

第十四章 乳房疾病患者的护理



学习目标

通过本章内容的学习，学生应能：

◆ 识记

1. 列举急性乳腺炎、乳腺癌发病的相关因素、辅助检查方法。
2. 描述急性乳腺炎、乳腺囊性增生病、乳房肿瘤的临床表现和治疗原则。

◆ 理解

1. 解释乳腺癌患者出现酒窝征、橘皮征的原因。
2. 比较乳腺癌不同手术方式的特点及可能出现的并发症。

◆ 运用

1. 评估急性乳腺炎患者并为其制订护理计划。
2. 评估乳腺癌患者并为其制订护理计划。

第一节 急性乳腺炎

急性乳腺炎（acute mastitis）是乳腺的急性化脓性感染，多见于产后哺乳期妇女，初产妇更为多见，发病多在产后 3 ~ 4 周。

案例 14-1A

女性，25 岁，初产妇，剖宫产后第 4 天，出现双乳肿胀、疼痛，乳汁排泄不畅 2 天。

体检：T 39℃，P 96 次/分，R 20 次/分，BP 120/80mmHg。双乳肿胀、红、热，可触及多个肿块，压痛明显，边界不清，无波动感。

血常规：WBC $13.1 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞 0.9。

问题与思考：

该患者护理评估内容有哪些？

【护理评估】

（一）临床表现

1. 症状 轻度感染患者感觉乳房胀痛。随着炎症的发展，疼痛加剧，呈搏动性，此时全





身症状明显,出现高热、寒战、脉率加快。

2. 体征 轻度感染乳房可触到胀痛性肿块,表面皮肤红热。严重感染时还可触到患侧腋下淋巴结肿大、压痛。后期炎症病灶可形成乳房脓肿,脓肿可以是单房或多房,表浅脓肿可向外破溃,深部脓肿可穿至乳房与胸肌间的疏松组织中,形成乳房后脓肿。感染严重者可并发脓毒症。

(二) 辅助检查

1. 实验室检查 血常规可见白细胞计数及中性粒细胞比例升高。
2. 诊断性穿刺 穿刺抽出脓液可确诊脓肿形成。
3. B超 可了解脓肿的数目、部位和大小。

(三) 与疾病相关的健康史

1. 乳汁淤积 常见原因有:①乳头发育不良影响乳汁排出;②乳汁分泌过多或婴儿吸乳过少导致乳汁不能完全排空;③乳管不通,影响排乳。

2. 细菌入侵 致病菌以金黄色葡萄球菌为主,少数为链球菌。乳头破损或皲裂使细菌沿淋巴管入侵是感染的主要途径,细菌也可以直接侵入乳管引起感染。婴儿口含乳头入睡或婴儿有口腔炎时可导致细菌入侵。

(四) 心理社会状况

由于患者多为初产妇,缺乏哺乳相关知识,出现乳腺炎后,患者常因患侧不能进行哺乳而担心婴儿营养状况,从而产生焦虑。

(五) 治疗原则

1. 一般处理 患侧乳房停止哺乳,用吸乳器吸净乳汁。局部热敷利于早期炎症的消散。
2. 抗菌药应用 针对金黄色葡萄球菌可应用青霉素进行治疗,或根据细菌培养的结果选用抗菌药。
3. 脓肿形成 脓肿一旦形成,应及时切开引流,但切开时应避免损伤乳管而形成乳瘘,应作放射状切口,乳晕下脓肿应沿乳晕边缘作弧形切口。深部脓肿或乳房后脓肿可沿乳房下缘作弧形切口,经乳房后间隙引流。脓腔较大时,可在脓腔的最低部位另加切口作对口引流。
4. 终止泌乳 若感染严重或脓肿引流后并发乳瘘,应停止哺乳。可口服己烯雌酚1~2 mg,每日3次,共2~3日;或肌肉注射苯甲酸雌二醇,每次2 mg,每日1次,至乳汁停止分泌为止。

案例 14-1B

该患者医疗诊断为急性乳腺炎,给予青霉素治疗2天,乳房皮肤变成暗红,右侧乳房可触及一搏动肿块,穿刺抽出黄绿色脓液,拟行脓肿切开引流。

问题与思考:

1. 该患者术后可能出现哪些并发症?
2. 如何观察和护理?

