

乳腺癌患者保乳联合健侧缩乳术的护理

房晓娜 朱富娣

(哈尔滨医科大学附属肿瘤医院,黑龙江 哈尔滨 150086)

摘要 分析总结 29 例乳腺癌保乳手术联合对侧缩乳手术患者的护理体会。密切观察患者病情变化,做好手术前后的相关护理,缩乳手术的特殊护理。心理护理、康复护理出院指导及社会支持。提高患者的生活质量。

关键词 乳腺癌;保乳手术;缩乳手术;护理

中图分类号 R473.73 文献标志码 B DOI:10.3969/j.issn.1006-9143.2019.01.020 文章编号 1006-9143(2019)01-0068-02

手术治疗是乳腺癌综合治疗的重要组成部分,传统的治疗方式以根治术为主,术后乳房的缺如对外女性患者造成严重伤害^[1]。保乳手术将原发癌灶局部切除合并(或不合并)腋窝淋巴结清除配合放疗、化疗等综合治疗,可以保留患者大部分的乳房,减少术后并发症,保持患侧乳房的良好外形^[2]。保乳手术能够保留患者的部分乳房,但仍存在双侧乳房不对称,较大乳房保乳术后偏坠等问题。乳腺癌对侧乳房缩小整形术通过切除多余脂肪、腺体组织,在保证乳房泌乳和正常感觉的基础上,修复乳房形态,改善其外观,达到两侧乳房对称的目的^[3]。我科对 29 例乳腺肿瘤患者行保乳手术联合对侧乳房缩小整形术。经精心治疗及护理,取得了良好的效果,现将护理体会报告如下。

1 临床资料与方法

本组 29 例患者年龄 25~46 岁,均为女性、单发、

无广泛沙粒样钙化灶存在,无放疗禁忌证、未绝经。肿瘤直径 1.5~2.5 cm,无远处转移。术前未行放、化疗及内分泌治疗。符合保乳联合对侧缩乳手术条件。根据患者经济条件及对乳房的美观要求 29 例患者均选择行保乳联合对侧缩乳手术。术后 2 例患者出现切口裂开未出现刀口瘢痕增生,1 例出现皮下积液,无乳头坏死,经处理效果满意。术后经 12~48 个月随访对术后效果上较满意。

2 手术方法

保乳手术及健侧乳房缩乳术肿瘤原发灶切除范围包括肿瘤、肿瘤周围 1~2 cm 乳腺组织及肿瘤深部的胸大肌筋膜,活检穿刺针道、活检残腔及活检切口皮肤瘢痕。如肿瘤位置较深,临床判断未累及皮肤,可不切除肿瘤表面皮肤,切缘距瘤缘>1 cm,术中病理证实切缘无癌细胞残留。所有患者均行前哨淋巴结活检术。前哨淋巴结阳性者行腋窝淋巴结清扫术,所有患者术后乳腺残腔均放置负压引流管。本组 14

作者简介:房晓娜,护士长,主管护师,本科

3.3 满意率 观察组利用微信实施延续护理干预提高了患者的依从性和主动配合能力,从而降低了并发症,减少了矫治器的损坏率,提高了治疗效果,患者的满意率高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

4 小结

微信多方面的功能使得难以理解的医学知识和护理技术变得通俗易懂,图片的多样性和视频的趣味性使患者愿意接受和学习^[7]。保证患者延续护理的实施效果,从而提高了患者的依从性,降低并发症的发生率。运用网络平台对口腔正畸患者进行延续健康教育是新时代优质护理的一种应用体现,它不仅促进了人们健康行为的建立,而且通过知识延续和分享使之达到并保持最佳的健康状态,同时也提高了患者对医疗的满意度^[8]。

参考文献

- [1] 李广娜. 影响青少年正畸依从性的因素及对策[J]. 天津护理, 2016,24(5):466-467.
- [2] 梁旦丽,黄敏莉. 青少年正畸治疗个体化口腔护理的研究[J]. 当代护士(中旬刊),2014(8):83-84.
- [3] 包己男,姜茹鑫,白姆,等. 信息技术在结直肠癌患者延续护理中的应用进展[J]. 中华护理杂志,2017,52(3):280-284.
- [4] 傅民魁. 口腔正畸学[M]. 5 版. 北京,人民卫生出版社,2007:49-52.
- [5] 刘红彦,李惠山,贾凯,等. 青少年正畸病人在治疗中合作行为问卷的编制[J]. 中华口腔医学杂志,2005,40(2):141.
- [6] 刘红彦,姜潮,杨丽珠. 青少年正畸患者在治疗中合作行为的研究[J]. 口腔正畸学,2004,11(1):24.
- [7] 穆红. 微信指导平台对乳腺癌术后患者功能锻炼依从性的效果评价[J]. 天津护理,2017,25(1):59-61.
- [8] 张建兰,余萍,张阳. 移动网络平台在口腔正畸健康教育中的应用[J]. 解放军护理杂志,2017,34(13):64-66.

