

乳腺癌改良根治 I 期乳房重建术的围术期护理*

王莉莉,王蓓,韩玲,王珏

(江苏省人民医院乳腺病科,江苏南京,210036)

[摘要] **目的** 探讨乳腺癌改良根治 I 期乳房重建术的围术期护理经验。**方法** 对 82 例行乳腺癌改良根治 I 期乳房重建术患者,术前实施心理护理、饮食护理和术前准备;术后做好皮瓣护理、创口护理、功能锻炼和并发症护理。**结果** 82 例患者均完成了乳腺癌改良根治 I 期乳房重建术,术后外观评价均为良。发生出血、切口感染和假体纤维包膜挛缩各 1 例,发生患肢肿胀 2 例,经精心治疗及护理,患者均顺利康复出院。**结论** 术前做好患者心理护理、饮食护理和术前准备是手术顺利进行的保证;术后做好皮瓣护理、创口护理、功能锻炼和并发症护理对手术成功具有重要意义。

[关键词] 乳腺癌;乳房重建术;围术期;护理

[中图分类号] R473.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8283(2016)05-0043-05 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2016.05.011

Perioperative nursing of phase I breast reconstruction surgery during modified radical mastectomy

Wang Lili, Wang Bei, Han Ling, Wang Jue//Modern Clinical Nursing, -2016, 15(5):43.

[Abstract] **Objective** Investigate the nursing process of phase I breast reconstruction surgery during modified radical mastectomy. **Method** Given psychological care, diet and preparation before operation; and flap care, wound care, exercise and complications care after operation on 82 patients of phase I breast reconstruction surgery during modified radical mastectomy. **Results** All 82 patients finished the operations successfully. The average of postoperative appearance evaluation scores are good. One case of bleeding, infection and prosthetic capsular contracture, and two cases of limb swelling were all cured. **Conclusion** Nursing processes of psychological care, diet and preparation before operation will help the ongoing of the operation, and nursing processes of flap, wound, exercise and complications care will guarantee the success of the operation of phase I breast reconstruction surgery during modified radical mastectomy.

[Key words] breast cancer; phase I breast reconstruction; perioperative nursing; review

乳腺癌是女性最常见的恶性肿瘤之一,乳腺癌的发病率居女性恶性肿瘤的首位,发病日趋年轻化^[1],严重影响妇女身心健康。治疗乳腺癌最有效可行的方法是手术治疗,随着乳腺外科技术及乳腺癌综合治疗模式的发展,在保证治疗效果的同时尽可能保持乳房的外形和功能一直是大家追求的目标^[2]。乳房重建术的开展成为帮助乳腺癌患者修复身体缺陷,恢复其家庭和社会生活的重

要手段,但围术期易出现皮瓣缺血坏死、伤口感染、包膜挛缩等并发症^[3-4],因此做好围术期护理对提高手术效果具有重要意义。本科室于 2014 年 1 月~2015 年 1 月对 82 例乳腺癌患者行改良根治 I 期乳房重建术,效果满意,现将围术期护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用便利抽样方法,选择 2014 年 1 月~2015 年 1 月在本科室住院治疗的单侧乳腺癌患者 82 例,均为女性,年龄 26~57 岁,平均 (40.2 ± 2.7) 岁。文化程度:本科及以上 33 例,大专 21 例,高中 16 例,初中及以下 12 例。入选标准:①患者有乳房重建的强烈愿望,知情同意;②病理证实为乳腺癌;③无

[基金项目] * 本课题为国家自然科学基金资助项目,项目编号为 81302305。

[收稿日期] 2015-09-15

[作者简介] 王莉莉(1977-),女,江苏南京人,主管护士,本科,主要从事临床护理工作。

[通信作者] 王珏男,博士,主治医师,E-mail:wangjue200011@163.com。

手术禁忌证,对侧乳房无明显下垂;④肿瘤与胸肌及皮肤无粘连;⑤供区皮肤完好。

1.2 方法

切口选择:术前准确标记出健侧和患侧乳房下皱襞并测量乳房的基底和高度。手术切口的选择以保留皮肤、方便行乳腺癌改良根治术和隐蔽为原则,同时考虑病灶的位置、美容效果。手术方式:行保留或不保留乳头乳晕复合体的乳房切除加前哨淋巴结活检或腋窝淋巴结清扫,均保留胸大小肌。假体选择:选择 Mentor 圆形单囊毛面硅胶假体,参考健侧乳房大小,植入假体前以生理盐水冲洗。患者均在全身麻醉下行乳腺癌改良根治 I 期乳房重建术,取患侧朝上侧卧位,切开皮肤、皮下组织至背阔肌筋膜,分离胸大肌后间隙,上至第 2 肋间,内至胸骨旁线,外侧游离前锯肌至腋中线,向下游离腹外斜肌、腹直肌前鞘的深面至乳房下皱襞下 2 cm 的区域,特别是下缘、内侧及外侧前锯肌要适当游离,腔隙须足够大,保证假体包埋满意。若不能全部包埋假体或皮肤缺损,则行背阔肌肌皮瓣转移术:取背阔肌表面斜梭型切口,电刀分离皮瓣,上方达肩胛下角上 3 cm,下方达髂棘上 5 cm,内侧为脊柱旁 3 cm,外侧为背阔肌外缘。将背阔肌起点切断,游离背阔肌肌皮瓣,经皮下隧道转移至胸壁创面,假体置入后缝合伤口,术毕。

