

乳腺癌病人的护理

乳腺癌是女性最常见的恶性肿瘤之一，占全身各种恶性肿瘤的7%~10%，发病率约为23/10万，多发于40~60岁的女性，其中以更年期和绝经期前后的女性尤为多见，但有年轻化趋势。

【病因及病理生理】

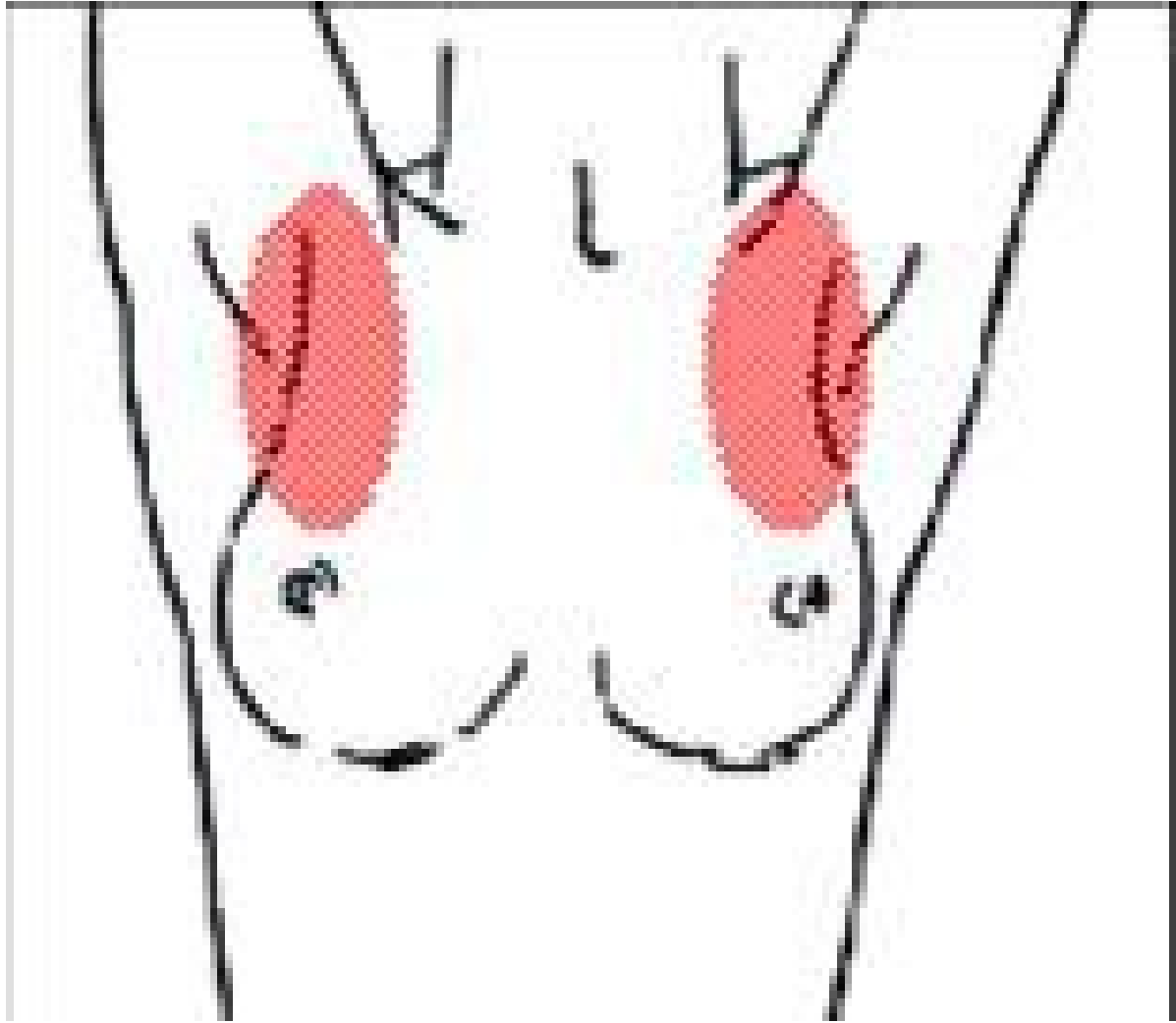
1.病因乳腺癌发病原因尚不完全清楚。但一般认为有以下易患因素：①内分泌因素：月经初潮早于12岁、绝经晚于50岁、40岁以上未孕或初产迟于35岁、未婚、未哺乳者发病率高。②性激素变化。雌酮和雌二醇与乳癌的发生直接相关，40~50岁较高，绝经期后发病率继续上升，可能与年老者雌酮含量增高有关。③乳腺癌家族史。如生母或同胞姐妹患有乳癌，发病率比一般女性高2~3倍。④高脂饮食：脂肪的摄入与乳腺癌有明显关系，尤其是绝经后肥胖的女性。⑤乳房良性疾病。乳腺囊性增生病、乳房纤维腺瘤及乳管内乳头状瘤等与乳腺癌发生有关。⑥患有卵巢或子宫原位癌、一侧乳房曾患乳腺癌者。⑦环境和生活方式。如接触放射线或致癌药物。

