

通,了解其家庭关系、经济状况,尽可能帮助患者解决实际困难,争取有效的家庭支持和社会支持,给患者提供家庭的温暖和社会的关心。

3 讨论

舒适型护理模式又被称为“萧氏双 C 护理模式”,是一门综合性学科,通过对护理活动和舒适的研究,使人在心理、生理、社会、情感方面达到愉快的状态或缩短、降低不愉快的程度^[9]。舒适型护理主要包括四个方面:生理舒适、心理舒适、社会舒适、灵魂舒适^[13],舒适型护理模式进一步完善和补充了整体护理,贯穿于整体护理过程之中^[10]。

腰椎间盘突出症是一种常见病,可以发生在任何年龄段,而且经常发作,更加重了患者的心理负担。舒适型护理从生理、心理、社会、精神等多方面使患者处于最佳状态。音乐和歌声能提高多种病症患者的身体、心理、精神健康水平,提高认知能力及社交能力;缓解精神痛苦^[11]。抚触具有安慰患者使其肌肉放松、减少不良情绪的作用,还可以减轻疼痛,增强患者的舒适感,转移患者对疼痛的注意力^[12]。

本组在整体护理的基础上,运用舒适型护理模式,从患者入院开始的第一个环节接诊开始,护士热情的态度、端庄的举止、亲切的微笑,清洁、明亮、舒适的治疗环境,到应用专业知识给予患者心理支持,使患者心理产生舒适感;并关注患者各个环节舒适感受^[12-13]。实施全方位的舒适型护理和人性化的关怀,提高了患者的生活质量,更促进了患者对掌握健康知识的热情,在治疗疾病的同时,患者也掌握或

了解了预防疾病复发的知识,更好的诠释和丰富了整体护理的内涵,推动临床护理质量的进一步提高,也提高了患者的满意度。本文结果显示,舒适组腰腿痛症状明显减轻,患者健康教育的掌握程度及满意均优于护理组。因此,舒适型护理是腰椎间盘突出症患者的有效护理方法。

[参 考 文 献]

- [1] 南登崑. 康复医学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:225.
- [2] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[M]. 南京:南京中医药大学出版社,1994:201-203.
- [3] 庄心良,曾因明,陈伯鑫. 现代麻醉学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:2547.
- [4] 周玉珍,刘红菊,李丽萍. 舒适护理在急性心肌梗死病人中的应用[J]. 国际护理学杂志,2009,28(3):314-317.
- [5] 翟艳丽,王亚丽. 笑对控制疼痛的作用[J]. 国外医学:护理学分册,1999,18(8):376-377.
- [6] 赵振华,柴文凤. 医患交谈技巧与语言艺术[J]. 中国医学伦理学,2002,84(4):15.
- [7] 林长缨,古剑雄,杨标. 运动疗法对腰椎间盘突出症术后复发的影响[J]. 中国临床康复,2004,8(8):14-15.
- [8] 宋玲,吴秀媛. 心肌梗死患者焦虑因素的调查分析与护理对策[J]. 齐鲁护理杂志,2000,7(6):4.
- [9] 萧丰富. 萧氏舒适护理模式[M]. 台湾:华杏出版社,1998:5-9.
- [10] 张宏. 舒适护理研究进展[J]. 国外医学:护理学分册,2001,20(1):15.
- [11] 苏冬梅,胡晓英,杨琼,等. 护理管理在创建舒适护理模式中的作用[J]. 护理学杂志,2004,19(15):36-37.
- [12] 吴红艳,刘珊. 欢笑是最好的治疗[J]. 国外医学:护理学分册,2002,21(2):71.
- [13] 徐素华,孙业安,吴汉玉. 抚触对缓解椎间盘激光汽化术中患者疼痛的作用[J]. 中华护理杂志,2009,44(8):750-751.

[文章编号] 1000-2200(2010)07-0739-03

· 护理学 ·

乳腺癌改良根治术后皮瓣坏死 36 例护理体会

杨 惠

[摘要] 目的:探讨乳腺癌患者术后皮瓣坏死的原因及护理对策。方法:从患者入院开始注意有关因素并进行相应治疗护理。纠正营养不良,加强基础病的治疗,注意手术技巧,加强术后护理。结果:36 例术后规范随访,完全愈合后 5 例患侧上肢活动轻度受限,2 例明显受限。结论:皮瓣坏死为多方面因素综合影响,与患者基础疾病、手术方式、包扎技巧、术后护理与观察等有关,预防性护理将有助于降低皮瓣坏死的发生率。

