

腹腔镜辅助乳腺癌改良根治术患者的护理*

陈小珍, 刘晓红, 魏杨辉

(深圳市第四人民医院普外科, 广东深圳, 518033)

[摘要] **目的** 探讨腹腔镜辅助下乳腺癌改良根治术的护理要点。**方法** 2012年3月~2013年10月对本院11例乳腺癌患者采用腹腔镜辅助下乳腺癌改良根治术,并配合做好护理工作。**结果** 11例患者手术均顺利进行,术后1例患者发生手术区域轻度皮下气肿,1例发生患肢水肿。**结论** 全面细致的术前宣教、准确娴熟的术中配合和认真周到的术后护理是保证手术顺利进行和术后正常康复的关键因素。

[关键词] 腹腔镜;乳腺癌改良根治术;乳腺癌;护理

[中图分类号] R473.71 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2014)11-0056-03 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2014.11.012

Nursing of patients undergoing modified radical mastectomy aided with laparoscopy

Chen Xiaozhen, Liu Xiaohong, Wei Yanghui/Liu Modern Clinical Nursing, -2014, 13(11):56.

[Abstract] **Objective** To summarize the experience in nursing patients undergoing modified radical mastectomy aided with laparoscopy. **Method** The clinical data of eleven patients who underwent modified radical mastectomy aided with laparoscopy from April 2012 to October 2013 were reviewed to summarize nursing points. **Result** All the surgeries were successful, with 1 case developing with mild emphysema at the operation region and another case with edema. All the patients were discharged. **Conclusion** Comprehensive preoperative education, accurate perioperative coordination and careful postoperative nursing are important for the smooth manipulation of the surgeries and postoperative rehabilitation.

[Key words] laparoscopy; modified radical mastectomy; breast cancer; nursing

乳腺癌的治疗是以手术为主的综合治疗,其手术方式经历了根治术、扩大根治术、改良根治术以及保乳手术的变化。传统乳腺癌手术在切除病变组织的同时存在创伤较大、患者恢复较慢等局限。从单纯乳腺发育切除到良性肿瘤切除再到恶性肿瘤根治术,腹腔镜技术在乳腺外科的手术范围逐渐扩大,其具有手术创伤小、切口愈合快、美容效果好、术后护理方便、住院时间短等优点^[1]。本院于2012年3月~2013年10月对11例患者行腹腔镜辅助下乳腺癌改良根治术,取得较好的效果,现将方法及护理情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本院于2012年3月~2013年10月收治的

[基金项目] *本课题为广东省医学科研基金项目,项目编号为B2012330。

[收稿日期] 2014-04-10

[作者简介] 陈小珍(1973-),女,广东河源人,护士,主管护师,本科,主要从事临床护理工作。

11例乳腺癌患者,均为女性,年龄31~43岁,平均 (35.4 ± 2.8) 岁,病程2~6个月,平均 (2.6 ± 0.3) 月。手术适应证参照《治疗乳腺疾病腔镜手术操作指南》2008版^[2]:乳房松弛下垂不明显同时符合以下条件之一者:①有保留乳房指征的乳腺癌患者不能接受保乳手术者;②临床Ⅱa期乳腺癌,无明显皮肤和深部浸润;③保留乳头和乳晕复合体要求肿瘤边缘至乳晕边缘距离 ≥ 2 cm,且术前超声或X线证实乳头、乳晕部无癌浸润征象;④腋窝淋巴结无明显肿大、融合及与腋静脉无明显粘连;排除乳晕区的病例;术前病理活检明确诊断为乳腺恶性肿瘤。

1.2 手术方法

手术均在全麻下进行,患者取仰卧位,患侧抬高,以灭菌蒸馏水250 mL + 2%利多卡因20 mL + 注射用生理盐水250 mL + 0.1%肾上腺素0.5 mL配成溶脂液,溶脂后置入Trocarr做皮下隧道注入CO₂维持压力在4~6 mmHg^[2]。先完成吸脂法腹腔镜腋窝淋巴结清扫术再行乳腺切除。注射范围上界为腋窝顶皱襞、下界为前锯肌与背阔肌夹角处、前方为胸大肌外侧缘、后侧达背阔肌前缘。