2.病理生理乳腺癌多数起源于乳腺管上皮，少数发生于腺泡，可归纳为几种病理类型。①非浸润性癌：即原位癌，包括导管内癌、小叶原位癌及乳头湿疹样乳腺癌（不伴发浸润生长者）。该型属于早期乳腺癌，预后较好。②早期浸润性癌：包括早期浸润性导管癌、早期浸润性小叶癌。该型仍属早期，预后较好。③浸润性特殊癌：包括乳头状癌、髓样癌（伴大量淋巴细胞浸润）、小管癌、黏液腺癌、大汗腺样癌、腺样囊性癌、鳞状细胞癌等。此型一般分化较高，预后尚好。④浸润性非特殊癌：包括浸润性小叶癌、浸润性导管癌、硬癌、髓样癌（无大量淋巴细胞浸润）、腺癌、单纯癌等。此型乳腺癌最常见，占80%左右，分化低，预后较差。⑤其他罕见癌：分泌型（幼年型）癌、富脂质癌（分泌脂质癌）、纤维腺瘤癌变等。

乳腺癌的转移途径包括：①直接浸润。癌细胞沿导管或筋膜间隙直接蔓延，可侵及皮肤、胸肌、胸筋膜等组织。②淋巴转移是乳腺癌最常见的转移途径，60%~70%经乳房外侧淋巴管侵入同侧腋窝淋巴结，30%经乳房内侧淋巴管引流到胸骨旁淋巴结。③血运转移。癌细胞除可经淋巴途径进入静脉外，亦可直接侵入血液循环而向远处转移。最常见的转移部位依次为肺、骨骼、肝脏。

【临床表现】

1.乳房肿块45%~50%乳腺癌原发于乳房外上象限，其次是乳头、乳晕和内上象限。单发无痛性乳房肿块是最常见的症状，早期肿块边界清楚，活动度良好，进一步增大时，表面不光滑，外形不规则，质硬，与周围组织分界不很清楚，活动度差。癌肿增长速度较快，晚期可破溃呈菜花状。



2.乳房外形改变随着癌肿增大，可引起乳房局部隆起。若癌肿侵及 Cooper 韧带，表面皮肤凹陷，呈“酒窝征”。邻近乳头的癌肿侵及乳管可使乳头内陷，出现两侧乳头不对称等。如皮下淋巴管被癌细胞阻塞，可引起局部淋巴水肿，出现“橘皮样”改变。晚期乳房表面出现多个坚硬小结节，呈卫星样围绕原发病灶，称卫星结节。如结节融合成片、延伸至背部和对侧胸壁，使胸壁紧缩成铠甲状，可限制呼吸称铠甲胸。