1.3 评价标准

优为再造乳房与健侧乳房大小基本相等,位置对称,患者非常满意;良为再造乳房与健侧乳房大小位置相差不多,着装后双乳无明显差别,患者比较满意;一般为双侧乳房明显不对称,着装后双乳差别明显,患者不满意;差为再造乳房严重变形^[5]。

2 结果

82 例患者均顺利完成乳房重建术,术后外观评价均为良,患者满意。术后 1 例发生出血,经处理后症状缓解;2 例发生患肢肿胀,通过及时进行功能锻炼等护理措施,肿胀减轻;1 例发生切口感染,经抗感染治疗后痊愈;1 例放疗后发生假体纤维包膜挛缩。

3 护理

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 患者对于乳腺癌和手术本身的恐惧,以及对整形效果和相应并发症的担心,出现不同程度的心理应激反应,尤其是年轻的患者。对于应激始动因素的了解,可显著缓解心理和生理的应激反应^[2]。术前充分与患者交流,根据临床观察评估患者的焦虑程度,了解患者关注的主要问题,充分利用健康教育手册、图片等多种形式有针对性地介绍手术相关知识,重点说明技术的成熟性,以及术后生活质量的重要性,消除患者对假体的认识误区。对于心理负担较重的患者,制订个体化心理护理方案;请心理咨询师予以专业心理辅导;以成功的病友现身说法,使患者能够从接受手术进而积极地配合手术及术后锻炼。乳腺癌不仅对患者的心理带来极大的打击,对患者家属的心理必然产生巨大影响,家属心理健康状况与患者的情绪及生活质量有着直接的影响,对患者家属同步施行护理干预具有重要意义,因此,通过宣教使患者家属提高疾病治疗的认识,协助做好心理支持。经过以上的心理支持,本组患者均以良好的心理状态接受治疗。

3.1.2 饮食护理 乳腺癌改良根治乳房 I 期重建术手术创伤大,提高营养水平可增加患者手术的耐受性。指导和鼓励患者进食富含高蛋白质、高维生素、高热量、易消化、易吸收的食物,如牛奶、鸡蛋、瘦肉、鱼、豆制品及新鲜的蔬菜等。

3.1.3 术前准备 做好术前常规检查,包括血、尿、粪三大常规及生化、出凝血时间、心电图、乳腺 B 超定位、胸片等,必要时检查钼靶摄片、心脏彩超、肺功能测定。协助医师评估患者全身状况及乳腺癌的临床分期,排除远处转移的可能。术前 1 d 备皮,除做好常规乳腺癌手术的皮肤准备外,还需做好术中取皮区皮肤的准备,抗生素皮试、备血、协助患者沐浴并告知禁食 12 h、禁饮 6 h;术前指导患者深呼吸、有效咳嗽、翻身及健侧单手起床的方法,培养床上大小便的习惯;指导术后患侧上肢的康复训练方法;术前一晚根据病情适当给予镇静剂,以保证患者得到充分休息。

3.2 术后护理

3.2.1 一般护理 患者术后回到病房,责任护士与麻醉师做好交接,了解患者术中情况。因温度过高引起全身和皮瓣组织的耗氧量增加或温度过低引起再造皮瓣血管痉挛,因此室温保持在 25 ~ 26℃,湿度维持在 50% ~ 60%。全麻清醒后患者改屈膝半卧位,以利于呼吸和引流;避免患侧卧位,以免伤口及扩张器受压,而影响伤口的愈合及扩张器的植入失败;肌力恢复后协助患者下床排尿。

3.2.2 饮食护理 术后麻醉清醒后无恶心、呕吐者即可正常饮水^[6],当天先进食碳水化合物为主的流质饮食,随后逐步由半流质饮食过渡到普食。饮食以高蛋白质、高热量、富含维生素、低脂易消化食物为宜,少量多餐,多饮水,保持大便通畅,防止便秘。

