■专科护理

乳腺癌术后腋网综合征护理要点

□周 莹

乳腺癌手术后，有些患者抬手臂时会感觉腋下像被一根绳子牵住，仔细看或触摸时还能发现从腋窝延伸到上臂内侧的条索。这并不一定是普通的切口牵拉，也可能是腋网综合征。通常情况下，这种问题虽然不危及患者生命安全，但是会引起患者的疼痛、肩关节活动受限，影响穿衣、梳头和后续放疗体位。尽早发现并规范开展康复锻炼，是恢复患肢功能的关键。

腋网综合征是乳腺癌患者接受前哨淋巴结活检或者腋窝淋巴结清扫后，可能出现的一种术后并发症。其发生机制尚未完全明确。目前，医学界认为可能与浅表淋巴管损伤、淋巴液回流改变及局部炎症反应有关。较典型的表现是腋窝或上臂内侧出现一条或多条紧绷的皮下条索，外观和触感类似琴弦；患者抬高手臂时条索更加明显，并伴有牵拉痛。条索有时可延伸至肘部、前臂、手部或者胸壁。

腋网综合征多见于术后早期，但是症状出现的时间和持续的时间存在个体差异。部分患者在接受化疗或者放疗后，可能再次出现。因此，切口拆线或引流管拔除后，患者仍应继续关注上肢功能。

护理要点一：主动筛查，不把疼痛都归咎于手术

医务人员在术后查房和随访时，应主动询问患者是否存在腋下牵拉感、抬臂疼痛、上肢发紧，以及穿衣、梳头、晾晒衣物等动作是否受限；在检查时，观察患者腋窝至上臂内侧有无条索，在患者能够耐受的范围内缓慢抬高手臂，通过轻柔触诊确认条索的位置和范围。

建议记录疼痛评分和肩关节前屈、外展活动度，有条件时使用测角仪测量。复评时，重点关注患者疼痛、活动度和日常功能，不能只看条索是否消失。若患者局部红肿发热、切口渗液、伴发热，或上肢突然明显肿胀、颜色改变、疼痛迅速加重，应立即停止自行锻炼并就医，排查感染、血栓、积液等问题。

护理要点二：循序渐进锻炼，避免“不敢动”和“硬拉”

患者生命体征稳定、切口及引流情况允许，并经医务人员评估后，应逐步恢复患肢活动。早期可从握拳、伸指、屈伸腕关节和肘关节开始，再逐渐增加钟摆适度运动、手指爬墙及肩关节前屈、外展等动作。手术方式、伤口愈合、是否进行乳房重建以及引流管情况不同，开始时间和活动幅度也不同，不能照搬其他患者的训练方法。

针对已经出现腋网综合征的患者，可在专业人员指导下进行肩外展、外旋，配合肘关节伸展、前臂旋后和腕指伸展等特异性牵伸。训练时，以“无明显疼痛、不超过舒适牵拉感”为原则，动作缓慢、速度均匀，逐步增加活动范围。疼痛明显加重或第2天持续不缓解，提示训练强度可能过大，应暂停并重新评估。

护理要点三：遵循专家共识，规范实施徒手松解

2025年，中国专家共识将徒手筋膜松解、软组织松动及特异性拉伸等列为综合康复的重要措施，徒手淋巴引流可作为增效治疗措施。相关手法强调轻柔、循序渐进和个体化，应由康复治疗师或经过规范培训并具备相应资质的专业人员实施。

患者和家属不要自行用力揉搓、按压或试图把条索“拉断”，也不要以治疗过程中出现弹响为目标。系统评价结果提示，适度运动和牵伸是目前较为有效的康复手段，但既往研究样本量有限，因此治疗方案仍需要结合疼痛、伤口情况、肩关节功能和患者耐受程度进行调整。

护理要点四：疼痛、皮肤和情绪一起管理

疼痛会让患者不敢活动，而长期减少活动又可能加重肩关节僵硬。医务人员应帮助患者区分“可耐受的牵拉感”和“需要停止的异常疼痛”，必要时遵照医嘱进行镇痛处理，为功能训练创造条件。皮肤破损、感觉异常、明显红肿或手术区域尚未稳定时，不宜自行热敷、刮痧或进行强刺激手法。

部分患者发现腋下条索后，担心肿瘤复发。医务人员要用通俗易懂的语言解释腋网综合征的特点，说明规范评估和康复的重要性，减少恐惧；可以采用动作示范、图文手册和回示法进行讲解，并且让患者现场演示一遍，确认其真正掌握锻炼方法。

护理要点五：做好居家记录和延续随访

患者出院后可记录条索出现的时间、位置和数量，以及每天的疼痛程度、抬臂范围和诱发症状的动作。患者出现症状后应尽早联系乳腺外科或康复团队，不宜长期等待其自行消失。研究结果显示，徒手淋巴引流配合适度运动，可改善短期疼痛、肩关节活动度和肩部功能；康复效果，则依赖持续训练和阶段性复评。

