



中等职业教育护理专业“双元”新形态教材

外科护理

W A I

K E

H U

L I



主编：周庆湘
主讲：黄邵薇





外科护理



第二十八章 骨肿瘤病人的护理

GU ZHONG LIU BING REN DE HU LI



目录

第二十八章 骨肿瘤病人的护理

第二十八章 骨肿瘤病人的护理

一、概述

凡发生在骨内或起源于各种骨组织成分的肿瘤,不论是原发性、继发性、还是转移性肿瘤,统称为骨肿瘤。

原发性骨肿瘤中,良性比恶性多见。前者以骨软骨瘤多见,后者以骨肉瘤多见。骨肿瘤的发病具有年龄特点,如骨肉瘤多见于青少年,骨巨细胞瘤多见于成人,而骨髓瘤多见于老年人。解剖部位对肿瘤的发生很有意义,骨肿瘤多发生于生长活跃的长骨干骺端,如股骨远端、胫骨近端,而骨髓则很少受影响

二、病理及分类

骨肿瘤分为原发性和继发性两大类,原发性骨肿瘤是由骨组织及其附属组织本身所发生的肿瘤;继发性骨肿瘤是由其他器官或组织发生的恶性肿瘤,通过血液循环、淋巴转移或直接浸润到骨组织及其附属组织所发生的肿瘤。按骨肿瘤的细胞来源可有骨性、软骨性、纤维性、骨髓性、脉管性、神经性等。根据肿瘤组织的形态、细胞的分化程度及细胞间质的类型,可分为良性、中间性和恶性三大类。分类如下:

1. 骨软骨瘤 是一种常见的软骨源性的良性肿瘤,多见于生长活跃的干骺端,如股骨远端、胫骨近端和肱骨近端。

2. 骨巨细胞瘤 为交界性或行为不确定的肿瘤。可分为巨细胞瘤和恶性巨细胞瘤。好发于长骨干骺端和椎体,特别是股骨远端和胫骨近端。

3. 骨肉瘤 是一种最常见的恶性骨肿瘤,特点是肿瘤产生骨样基质。存在多种亚型和继发性骨肉瘤。好发于青少年,好发部位为股骨远端、胫骨近端和肱骨近端的干骺端。常形成梭形瘤体,可累及骨膜,骨皮质及髓腔,病灶切面呈鱼肉状,棕红或灰白色。

三、护理评估

(一) 健康史

了解病人的年龄、性别、职业、工作环境、生活习惯、既往有无肿瘤病史或手术治疗史，家族中有无肿瘤病人。

(二) 身体状况

1. 疼痛 疼痛是生长迅速的骨肿瘤最显著的症状。恶性骨肿瘤几乎均有局部疼痛，开始时为轻度、间歇性，后来发展为持续性剧痛，夜间明显，并有局部压痛。良性骨肿瘤生长缓慢，多无疼痛或仅有轻度疼痛，少数良性骨肿瘤，如骨样骨瘤可因反应骨的生长而产生剧痛。

2. 肿块和肿胀 恶性骨肿瘤局部肿胀和肿块常发展迅速，表面可有皮温增高和浅静脉怒张。良性骨肿瘤生长缓慢，病程较长，通常被偶然发现。

3. 功能障碍和压迫症状 位于长骨干骺端的骨肿瘤多邻近关节，由于疼痛、肿胀和畸形可使关节肿胀和活动受限。肿块巨大时，可压迫周围组织引起相应症状，如位于骨盆的肿瘤可起机械性梗阻，表现为便秘与排尿困难；脊柱肿瘤可压迫脊髓，出现截瘫。

4. 病理性骨折 肿瘤生长可破坏骨质，轻微外力引发病理性骨折常为某些骨肿瘤的首发症状，也是恶性骨肿瘤和骨转移瘤的常见并发症。

5. 其他 晚期恶性骨肿瘤可出现贫血、消瘦、食欲下降、体重下降、低热等全身症状。恶性骨肿瘤可经血流和淋巴向远处转移，如肺转移。

(三) 辅助检查

1. 影像学检查 X线检查:骨软骨瘤是在长管骨的干骺端从皮质突向软组织的骨性突起,或呈杵状、蒂状、或鹿角状,皮质相连续,髓腔相通;软骨帽可呈不同程度钙化。骨巨细胞瘤为干骺端病灶,为偏心性、溶骨性、囊性破坏而无骨膜反应,病灶骨皮质膨胀变薄,呈肥皂泡样改变。骨肉瘤病变部位显示成骨性、溶骨性或混合性骨质破坏,边界不清,病变区可有排列不齐、结构紊乱的肿瘤骨。肿瘤生长使骨膜突起,形成骨膜下三角形新骨(Codman三角),形成的反应骨和肿瘤骨呈“日光射线”现象,周围有软组织肿块阴影。

CT、MRI或核素骨显像检查可辅助诊断。DSA可显示肿瘤的血供,并能进行选择性血管栓塞和注入化学治疗药物。

2. 病理学检查 活检组织的病理学检查是确诊骨肿瘤的唯一可靠检查。活检组织标本可以通过切开活检或穿刺活检获得。

3. 实验室检查 恶性骨肿瘤病人有广泛溶骨性病变时，可有血钙升高；血清碱性磷酸酶升高有助于成骨骨肉瘤诊断；男性酸性磷酸酶升高对前列腺癌骨转移有意义；血、尿中Bence-Jone蛋白阳性提示有骨髓瘤的存在。

4. 现代生物技术检测 分子生物学和细胞生物学领域的新发现揭示了与临床转归及预后相关的机制。遗传学研究揭示了一些骨肿瘤中有常染色体异常，能帮助诊断和进行肿瘤分类，并更精确地预测肿瘤的行为。