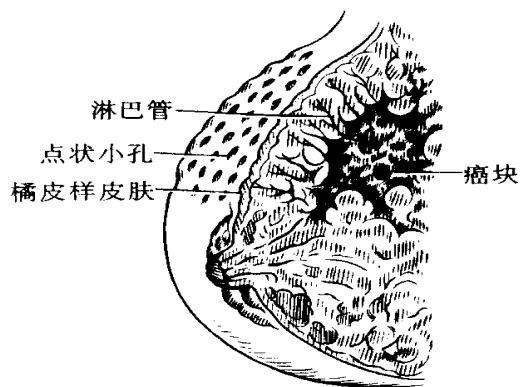


图 41-13 乳癌乳房皮肤水肿

- 3.乳头溢液少数病人出现乳头血性溢液。
- 4.淋巴结肿大乳腺癌淋巴结转移最初多见于同侧腋窝，早期为散在、质硬、无痛、活动的结节，

后期相互粘连融合。腋窝淋巴管被大量癌细胞堵塞可致上肢淋巴水肿。晚期可有锁骨上淋巴结肿大、质硬。

5.血运转移症状肺转移时出现胸痛、咳嗽、气急；骨转移时出现腰背痛、病理性骨折（椎体、骨盆、股骨）；肝转移时出现肝大、黄疸。

6.特殊类型乳癌①炎性乳癌：少见，多发生于妊娠及哺乳期妇女，表现为乳房明显增大，皮肤红、肿、热、痛，似急性炎症，但无明显局限性肿块，整个乳房肿大发硬，癌肿发展迅速，预后极差，常在病后数月内死亡。②乳头湿疹样乳腺癌：在乳头和乳晕区呈现湿疹样改变，病变继续发展，可扪及肿块。恶性程度低，发展慢，淋巴转移出现很晚，预后较好。



【辅助检查】

1.乳腺钼靶 X 线乳腺癌肿块呈现密度增高阴影，边缘不规则，或呈毛刺征，肿块内或旁出现微小钙化灶，局部皮肤增厚。



2. B超高频B超可显示肿瘤边缘不光滑，凹凸不平，无明显包膜，周围组织或皮肤呈蟹足样浸润等。

3.细胞学检查进行肿块穿刺针吸细胞学检查，该方法诊断迅速。

4.活体组织病理检查是目前确定肿块性质最可靠的方法。切除肿瘤连同周围少许正常组织，做快速病理检查，同时做好进一步手术的准备。

【处理原则】

乳腺癌主要依据乳房内肿块的形状、与周围组织的关系、生长速度、淋巴结肿大等表现，结合辅助检查结果可诊断。

乳腺癌的治疗是以手术为主，辅以化学药物、放射、内分泌、免疫等综合治疗措施。①手术治疗：**乳腺癌改良根治术**是常用的术式。手术的切除范围包括患侧单纯乳腺切除，同时做腋窝淋巴结清扫，保留胸肌，适用于腋窝无或仅有少数尚能推动的淋巴结者。还可采取乳腺癌扩大根治术、乳腺癌根治术、单纯乳房切除术、保留乳房乳腺癌切除术等。目前治疗发展的趋势是尽量缩小手术范围，加强术后综合辅助治疗。②化疗：对肿块大或伴有多个肿块的病人术前进行化疗，待肿块缩小后再实施手术，有利于更彻底地切除肿瘤组织；术后化疗可提高生存率。一般认为辅助化疗应予术后早期应用。常用的药物有：环磷酰胺、甲氨蝶呤、氟尿嘧啶、阿霉素等。③放疗：通常作为手术后的辅助治疗。术前放疗可用于局部进展期乳癌，杀灭癌肿周围的癌细胞，使肿瘤缩小，提高手术切除率。术后放疗可减少腋窝淋巴结阳性病人的局部复发率，提高5年生存率。一般术后2~3周进行放疗，在锁骨上、胸骨旁以及腋窝等区域进行照射。此外，对骨转移灶及局部复发灶照射，可缓解症状。④内分泌治疗：雌激素受体（ER）、孕酮受体（PgR）检测阳性的病人应用雌激素拮抗剂他莫昔芬（三苯氧胺）（TAM）有较好的抑癌效果，适用于绝经前后妇女。