腋网综合征是否会增加乳腺癌相关淋巴水肿风险，目前研究结论并不一致。因此，既不能制造恐慌，也不能完全忽视。

患者应同步观察患肢是否出现持续性肿胀感、沉重感、紧绷感，以及首饰或衣袖变紧等变化，出现异常及时接受专业评估。

乳腺癌术后的康复目标不仅包括切口愈合，还包括肩关节功能恢复和生活质量改善。早期筛查、准确评估、规范训练、健康教育和持续随访，可以帮助患者走出“不敢动、越不动越受限”的循环。

患者发现腋下条索后，最重要的不是忍耐或硬拉，而是尽早接受专业评估，制订安全、循序渐进的康复方案。

（作者供职于河南大学第一附属医院）

■护理感悟

妇产科中医药特色护理实践感悟

□王艺霖

在妇产科临床护理工作中，笔者充分发挥中医药“简、便、验、廉”的特色优势，守护广大女性全生命周期的身心健康。

笔者将中医药适宜技术融入现代护理流程，用温润细致的中医药特色护理服务，抚慰女性身心疾苦。

不久前，笔者所在科室收治一位顺产产妇。产妇分娩后气血耗伤，出现腰腹冷痛、恶露排出不畅、睡眠质量差、乳汁分泌不足、急性乳腺炎等问题。产妇情绪低落，时常焦虑，担心自身身体恢复不佳，也忧虑无法很好地哺育新生儿。经过辨证，产妇属于产后气血亏虚、寒凝血瘀。

结合患者情况，笔者所在护理团队制定个体化中医药特色护理方案：开展耳穴压豆，选取子宫穴、神门穴、脾穴、肾穴、内分泌穴，每日按压调理气血、安神助眠；运用热罨包温敷产妇下腹部，温经散寒，帮助恶露顺畅排出；指导产妇开展乳房穴位按摩，疏通乳腺经络，促进乳汁生成；同时，引导产妇进行膳食调护，建议产妇食用益气养血的“药食同源”膳食，忌生冷寒凉之品。

起初，产妇对中医药特色护理效果心存顾虑。医务人员耐心讲解中医药特色护理原理，示范操作要点，重视产妇的感受，及时调整护理方案。

经过几日干预，产妇小腹冷痛明显缓解，恶露排出趋于干净，夜间睡眠质量改善，乳汁也逐渐充盈。产妇脸上慢慢展露笑容，能够从容喂养宝宝。查房时，她感慨：“原本生完孩子身体各种不舒服，心里压力很大，中医药特色护理温和舒服，身体逐渐好转，心里也踏实了。”

除产后康复护理外，笔者也将中医药特色护理运用于盆腔炎、不孕症、产后出血等妇产科疾病患者照护。

针对慢性盆腔炎下腹坠胀疼痛患者，采用中药保留灌肠、穴位贴敷；对于月经不调女性，实施艾灸、穴位按摩，结合情志疏导与饮食调护。

中医讲究“三分治，七分养”。在妇产科护理工作中，笔者坚持身心同护，耐心倾听患者心声，积极引导患者调畅情志。

笔者认为，中医药特色护理不仅是简单的技术操作，还是人文关怀的传递。在临床工作中，笔者发现部分患者对中医药特色护理认识不足，对疗效抱有怀疑态度；部分患者病程久，需要长期坚持调理，依从性难以保障。

作为医务人员，笔者既要提升中医专科理论水平与操作本领，按照辨证施护要求开展工作，也要做好健康宣教，把中医养生知识传递给患者。

护佑患者健康，任重道远。在今后的妇产科护理工作中，笔者将积极利用中医药适宜技术，以人文关怀传递温暖力量，守护女性全生命周期健康。

（作者供职于南阳市第一人民医院）

■护理技术

老年全髋关节置换术后照护环节

□王莹辉

我国已经进入老龄化社会，随着年龄增长，骨质疏松症的风险逐步升高，髋部脆性骨折在老年脆性骨折中居于首位。这类骨折致残率、致死率偏高，预后较差，被形象地称作“人生的最后一次骨折”。髋关节置换术（THA）是主要的治疗手段，手术成功是患者康复的基础，而术后规范、连续的专科护理，能够有效预防各类并发症，促进髋关节功能有序恢复，保障手术疗效。

