DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.23.037

高血压、动脉粥样硬化所致，也可发生于马凡氏综合征[3]。本组5例马凡氏综合征者，由于主动脉壁结缔组织发育不良，中膜的弹力纤维稀疏、断裂、囊变坏死致主动脉进行性扩张，形成动脉瘤及夹层，前者多见(21/26)。

3.1 MRI诊断技术

MRI是一种无创性检查方法，对心脏大血管可多轴位成像，并可动态观察主动脉血流，更好的显示主动脉双腔、内膜片、破裂口，有利于早期诊断。有资料证实，SE序列、CineMRI和MRA对内膜片显示率分别为91.9%、93.5%和96.8%[4]。本组SE序列中有(13/26)例(50%)检出内膜破口，Cine-MRI或MRA显示内膜破口分别为70.6%(12/17)和66.7%(6/9)。由于SE T1WI空间分辨率高，有显示解剖形态及病理变化优势，而Cine-MRI或MRA则利于观察主动脉和心腔内的血流信号动态变化，Cine-MRI左前斜位扫描对弓上血管显示较SE序列好。SE序列结合Cine-MRI或MRA快速扫描能提高主动脉夹层内膜片或破口显示，区别真假腔、瘤壁厚度、夹层范围及显示受累血管，并可测量瓣口的形态、大小和功能状态。MRI与CT、USG比较其敏感性和特异性分别是96.4%、96.2%、96%和100%、100%及97%[5,6]，因此，SE序列和Cine-MRI可达到互补作用。MRI是夹层动脉瘤最有价值的检查方法之一。

3.2 MR征象

主动脉夹层动脉瘤好发于升主动脉近端、主动脉瓣上方或主动脉峡部，可累及主动脉全程或主动脉分支。MR特点：①夹层动脉瘤的真假腔，SE T1WI真腔血流速度快，形成流空效应均表现低信号；假腔内血流复杂，导致信号不一致，流速快为低信号，慢流速呈中等信号，若有附壁血栓，新鲜血栓常为不规则的新月形或螺旋形高信号，本组三者分别为12、10、4例。Cine-MRI或MRA真腔呈均匀性高信号，假腔为不均匀性混杂信号。②内膜片和破口SE序列流空的主动脉腔内见线形或不规则形条状稍高信号，剥离的长条内膜片多数呈弧形突向真腔，冠、矢状位呈螺旋状走向，而Cine-MRI或MRA示内膜片在真假腔间呈条形结构低信号，同时Cine-MRI有时可显示随心脏的搏动而呈相位运动图像，并且内膜破口可以1个或多个。SE T1WI示内膜片中断而不连续，真假腔交通，呈尖角状低信号。5例见高信号血流穿通双腔。③马凡氏综合征伴有升主动脉"蒜头状"扩张或瓣膜关闭不全及左心室增大。

总之，SE序列能清楚显示夹层动脉瘤真假腔，内膜片；Cine-MRI或MRA有显示破口的优势。MRA对血管扭曲可出现部分饱和现象或涡流，造成血液信号降低及主动脉弓上血管分支显示受限，结合三维动态增强可予以克服，使血管图像质量更高、更直观，基本上能够确定诊断及范围、类型、满足临床需要。