【主要护理诊断/合作性问题】

1. 疼痛 与乳汁淤积、乳腺炎有关。
2. 体温过高 与乳腺炎有关。
3. 潜在并发症 乳房脓肿、乳瘘等。



**【护理措施】**

1. 病情观察 定时测量体温、脉搏、呼吸，了解血白细胞计数及分类变化。
2. 停止哺乳 患侧停止哺乳，定时用吸乳器吸净乳汁，防止乳汁淤积。
3. 对症处理 用宽松的胸罩托起乳房，可减轻疼痛，促进血液循环。高热时给予物理降温，必要时给予解热镇痛药物。
4. 伤口护理 脓肿切开引流后，保持引流通畅，定时进行换药。
5. 健康教育 指导患者避免乳汁淤积，防止乳头损伤，保持局部清洁，以预防急性乳腺炎的发生。
 - (1) 饮食：进高蛋白、高热量、高维生素饮食，保证摄入足够的水分。
 - (2) 休息：注意产后保证充分的休息，防止产妇过于劳累、免疫力降低。
 - (3) 卫生：产褥期养成良好的卫生习惯，定期沐浴、勤更衣。哺乳前后用温水、肥皂洗净两侧乳头。
 - (4) 纠正乳头内陷：经常挤捏、提拉乳头，矫正乳头内陷。
 - (5) 养成良好的哺乳习惯：逐步建立定时哺乳的习惯，每次哺乳后通过按摩或使用吸乳器排空乳汁，避免乳汁淤积。勿让婴儿口含乳头入睡，注意观察婴儿口腔卫生。乳头有破损或皲裂时要及时治疗。

第二节 乳腺囊性增生病

乳腺囊性增生病（mastopathy）是乳腺实质的良性增生，常见于中、青年女性。增生可发生于腺管周围并伴有大小不等的囊肿形成；或腺管内表现为不同程度的乳头状增生，伴乳管囊性扩张；也有发生于小叶实质者，主要为乳管及腺泡上皮增生。

【护理评估】**（一）临床表现**

1. 乳房胀痛 疼痛具有周期性，常发生或加重于月经前期，月经后可减轻或消失。
2. 乳房肿块 常为多发性，一侧或双侧乳腺有弥漫性增厚，可局限或分散，肿块呈颗粒状、结节状或片状，大小不一，质韧，与周围组织分界不清，无腋窝淋巴结肿大。肿块在月经周期后可缩小。
3. 乳头溢液 少数患者可有乳头溢液。溢液可呈黄绿色、棕色或血性，偶为无色浆液。

（二）辅助检查

1. 红外线透照扫描 可用于人群的普查和初筛，但对于肿块的良、恶性鉴别不确切。
2. 钼靶X线 可鉴别良、恶性病变。增生的乳腺组织表现为边界不清、密度增加的阴影，但无毛刺现象。若发现簇状分布的微小钙化灶，常是癌症的早期征象。
3. B超 增生的乳腺呈不均匀的低回声区，囊肿部位为无回声区。
4. 活组织病理检查 可用细针穿刺吸取细胞进行病理学检查，确定肿块的性质。

（三）与疾病相关的健康史

了解患者的雌激素应用情况及月经史、婚育史、流产史，乳房肿块、乳房疼痛随月经周期的变化情况。病情在精神压力大、情绪波动、劳累及生活不规律时可较明显，结节硬度和触痛在月经来潮前可加重。

（四）心理社会状况

本病在妇女中较为常见，临床表现有时与乳腺癌容易混淆，常会给患者带来沉重的精神压力，导致患者出现焦虑、抑郁、恐惧等心理反应。





（五）治疗原则

主要是对症治疗，常用中药或中成药调理，如口服中药逍遥散，也可应用碘剂、激素和维生素类药物进行治疗。因本病有癌变可能，应坚持定期复查，对于乳腺癌的高危人群应考虑手术治疗。

【主要护理诊断 / 合作性问题】

1. 疼痛 与腺体增生及雌激素水平增高有关。
2. 焦虑 与担心发生乳腺癌有关。

【护理措施】

1. 心理护理 告知患者乳房疼痛和轻度乳腺增生不是癌前病变。乳腺囊性增生病患者乳腺癌的发生率是正常人群的 2 ~ 3 倍，通过乳房自检、定期体检可以及时观察乳房变化，早期发现乳腺癌。应注意保持情绪稳定，调整生活规律，注意劳逸结合。
2. 病情观察 教会患者作乳房自检，在每次月经后 7 ~ 10 天检查乳房肿块的变化。嘱患者每 3 ~ 6 个月去医院复查一次。
3. 对症处理 月经期选择宽松的内衣，可减轻乳房疼痛的症状。
4. 药物应用 遵医嘱服用疏肝理气的中药缓解乳房疼痛症状。

第三节 乳房肿瘤

女性乳房肿瘤发病率较高，良性肿瘤以纤维腺瘤最多见，约占良性肿瘤的 3/4，乳管内乳头状瘤约占良性肿瘤的 1/5。乳房恶性肿瘤中 98% 都为乳腺癌，肉瘤少见。男性乳腺癌的发病率约为女性的 1%。

