

阶段性康复视频操在乳腺癌术后功能锻炼中的应用*

辛云辉¹ 胡婵媛¹ 肖翠蓉² 刘 钰¹ 孙红培¹

乳腺癌发病率逐年上升且年轻化趋势明显^[1]。在我国占全身恶性肿瘤的7%—10%^[2]。外科手术是治疗乳腺癌的主要手段,而手术的损伤均对患肢造成不同程度的功能障碍,总发生率为36%—65%,术后患侧肩关节活动度下降一直被认为是乳腺癌患者术后存在的主要康复问题,严重影响患者的生活质量。我科在原有的一套乳腺癌术后康复视频操的基础上,于2015年4月,我们根据手术后患肢功能恢复情况及所处的时间段自编、自导、自演、自制了4套乳腺癌术后康复视频操。此康复操在改善肢体功能的同时,有效提高了患者的日常生活活动能力。

1 资料与方法

1.1 一般资料

入选标准:①经病理诊断为乳腺癌;②无严重的心肺疾病;③术前双侧肩关节活动正常。排除标准:①转移癌;②伴有心肺疾病或其他慢性及疾病;③伤口愈合不良;④沟通障碍;⑤不愿意配合患者。

采用随机数字表法将80例患者随机分为两组,即对照组40例,试验组40例,签署知情同意书,对照组采用我院2011年自制的无阶段性视频康复操,有责任护士进行现场示范指导或集中培训,但属于无针对性功能锻炼;试验组则是经过专门培训的责任护士,负责患者康复锻炼,结合视频采取一对一现场示范指导或集中培训,同时发放康复操指导手册,根据患者当前的实际评价结果进行有计划的、分阶段性、个体化的康复训练^[4]。

两组患者的年龄、文化程度、婚姻状况(均为已婚)、病情、手术方式等差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。见表1。

表1 两组患者一般资料比较

组别	例数	年龄(岁)	文化程度(%)		病情(%)	
			初中及以下	高中及以上	I-II期	III-IV期
观察组	40	53.5±19.4	22.5	77.5	75	25
对照组	40	53.3±14.7	25	75	72.5	27.5

1.2 方法

1.2.1 阶段性康复操的制定:科内护理人员根据乳腺癌患者术后生理变化及患肢功能康复特点,自编、自导、自演、自行制作乳腺癌术后不同恢复时段康复视频操四套。

1.2.1.1 阶段性康复视频操内容:本套康复视频操共分为4套:除第一套五节外,其余三套均有八节,每节分别有四个八拍组成。第一套握拳运动、手腕运动、前臂运动、肘部运动、放松运动;第二套抱肘运动、抬肩运动、上举运动、伸臂运动、侧推运动、抬臂运动、侧弯运动、摆臂运动;第三套松肩运动、体转运动、伸展运动、环绕运动、转体运动、转肩运动、扩胸运动、全身运动;第四套热身运动、甩手运动、抬头运动、伸臂运动、腰部运动、转腰运动、绕环运动、整理运动。

1.2.1.2 阶段性康复视频操的适用时间、目的及方法:第一套为术后24h至1个月,或1个月后伤口恢复不理想,皮下有积液的患者需限制患肢肩关节活动,其目的训练上肢小关节的运动(指、腕、肘关节的运动),通过手臂的运动及肌肉的收缩,以促进血液淋巴液的回流,促进伤口愈合。第二套适用于术后第1—2个月,伤口恢复良好的患者。通过肩关节的上举运动,防止瘢痕粘连,改善肩关节的活动度。通过训练,使患肢达到跨越头顶摸到另一侧的耳朵时没有感到腋下疼痛,并且将双手臂举过头顶伸直高度相同的目的。第三套适用于乳腺癌术后2—3个月,伤口恢复良好的患者。通过肩关节的内收、外展运动,防止瘢痕粘连,改善肩关节的活动度。通过训练,使患侧肢体具有能够完成向后伸屈的日常生活的能力。第四套为晚期康复操,适用于乳腺癌术后3个月以上的患者,起到巩固锻炼的作用,这套康复操锻炼幅度较大,坚持每日锻炼1—2次。

四套视频康复操每节之间无明显界限,各套可以反复、穿插、交替练习。术后1个月后,伤口恢复良好,首先训练的是肩关节的上举运动,然后重点结合肩关节功能评价量表中肩关节的活动度,判定肩关节前屈、后伸、内收、外展、内旋及外旋活动的角度,当肩关节前屈 $>150^{\circ}$ 时,可以直接进行第三套康复操训练。当肩关节前屈 $<150^{\circ}$ 时,说明肩关节上举运

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2018.04.020

*基金项目:武汉市红十字会医院内科科研项目(hhky201609)