关键词：主动脉夹层；磁共振成像；诊断
中图法分类号：R445.2；R732.21 文献标识码：B

参考文献：

[1] Kringky G A, Rofsky N M, Decorato D R, *et al*. Thoracic aorta: Comparison of gadolinum enhanced three-dimensional MR angiography with conventional MR imaging[J]. Radiology, 1997, 202: 183—186.
[2] Harthell G G. Imaging of aortic aneurysms and dissection: CT and MRI[J]. J Thorac Imaging, 2001, 16: 35—38.
[3] 邹利光，孙清荣，梁开运. 马凡氏综合征心血管病变的影像诊断[J]. 第三军医大学学报，2001，23(9)：1120—1123.
[4] 贾文宵，汪师贞，戴建平，等. 磁共振新技术在诊断主动脉夹层中的作用[J]. 临床放射学杂志，2002，21(10)：781—784.
[5] 王照谦，刘玉清，张挽时，等. 主动脉夹层的MRI与综合超声诊断对照研究[J]. 中华放射学杂志，1997，31(8)532—535.
[6] Sommer T, Fehske W H, Holzknecht N, *et al*. Aortic dissection: a comparative study of diagnosis with spiral CT, multiplanar transesophaggeal echocardiography, and MR imaging[J]. Radiolgy, 1996, 199: 347—352.

（编辑 薛国文）

经验交流

文章编号：1000-5404(2003)23-2150-02

乳腺癌术后患侧上肢功能康复的分段性护理指导

The nursing instructions to the functional rehabilitation of affected side upper limb of postoperative breast cancer patient in different periods

陈显春，封 悦，宋 爽，杨 英，王寅欢 （第三军医大学附属西南医院乳腺疾病中心，重庆 400038）

我国乳腺癌的发病率已居女性恶性肿瘤首位，采取以手术为主的综合治疗仍然是目前治疗乳腺癌的有效方法。但乳腺癌手术范围大，组织损伤多，为了达到根治目的，有可能损伤与上肢活动有关的胸大肌、胸小肌及相关的神经、血管、淋巴管[1]，造成患侧上肢功能障碍，影响患者日常生活。因此，必须重视乳腺癌术后患侧上肢功能康复的护理指导，提高乳腺癌病

作者简介：陈显春(1964—)，女，四川省邛崃市人，副主任护师，主要从事普通外科临床护理、护理管理方面的研究。电话：(023)68754000—73075
收稿日期：2003-08-26；修回日期：2003-09-30

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

人的生活质量。我科自 2002 年 1 月至 2003 年 4 月对 230 例乳腺癌术后病人进行患侧上肢功能康复的分段性护理指导, 取得满意效果。现报告如下。

1　临床资料

本组病人 230 例, 年龄 32～73 岁, 平均 47 岁。均经病理检查而证实为乳腺癌的女性病人。均在全麻下施行手术, 其中根治术 48 例, 改良根治术 145 例, 保留乳房的乳癌根治术 37 例。住院时间 15～53 d, 平均 25 d。全部病例在术后 6 个月内均经每月一疗程的系统化疗或部分放疗。

2　方法

2.1　重视术中的手术切口

选择合理的手术切口, 避免切口上端向腋窝或上臂过度延伸, 术后瘢痕形成, 影响上肢伸展[2]。

2.2　正确摆放体位

术后取平卧位或半卧位, 将患侧上肢置于功能位, 即肩关节外展 90°, 肘关节轻微屈曲或自由放置, 以枕头支持前臂和手, 使其与前胸壁同高或稍高于前胸壁。这样, 既可以保持负压引流通畅, 防止皮下积血积液; 又可促进淋巴及静脉回流, 预防或减轻上肢水肿。

2.3　分段性护理指导

2.3.1　第 1 阶段(术后 6 h～5 d)　手术后至拔除负压引流管期。此阶段病人刚接受手术, 体质较虚弱, 加之用绷带对病人进行了大范围的加压包扎, 病人活动无耐力, 故早期对病人进行功能锻炼时, 最初的 24 h 内应由医护人员协助完成, 首先协助患者进行手指伸曲、握拳、腕伸屈, 前臂旋前旋后运动, 然后指导病人自主运动, 以促进肢体远端静脉与淋巴的回流, 减轻肿胀。术后 3 d 开始指导病人进行肘关节的伸屈, 上臂内外旋运动, 但要注意固定好肩关节, 一般采取肩关节内收 90°, 肘关节与肩关节平行, 用健侧手掌支撑患侧肘关节以减轻患侧上肢的疲劳, 以后靠患侧上肢的自主运动。上述运动每天早、中、晚各做 1 次, 每次每个动作做 20～30 遍。