1.3 手术配合

1.3.1 巡回护士 手术日巡回护士提前将腔镜视频系统、气腹机和超声系统等摆放在相应位置,等待主刀教授上台后协助调整图像清晰度、连接腔镜设备、记录超声刀使用情况。患者进入手术室后与其交谈,消除患者紧张情绪。核对患者信息,建立静脉通道,选择健侧上肢,留置导尿管,记录尿量,配合麻醉医师进行气管插管。根据肿瘤位置选择合适体位,本组 11 例患者均选择上肢前伸、前臂屈曲 90°,固定于头架^[2]。

1.3.2 器械护士配合 器械护士将器械包打开合理摆放,清点后按照手术顺序依次排列腔镜器械,并配合医师消毒、铺无菌巾。术中正确传递手术刀、trocar、超声刀、吸引器等手术器械,发现视野模糊时主动准备好热水和纱布供手术医师清洗镜头,协助医师将手术切除标本存放并收集好腋窝淋巴结;术毕协助医师完成引流管固定和包扎。

2 结果

11 例患者手术均顺利完成,手术时间 86~137 min,平均 (108.7 ± 10.2) min,住院时间 5~12 d,平均 (6.8 ± 0.7) d,术后手术区域发生轻度皮下气肿 1 例,患肢水肿 1 例,经对症处理后均恢复。

3 讨论

3.1 腔镜辅助乳腺癌改良根治术的优势

腔镜辅助下乳腺腺体切除和良性肿瘤切除术开展较早,手术安全可行、出血量少、切口隐蔽、术后恢复快,而腔镜辅助下乳腺癌改良根治术近几年才在部分医院逐步开展。应用腔镜器械可以抵达腋窝的狭小空间并利用镜头放大局部视野,使手术解剖更加清楚,并能对肋间臂神经、腋神经、胸背神经、胸长神经和腋窝淋巴脂肪组织更好的识别,方便腋窝淋巴结的清扫^[2]。而且术后淋巴水肿、皮下积液、患侧肢体感觉异常和活动障碍等并发症的发生率低于常规腋窝淋巴结清扫术^[2]。本组 11 例患者手术均顺利完成,随访 6 个月~2 年,未发现局部复发或全身转移。

3.2 护理

3.2.1 术前护理

3.2.1.1 心理护理 乳腺癌患者术前通常处于焦

虑状态,对手术的恐惧、对治疗结果的不确定以及对术后乳腺缺如的自卑心理^[3]。护理上除了常规入院宣教以外,重点向患者介绍腔镜手术的微创性和手术的彻底性及手术成功率和预后等相关知识,消除其心理疑虑^[4],增强患者治疗信心。

3.2.1.2 术前准备 术前手术区域备皮,完善各项术前检查,向患者介绍手术方式和术后可能出现的情况,指导患者练习腹式呼吸及患肢“爬墙练习”目的及方法。

3.2.2 术后护理

3.2.2.1 生命体征观察 本组患者术后给予取平卧位,保持呼吸道通畅,吸氧 2~3 h,减轻因术中使用 CO₂ 维持操作空间所引起的不适;严密监测患者生命体征情况,测量心率、血压及呼吸情况,每天 3 次,密切观察患者是否发生呼吸困难、气胸等并发症,本组患者术后生命体征稳定,无发生以上并发症。麻醉清醒后要求患者做健侧上肢活动和下床活动,以不引起术区疼痛为宜,术后 3 d 内患侧上肢制动,避免上臂外展,以免影响伤口愈合。

3.2.2.2 饮食护理 麻醉清醒后若患者无恶心、呕吐等,可给予清淡半流质饮食,并尽快过渡到普通饮食,选择营养丰富、易消化的食物,以利于患者术后恢复。

3.2.2.3 伤口与管道护理 术后伤口给予留置腋下引流管,适当包扎,露出乳头、乳晕,以观察血液供应情况,妥善固定引流管,保持引流通畅并维持有效吸引压力,每日观察并记录引流液的颜色、性质和量。若引流量逐渐减少、引流液颜色较浅为正常现象;若引流量突然增加、出现鲜红色血性液或引流液浑浊可能为出血或有感染。引流液 <10 mL/d 且变为淡黄色后拔除引流管。本组患者引流管在术后 3~5 d 拔除,平均 (3.8 ± 0.4) d。护理上注意伤口敷料有无脱落、是否干燥和弹力绷带的松紧度,密切观察患者乳头、乳晕血供情况,防止切口皮瓣坏死,若患侧肢端温度、颜色、脉搏等出现异常,及时报告医生处理。另外,术后按医嘱给予应用止血药物和抗生素,预防伤口感染。