【护理评估】

1.健康史询问病人的月经、妊娠、生育及哺乳史，有无乳腺肿瘤手术、长期应用雌激素病史，有无乳腺癌家族史等。

2.身体状况术前需确认肿瘤部位、生长状况、淋巴转移及分期，患侧胸部皮肤、胸肌及肩关节的活动状况；术后了解术式、术中情况，观察伤口引流、包扎固定、上肢血液循环状况。了解病人术侧上肢功能锻炼和康复状况等。

3.心理-社会状况术前了解病人对乳腺癌及其治疗方法，特别是对手术的认知程度和情绪变化。有关疾病知识掌握情况，对健康的看法、认识和反应。了解病人的工作、家庭经济状况和社会支持情况等；术后评估病人及家属对乳腺癌手术后健康指导内容的掌握程度和出院前的心理状态。

【护理诊断及医护合作问题】

- 1.焦虑或恐惧与担心手术预后和手术造成的身体外观改变有关。
- 2.疼痛与手术创伤、切口加压包扎过紧、转移有关。
 - 3.自我形象紊乱与乳房切除及化疗致脱发等有关。
 - 4.知识缺乏缺乏乳腺癌自我检查、预防及根治术后患肢功能锻炼的相关知识。
 - 5.潜在并发症皮下积液、皮瓣坏死和上肢水肿。

【护理目标】

- 1.病人焦虑、恐惧减轻，情绪稳定。
- 2.疼痛减轻或缓解。
- 3.能适应和接受乳房切除后的形体变化的现实。
 - 4.掌握乳癌的自查方法，了解预防及治疗的相关知识，掌握术后上肢康复训练方法。
 - 5.并发症得到及时预防和处理。

【护理措施】

（一）术前护理

- 1.一般准备改善病人营养状况，增强抗病能力。晚期乳腺癌病人术前注意保持病灶局部清洁，应用抗生素控制感染。
- 2.终止妊娠和哺乳妊娠期及哺乳期发生乳癌的病人，立即终止妊娠或停止哺乳，以免激素作用活跃而加速乳腺癌发展。
- 3.心理护理对女性来讲，除癌症、手术本身带来的恐惧外，切除乳房意味着将失去部分女性象征，病人会产生焦虑、抑郁等不良的心理反应。所以应多关心病人，介绍手术的必要性和有关术后功能锻炼、预防并发症的知识及整形、修饰弥补缺陷的方法，解除病人和家属对切除乳房后的顾虑，以良好的心态接受手术。