一、乳房纤维腺瘤

乳房纤维腺瘤（fibroadenoma of breast）是女性最常见的乳房良性肿瘤，20 ~ 25 岁为高发年龄。

【护理评估】

（一）临床表现

表现为无痛性乳房肿块，好发于乳房外上象限，约 75% 为单发，少数多发。肿块质韧，有弹性，表面光滑，活动度大，易推动。月经周期对肿块的大小无影响。

（二）与疾病相关的健康史

由于雌激素水平的增高与本病密切相关，因此，处于卵巢功能旺盛阶段的青少年女性发病率较高。

（三）心理社会状况

由于担心肿块可能为恶性，患者常会产生焦虑等心理反应。

（四）治疗原则

乳房纤维腺瘤属于良性肿瘤，癌变可能性很小，但有恶变可能。有效的治疗方法是局麻下手术切除，切下的肿块常规做病理检查。妊娠可使纤维腺瘤增大，因此妊娠前后发现的纤维腺瘤应手术切除。

【主要护理诊断 / 合作性问题】

1. 焦虑 与担心乳房肿块可能为恶性肿瘤有关。
2. 疼痛 与乳房肿块切除术后伤口有关。





【护理措施】

告知患者乳房纤维腺瘤是青年女性常见的乳房良性肿瘤，极少发生恶变。手术一般在门诊手术室进行，术后常规做肿块病理检查。但由于乳房纤维腺瘤术后有复发可能，纤维腺瘤的复发会给患者带来较大的心理压力，应做好心理护理。

二、乳管内乳头状瘤

乳管内乳头状瘤（intraductal papilloma）多见于40～50岁的经产妇，75%的乳头状瘤发生在大乳管近乳头的壶腹部，瘤体很小，且有很多薄壁的血管，所以容易出血。

【护理评估】

（一）临床表现

患者一般常无自觉症状，乳头溢液为主要临床表现，溢液可为血性、暗棕色或黄色。肿瘤通常较小，不易触及。大乳管内的乳头状瘤，可在乳晕区扪及直径为数毫米的小结节，多呈圆形，质软，可推动，轻压肿块可见乳头溢出血性液体。

（二）辅助检查

乳头溢液可涂片进行细胞学检查，还可通过B超、乳房钼靶X线和病理检查协助确诊。

（三）与疾病相关的健康史

该病好发于中年女性，应注意评估患者的年龄特点。

（四）心理社会状况

由于担心罹患恶性疾病，患者常会有焦虑等心理反应。

（五）治疗原则

手术治疗为主，乳管内乳头状瘤一般为良性肿瘤，6%～8%的病例有恶变可能，应尽早手术切除肿块，切下肿块常规做病理检查，如有恶变则行乳腺癌根治术。对年龄较大、乳管上皮增生活跃或间变者可行单纯乳房切除术。

【主要护理诊断/合作性问题】

1. 焦虑 与担心发生乳腺癌有关。
2. 疼痛 与乳房手术切口有关。

【护理措施】

患者出现无痛性乳头溢血后会担心乳腺癌的发生，溢液污染衣物也为患者的工作、生活带来很大不便，建议患者尽快就诊，接受治疗。接受手术治疗的患者，围术期护理参考乳腺癌手术前、后相关护理内容。

三、乳腺癌

乳腺癌（breast cancer）是女性最常见的恶性肿瘤之一，占全身恶性肿瘤的7%～10%，仅次于宫颈癌，发病呈逐年上升的趋势。北美地区乳腺癌的发病率最高，非洲、亚洲、南美等地区的发病率低。我国属于乳腺癌的低发地区，但在我国的部分大城市，乳腺癌已居女性恶性肿瘤的首位。乳腺癌的发病人群以45～50岁的女性居多，且有年轻化趋势。

乳腺癌的发病原因目前尚不清楚，发病危险因素包括内分泌因素、饮食因素、遗传因素等，乳腺小叶上皮高度增生或不典型增生可能与乳腺癌的发病有关。放射线、口服避孕药及精神因素、环境和生活方式等也有一定关系。癌肿可直接浸润皮肤、胸筋膜、胸肌等周围组织；或沿乳房淋巴液的4个输出途径扩散；或经淋巴转移进入血液循环，亦可直接侵入血液循环。最常见的血行转移部位为肺、骨、肝。





案例14-2A

女性, 45岁, 偶然发现左乳房外上象限无痛性肿块2周, 无乳头溢液。

体检: 左乳房外上略隆起, 表浅静脉充盈, 可见局部皮肤凹陷, 乳头向外上歪斜, 双乳头不在同一水平线上。左乳外上象限约10点处距乳头5cm触及一直径约3cm的肿块, 表面不光滑、质硬、无压痛, 活动度小, 与表面皮肤有少许粘连, 与胸大肌无粘连。左侧腋窝可扪及直径1cm大小肿大的淋巴结, 光滑、活动、较硬。右乳未触及肿块。

钼靶X线: 左乳房外上象限直径约3cm大肿块影, 边缘有细小毛刺, 肿块内可见细小钙化灶。

针吸细胞学检查示: 浸润性中分化导管癌; 雌激素受体(-), 孕激素受体(-), 人表皮生长因子受体-2 3+。

问题与思考:

该患者护理评估内容有哪些?