[关键词] 乳腺肿瘤;皮瓣坏死;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 737.9

[文献标识码] A

乳腺癌是妇女最常见的恶性肿瘤之一,手术是治疗乳腺癌最为有效的手段^[1]。皮下积液及皮瓣

坏死是乳腺癌术后最常见的并发症,国外报道皮瓣坏死发生率在 10%~60%^[2]。虽然不会直接影响患者生命,但却增加了患者精神压力,影响术后辅助治疗的正常进行,因此减少乳腺癌术后并发症的发生具有重要的临床意义。2003 年 1 月至 2009 年 10 月,我科对 36 例乳腺癌改良根治术后发生皮瓣坏死

[收稿日期] 2009-11-06

[作者单位] 安徽省六安市人民医院 外二科,237005

[作者简介] 杨 惠(1974-),女,主管护师。

进行针对性护理, 现作报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组均为女性, 年龄 27 ~ 78 岁。均经病理确诊为乳腺癌, II 期 13 例, III 期 23 例。

1.2 根治术式 全组施行乳腺癌改良根治术, 均行腋窝淋巴结清扫, 切缘距肿物均 ≥ 4 cm。切口均选择横行切口或纵行切口。手术中均选用电刀游离皮瓣, 为保护真皮下毛细血管网, 尽可能保持皮瓣厚度的均匀。清扫腋窝淋巴结时, 尽量结扎来自上肢的已断离的淋巴管。术后常规于腋下、胸骨旁置管接一次性负压引流器持续低负压吸引, 负压 > 5 kPa。术后选用弹力绷带加胸带轻加压包扎。

1.3 皮瓣坏死原因、范围 伴有低蛋白血症及贫血 5 例, 伴糖尿病 5 例, 切口引流不畅致皮下积液 16 例, 手术方式不当致皮瓣坏死 4 例, 术后包扎不当 6 例。皮瓣坏死均为切口皮缘坏死, 皮下积液系指积液 ≥ 5 ml。皮瓣坏死范围 < 5 cm² 者 28 例, ≥ 5 cm² 8 例。坏死发生在切口中段边缘 26 例, 腋下 10 例, 其中合并皮下积液 16 例。

1.4 皮瓣坏死处理及预后 所有患者除 2 例行 II 期手术后愈合, 其他均反复换药后愈合, 病程 17 ~ 35 天。36 例术后规范随访, 完全愈合后有 5 例患侧上肢活动轻度受限, 2 例明显受限, 受限者均发生在腋窝坏死病例中。

2 护理

2.1 心理护理 由于患者乳房已被切除, 切口又难愈合, 影响术后辅助治疗的正常进行, 加之病程时间延长, 使患者担心切口不能治愈, 产生焦虑、悲观绝望的负性情绪, 从而对治疗缺乏信心。本组 6 例因治疗时间延长, 增加了经济负担, 产生了放弃治疗的想法。因此对此类患者我们实行人性化护理。(1) 护士主动与患者沟通和交流, 建立相互信任的护患关系, 多关心体贴患者, 满足其合理需求。(2) 稳定患者情绪, 指导患者调节放松情绪, 在治疗过程中, 与患者及家属讨论选择最佳切口处理方法, 同时介绍成功治愈的病例, 帮助患者树立战胜疾病的信心。(3) 护理人员要与家属沟通, 建立良好的家庭和社会支持系统, 给予患者情感上的支持与照顾, 使患者处于最佳心态接受治疗。

2.2 坏死皮瓣护理 做好对患者的安抚工作非常重要, 嘱患者不要担心, 告知患者皮瓣坏死是常见并发症, 讲解发生的原因, 下一步采取的治疗措施, 消除其顾虑。对于大面积的, 应予早期切痂植皮^[3]。若坏死面积 < 5 cm², 可通过湿性疗法换药, 17 ~ 35

天自行愈合, 不必特别处理。具体方法: 首先对切口进行自溶保守性的锐器清创^[4], 清除切口黑痂和黄色腐肉, 利于切口引流。先用生理盐水清理切口, 用镊子对切口轻轻搔刮, 切口上涂抹清创胶(丹麦康乐保公司生产)4 mm, 再用微湿的生理盐水纱布覆盖, 外加一层干纱布, 隔日处理 1 次, 待切口肉芽颜色转红, 予水胶体敷料溃疡糊 5 mm 涂抹刺激肉芽生长, 为切口提供微湿低氧的环境, 促进切口早日愈合。本组 34 例通过换药切口愈合。