2.3.2　第 2 阶段(术后 5～10 d)　拔除负压引流管至部分拆线期。此阶段在延续第 1 阶段的运动项目外, 重点进行肩关节的运动, 防止因切口瘢痕挛缩引起上肢功能障碍。一般术后第 5 天拔除负压引流管, 第 7 天松解绷带、敷料, 检查伤口及皮瓣, 并协助患者进行肩关节运动, 即医护人员一手托住患侧腋窝, 另一手协助患者做上举、肩内收、外展、后伸动作, 然后靠自己用健侧手托住腋窝主动练习, 每日 3 次, 每次每个动作做 20～30 遍。同时, 鼓励患者用患侧手洗脸、刷牙、端碗、进餐。

2.3.3　第 3 阶段(术后第 14 天至出院前)　缝线全部拆除至加强功能锻炼期。此阶段要加大肩部活动范围, 增加运动强度。指导患者作钟摆样运动、耸肩旋肩运动、双臂上举运动、爬墙运动。双臂上举运动: 立位, 双手紧握, 伸肘, 缓慢上举过头, 达到尽可能的高度, 然后缓慢放下。爬墙运动: 面向墙壁, 足趾离墙壁约 30 cm, 双手指尖抵墙面, 缓慢向上爬, 使双臂保持平行, 肩部出现疼痛时则缓慢放下。每天 2～3 次, 每次 15～20 min。鼓励患者梳头、摸肩、绕过头顶摸健侧耳廓。

2.3.4　第 4 阶段(出院后至术后 6 个月)　功能康复期。此阶段主要嘱咐患者要坚持锻炼, 持之以恒, 特别要坚持做第 3 阶段的运动, 每日 2～3 次, 最终达到生活自理的目的。注意保护患侧上肢, 禁止在患侧上肢测血压、抽血、注射、输液, 避免过度负重。

3　结果

本组病人经复查和随访, 患侧肢体功能康复情况满意。其中 91.30%(210 例)患者生活能自理并能从事一定的工作和家务劳动, 5.65%(13 例)患者日常生活需要协助, 3.05%(7 例)患者出现患侧上肢淋巴水肿。

4　讨论

乳腺癌术后早期协助与指导患者进行有计划、有步骤、循序渐进的上肢功能锻炼, 可有效地促进上肢功能的康复。但要根据患者实际情况, 选择比较简单、易做, 患者容易接受的锻炼方式, 而且又达到了锻炼目的。康复锻炼的意义就在于充分利用三角肌、背阔肌、肱二头肌、肱三头肌的作用, 代替已切除的胸大肌、胸小肌、腋下组织等的作用; 通过指导患者活动肢体, 牵拉皮肤可避免瘢痕挛缩引起的不良后果, 使患侧上肢恢复到功能位[3]。本组患者的功能康复贯穿于从术中到术后及出院的全过程, 强调从术后 6 h 开始协助和指导患者进行功能锻炼。因此, 对乳腺癌术后功能锻炼时间没有统一界定, 关键是以不引起一定的后果与并发症为原则。在锻炼中, 鼓励患者坚定信心, 克服困难, 持之以恒, 就能达到满意效果。

关键词: 乳腺癌术后; 功能康复; 护理指导

中图法分类号: R473.6　　文献标识码: B

参考文献:

[1] 李学增. 外科护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1986. 260.

[2] 张江舟. 乳腺癌术后患侧上肢功能康复的疗效观察[J]. 中国临床康复, 2002, 6(2): 255.

[3] 雷秋模, 魏华鹏, 雷杰言. 乳腺癌根治术后患侧上肢功能康复治疗的研究[J]. 江西医药, 2000, 35(1): 7－9.

(编辑　刘洪娥)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net