3.2.2.4 并发症护理 腔镜辅助乳腺癌改良根治术后常见并发症包括出血、皮下气肿、患肢水肿等^[2]。出血最多见于术后 24 h 内,主要是由于术中对小血管的处理不当引起,一般经加压包扎及

适当使用止血药可控制出血,本组患者均未发生术后出血;皮下气肿的原因是术中 CO_2 压力过大,术后未能将手术区域的气体排除,多发生在术后 24 h,绝大多数可自行吸收,本组 1 例患者出现手术区域皮下气肿,在术后 7 d 自行吸收好转;皮瓣积液发生在术后 3~7 d,与术中分离不当、术后引流不畅有关,本组患者均未发生;患肢水肿与术中损伤淋巴管和静脉网、术后包扎过紧有关^[5],常于术后次日发生。本组 1 例患者发生患肢水肿,考虑局部包扎过紧,在松解后自行缓解。

3.2.2.5 康复训练指导 术后创面愈合后指导患者进行恢复性锻炼,指导患者进行手臂“爬墙”训练,每天早中晚各 1 次,每次 10~20 min,目的是尽早恢复患者的运动功能,促进创面的恢复,为下一步可能进行的乳房再造打好基础^[6-7]。

3.2.3 出院指导 出院时指导患者应均衡饮食,规律作息,避免重体力劳动及手术区域碰撞等,定时复查血常规、生化、肝功能,如白细胞低需回院进一步做升白细胞治疗;按国际指南制订化疗方案,嘱患者定时回院化疗。

4 小结

腔镜辅助下乳腺癌改良根治术的开展尚处于起步阶段,很多医院由于学科设置的限制,乳腺专业的医师接触腔镜的机会少,难以掌握腔镜技术,而腔镜外科的医师无法接触到乳腺疾病患者,缺乏常规乳腺癌改良根治术的操作经验,使手术的开展还不够普及。而且手术本身涉及的设备精密昂贵,操作复杂,难度大,这对临床护理提出了更高的要求^[8]。因此,要求护士应熟练掌握各种仪器设备的

性能、使用和保养方法,了解其工作原理,术前检查仪器性能,使其保持良好的工作状态;护士熟练掌握手术步骤,将各器械准确娴熟地传递给术者,节省手术时间,提高手术效率;术后指导患者进行康复训练,并配合后续治疗,让患者明白手术并不是治疗的终点,同时在整个围手术期中护理工作要细致入微,始终体现人文关怀^[9]。

参考文献:

- [1] 丁锦辉,罗超英.腔镜技术在乳腺癌手术中应用的研究进展[J].中国微创外科杂志,2010,10(10):949-951.
- [2] 中华医学会外科学分会内分泌外科学组.乳腺疾病腔镜手术技术操作指南(2008版)[J].中华乳腺病杂志(电子版),2009,3(1):95-105.
- [3] 庞华琼,章霞,冯佩兰,等.护理干预对乳腺癌患者焦虑、抑郁状态的影响[J].现代临床护理,2008,7(3):14-15.
- [4] 李海静,李月婵,古利丽,等.术前健康教育对乳腺癌患者术后主动康复意愿的影响[J].现代临床护理,2008,7(1):57-59.
- [5] 颜奇志,王立志,柳朝晖,等.乳腔镜辅助下乳腺癌腋窝淋巴清扫与传统开放手术术后并发症的比较分析[J].中国医药指南,2010,8(22):47-48.
- [6] 吴清时,伦丽芳,陈红梅,等.阶段性功能锻炼操对乳腺癌术后患者康复效果的影响[J].现代临床护理,2011,10(2):33-35.
- [7] 李淑萍,陈月姝.乳腺癌根治术后患肢功能锻炼效果的观察[J].现代临床护理,2006,5(6):16-17.
- [8] 刘梅芳,梁淑华,潘丽莹.乳腔镜下乳腺癌保乳根治术的护理配合[J].全科护理,2009,7(31):2828-2829.
- [9] Saini R, Paul S, Kaur A. Assessing and comparing the knowledge of nursing students regarding breast cancer[J]. Nurs J India, 2011, 102(11):258-259.

[本文编辑:刘晓华]

欢迎订阅《现代临床护理》杂志!