【护理评估】

(一) 临床表现

1. 乳房肿块 早期为无痛、单发的小肿块。肿块质硬, 表面不光滑, 与周围组织分界不清, 且不易被推动。患者常无自觉症状, 肿块多在洗澡、更衣时无意发现。肿块多见于外上象限, 其次是乳头、乳晕和内上象限。少数患者伴有单侧乳头血性或棕红色溢液。

2. 乳房外形改变 随着肿瘤的增大, 可引起乳房局部隆起。邻近乳头或乳晕的癌肿可侵入乳管使之缩短, 将乳头牵拉向癌肿一侧, 进而可使乳头扁平、回缩、凹陷。若累及乳房悬韧带(Cooper韧带), 可使之缩短, 引起乳房表面皮肤凹陷, 形成“酒窝征”。当癌肿继续增大时, 癌细胞可阻塞于皮下、皮内淋巴管, 引起局部淋巴水肿。由于皮肤在毛囊处与皮下组织连接紧密, 毛囊处出现凹陷, 皮肤出现“橘皮样”改变。

3. 晚期征象及转移表现 乳腺癌发展至晚期, 可侵入胸筋膜、胸肌, 以致癌肿固定于胸壁而不易推动。如癌肿侵及皮肤, 可出现多个坚硬小结, 形成“卫星结节”。有时癌肿侵及皮肤可破溃形成溃疡, 伴有恶臭和出血。癌肿侵及胸壁可使胸壁紧缩呈铠甲状, 使呼吸受限。常见的淋巴转移部位为患侧腋窝淋巴结, 肿大的淋巴结质硬、无痛、可推动, 以后数目增多, 可融合成团, 甚至与皮肤或深部组织黏着。肺转移可出现胸痛、气急, 骨转移可出现局部疼痛、病理性骨折, 肝转移可出现肝大、黄疸等。此外, 晚期乳腺癌患者可出现消瘦、乏力、贫血、发热等恶病质表现。

4. 特殊乳腺癌表现

(1) 炎性乳腺癌(inflammatory breast carcinoma): 较少见, 多见于年轻女性, 尤其是妊娠及哺乳期的妇女。局部皮肤可呈炎症样表现, 开始时比较局限, 不久即扩展到乳房大部分皮肤。皮肤发红、水肿、增厚、粗糙、表面温度升高, 触诊整个乳房肿大变硬, 无明显局限性肿块。发展迅速, 预后差。

(2) 乳头湿疹样乳腺癌(Paget's carcinoma of breast): 少见, 恶性程度低, 发展慢, 淋巴转移出现较晚。乳头有瘙痒、烧灼感, 以后乳头和乳晕的皮肤变粗糙、糜烂如湿疹样, 进而形成溃疡, 有时覆盖黄褐色鳞屑样痂皮。部分病例于乳晕区可扪及肿块。

(二) 辅助检查

1. X线检查 常用方法是乳房钼靶X线摄片(radiography with molybdenum target tube), 正确诊断率可达90%以上, 其致癌危险性接近自然发病率。钼靶X线穿透性较弱, 便于区别





乳房内各种密度的组织,可发现较小肿块和钙化灶,并能较为清晰地观察乳房的形态和结构。

2. B超 属无创检查,可反复使用,主要用来区别囊性或实性病灶。B超结合彩色多普勒超声检查可进行血供情况检查,通过显示乳腺肿块内部及其周围的血管数目、分布情况、血流速度等,用以鉴别乳腺肿块的良恶性。

3. 近红外线扫描 利用红外线透照乳房时,各种密度组织可显示不同的灰度影,从而显示乳房肿块。此外,红外线对血红蛋白的敏感度强,可显示肿块周围的血管情况。但该检查有一定的假阴性和假阳性,可用于普查。

4. 活组织病理检查 是确定肿块性质最可靠的方法。目前常用细针穿刺肿块吸取活组织细胞的检查方法,但取材较少,难以观察组织结构。对疑为乳腺癌者,应作肿块切除术,同时作快速病理检查。若有乳头溢液,应作溢液涂片细胞学检查寻找癌细胞,阴性者不排除乳腺癌的可能。

5. 血清学检查 进行血清 C-erb-B₂ 蛋白 P185、CA153、CA549 等肿瘤标记物的测定,但敏感性和特异性较低,不能用于早期诊断,多数只用于术后随访。