1 武汉市红十字会医院甲乳科,武汉,430015; 2 武汉市红十字会医院护理部

作者简介:辛云辉,女,副主任护师; 收稿日期:2016-12-28

动尚未达标,则要将第二套与第三套康复操相结合。术后的训练因人而异,护士经过严格培训,能够有效地进行康复指导,尽最大可能促进患肢功能康复。

1.3 评价方法

根据肩关节功能评价量表^[7]中的日常生活活动(ADL)能力,肩关节活动度(ROM),患肢的水肿程度,作为主要评价指标,在锻炼前后分别进行评测。在取得患者同意的基础上,两组患者分别于手术前、术后1个月、2个月及3个月时使用专用量角器,测量肩关节前屈、后伸、内收、外展、内旋及外旋活动的角度(以患者不出现不适或疼痛为宜),由此进行评价肩关节的活动状况。通过观察患者的穿衣、梳头、系围裙等7个方面,通过容易完成、勉强完成、无法完成3个维度评价ADL能力。

上臂臂围的测量:上臂臂围是评价上肢是否出现淋巴水肿的客观指标之一^[5]。可用皮尺测量上臂周径(肘上5cm处),评价患者锻炼前后患肢水肿的发生程度:水肿评价采取几何法测量法评价:①轻度水肿:患侧上肢周径比健侧上肢的周径的大3cm以下;②中度水肿:差值3—5cm;③重度水肿:差值≥5cm^[6]。根据总体评价结果,选择患者功能锻炼的阶段及步骤,并建立健康档案^[8]。

1.4 统计学分析

采用SPSS21.0行数据分析,计数资料采用秩和检验及计量资料 t 检验。结果用平均值±标准差表示,检验水准,总体比较 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有显著性意义。

2 结果

两组患者ADL能力比较见表2。两组患者手术后1个月、2个月、3个月日常生活自理能力:试验组明显优于对照组。术后1个月、2个月($P<0.05$),差异具有显著性意义。3个月后患者的日常生活自理能力 $P>0.05$,差异无显著性意义。

两组患者手术前后肩关节活动度的情况比较见表3。患者手术前,两组患者患侧肢体的前屈、外展、外旋、内旋、后伸的活动度经比较, $P>0.05$,差异无显著性意义。术后1个月、2个月、3个月试验组患者的患侧肢体肩关节前屈、外展、外旋、内旋、后伸的活动度均优于对照组($P<0.05$),差异具有显著性意义。

两组患者手术后患侧上肢水肿情况的比较见表4。比较两组患者术后1个月患肢水肿情况,观察组患者轻度水肿发生率为82.5%,中度水肿为12.5%,重度水肿为5%;而试验组中轻度水肿的发生率为52.5%,中度水肿中为25%,重度水肿为22.5%,两组间中度、重度水肿比较差异有显著性意义($P<0.05$)。

表2 不同时间两组患者日常生活活动能力情况

(例,%)

组别	例数	1个月后			2个月后			3个月后		
		容易完成	勉强完成	无法完成	容易完成	勉强完成	无法完成	容易完成	勉强完成	无法完成
试验组	40	9(22.5)	25(62.5)	6(15)	36(90)	4(10)	0	40(100)	0	0
对照组	40	2(5)	18(46)	20(50)	28(70)	8(20)	4(10%)	36(90)	3(7.5)	1(2.5)
χ^2			16.24			7.49			3.23	
P			<0.05			<0.05			>0.05	

表3 两组患者手术前后患侧肢体肩关节活动度的比较

($\bar{x}\pm s$,°)

组别/时间	例数	前屈	外展	外旋	内收	后伸
术前						
试验组	40	173.2±1.6	178.2±2.0	67.8±3.4	72.8±3.5	48±2.3
对照组	40	175.5±1.5	178.6±2.1	69.4±2.8	73.1±3.4	48.2±1.1
t		-0.78	0.46	0.55	0.61	0.59
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
术后1个月						
试验组	40	88.3±3.5	87.4±3.3	32.1±3.9	33.5±2.5	30.4±3.2
对照组	40	79.2±4.4	76.8±4.2	24.8±3.7	27.3±4.3	22.4±3.5
t		-20.31	-23.35	-11.25	-15.34	-12.14
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05
术后2个月						
试验组	40	129.3±3.3	105.1±6.2	47.2±3.5	43.5±5.4	35±2.1
对照组	40	94.1±2.9	96.4±4.9	34.1±6.2	35.7±6.1	28.3±3.2
t		-46.12	-26.24	-15.36	-13.52	-10.26
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05
术后3个月						
试验组	40	152.1±2.4	149.1±2.4	58.3±2.4	60.2±3.2	40.3±2.5
对照组	40	131.2±3.2	128.4±2.1	46.4±3.1	51.4±2.1	32.6±3.4
t		-24.07	-58.34	-13.26	-8.31	-14.16
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表4 两组患肢术后1个月水肿程度比较 (例,%)

组别	例数	轻度水肿	中度水肿	重度水肿
试验组	40	33(82.5)	5(12.5)	2(5)
对照组	40	21(52.5)	10(25)	9(22.5)
χ^2		13.426	5.214	7.362
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