4.皮肤准备手术前 1d 备皮，对切除范围大、考虑植皮的病人，需做好供皮区的准备。

（二）术后护理

1.密切观察病情定时测量生命体征，防止休克发生。扩大根治术后注意病人的呼吸情况，观察有无胸闷、呼吸困难等气胸的发生。

2.卧位和饮食血压平稳后取半卧位，有助于呼吸和引流。术后 6h 无麻醉反应可给予正常饮食，注意营养的补充，以利于术后恢复。

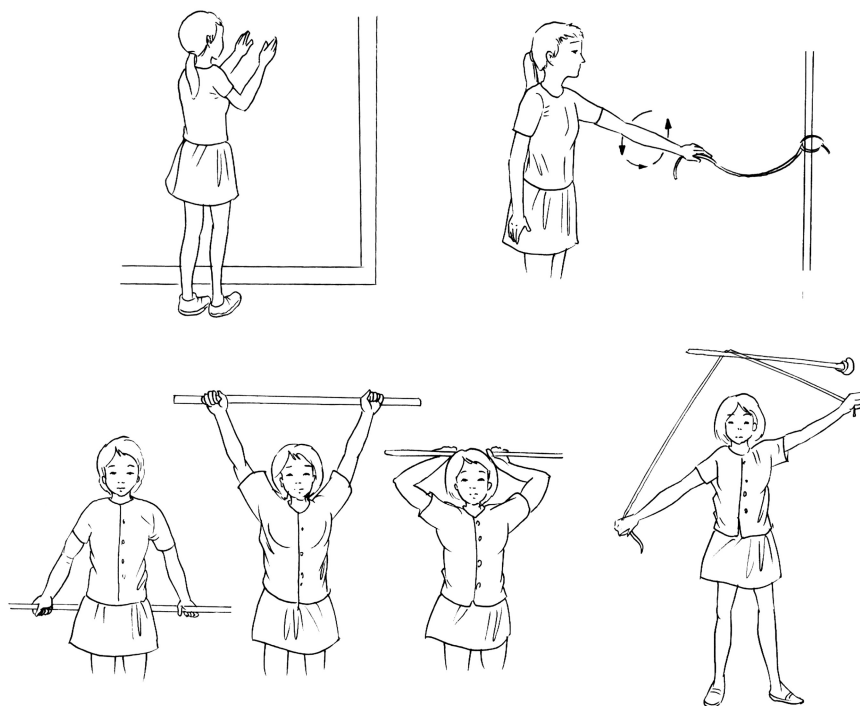
3.伤口护理用弹性绷带加压包扎伤口，使皮瓣紧贴胸壁，包扎松紧度要合适；观察患侧上肢远端血液循环情况，若出现皮温降低、皮肤发紫、脉搏扪不清等，提示包扎过紧腋部血管受压，应及时调整胸带或绷带的松紧度；包扎松弛，易出现皮瓣下积液，致使皮瓣或植皮片与胸壁分离不利愈合；术后 3d 内患侧肩关节制动，以防腋窝皮瓣移动而影响愈合。创面愈合后，可清洗局部，用柔软毛巾吸干皮肤上的水分，避免粗暴擦洗。皮肤表面可轻涂护肤软膏，促进血液循环，防止干燥脱屑。

4.引流管的护理术后皮瓣下常规放置引流管，以引流皮瓣下的渗液。应妥善固定引流管，保持持续性负压吸引；观察引流液的颜色、性质和量；下床活动时，使引流袋低于上管口高度；术后 4~5d，皮瓣下无积液，创面与皮肤紧贴即可拔管；若拔管后仍有皮下积液，可在无菌操作下抽液并局部加压包扎。

5.术侧上肢康复训练手术后 24h 鼓励病人做手指及腕部屈曲、伸展运动；48h 后可下床，活动时应用吊带将患肢托扶，需他人扶持时不要扶持术侧，以免腋窝皮瓣滑动而影响愈合；

术后3~5d开始活动患侧肘关节，但避免上臂外展；术后1周可进行肩部活动；术后10~12d，指导病人用术侧的手进行自我照顾，并进行上臂的全范围关节运动：手指爬墙活动、滑轮运动、举杠运动、手臂摇摆运动、用患侧手梳头或经头顶摸至对侧耳郭等。原则是上肢活动，7d内不上举，10d内不外展（图16-3）。

图16-3 乳房切除术后的上肢运动



A.爬墙运动； B.转绳运动； C.举杠运动； D.滑绳运动

6.并发症防治与护理

(1) 皮下积液：乳腺癌术后皮下积液发生率为10%~20%，除手术因素外，术后要特别注意保持引流通畅，胸带包扎松紧度适宜，避免术侧上肢过早外展。及时发现积液并行穿刺或引流排出。

(2) 皮瓣坏死：乳腺癌切除术后皮瓣坏死率为10%~30%。坏死的主要原因是皮瓣缝合张力大。术后注意观察创面，加压包扎不要过紧，及时处理皮瓣下积液。

(3) 上肢水肿：主要原因是腋窝淋巴结切除后手臂的淋巴回流不畅、皮瓣坏死后感染、腋部无效腔积液等。术后避免在术侧上肢测量血压、静脉穿刺，及时处理皮瓣下积液。卧床时抬高术侧手臂能够预防或减轻肿胀。出现明显水肿时，可采用弹性绷带包扎或按摩术侧上肢，进行适当的手臂活动，腋区及上肢热敷等措施。

