

早期护理干预在腔镜辅助下乳腺癌改良根治术应用

顾 侠,王万霞,刘春芳,黄建康,董慧明,朱正志

[摘要] 目的:总结腔镜辅助下乳腺癌改良根治术术后护理要点及其护理优势。方法:32例采用腔镜辅助下乳腺癌改良根治术的乳腺癌患者设为观察组,同期内以传统乳腺癌改良根治术患者50例设为对照组,比较2组患者术后护理方法及康复效果。结果:观察组患者住院期间肩关节活动受限、感觉障碍伴随麻木与疼痛发生率均低于对照组($P < 0.05 \sim P < 0.01$)。观察组患者住院期间患肢水肿、神经损伤和皮下积液发生率亦均低于对照组($P < 0.05$)。观察组患者带管时间、总引流量和住院时间均明显少于对照组($P < 0.01$)。结论:术后早期即术后6h开始患肢功能锻炼、保持有效、足量的负压吸引、并发症的积极预防与处理是腔镜辅助下乳腺癌改良根治术患者术后护理的重点,应引起医护人员的广泛重视。

[关键词] 乳腺肿瘤;腔镜;改良根治术;护理

[中图分类号] R 737.9

[文献标志码] A

DOI:10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2016.12.053

乳腺癌是严重威胁女性健康的恶性肿瘤,发病率逐年升高,在我国大中城市已成为女性癌症之首^[1],治疗仍以手术为主。近年来随着微创外科的不断发展和完善,乳腺腔镜手术在临床上已得到了有效应用^[2]。腔镜辅助下乳腺癌改良根治术(endoscopic-assisted modified radical mastectomy, E-MRM)具有胸部切口愈合快、对机体创伤小、良好美容的临床效果^[3]。如何做好E-MRM后患者的护理,加速快速康复外科进程,促进患者快速康复,跟进医疗技术的快速发展是摆在护理人员面前的现实问题。本文就E-MRM的护理作一总结。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将2013年10月至2015年4月我科行E-MRM 32例患者设为观察组,均为女性,年龄34~65岁。选择同期运用传统手术方式行乳腺癌改良根治术的患者50例为对照组,均为女性,年龄35~66岁。手术适应证参照《治疗乳腺疾病腔镜手术操作指南》2008版^[4],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。排除患有高血压、糖尿病等影响伤口愈

合的原发病患者。其中浸润性导管癌41例,单纯癌16例,腺癌8例,髓样癌9例,乳头状癌4例,黏液癌4例。2组患者年龄、性别和病理诊断等均具有可比性。

1.2 护理方法 对照组予以常规术后护理。观察组在常规护理的基础上总结微创手术的护理要点及其特性进行护理干预:(1)腔镜手术切口小,创伤面积小,一般不会发生感染和裂开^[4]。但仍要密切观察切口有无红、肿、热、痛以及出血、渗液等现象及患肢远端血液末梢循环情况。(2)E-MRM患者患肢功能锻炼较传统乳腺癌改良根治术患者提前,患者术后6h即开始患侧手指、掌、腕关节屈伸旋转运动;术后48h增加肩关节内收、上臂前屈、前伸运动;术后第4天增加上臂上举、肩关节外展和旋转运动。患者术后第4天基本能自理简单日常生活,如进食、洗脸、刷牙等;拔管后在前一阶段练习的基础上进行我科改编的摆臂步行、肘部上抬运动,翻掌、推掌,抱肘绕圈,颈部运动和放松配合踏步走运动。由管床责任护士每天下午对手术后患者一对一进行上肢功能锻炼指导,指导制定锻炼计划,3~4次/天,每次10~20 min。(3)术后患者腋下及胸骨旁共置入负压球1~3个,妥善放置胸壁、腋窝引流管,以防翻身活动时脱出,做好管道标识,保持有效的负压吸引,使负压维持在负40~44 mmHg^[5]。术后48h内根据引流情况,平均每6~8h倾倒一次引流液,做好记录,手压伤口周围无波动感可以拔管。(4)术中采用充气法建立操作空间,由于CO₂在体内滞留,可导致呼吸性酸中毒。因此术后要认真观察患者呼吸变化,注意有无呼吸性酸中毒。术后即给予持续低流量湿化吸氧,增加吸氧量,患者清醒后协助取半卧位或床边试活动,鼓励患者进行深呼吸,