(2018-07-25 收稿,2018-10-29 修回)

例行腋窝淋巴结清扫术患者留置腋窝残腔引流管。缩乳手术采用双环法乳房整形术。沿乳晕作一环形切口,切开皮肤,去除双环间表皮,剥离皮肤及腺体间的组织,对于乳房下垂者,分离形成乳腺瓣。再将保留的乳腺组织瓣相互缝合,部分腺体组织折叠缝合,将真皮帽缘与保留的乳腺包膜或乳腺基底筋膜缝合固定,重塑乳房形态,加压包扎固定。术后所有患者行放射治疗。并根据术后病理结果及病理分期,进行化疗、内分泌治疗及靶向治疗等综合治疗。

3 护理

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 乳腺癌患者因担心手术预后、肿瘤复发、美容效果而引发不同程度的焦虑及悲观等心理。本组 6 例患者因恐惧手术及担心术后美容效果出现不适感和自怜悲观的心理。表现为沉默、焦虑、拒绝进食及偷偷哭泣等。针对此情况为患者详细讲解乳腺癌保乳联合缩乳手术的方法及安全性,借助画册展示等方式向患者普及注意事项及术后的反应、效果,并向患者介绍成功的手术病例,让患者了解保乳联合缩乳手术已经是很成熟的手术方式,且具有恢复快、创伤小,生存率高及复发率与传统根治术没有差别,术后乳房外形和功能保持良好等优点。帮助患者树立战胜疾病的信心,以消除患者的心理顾虑使患者在精神放松的情况下实施手术,保证患者围手术前的安全。

3.1.2 术前准备 术前常规术区备皮,检查术区皮肤有无毛囊炎、皮疹、划痕、破溃等排除易感染因素。缩乳手术须测量身高、立位测量乳头的位置和乳房下皱襞线^[9]。协助医师对新乳头的位置和乳房的大小进行设计。配合医师设计手术切口和术区范围,并进行标记。对乳房正位、左右侧位、左右半侧位、后背 6 个方位照相便于术后对比。

3.2 术后护理

3.2.1 一般护理 遵医嘱给予心电监护,吸氧 3 L/min,密切观察患者血压、心率、心律、呼吸、敷料渗血、腋窝皮下瘀血等情况,待患者完全清醒后采取半卧位,以减轻局部肿胀和疼痛,利于积血的引流并减轻缝合口的张力。指导患者用枕头抬高患肢、按摩,避免长时间压迫患肢产生淋巴液过多形成上肢水肿。嘱患者避免剧烈运动及牵拉上肢,预防术区出血和切口裂开。本组术后 2 例患者因自身凝血功能差及活动不当导致切口裂开及敷料渗血,及时给予加压包扎与止血,经处理伤口愈合良好。

3.2.2 负压引流护理 保乳联合对侧缩乳术切除组织多,创伤面积较大,为了预防和减少并发症的发生给予负压引流,有利于伤口愈合增加皮瓣成活率,防止形成皮下淤血及感染坏死。根据引流液量负压引流 1~3 天,每 4~6 h 对引流管抽吸一次,防止引流管扭曲。每日引流量 100~200 mL,如若超过 300 mL 且呈鲜红色考虑为活动性出血。术区剧烈胀痛,提示有血肿形成,应立即通知医生处理。本组 1 例患者因术后引流管放置不当引起引流不畅,形成皮下积液,切开放置引流管抽吸后重新置管。

3.2.3 密切观察乳头、乳晕血运 密切观察乳头及乳晕皮肤的颜色以防发生乳头乳晕坏死,如皮肤呈暗紫色,提示局部血运障碍,应立即通知医生给予对症治疗,本组未有乳头乳晕坏死者。

3.2.4 功能锻炼 术后 24 h 护士指导患者轻微锻炼手腕及握拳运动一日 2 次,一次 15~20 min。术后 3 天进行耸肩,上抬手臂,手臂外展,肩关节,肘关节的功能锻炼,避免肩关节活动量过大崩开腋下伤口,根据创口愈合、体力情况逐渐做上肢旋转、外展、抬举等运动,锻炼需循序渐进,不可急于求成、强力为之。

3.2.5 出院指导 保乳联合缩乳术患者在术后全部拆除缝线后嘱咐患者每天擦拭乳头,利于乳头感觉的产生,防止瘢痕增生,1 个月后嘱患者按摩乳房以改善乳房质地并佩戴高弹文胸 6 个月以上促进乳房美容塑形。

4 小结

乳腺癌保乳术联合对侧乳房缩小术既能达到治疗效果,同时保持了乳房的外观,具有重要意义。术后护理人员对患者病情的主要特点和症状进行相应的护理,结果显示患者并未出现缩乳术后乳头、乳晕坏死,患侧上肢淋巴水肿等不良反应,避免感染的发生。患者均恢复良好,满意出院。

参考文献

- [1] Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials[J]. Lancet, 2005, 365(9472):1687-1717.
- [2] 张霞.早期乳腺癌保乳术的围手术期护理[J].中国美容医学, 2012,21(7):287-288.
- [3] 李凤,曹东升,谢娟,等.改良垂直双蒂法巨乳缩小术的临床应用[J].安徽医科大学学报, 2014,49(6):842-844.
- [5] 许静.一例妊娠中期乳腺癌患者保乳手术的护理[J].天津护理, 2014,24(2):174-175.

(2018-01-08 收稿,2018-03-10 修回)