(三) 与疾病相关的健康史

1. 年龄 本病 20 岁以后发病率迅速上升,45 ~ 50 岁较高,绝经后发病率继续上升,可能与年老者雌酮含量升高有关。

2. 月经婚育史 月经初潮年龄早、绝经年龄晚、未孕及初次足月产年龄较大的女性发病机会增加。

3. 饮食习惯 高脂饮食与乳腺癌的发病有关。过多脂肪的摄入可引起肥胖,加强或延长雌激素对乳腺上皮细胞的刺激,从而增加发病机会。

4. 家族史 母亲或姐妹中有乳腺癌病史者,乳腺癌的发病危险性高出正常人群 2 ~ 3 倍。某些癌基因在乳腺癌家族遗传中起到重要作用。

5. 其他 相关疾病史、服用药物情况以及生活环境等。

(四) 心理社会状况

了解患者职业、文化程度、婚姻状况、对有关疾病知识的掌握状况,以及患者及家属对疾病的看法、认识、反应及适应水平,患者的自我概念,家庭经济与社会支持情况,这些都会影响到患者对疾病的接受程度、治疗的效果以及术后的康复。应注意评估患者对疾病及对自身形象变化的认识和反应。

(五) 治疗原则

手术治疗是乳腺癌的主要治疗方法之一,还应辅以化学治疗、放射治疗、内分泌治疗以及生物治疗等进行综合治疗。

1. 手术治疗 1884 年 Halsted 提出了乳腺癌根治术,但随着手术范围的扩大,发现术后生存率并无明显改善。近年, Fisher 通过大量研究提出乳腺癌自发病开始即是一个全身性疾病,因而主张缩小手术范围,加强术后综合辅助治疗。手术方式的选择应根据病理分型、疾病分期及辅助治疗的条件而定。对于可切除的乳腺癌,手术要最大程度地切除,以提高生存率,然后再考虑外观和功能。

(1) 乳腺癌根治术 (radical mastectomy): 手术切除范围包括整个乳房、胸大肌、胸小肌、腋窝及锁骨下淋巴结,皮肤的切除范围一般距肿瘤 3cm,手术范围上至锁骨,下至腹直肌上段,外至背阔肌前缘,内至胸骨旁或正中line。该术式可清除腋下组 (胸小肌外侧)、腋中组 (胸小肌深面) 及腋上组 (胸小肌内侧) 3 组淋巴结。在综合辅助治疗条件较差的地区,乳腺癌根治术还是比较适合的手术方式。

(2) 乳腺癌扩大根治术 (extensive radical mastectomy): 在上述清除腋窝淋巴结的基础上,同时切除胸廓内动、静脉及其周围淋巴结 (即胸骨旁淋巴结)。胸骨旁淋巴结转移如术后无放





疗条件,可行扩大根治术。

(3) 乳腺癌改良根治术(modified radical mastectomy): 有两种术式,一是保留胸大肌,切除胸小肌;一是保留胸大、小肌,但不能清除腋上组淋巴结。是目前Ⅰ期、Ⅱ期乳腺癌常用的手术方式。

(4) 全乳房切除术(total mastectomy): 手术必须切除整个乳腺,包括腋尾部及胸大肌筋膜。该术式适用于原位癌、微小癌及年迈体弱不宜作根治术者。

(5) 保留乳房的乳腺癌切除术(lumpectomy and axillary dissection): 手术包括完整切除肿块及腋淋巴结清扫,要确保切除肿块的边缘无肿瘤细胞浸润,术后必须辅以放疗、化疗。在保证肿瘤切除及淋巴结最大清除的基础上,对于Ⅰ期、Ⅱ期的乳腺癌可考虑采用本术式,利于改善外形。

2. 化学治疗(chemotherapy) 化疗在乳腺癌的整个治疗中占有重要的地位,是必要的辅助治疗方法,可降低术后复发率。主张采用早期、多疗程、联合化疗的方法,治疗期以6个月左右为宜。常用的化疗方案有CMF方案(环磷酰胺、甲氨蝶呤、氟尿嘧啶)、CAF方案[环磷酰胺、多柔比星(阿霉素)、氟尿嘧啶]、ACMF方案(阿霉素、环磷酰胺、甲氨蝶呤、氟尿嘧啶)、MFO方案(丝裂霉素、氟尿嘧啶、长春新碱)等。

化疗的主要不良反应有呕吐、静脉炎、肝功能异常、骨髓抑制等。化疗期间应定期检查肝功能、白细胞计数,若白细胞计数 $<3 \times 10^9/L$,应延长用药间隔时间或停药。

3. 放射治疗(radiotherapy) 是乳腺癌局部治疗的方法之一,术前、术后均可采用。在保留乳房的乳腺癌手术后,放射治疗是重要的组成部分。术后在肿块切除部位、锁骨上、胸骨旁以及腋窝等区域进行照射。此外,进行骨转移灶及局部复发灶照射,可缓解症状。