并协助患者有效咳嗽排痰,保证通气量。(5)由于手术时胸前区皮肤分离较大,极少数患者会出现皮下淤斑。正常情况下淤斑会自行消失,但要注意与皮下小血管破裂持续缓慢出血相鉴别,术后仔细观察出血点是否持续扩大。(6)E-MRM 是近两年来我科开展的新技术,患者因顾虑手术的安全性、有效性及高额费用,焦虑、恐惧等心理问题较突出,所以应保持良好的护患关系。对有严重心理问题的患者,可在医生帮助下向患者解释该术式的优越性,说明手术过程、时间和麻醉方法等,增强患者的安全感、信任感和治疗信心,使患者最大程度的配合。(7)E-MRM 并发症较少,常见并发症有出血、患肢水肿和皮下积液。出血最多见于术后当天,主要是由于手术时对小血管的处理不妥引起,通常经加压包扎适当使用止血剂可控制;患肢水肿与手术时损伤淋巴管或静脉网、包扎过紧有关,多发生在术后第 2 天,如因局部包扎过紧,松解后可缓解,其它一般不需特殊处理;皮下积液主要是手术时积液过多或不能有效引流有关,要保持有效引流及加强患者营养,一般可自愈。向患者做好解释,耐心听患者主诉,更好地配合整个治疗和护理。

1.3 统计学方法 采用 t 检验和 χ^2 检验。

2 结果

2.1 2 组患者术后肩关节活动及上肢感觉障碍比较 观察组患者住院期间肩关节活动受限率 9.38%, 低于对照组的 32.00% ($P < 0.05$)。观察组感觉障碍伴随麻木与疼痛分别为 6.25% 和 12.50%, 均低于对照组的 30.00% 与 36.00% ($P < 0.01$ 和 $P < 0.05$) (见表 1)。

表 1 2 组术后肩关节活动及上肢感觉障碍比较 [n ; 百分率 (%)]

分组	n	肩关节活动受限		感觉障碍			
		有	无	有麻木	无麻木	有疼痛	无疼痛
对照组	50	16(32.00)	34(68.00)	15(30.00)	35(70.00)	18(36.00)	32(64.00)
观察组	32	3(9.38)	29(90.62)	2(6.25)	30(93.75)	4(12.50)	28(87.50)
合计	82	19(23.17)	63(76.83)	17(20.73)	65(79.27)	22(26.83)	60(73.17)
χ^2	—	5.61		6.70		5.49	
P	—	<0.05		<0.01		0.05	

2.2 2 组患者术后并发症发生率比较 观察组患者住院期间患肢水肿、神经损伤、皮下积液发生率分别为 6.25%、0 和 3.13%, 均低于对照组的 24.00%、16.00% 和 22.00% ($P < 0.05$) (见表 2)。

表 2 2 组患者术后并发症发生率比较 [n ; 百分率 (%)]

分组	n	患肢水肿	神经损伤	皮下积液
对照组	50	12(24.00)	8(16.00)	11(22.00)
观察组	32	2(6.25)	0(0.00)	1(3.13)
合计	82	14(17.07)	8(9.76)	12(14.63)
χ^2	—	4.34	4.00	4.16
P	—	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 2 组患者临床效果比较 观察组患者带管时间、总引流量和住院时间均明显少于对照组 ($P < 0.01$) (见表 3)。

表 3 2 组患者临床效果比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	n	带管时间/d	总引流量/mL	住院时间/d
对照组	50	9.76 \pm 1.24	154.06 \pm 22.42	6.94 \pm 0.77
观察组	32	6.53 \pm 0.98	116.72 \pm 8.56	5.18 \pm 0.59
t	—	12.45	10.63*	11.02
P	—	<0.01	<0.01	<0.01

* 示 t' 值

3 讨论

20 世纪后期,腔镜技术的发展促进了微创外科的进步。乳腺腔镜手术经过 20 余年的发展,从腔镜下腋窝淋巴结清扫术、腔镜下保乳术到腔镜小切口乳腺癌改良根治术、前哨淋巴结及内乳区淋巴结活检术^[5],经历了飞速的发展。传统的乳腺癌改良根治术是将乳腺的癌变部分连同腋窝及锁骨下脂肪淋巴组织整块的切除,只保留患者的胸背神经和血管^[6]。与传统手术相比较,腔镜手术中视野可以到达不规则的腋窝局部,小血管可以非常清晰地显露,利于操作者对细微结构的辨认,最大限度地避免了对血管、神经的损伤,这是传统手术难以做到的^[7]。根据手术的特点,我们在术后 6 h 即开始指导患者进行手指、掌、腕关节屈伸旋转运动,术后 48 h 增加肩关节内收、上臂前屈、前伸运动,术后第 4 天增加上臂上举、肩关节外展和旋转运动。并密切配合保持有效的负压吸引,使负压维持在 -40 ~ -44 mmHg,术后 48 h 内根据引流情况,平均每 6 ~ 8 h 倾倒一次引流液。结果发现观察组患者住院期间肩关节活动、麻木、疼痛的感觉障碍均较对照组减少 ($P < 0.05 \sim P < 0.01$), 具有较好的临床效果,这与张锋良等^[8-9] 研究结果相一致。本研究发现,观察组患者住院期间患肢水肿、神经损伤和皮下积液发生率均较对照组减少 ($P < 0.05$)。其中对照组患