7.乳房外观矫正与护理选择与健侧乳房大小相似的义乳，固定在内衣上。当癌症复发概率很小时，可实施乳房重建术，方法有义乳植入术，背阔肌肌皮瓣转位术，横位式腹直肌肌皮瓣转位术等。

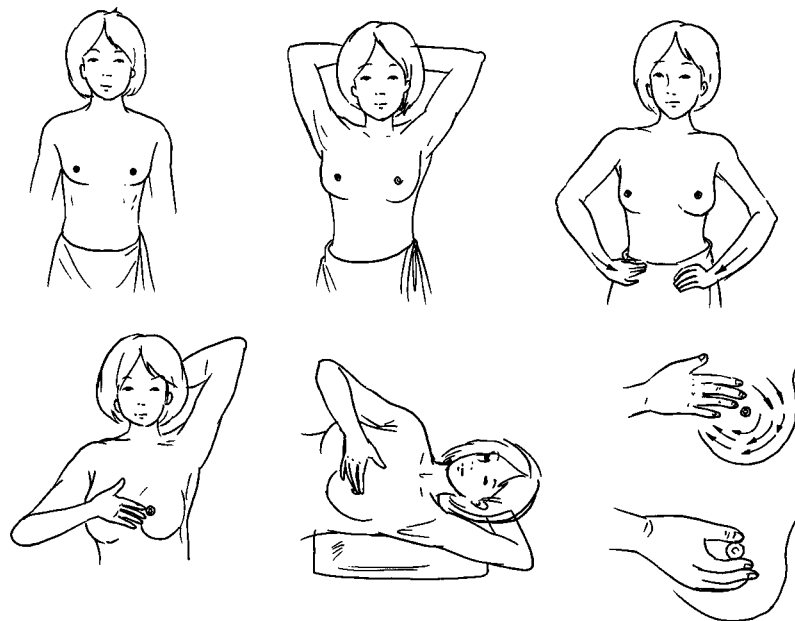
8.综合治疗与护理放疗时指导病人做好局部皮肤护理；化疗病人注意药物副作用对机体的影响。

(三) 健康教育

1.乳房自我检查。由于绝大部分乳腺癌是由病人自己首先发现的，所以要大力普及妇女乳房自查技能。每月定期行乳房自我检查。停经前的妇女在月经结束后4~7d进行检查为宜。方法如下：视诊时脱去上衣，面对穿衣镜，两臂放松垂于身体两侧、向前弯腰或双手上举，观察

双侧乳房是否对称，有无局限性隆起或皮肤橘皮样改变，有无皮肤色泽异常和乳头内陷、溢液、瘻道、溃疡等。触诊可取平卧位或站立位，平卧位时肩下垫软薄枕，被侧的手臂枕于头后。对侧手四指并拢平放于乳房，检查从乳房外上象限开始，依次为外下、内下、内上象限，最后触摸乳头、乳晕。注意乳房的硬度和弹性，有无压痛、波动感、肿块等（图 16-4）。

图 16-4 乳房自我检查法



2. 术后病人定期进行手术区域及另一侧乳房的自我检查，或定期来医院复诊请医生检查，以便早期发现复发或转移病灶，及早治疗。

3. 使用雄激素治疗者，会出现多毛、面红、粉刺增多、声音低哑、头发减少和性欲增强等副作用，应鼓励病人坚持用药，完成治疗。

4. 出院后注意保护伤口处皮肤，术侧上肢避免搬动、提拉重物，避免测血压、静脉穿刺，坚持术侧上肢的康复训练，改善上肢功能。

5. 遵医嘱定期复查，坚持放疗或化疗，术后 5 年内避免妊娠。

【护理评价】

1. 病人焦虑与恐惧是否减轻，情绪是否稳定。

2. 疼痛是否缓解。

3. 是否以平和的心态接受外在形象的变化。

4. 是否学会定期自我乳房检查方法和避免乳腺癌复发的危险因素。术侧上肢活动是否达到正常范围。

5. 术后并发症是否得到预防或及时处理。