4. 内分泌治疗(endocrinotherapy) 乳腺发生癌变后,部分癌细胞上雌激素受体(estrogen receptor, ER)保留,这使乳腺癌细胞的生长和分裂仍受到雌激素的内分泌控制,这种细胞称为激素依赖性细胞。手术切除的乳腺癌标本常规测定雌激素受体(ER)和孕激素受体(progesterone receptor, PgR)。内分泌疗法在于取消或抑制雌激素,从而使癌细胞不能分裂和增殖。常用雌激素拮抗剂为他莫昔芬(Tamoxifen, TAM),每天用量为20mg,至少服用3年,一般服用5年。该药安全有效,副作用有潮热、恶心、呕吐、静脉血栓形成、眼部副作用、阴道干燥或分泌物多,长期应用后少数病例可能发生子宫内膜癌,但其发病率低,预后良好。研究表明,乳腺癌术后辅助应用他莫昔芬利多弊少。

5. 生物治疗 目前临床已推广使用曲妥珠单抗注射液(赫塞汀),针对HER2过度表达的乳腺癌的治疗。

案例14-2B

该患者明确诊断为乳腺癌,给予紫杉醇及顺铂联合化疗,同时行曲妥珠单抗(赫塞汀)治疗,经4个疗程术前化疗,肿块明显缩小,之后行左乳腺癌改良根治术。

问题与思考:

1. 该患者术后可能出现哪些并发症?
2. 如何观察和护理?

【主要护理诊断/合作性问题】

1. 身体意象紊乱 与乳腺癌根治术切除乳房、术后瘢痕形成有关。





2. (进食、卫生、如厕)自理缺陷 与术后患侧上肢活动受限有关。
3. 潜在并发症 出血、患侧上肢水肿(淋巴水肿)、皮下积液、皮瓣坏死等。



知识链接

乳腺癌相关淋巴水肿

淋巴水肿是乳腺癌术后患者最常见的并发症,可以发生在患侧手部、臂部以及胸部。淋巴水肿一旦发生,通常难以治愈,严重时不仅可以影响肢体功能,导致自理能力下降;还可引发多种症状,降低患者生活质量。乳腺癌术后淋巴水肿没有统一的诊断方法,最常用的评估方法是症状评估法和肢体容量测量法。乳腺癌淋巴水肿的风险因素包括疾病与治疗相关因素、患者自身因素和行为因素等。疾病因素包括肿瘤大小和部位、疾病分期、是否有腋窝淋巴结转移、合并高血压、既往手臂感染史和损伤史;治疗相关因素包括手术方式、放疗、化疗、术后并发症(如皮下积液、术后伤口感染)等;患者自身因素包括年龄、肥胖、遗传等;此外,患者的淋巴水肿相关危险行为也与其淋巴水肿的发生有关。尽管许多研究证实体力活动可以改善乳腺癌患者的肢体功能与生活质量,但乳腺癌患者的体力活动或锻炼与淋巴水肿发生之间的关系还不明确。

——选自《乳腺癌术后淋巴水肿的风险因素、评估与管理》,中华外科杂志,
2013, 51(5): 458-462

【护理措施】

(一) 术前护理

1. 心理护理 乳腺癌患者不仅要经受恶性肿瘤的打击,还会由于患侧胸部形态的改变而产生恐惧、沮丧、焦虑等不良心理反应。患者一般要经历震惊、退缩、认可、重建4个阶段才能在心理上接受身体外形的变化。应多与患者进行沟通,对患者表示关心,鼓励患者说出自己的感受。向患者及家属解释手术方法,告知术前、术后注意事项,耐心回答患者的问题,解除其思想顾虑。告知患者乳房重建的可能性,介绍义乳的佩戴方法。安排手术成功的患者与之进行交流,增强患者的信心。

2. 停止妊娠或哺乳 妊娠期及哺乳期发生乳腺癌的患者,应立即停止妊娠或哺乳,以减轻激素的作用。

(二) 术后护理

1. 体位 乳腺癌一般是在全麻下进行手术,术后患者取去枕平卧位,头偏向一侧。待患者清醒、血压平稳后可改为半坐卧位,以利于呼吸和引流。

2. 饮食 术后6h无恶心、呕吐等麻醉反应时可给予正常饮食,注意保证足够营养的补充。

3. 伤口护理 术后手术部位用胸带或绷带加压包扎,使皮瓣能够紧贴创面,促进皮瓣愈合。术后应定时检查绷带或胸带的松紧度,注意观察患侧肢体远端的血运状况,若出现皮肤青紫、脉搏不能扪及,提示包扎过紧、腋部血管受压,应及时调整绷带或胸带的松紧度。术后3天左右拆除绷带或胸带,注意皮瓣或植皮区皮肤血供情况。

4. 引流管护理 术后常规放置引流管,可以引流皮瓣下的积液、积血,使皮肤紧贴创面,避免皮瓣坏死、感染,促进创腔闭合。注意观察引流液的颜色、性质、量,保持持续负





压,并妥善固定。术后1~2天,引流管每日引流血性液体50~100 ml,以后逐渐减少。术后4~5天,创腔无积液,皮瓣紧贴创面即可拔管。拔管后若出现皮下积液,应抽液后加压包扎。