(四) 心理-社会状况

肿瘤治疗过程持续时间长、损害较大,常造成身体外观的改变和遗留残疾,对病人的身心健康影响较大。尤其恶性骨肿瘤,多为青少年,病人往往难以接受,对预后缺乏信心,出现焦虑、恐惧,甚至轻生。在治疗过程中,对手术前后化疗的认识和准备不足;对截肢手术和术后肢体外观改变缺乏承受力。因此,需对上述问题进行全面评估,以判断病人和家属的心理承受程度和所需护理。

(五) 处理原则

1. 骨软骨瘤 一般无需治疗。若肿瘤生长过快,有疼痛或影响关节功能,或有压迫症状,或有恶变的可能,应早期手术切除。

2. 骨巨细胞瘤 以手术治疗为主,采用切除术加灭活处理,再植入自体或异体骨或骨水泥,但易复发。化疗无效,放疗虽有效,但易发生照射后肉瘤变。

3. 骨肉瘤 治疗的措施是术前大剂量化疗,然后根据肿瘤浸润范围做根治性切除瘤段、假体植入的保肢手术或截肢术,术后继续大剂量化疗的综合治疗

四、常见护理诊断/健康问题

1. 慢性疼痛 与肿瘤浸润或压迫神经有关。
2. 焦虑/恐惧 与肢体功能丧失或担心预后有关
3. 躯体活动障碍 与疼痛或肢体功能受损有关。
4. 知识缺乏 对疾病的诊疗措施、预后等缺乏应有的了解

五、护理措施

(一) 术前护理

1. 一般护理

(1) 营养护理：饮食宜清淡，易消化。鼓励病人摄取足够营养，合理进食高蛋白、高糖、多维生素饮食。必要时进行少量多次输血和补液，以增强抵抗力，为手术治疗创造条件。

(2) 活动和休息：应嘱咐病人下地时患肢不要负重，以防发生病理性骨折和关节脱位而发生意外损伤；脊柱肿瘤的病人应绝对卧床休息，避免下床活动以防止脊柱骨折造成截瘫，指导病人做松弛活动。对于允许下床活动而不能走动的病人，可利用轮椅帮助病人每天有一定的室外活动时间。对无法休息和睡眠的病人，应注意改善环境，必要时睡前给予适量的镇静止痛药物，以保证病人休息。

2. 疼痛护理

(1) 非药物镇痛:协助病人保持舒适体位并经常改变;转移病人注意力,如看电视、听音乐及其他娱乐活动,消除紧张情绪。

(2) 药物镇痛:晚期难以控制的疼痛对病人威胁很大,可按WHO提出的癌性疼痛三阶梯止痛方案遵医嘱进行处理。

3. 术前准备 ①脊柱、下肢手术者,手术前1日晚肥皂水灌肠,防止术后长时间卧床而腹胀;②骶尾部手术,术前三天服用肠道抗菌药物,手术前1日晚清洁灌肠。

4. 心理护理 观察并理解病人的心理变化，给以心理安慰和支持，消除焦虑、恐惧，使病人情绪稳定，耐心向病人解释病情，根据病人的心理状态，要注意保护性医疗措施。解释治疗措施尤其是手术治疗对挽救生命、防止复发和转移的重要性。使病人乐观地对待疾病和人生。同时要注意社会因素对病人心理的影响，做好亲属的心理指导。

(二) 术后护理

1. 病情观察 ①密切观察残肢端创口情况，观察创口引流液的性质和引流量，注意有无出血、水肿、水疱、皮肤坏死及感染。及时更换敷料；②用石膏外固定时，注意肢端血运情况，鼓励病人适当作肌肉收缩活动，石膏解除后，加强锻炼，促进功能恢复。

2. 控制感染 遵医嘱及时应用抗菌药物，预防感染。

3. 指导病人进行残肢锻炼，以增强肌力，保持关节活动的正常功能，鼓励病人使用辅助工具(拐杖)，早期下床活动，为安装假肢做准备。

4. 心理护理 截肢或关节离断术后，病人往往出现某些精神失常症状，称为“创伤性精神病”，所以要有专人护理，防止病人发生意外。术后出现幻肢痛应解释原因，对症处理。

(三) 动脉灌注病人的护理

主要用于四肢骨肉瘤的治疗。术前向病人解释动脉灌注的方法及意义,取得病人的配合。术后要密切观察生命体征及切口部位,警惕大出血的发生。抬高患肢,注意患肢端血运情况。注意药物的毒性反应,如恶心、呕吐严重者,可给予液体疗法,如高热,可用物理或药物降温

(四) 化疗病人的护理

应了解和掌握化学治疗药物的作用和毒性反应，掌握药物的浓度，定时查血常规，了解抗癌药物对骨髓功能的抑制程度。贫血重者应给予输新鲜全血；白细胞减少时，要防止感染，必要时采取隔离措施；血小板减少时注意观察出血情况，必要时给予成分输血。定期查肝、肾功能，以了解抗癌药物对其损害情况。做好化疗并发症的护理。

(五) 健康指导

1. 向病人讲解骨肿瘤的一些情况，随着肿瘤的综合治疗的进展，树立战胜疾病的信心，稳定情绪，促进身心健康。
2. 告诉病人合理应用镇静止痛药物，提高病人的生活质量。
3. 指导病人进行各种形式的功能锻炼，最大限度地提高病人的生活自理能力。
4. 嘱咐病人按时复查，出现异常情况如局部肿胀、疼痛等应及时就诊



谢谢观看