2.3 康复指导 保证营养摄入, 给予高蛋白、高热量、多维度的食物。建议多食富含维生素 C 的食物, 文献^[5]报道服用大剂量维生素 C, 切口 II 级愈合率明显高于常量组。患肢要避免剧烈运动, 患侧上肢不能从事重体力劳动, 嘱患者不能提拉超过 5 kg 的物品, 不在患肢静脉穿刺、测血压、静脉输液, 科学合理的进行患肢功能锻炼。

2.4 预防性护理

2.4.1 充分有效的低负压引流 术后适宜的负压引流是减少出血量和防止皮下积液的关键^[6]。选择弹性好的硅橡胶管, 引流管管径要大, 侧孔要多。应保持引流管通畅, 术后 24 h 内定时挤压引流管, 避免堵管。同时防止引流管受压、弯折和扭曲。经常检查一次性负压引流器是否处于持续的负压状态, 否则易形成皮下积液, 影响皮瓣的生长。准确记录引流液性质、颜色及量, 如术后 8 h 引流量超过 100 ml, 且为血性, 性质较黏稠、易凝固则视为有活动性出血, 需及时给予止血处理。若引流管不畅应早期穿刺引流积液^[7]。拔管的时间视引流情况而定, 如患者无胸部不适, 无皮下积液, 皮瓣愈合良好, 24 h 内引流液 < 10 ml, 即可拔除引流管。腋窝下一般置管引流 7 天左右, 胸骨旁一般置管引流 5 天左右。

2.4.2 术后适当的加压包扎 我们采用弹力绷带和棉垫填塞凹陷处进行适当的轻加压包扎, 既能消除创面死腔, 又能减轻组织水肿, 有利皮瓣静脉回流和存活。弹力绷带的包扎松紧适宜, 以两指为宜, 使创面受力均匀, 让皮瓣与胸壁紧密结合, 防止过松过紧, 过紧引起肢体的血供不良, 导致皮瓣坏死, 过松则不利于皮瓣与胸壁紧密结合, 引起皮下积液, 影响切口愈合。一般主张尽可能在术后 72 h 行第 1 次换药, 注意观察皮肤的颜色和温度, 如发现皮肤发黑, 则提示皮瓣坏死的可能; 如发现局部皮瓣有隆起和触之有浮动感等现象, 应警惕有皮下积液的可能。

2.4.3 科学合理的肢体功能锻炼 术后患侧过早活动, 可使上肢淋巴液回流增多, 淋巴液渗出增加, 导致腋下皮瓣积液发生。因此术后早期禁止肩关节做过大的前屈后伸外展动作, 患侧上肢要保持制

动,以免患肢皮瓣与肌肉游离。但科学的患肢运动必不可少,早期可屈伸手指、活动腕关节,逐渐行肘关节锻炼。循序渐进,直到患侧手掌越过头颈部,手梳理头发动作,并触摸对侧耳廓,以锻炼恢复肢体功能^[8]。

2.4.4 基础病的治疗护理 入院时患者多合并其他基础疾病,如糖尿病、贫血、低蛋白血症等。有糖尿病患者,应予糖尿病饮食,定时监测血糖,对于血糖无法控制的,应合理使用降糖药物。有贫血低蛋白血症的患者,应加强营养支持方面的护理,鼓励患者多进营养饮食,必要时,可以少量多次输注全血、血浆、白蛋白等。

3 讨论

3.1 皮瓣坏死发生的原因 (1)患者营养状况:贫血、低蛋白血症、糖尿病及其他基础疾病是发生皮瓣坏死的常见诱发原因。本组合并低蛋白血症及贫血 5 例,约占 14%。患者切口愈合需要充分的营养、氧供。而低蛋白血症、贫血是皮瓣边缘氧供不足主要诱发因素,合并糖尿病 5 例,该类患者体内处理葡萄糖的能力差,蛋白质及脂肪消耗较多,毛细血管脆性增加,切口愈合能力低下且极易诱发感染。(2)切口设计不合理,缝合时皮瓣张力过大,导致皮内血管被牵拉扭曲闭塞,切缘周围皮肤缺血坏死。胸壁血管多以上下走形为主,横切口较纵切口能更好地缓解切口的张力,改善皮瓣血运,减少皮瓣坏死。本组 36 例中,28 例均为纵行切口。(3)手术技巧:乳腺癌手术游离皮瓣时要求薄厚适当。如果皮瓣过薄,可损伤真皮下层毛细血管,导致皮瓣坏死,尤其在使用电刀游离皮瓣时。本组皮瓣坏死患者,术中均采用电刀游离皮瓣,皮瓣厚薄不均,损伤真皮血管网可引起皮瓣血运不畅,诱发皮瓣坏死^[9]。另外术后早期皮瓣的血液供应来自皮瓣根基的血管。术中皮瓣游离范围过大,皮瓣根基血管无法远距离供应皮瓣的切缘而发生坏死。本组中有 4 例患者,肿块较大,术后皮瓣张力较大,皮瓣范围亦过大,术后发生坏死面积均 $>5 \text{ cm}^2$,因此在距切缘稍远处,可适当保留一些脂肪组织,以保证根基血管能供应到皮缘,防止缺血坏死。(4)切口引流不畅:术后引流管堵塞,负压吸引压力过低,引流管的位置摆放不正确等均能导致皮下积液的形成,使皮瓣不能与胸廓顺利地建立血液循环,大大增加皮瓣坏死可能。本组皮瓣坏死中有 16 例术后合并皮瓣积液,影响切口的愈合。(5)切口包扎力度不均匀:术后绷带过紧可导致皮瓣下血管网受压管腔狭窄导致血运不畅,引起皮瓣缺血坏死。本组有 3 例术后绷带过紧,皮瓣受压明