5. 患侧上肢护理 术后预防性抬高患侧上肢,促进血液和淋巴液的回流,防止患肢水肿的发生。注意保护患侧上肢,不在患肢进行测血压、静脉穿刺等护理操作。术后3天患侧上肢制动,避免外展上臂,下床活动应用吊带托扶。

6. 功能锻炼 为避免患侧上肢的功能障碍,术后24h就可以开始腕部活动,3~5天后开始肘部活动,7天上举,10天外展。待腋下引流管拔除之后,术后10~12天可教患者逐渐作上臂的全范围关节活动,直至患侧手指能高举过头,能自行梳理头发。常见的全范围关节活动有以下几种(图14-1)。

(1) 手臂摇摆运动:双脚分开站立,与肩同宽,手臂自然下垂,双手交叉左右摆动,高度逐渐增加,可至肩部水平。

(2) 爬墙运动:双脚分开直立于墙前,肘弯曲,手掌与肩同高贴在墙上,手指弯曲沿墙壁渐渐向上爬行,直至手臂完全伸直为止,然后手臂再向下移动至原位。

(3) 划圈运动:取一根绳子,一端系于门把手上,另一端握于患侧手中,面门而立,以划圆圈的方式转动绳子作圆周运动,圆周由小到大,由慢至快。

(4) 滑轮运动:在高于头部的横杆上搭一根绳子,双手各执一端,先用健侧手将绳子往下拉,使手术侧手臂抬高,直至到达稍感不适的位置,然后抬高健侧手臂,使患侧手臂自然下降,如此反复。

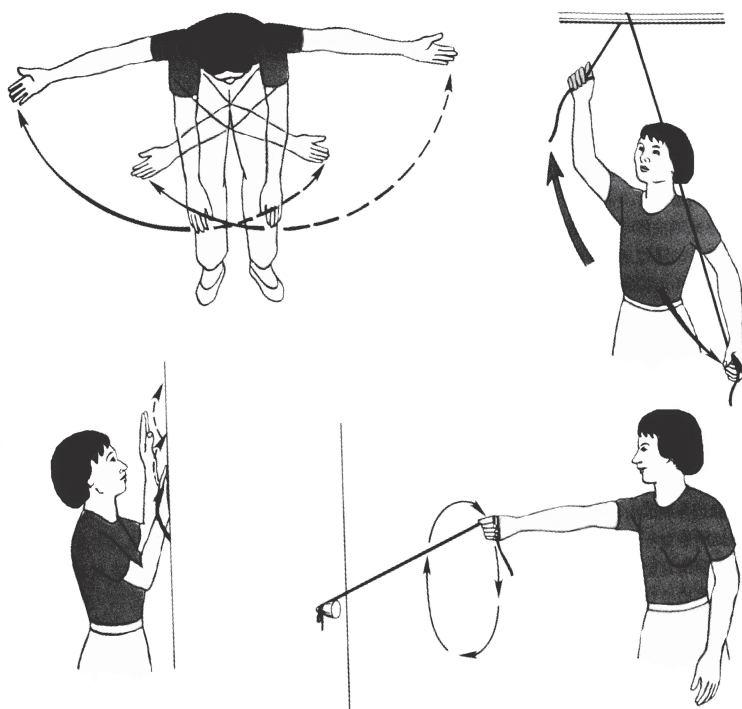


图 14-1 上臂全范围关节活动

(三) 健康教育

1. 保护患侧上肢 不在患侧上肢测血压、行静脉穿刺,避免皮肤晒伤和其他损伤。不用患侧上肢搬动或提拉过重的物品。

2. 避孕 术后5年内避免妊娠,防止乳腺癌的复发。





3. 遵医嘱坚持放疗、化疗和服用他莫昔芬,定期去医院复查。

4. 坚持乳房自我检查(breast self-examination, BSE) 术后患者每月自查1次,以便早期发现复发征象。

定期的乳房自我检查有助于早期发现乳房的病变,因此20岁以上的妇女,特别是高危人群,应每月进行1次乳房自我检查。检查时间最好选在月经周期的第7~10天,或月经结束后2~3天,已经绝经的女性应选择每个月固定的一天进行检查。乳房自我检查方法如下:

(1) 站在镜前观察乳房:①两手放松下垂放在身体两侧,对比观察两侧乳房的大小、形状是否对称及轮廓有无改变,外形有无变化(皮肤及乳头),乳头有无分泌物;②改换体位,双手撑腰、上举、上身略微前倾,从不同角度观察上述内容。

(2) 平卧或侧卧触摸乳房:乳房较小者平卧,乳房较大者侧卧,肩下垫软薄枕或将手臂置于头下进行触诊,用另一侧手的示指、中指和环指的指腹在乳房上进行环形触摸,要有一定的压力。要仔细检查整个乳房包括乳房的尾部,注意避免遗漏。