3.2.3 皮瓣护理 皮瓣坏死为乳房再造术中最常见并发症。多由于皮瓣张力缝合、皮瓣的血液供应障碍、术后引流不畅造成,可以一种或多种原因联合导致^[7]。正常的皮瓣血运应表现为皮瓣颜色红润,皮温良好,毛细血管搏动征阳性,弹性好,无肿胀。皮瓣坏死表现为术后 4 ~ 5 d 开始出现皮肤缺血或坏死,呈苍白色或紫黑色,根据皮瓣坏死宽度分为 3 度,< 2 cm 为轻度,2 ~ 5 cm 为中度,> 5 cm 为重度。在护理中,严密观察创口敷料情况,包括有无渗血、渗液、移位,保持敷料干燥;注意保暖,伤口敷料包扎松紧适宜,保持引流通畅,防止手术创腔积液或包扎过紧等导致皮瓣血液循环不良而致皮瓣坏死。本组 82 例患者,无出现皮瓣坏死情况。

3.2.4 创口护理 乳腺癌改良根治 I 期乳房重建术通常在腋下、胸骨旁及背部供瓣区放置引流管接负压引流瓶吸引。记录每天引流液的量、性质及颜色,防止皮下积液和积血发生。积液发生原因主要由于术后液体产生过多和引流不畅所致。液体产生过多的原因是淋巴管瘘和创面渗液;引流不畅是因引流管放置不当和引流管扭曲、阻塞或加压不当导致渗液、渗血积聚于创口内而形成积液或积血^[8]。创口包扎时绷带不直接包扎伤口,并避开乳头及周围组织,垫适度的软棉垫再包扎,包扎松紧适宜,一般可伸入一指,保持创面受力均匀,使皮瓣与胸壁创面适度相贴,包扎过松起不到消除死腔的

作用,过紧则不但会影响患者呼吸,还会影响皮瓣血运而致皮瓣坏死;同时采用弹力腹带使皮瓣和胸壁的腔隙减到最小,降低皮下积液的发生的同时,还能防止扩张器的移位;保持胸带使假体固定在正确的位置,如患者感觉紧时可调整胸带,既能起到固定假体防止移位的作用又不至于压迫转移皮瓣的血运目的^[9-10]。本组 82 例患者,无出现创口受压情况。乳腺癌改良根治术创面大,胸部张力大,加上内植入一定体积的扩张器,容易造成切口裂开,常发生在术后 1 周。除术中做好减张缝合外,术后做好患者切口部位的密切观察、护理尤为重要。切口敷料包扎松紧适宜,避免过紧影响伤口部位的血液循环,造成伤口愈合不良,从而影响扩张器的功能。指导患者术后半卧位、有效进行咳嗽排痰,积极预防、治疗呼吸道疾病,咳嗽时用手按压伤口,防止切口裂开的发生。本组患者没有发生切口裂开。

3.2.5 功能锻炼 乳腺癌改良根治术需切除胸大肌及神经,使患者术后肢体抬起困难,同时由于腋下淋巴结的清扫,致使淋巴回流受阻,上肢水肿。故术后早期进行患肢功能锻炼十分重要,可有效促进患侧上肢静脉回流及引流液的排出,尽早恢复患肢功能,重建患者的自理能力。指导患者运用科室原创专利护理用具(如乳腺癌术后专用病员服、上臂围专用测量仪、爬墙器、床头角度测量器、患肢制动专用袖套)进行锻炼。锻炼从握拳屈腕运动开始,逐步过渡到前臂肌群伸缩,再到患侧手触摸同侧耳、对侧肩,2 周以后锻炼肩关节内收、外展、抬高 90°,再到爬墙锻炼,循序渐进,最后达到患侧手越过头触摸到对侧耳。锻炼在腋下切口处瘢痕组织尚未形成时开始,这样可防止瘢痕组织挛缩、肌肉萎缩和关节强直,减轻腋静脉回流受阻。锻炼的同时,要注意保护背部供皮区的皮瓣,避免牵拉过度,影响皮瓣愈合。

3.3 并发症护理

3.3.1 出血与血肿 血肿是皮肤软组织扩张术最早出现的并发症,主要与术中止血不彻底,术后患者的过度活动刺激凝血酶脱落有关^[11]。当引流管排出血性液每小时超过 100 mL,应警惕是否有活动性出血。本组 1 例患者术后 6 h 发生出血,护士

通过密切观察“前哨口”腋窝角处皮肤颜色、温度、敷料及引流管的情况早期发现病情,及时报告医师,遵医嘱使用凝血酶 1 单位静脉推注,每天 1 次;西力欣 1.5 g 加生理盐水 250 mL 静脉滴注,每天 2 次,共 3 d;在不影响皮瓣血供的情况下局部加压包扎,保持有效引流管,嘱患者不要过度活动,经积极治疗和处理,症状缓解。