显,坏死面积较大。

3.2 护理体会 (1)重视患者的心理护理:焦虑、恐惧、悲观的负性情绪可影响人体免疫功能,可刺激糖原异生,对抗胰岛素,使血糖升高,并破坏白细胞功能,影响切口愈合^[10]。护理人员要帮助患者重建自信心,消除负性情绪,保持良好的心态,积极配合治疗及护理。(2)湿性疗法是近年来国际倡导的伤口治疗方法^[10]。对皮瓣坏死的切口使用清创胶进行自溶清创,促进切口生长。使用溃疡糊可刺激肉芽生长,促进切口愈合。(3)密切观察切口引流:定时检查一次性负压引流器是否处于负压状态,准确记录引流量,如发现引流不畅,应及时检查引流管是否堵塞,及时给予冲洗引流管及调整引流管的方向。术后一旦发现皮下积液,应行局部穿刺抽液加压包扎。(4)皮瓣血液循环的观察:包括皮瓣的颜色、温度、肿胀程度、毛细血管充盈反应几方面^[11]。一般术后第 3 天至第 4 天换药,如发现皮肤颜色发黑,则提示皮瓣坏死的可能,本组 34 例有皮肤颜色的改变。(5)敷料包扎采用轻加压:乳腺癌根治术中皮瓣分离范围大,皮瓣的血供相对较差,而胸壁的表面,尤其是切除胸肌后的胸壁表面呈“搓板征”,若行加压包扎,皮瓣置于坚硬的肋骨和外界的压力之间,皮瓣的血管受压痉挛,影响皮瓣血供,导致皮瓣坏死,采用轻加压包扎方法,能使皮瓣各区均匀受压,既可使皮瓣与胸壁紧密贴合在一起,消灭死腔,同时又不影响呼吸运动,也不会使局部皮瓣过度受压而发生缺血性坏死。

[参 考 文 献]

- [1] 吴阶平,裘法祖.黄家骅外科[M].6版.北京:人民卫生出版社,2005:831-836.
- [2] 刘弋,耿小平,王蔚宣.当代外科诊断与治疗[M].合肥:安徽科学技术出版社,2000:108.
- [3] 李玉娟,庞秀香.乳腺癌根治术后皮瓣坏死的原因及护理[J].中国误诊学杂志,2005,5(16):3181.
- [4] 张薇,蒋其霞.改良式湿性疗法治愈大腿多处深度烫伤伴感染的个案报告[J].护理研究,2007,21(10):2623-2624.
- [5] 蒋其霞,耿光莉,常艳,等.四类皮肤伤口护理的方法及其疗效研究[J].实用护理杂志,2000,16(3):6-8.
- [6] 谭君花,许瑞华.乳腺癌改良根治术后两种负压引流装置效果观察[J].护理研究,2008,22(1):129-130.
- [7] 王君.乳腺癌根治术后皮瓣坏死的预防 36 例分析[J].中国误诊学杂志,2008,8(33):8260.
- [8] 韦田福,陈俊强.功能锻炼在乳腺癌根治术后患者康复指导中的应用[J].护士进修杂志,2006,21(9):819-820.
- [9] 葛午平,王顺,苏逢锡,等.电刀对乳腺癌手术切口并发症的影响[J].广东医学,2002,23(6):593-594.
- [10] 蒋其霞.伤口护理临床实践指南[M].南京:东南大学出版社,2004:165.
- [11] 吴容,徐华萍,蔡丽红,等.防止皮神经营养血管皮瓣回流障碍的围手术期护理[J].中华护理杂志,2004,39(9):664-665.