本文从术后体位管理、早期康复训练、并发症防控及出院延续性指导4个环节，总结专科护理经验，为临床护理工作提供参考，帮助患者平稳康复、重返正常生活。

强化体位管理，严防假体脱位

体位护理是全髋关节置换术后的重要环节。人工关节周围软组织修复时间需要3个月左右，体位不当是造成假体脱位的主要原因。护理中严格落实“三不”原则：不低坐，不跷“二郎腿”，无防护状态下不侧卧。术后，患者需要维持患肢外展中立位，可穿戴防旋鞋，或者在肢体外侧放置梯形枕，避免下肢内收内旋。屈髋角度不能超过90度，意味着患者不能坐矮板凳、低沙发或者过低的马桶；患肢不能内收内旋，严禁跷“二郎腿”、盘腿坐，或者双膝并拢时向患侧翻身。患者翻身时，需要由医务人员或者家属协助，在患者两腿之间放置三角形枕头或者厚软枕，保持患肢与身体轴线一致。夜间及晨起时段，患者自主防范意识较弱，易在睡眠中无意识变换姿势，是病房巡视与健康宣教的重点时段。

早期康复介入，循序渐进恢复功能

遵循“早期、安全、个体化”的康复理念，结合患者年龄、身体状况、耐受程度及手术方式，制定切实可行的分级康复计划。术后1天~3天为康复急性期，以床上功能锻炼为主，指导患者规范开展踝泵适度运动、股四头肌及臀肌等长收缩训练，既可以促进下肢血液循环、预防深静脉血栓，也可以维持肌群力量，避免肌肉快速萎缩；术后4天至出院为康复稳定期，逐步过渡到床边坐起、助行器辅助站立与行走训练，严格遵循“助行器先行-患肢跟上-健肢再迈”的原则，控制训练强度与时长，保证训练安全、稳步推进。

严密监测病情，筑牢并发症防线

老年股骨颈骨折患者大多合并高血压病、糖尿病、冠心病等慢性病，机体耐受能力偏弱，术后出现并发症的风险偏高，需要实施动态化、持续性病情监测。护理人员要做好患者切口感染预防，保持敷料清洁干燥，密切观察切口渗血渗液情况与体温变化，发现异常及时告知医生处理；做好深静脉血栓预防，遵照医嘱规范使用抗凝药物，配合早期功能锻炼、足量饮水、避免腘窝受压等措施，每日对比观察患者双下肢周径、皮温及颜色，留意单侧肢体肿胀、疼痛、皮温升高等异常表现；同时，监测患肢神经功能，及时识别足下垂、肢体麻木、感觉减退等神经受压表现，做到早发现、早干预。

细化出院指导，做好居家康复

患者出院不是护理工作的终点，而是长期居家康复的起点，需要通过系统化出院指导，完成医院护理与家庭照护的无缝衔接。护理人员要指导患者及家属做好居家环境改造，抬高座椅和马桶高度，及时清理地面杂物、电线，加装扶手，降低跌倒风险，准备长柄鞋拔、拾物器等辅助器具；着重说明术后3个月是假体脱位的重点防范阶段，指导患者坚持规律康复训练，合理控制运动量，以活动后不出现明显疼痛、酸胀为宜；明确告知患者术后1个月、3个月、6个月、1年按时返院复查，借助X线检查评估假体位置及关节功能，由医务人员动态调整康复方案，保障居家康复效果。

全髋关节置换术后护理是一项系统性工程，医务人员专业指导、患者主动配合、家属精心照护，三者缺一不可。临床护理中，始终坚持“以患者为中心”的服务理念，持续提升专科护理能力，优化护理流程，细化护理措施，减少并发症，促进患者髋关节功能早日恢复，帮助患者重返安全、有质量、有尊严的日常生活。

（作者供职于漯河医学高等专科学校第二附属医院）

征稿启事

你可以谈一谈护理工作的心得体会，在护理方面取得的新进展，对某种疾病的护理思路以及对护理学发展、管理、改革和教育的建议……

《护理管理》《专科护理》《小发明》（请将你的小发明拍成图片，并附上文字说明）、《护士手记》《护理感悟》等栏目真诚期待你的参与！

邮箱：xulin.lin@qq.com

■叙事护理

言语有分寸 护理有温度

□陈 群

从事临床护理工作多年，我始终认为：护理的底色是技术，但是灵魂一定是人文关怀。在临床工作中，我们有时会在细微的语言沟通里，忽略了患者内心最柔软、最脆弱的感受。

近日，病房里发生的一件小事儿，让我对安宁疗护沟通时的分寸感，有了更为深刻的领悟。

这间病房里，住着3位肿瘤患者。18床患者、19床患者的病情相对稳定，正处于化疗阶段，预后尚可，家属陪护贴心，日常状态平稳。

而20床是一位年仅38岁的肝癌终末期患者。患者正值壮年，是家里的顶梁柱，但是疾病已进展至终末期，全身重度浮肿，身体机能消耗殆尽，反复治疗后病情已无法逆转。最终，患者与家属选择出院，回家度过人生最后的时光。