(3) 检查乳头及腋下:挤压乳头,注意有无分泌物流出。触摸腋下感觉有无硬结或肿块。

小结

一、急性乳腺炎

1. 病因 主要有乳汁淤积和细菌入侵。多发生于初产妇,产后3~4周。

2. 临床表现 主要表现为乳房红、肿、热、痛,可触到胀痛性肿块,患侧腋下淋巴结可肿大、压痛,后期炎症病灶可形成乳房脓肿。

3. 治疗原则 早期使用抗生素治疗,脓肿形成后应及时切开引流。应注意消除乳汁淤积,必要时终止泌乳。

4. 护理 尤其应注意避免乳汁淤积,防止乳头损伤,以预防急性乳腺炎的发生。

二、乳腺囊性增生病

1. 病因 与内分泌功能紊乱有关。

2. 临床表现 周期性乳房胀痛及多发性乳房肿块,少数患者有乳头溢液。

3. 治疗原则 对症治疗为主,辅以自我调节。

4. 护理 注意调节情绪,做好定期随访。

三、乳房肿瘤

1. 乳房纤维腺瘤 发病与雌激素水平的增高有关。表现为无痛性乳房肿块,质韧有弹性,表面光滑,活动度大,易推动。可行肿块切除术。注意缓解患者心理压力。

2. 乳管内乳头状瘤 多见于40~50岁的经产妇,乳头溢液为主要临床表现。应及早手术切除,做好心理护理及术前后护理。

3. 乳腺癌

(1) 病因:不明,相关因素有内分泌因素、饮食因素、遗传因素、疾病因素等。

(2) 临床表现:早期表现为乳房肿块,无痛、质硬、活动度差、边界不清。患侧腋窝淋巴结肿大。

(3) 治疗原则:以手术治疗为主,辅以化疗、放疗、内分泌治疗等综合治疗。

(4) 护理:术前应关注患者的心理反应;术后注意观察伤口及引流情况,及时发现出血、患侧上肢水肿、皮瓣下积液、皮瓣坏死等并发症,加强患侧上肢功能锻炼,恢复患者的自理能力。另外,应教会健康女性以及患者乳房自我检查。





自测题

一、单选题

1. 乳腺癌最常发生的部位是
 - A. 乳头及乳晕区
 - B. 乳房外上象限
 - C. 乳房外下象限
 - D. 乳房内上象限
 - E. 乳房内下象限
2. 乳腺癌根治术后患者的护理措施中不正确的是
 - A. 抬高患侧上肢
 - B. 患侧胸壁加压包扎
 - C. 保持引流管通畅
 - D. 早期活动患肢
 - E. 不在患肢测血压
3. 确定乳腺肿块性质最可靠的方法是
 - A. 乳房触诊
 - B. 乳头溢液涂片
 - C. 乳房钼靶 X 线检查
 - D. B 超
 - E. 活组织病理检查
4. 乳腺癌最早的临床表现是
 - A. 局部皮肤呈橘皮样改变
 - B. 乳头内陷
 - C. 无痛性肿块
 - D. 乳头有血性溢液
 - E. 表面皮肤出现凹陷
5. 乳房自我检查最好在月经开始后
 - A. 1 ~ 2 天
 - B. 3 ~ 5 天
 - C. 5 ~ 7 天
 - D. 7 ~ 10 天
 - E. 10 ~ 12 天
6. 乳房自我检查时, 不正确的方法是
 - A. 患者取坐位, 两臂自然下垂
 - B. 手指掌面平放于乳房上顺序触诊
 - C. 依次用手指抓捏检查乳房
 - D. 依次检查乳房的五个区域
 - E. 应检查两侧腋窝淋巴结
7. 乳房脓肿的确诊依据是
 - A. 搏动性疼痛
 - B. 穿刺有脓液
 - C. 寒战、高热
 - D. 白细胞计数升高
 - E. 有波动感

二、案例题

1. 女性, 26 岁, 产后 20 天, 右侧乳房红肿, 局部皮温高, 发热。查体: T 39.5℃, 双乳不对称, 右侧乳房肿胀明显, 乳头内陷, 皮肤红肿, 皮下静脉怒张, 触诊压痛明显。

请问: 该患者最可能的诊断是什么? 为什么? 主要处理措施有哪些?

2. 女性, 37 岁, 因右侧乳腺癌在全麻下行乳腺癌改良根治术, 术后第 1 天, T 37.4℃、P 88 次/分、R 24 次/分、BP 125/80mmHg, 胸部用绷带加压包扎, 皮瓣下置引流管持续引流, 患者诉伤口疼痛, 且现在不能自己洗漱、进餐、如厕等, 患者向家人和护士诉说不能接受一侧乳房切除的事实。

请问: 该患者目前主要的护理诊断/合作性问题是什么? 该患者目前患侧上肢的护理要点及功能锻炼方法是什么?

(路 潜)