本康复视频操锻炼开始的时间相对较晚,乳腺癌术后1个月内或者1个月后伤口愈合不理想的患者以小关节的运动为主,防止肩关节的过早活动造成伤口的牵拉和愈合不良。术后过早或较大范围的肩部运动均可导致皮下积液的发生^[9]。皮下积液是乳腺癌手术后早期最常见的并发症,皮下积液使皮瓣漂浮,增加切口张力,减少皮瓣血运,影响切口愈合,增加切口感染的风险。郑向欣等^[10]、陆晨等报道乳腺癌术后早期患侧上臂上举、肩关节外展和内收常会引起皮瓣牵拉和滑动,影响皮瓣贴合胸壁,延长带管时间,给患者造成康复障碍和心理负担,甚至延误术后的进一步治疗,故建议一般术后7d后进行适宜功能康复运动。

本康复视频操的大关节锻炼即第二、第三套康复操,适用于手术1个月后,伤口恢复良好的患者。通过肩关节的上举、内收、外展运动,防止瘢痕粘连,改善肩关节的活动度。通过训练,使患侧肢体具有能够完成进食、梳头、穿衣等日常生活自理的能力。

据文献报道,术后6个月内为功能锻炼的关键时期,在此期间开展规律而充分的锻炼,可以防止长时间的关节制动而造成的关节内粘连,促进瘢痕组织下疏松结缔组织的形成,扩大上肢活动范围。

阶段性康复视频操的优点:传统的功能锻炼主要依赖于护士讲解,但由于护士专业水平、语言表达能力不同,以及患者的理解能力差异等原因,使得锻炼不够细致和深入,患者花费较多时间,效果也不尽理想。而我院之前的无阶段性视频操虽然克服了以上不足,患者的康复运动能随着视频播放有序的进行,也便于学习和锻炼,但缺乏针对性和时序性,有些患者为了尽早恢复功能,提前了肩关节活动的时间,而使伤口受到牵拉导致疼痛或伤口愈合不良。而阶段性康复视频操是专业护士在患者不同恢复阶段、结合患者的伤口愈合情况并根据肩关节评价量表进行评价后而制定个性化的具有针对性的锻炼计划,坚持的是个性化指导原则,通过视频或

现场演示,在锻炼中反复纠正偏差,增加了患者对功能锻炼的兴趣,提高ADL能力。四套康复操以循序渐进、持之以恒的全程功能锻炼,简单易学,锻炼不受时间地点的限制,有利于患者术后上肢功能的恢复,特别是肩关节活动度的恢复,从而提高患者的生活质量。

护士在通过对患者进行康复锻炼的指导中,搭建了良好的沟通与交流平台,有效的消除患者的心理负担,降低患者抑郁悲观情绪,增加患者战胜疾病的信心,从而提高了护理满意度。

综上所述,阶段性康复视频操,简单易学,锻炼不受时间地点的限制。患者通过专业护士评价后制定的个性化锻炼计划^[11],随着康复视频操进行规范的锻炼,有利于术后患者上肢功能的恢复,特别是肩关节活动度的恢复,从而提高患者的生活质量,改善患者的ADL能力,减轻患者的痛苦,提高临床治疗效果和护理满意度,值得临床推广和应用。

参考文献

- [1] 杨柳,徐锦江,顾立学,等. 乳腺癌患者术后自我管理行为及其影响因素调查[J]. 医学与哲学,2013,34(2B):40—42.
- [2] 李乐之,路潜. 外科护理学[M]. 第5版. 北京:人民卫生出版社,2012:263.
- [3] 刘晓,殷培. 渐进式康复操对乳腺癌患者术后肩关节活动度的效果[J]. 中国保健营养,2013,10:286—287.
- [4] 范绒丽,张洪波,张勤华,等. 康复操对乳腺癌患者术后肩关节功能恢复的效果[J]. 上海护理,2012,12(4):31—33.
- [5] 马兰,李惠萍. 乳腺癌根治术后患肢功能锻炼的研究现状[J]. 护理学杂志,2012,27(14):95—97.
- [6] 何玉玲. 中国护理事业发展规划纲要(2011—2015年)贯彻实施与最新乳腺癌患者临床护理操作规范及优质护理服务规范考评指南[M]. 第1版. 北京:人民卫生出版社,2012:90.
- [7] 李海燕,靳兵,吴辉. 肩关节功能评价量表及可靠性研究[J]. 中国康复医学杂志,1993,8(5):223.
- [8] 孟月莉,严晓玲,李新超,等. 管理健康需求概念及国际主要实践启示[J]. 中华健康管理学杂志,2016,10 (3):241—245.
- [9] 刘美凤,朱华,辛迎迎,等. 乳腺癌术后功能锻炼的循证护理实践[J]. 中华现代护理杂志,2014,31(20):3917—3920.
- [10] 郑向欣,管小青,吴骥,等. 防治乳腺癌术后皮下积液的方法改进:附204例报告[J]. 中国普通外科杂志,2013,22(5):564—568.
- [11] 杨俊,辛云辉. 临床护理路径在乳腺癌手术患者健康教育中的应用[J]. 中华实用护理杂志,2014,30(12):28—30.