肢水肿、神经损伤发生率分别为 24.00% 和 16.00%，而观察组仅为 6.25% 和 0，这可能与该技术可将局部神经、腋窝淋巴解剖结构清晰暴露出来，降低了误伤的可能性，最大程度上减少并发症的发生有关^[10]。患者术后在带管时间、总引流量和住院时间较传统手术明显缩短 ($P < 0.01$)，这与术后细致、专业的护理与并发症的积极预防和处理密不可分。

E-MRM 代表了乳腺外科向微创、美观、功能方向发展的趋势。术后早期开始患肢功能锻炼、保持有效、足量的负压吸引、并发症的积极预防与处理是腔镜辅助下乳腺癌改良根治术患者术后护理的重点，也是临床取得良好效果的重要保证。

[参 考 文 献]

- [1] 陈孝平,汪建平. 外科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社, 2013:256.
- [2] 张彦收,刘运江. 乳腺癌手术治疗回顾和进展[J]. 现代肿瘤医学,2015,23(5):719.

- [3] 陈小珍,刘晓红,魏杨辉. 腔镜辅助乳腺癌改良根治术患者的护理[J]. 现代临床护理,2014,13(11):56.
- [4] 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/CD]. 中华乳腺病杂志:电子版, 2009,3(1):95.
- [5] 苟菊香,周倩. 乳腺癌术后负压引流方式及其负压值研究进展[J]. 护理研究,2015,29(6):2067.
- [6] 杨文艺. 乳腺癌改良根治手术并发症原因分析及预防对策[J]. 医学理论与实践,2015,28(5):637.
- [7] 单远洲,张明,朱光辉,等. 腔镜下腋窝淋巴结清扫与传统手术的对比研究[J]. 南昌大学学报(医学版),2013,53(10):18.
- [8] 张锋良,龙志华,高飞,等. 乳腺癌不同术式术后患肢功能障碍对比分析[J]. 中国康复理论与实践,2014,20(2):105.
- [9] 郑力,蒋银芬,蔡立春,等. 胸腔镜辅助乳腺癌术后早期功能锻炼的研究[J]. 实用临床医药杂志,2013,17(18):4.
- [10] 龚宇,雷秋模,周瑶,等. 胸腔镜下腋窝淋巴结清扫术的临床应用(附 100 例对比分析)[J]. 现代诊断与治疗,2013,24(20):4714.

(本文编辑 姚仁斌)

[文章编号] 1000-2200(2016)12-1702-03

· 护理学 ·

危重病护理评分在小儿临床护理中的应用分析

李冬梅,刘培培

[摘要] 目的:分析危重病护理评分(PCIS)在小儿临床护理中的应用效果。方法:选取急危重症患儿 150 例,根据 PCIS 评分将其分为非危重组(A 组,81~100 分)42 例、危重组(B 组,71~80 分)63 例和极危重组(C 组,≤70 分)45 例,比较 3 组患儿病情严重程度和预后情况。结果:A 组患儿无病死;B 组病死 2 例,病死率为 3.17%;C 组病死 5 例,病死率为 11.11%;3 组患儿病死率差异有统计学意义($P < 0.05$)。3 组患儿入院后 1、2、3、7 d,PCIS 评分均不断上升;B 组与 C 组患儿入院后 1、2、3、7 d 的 PCIS 评分均高于 A 组($P < 0.05$);入院后 2、3、7 d,C 组患儿的 PCIS 评分亦均高于 B 组($P < 0.05$)。PCIS 评分越高,患儿 ≥ 3 个脏器功能损伤的概率越小($P < 0.01$)。存活患儿危重时首次 PCIS 评分均明显高于自动出院和病死患儿($P < 0.01$),存活患儿器官功能衰竭数亦均明显少于自动出院和病死患儿($P < 0.01$)。结论:PCIS 评分法可有效评价患儿病情和预后情况,具有临床推广和应用价值。

[关键词] 儿科护理;危重病护理;危重病护理评分法

[中图分类号] R 473.72

[文献标志码] A

DOI:10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2016.12.054

随着临床医疗护理事业的发展,不同类型的危重症评分系统在各类疾病中得到了广泛应用。儿科重症监护病房中的患儿常病情严重,且病情发展较快。我国通过吸收和消化发达国家经验,制定了符合我国国情的小儿危重症病例评分(PCIS)标准^[1-2]。临床应用 PCIS 评分,可对急危重症患儿的疾病严重程度、治疗效果和预后情况等进行评判,有

助于临床及时进行有效干预,从而改善患儿预后。我们通过回顾性分析 150 例危重症患儿的临床资料,分析和评价 PCIS 评分在小儿临床护理中的应用价值,以为临床应用提供参考。现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年收治的急危重症患儿 150 例,其中男 79 例,女 71 例;年龄 9 个月至 10 岁;重症肺炎 46 例,麻疹合并肺炎 27 例,中枢神经系统感染 26 例,腹泻合并脱水 22 例,重症手足口病 15 例,有机磷农药中毒 14 例。患儿家属均对本研究知

[收稿日期] 2016-07-20

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 儿科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 李冬梅(1986-),女,护师。