 约占浆细胞瘤的 3-5%, 5 年生存率约 50%~70%, 治疗后的中位生存期为 6-8 年。SBP 的预后优于 MM, 逊于 EMP。本病可发展为 MM, 一般在 3~5 年内发生, 但部分患者可迟至 10 余年, 甚至 20 余年后发展为 MM。原发病变在脊柱者易向 MM 进展, 发生率可达 60% 以上。原发病变在四肢骨骼者, 相对较少向 MM 转化, 发生率为 25%-30%。因此, 我们应该对此类患者: 1、加强临床随访, 及时掌握疾病的发展和临床转归; 2、加强心理护理, 多一点人文关怀。对于该患者, 术后按等级护理标准巡视, 及时发现病人的不适, 给予对症处理, 得到了患者的肯定。

参考文献

- [1] 金涛, 徐海萍. 腹壁髓外浆细胞瘤 1 例报告 [J]. 中华肿瘤防治杂志, 2012, 19(2):149.
- [2] 潘丽然. 负压封闭引流术应用在骨科肢体创伤的护理体会 [J]. 中国医药指南, 2014, 12(28):342-434.