3.3.2 患肢肿胀 由于清扫淋巴结后改变了腋窝淋巴结的解剖,从而改变了淋巴结的回流,产生了淋巴水肿。除了与手术方式、腋窝淋巴组织清扫等因素有关外,患侧上肢水肿与术后护理密切相关。抬高患肢及有计划、有步骤地早期患侧上肢锻炼可以有效预防其肿胀。患者卧位时,患肢下垫软枕,保持肢体高于心脏水平,指导放置功能位;下床活动时,用吊带托住患肢放于胸前。每日定时测量左右上肢的周径,适度适量的分阶段进行系列康复功能锻炼操。禁止在患肢测血压、输液、皮下注射,注意保暖,避免患肢负重。本组 2 例患者出现患肢肿胀,经及时采取以上措施,促进淋巴、血液循环,肿胀减轻。

3.3.3 感染 感染在扩张器植入时发生的概率较低,多发生在注水期,与皮肤附属器逆行感染有关。本组 1 例患者术后出现发热、切口感染,予以物理降温,遵医嘱静脉滴注西力欣 1.5 g 加生理盐水 250 mL,每天 2 次,3 ~ 5 d 后好转。

3.3.4 假体纤维包膜挛缩 假体包膜挛缩是假体植入隆胸的常见并发症,发生时间多在术后 1 年,其发生率约为 10%^[12],发生原因可能与假体材料、质地及植入位置有关,也可能与假体的渗漏、血肿等有关。本组 1 例发生假体纤维包膜挛缩。我们的体会是,假体植入的患者术后要避免胸部剧烈的撞击,避免用力挤捏再造乳房,以防假体移位、破裂,经常用适中的力度按摩再造乳房以防假体包膜挛缩。

3.4 出院健康指导

指导患者保持健康积极的生活态度,适当参加文体活动;继续坚持患侧肢体功能锻炼,乳腺癌术后功能锻炼应坚持 6 个月以上,特别是前 3 个月尤为重要^[13];尽量避免患肢被蚊虫叮咬、受伤;术后 3 ~ 6 个月避免患肢负重超过 5 kg;穿宽松衣服,

患肢不要戴手表和首饰,佩戴合适的乳罩,不宜过紧;尽量避免患侧卧位,采取平卧或健侧卧位;避免重建乳房受到重力挤压和撞击。

4 小结

乳腺癌改良根治 I 期乳房重建术,具有效果好、患者不需要经历两次手术等优点,得到越来越多的乳腺癌患者认可。但此种手术方式比一般乳腺癌改良根治术的创伤大、手术过程复杂、风险系数高,系统、完善优质的围术期护理对患者预后起着重要的作用。通过对乳腺癌改良根治 I 期乳房重建术的围术期护理经验的总结,认为术前做好患者心理护理、饮食护理和术前准备是手术顺利进行的保证;术后做好皮瓣护理、创口护理、功能锻炼和并发症护理对手术成功具有重要意义。

参考文献:

- [1] 姚惠芳. 乳腺癌患者围手术期护理进展综述[J]. 江苏医药, 2012, 10(10): 419-420.
- [2] 杨华伟, 刘剑仑. 乳腺癌术后一期乳房重建 78 例报告[J]. 广西医科大学学报, 2013, 30(2): 280-282.
- [3] Stralman K, Mouerud CL, Kristoffersen US, et al. Long-term outcome after mastectomy with immediate breast cancer reconstruction[J]. Acta Oncol, 2008, 47(4): 704-708.
- [4] Nahabedian MY. Breast reconstruction: a review and rationale for patient selection[J]. Plast Reconstr Surg, 2009, 124(1): 55-62.
- [5] 陈伟财, 王先明, 王敏, 等. 保留皮肤的乳腺癌改良根治术后即刻乳房假体再造的临床应用[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2011, 18(9): 956-960.
- [6] 郑芸, 周依群, 张瑶谨. 男性乳腺癌的围手术期观察与护理[J]. 现代临床护理, 2013, 12(1): 40-42.
- [7] 吴文红, 王大方. 皮肤软组织扩张术后并发症的原因分析与护理[J]. 中华护理杂志, 2010, 7(7): 5.
- [8] 莫军扬, 覃舒婷, 张敏敏, 等. 乳腺癌改良根治术后即时背阔肌皮瓣乳房重建 20 例分析[J]. 实用癌症杂志, 2013, 28(4): 357-359.
- [9] 吴小洁, 叶和珍, 王妮. 乳腺癌改良根治术后背阔肌肌皮瓣 I 期乳房重建围手术期护理[J]. 温州医学院学报, 2013, 43(8): 555-557.
- [10] 方琼, 裴艳, 刘佳琳, 等. 全程专业化个案管理模式在乳腺癌患者护理中的作用[J]. 护理管理杂志, 2013, 13(2): 51-53.
- [11] 韩玲, 王蓓, 伍焱, 等. 乳腺癌手术同期扩张器植入患