我在整理20床患者的床单被罩时，隔壁19床70多岁的患者主动和我说起了心里话。老人住院时间长、阅历丰富，性格温和通透，他委婉地向我指出了护理工作中的不足。

老人说：“你们护士心地都好，但是说话时真的要好好斟酌用词。刚才那位高个子护士，直接问这个年轻患者‘您怕不怕死’，这句话真的太让人难受了。谁不怕死？尤其是他这么年轻！我住过不少医院，从来没有人这样直白地问患者这种问题。”

老人的话很朴实却字字戳心。紧接着，一旁状态尚可、正在术后辅助化疗的年轻肺癌患者，也轻轻点头表示认同。他虽然病情发现较早、预后相对乐观，家中无沉重负担，但是他格外同情20床患者的处境，坦言医务人员的沟通方式确实欠妥，容易让本就脆弱的终末期患者雪上加霜。

这2位患者的温柔劝谏，让我瞬间陷入沉思。

我心里清楚，这位与患者沟通的同事，可能是刚外出进修安宁疗护归来的护士。她学习热情很高，对待工作积极认真，带着新知识与满腔热忱回到科室，一心想把学到的安宁疗护理念落地，想走进终末期患者的内心，帮患者疏导心理压力、正视疾病与生死。

只是，先进的理念学得入心，温柔的分寸却拿捏失度。满腔热忱却略显激进，急于做心理干预，却忽略了病房真实的人间疾苦与患者的承重人生。

我耐心地向2位患者解释原委，真诚接纳他们提出的宝贵意见，并诚恳致歉；同时静静倾听，梳理20床患者不为人知的辛酸故事，内心备感震撼。

这位38岁的终末期患者，身后是一个无比脆弱的家庭。他家中育有3个年幼的孩子，最大的孩子在读高中，最小的孩子才上小学，另一个孩子在读初中。3个本该依靠父母庇护的孩子，却因父亲重病，全部被寄养在祖父母家中。

20床患者家里经济拮据，为看病早已耗尽积蓄，不堪重负。最让人心疼的是，患者病情危重、时日无多的真相，全家人一直小心翼翼地瞒着年迈的父母。20床患者的妻子独自承受着丈夫病重、家庭濒临破碎、孩子无人依靠的巨大压力，默默撑起整个家。

住院期间，哪怕丈夫因病痛折磨、身心痛苦，时常情绪崩溃、烦躁骂人，妻子始终温柔包容、从不顶嘴、毫无怨言，只是默默陪伴、悉心照料，一个人扛下了所有绝望与无助。一个尚且年轻、眷恋世间、牵挂妻儿的父亲，一个濒临破碎、满是牵挂的家庭，一位隐忍坚强、独自负重前行的妻子……这就是20床患者真实的人生底色。

也正因为读懂了这一切，我才更加明白：终末期患者，最不需要的就是直白的生死拷问。

我们学习安宁疗护，初衷是抚慰患者和家属痛苦，减少恐惧，陪伴患者体面告别；但是，真正的安宁疗护，绝对不是公式化的提问、机械化的心理干预、激进的生死探讨。

对于明知时日无多、满心牵挂妻儿、内心早已惶恐不安的临终患者，医务人员直白地问一句“您怕不怕死”，不是共情，是揭开伤疤；不是疏导，是二次伤害。真正的人文沟通，是看见患者的苦难，懂得患者的不舍，体谅患者的无奈，然后轻声安抚，默默陪伴，适度引导，绝不冒犯。

通过这件事，我深刻反思：医学有边界，沟通有分寸，无小事。新理念、新技术，都是为了更好地服务患者，而不是脱离临床、脱离人性。满腔热血不等于合适的沟通，专业理论不等同于人文温度。

对于预后尚可、心态平和的患者，适时开展宣教活动、积极引导；但是对于家庭负担重、牵挂亲人、被动接受死亡的年轻终末期患者，我们的语言必须克制、温柔、谨慎——不怕治疗辛苦，只怕言语无度；不怕病情残酷，只怕护理失温。

作为肿瘤科护理工作者，我们每一天都行走在生死边缘，见过人间百态、悲欢离合。在以后工作中，我会时刻警醒自己：沟通少一点儿激进，多一点儿共情；少一点儿说教，多一点儿倾听；少一点儿直白，多一点儿温柔。

安宁疗护，从来不是教会患者直面死亡，而是让患者在最后的时光里，被尊重、被理解、被温柔以待，带着体面、安宁、温暖，走完人生最后一程。以细心疗愈躯体病痛，以温语守护人间余生，这便是我们护理人最朴素、最珍贵的初心。

（作者供职于江苏省人民医院宿迁分院）

本报地址：郑州市金水东路与博学路交叉口东南角邮政编码：450046 电话区号：0371 广告发布登记证号：郑东工商广发登字第009号照排：本报编辑部印刷：河南日报印务中心（地址：郑州经开区第三大街168号）定价：全年220元