



中等职业教育护理专业“双元”新形态教材

外科护理

W A I K E H U L I



主编：周庆湘
主讲：黄邵薇





外科护理



第十三章

乳房疾病病人的护理

RU FANG JI BING BING REN DE HU LI



目 录

- > 第一节 急性乳腺炎病人的护理
- > 第二节 乳腺增生症病人的护理
- > 第三节 乳房肿瘤病人的护理

第一节 急性乳腺炎病人的护理

急性乳腺炎 (acute mastitis) 是乳腺的急性化脓性感染，多为产后哺乳的妇女，尤以初产妇更为多见，往往发生在产后3~4周。因乳房血管丰富，早期就可出现寒战、高热及脉搏快速等脓毒血症的表现。

一、病因

1. 乳汁淤积 乳汁是理想的培养基，乳汁淤积将有利于入侵细菌的生长繁殖。
2. 细菌入侵 乳头破损或皲裂，使细菌沿淋巴管入侵是感染的主要途径。细菌也可直接侵入乳管，上行至腺小叶而致感染。多数发生于初产妇。也可发生于断奶时，因6个月以后的婴儿已长牙，易致乳头损伤。致病菌主要为金黄色葡萄球菌。



二、病理生理

乳腺炎初期，乳房内出现一个或多个炎性病灶，数日后可形成脓肿。浅部脓肿可自行向外破溃；深部脓肿可穿至乳房与胸肌间的疏松结缔组织中，形成乳房后脓肿。感染严重者可并发脓毒症。

二、护理评估

（一）健康史

了解病人是否为初产妇、有无乳房炎病史、既往乳房发育情况，哺乳是否正常，乳汁能否完全排空，有无乳汁淤积；有无乳头破损或皲裂等。

（二）身体状况

1. 症状

①局部症状：初期表现为患侧乳房胀痛，乳房浅部脓肿局部表面皮肤可有红肿、发热，数日后如未及时切开引流，脓肿可自行破溃；部位较深的脓肿表面皮肤红肿不明显，肿块触之边界不清，但有深压痛；

②全身中毒症状：早期可有寒战、高热、脉搏加快、食欲减退等全身表现。严重者可并发脓毒症。

(二) 身体状况

2. 体征

①局部改变：浅部炎症初期患乳可触及压痛明显的炎性肿块；局部波动感试验阳性提示乳房浅部脓肿形成。深部炎症初期有深压痛，脓肿形成后波动感亦不明显；

②淋巴结肿大：同侧腋窝淋巴结肿大、压痛。

(三) 辅助检查

1. 实验室检查 血常规白细胞计数及中性粒细胞比例升高，或C反应蛋白升高。
2. 影像学检查 B超检查可明确脓肿的部位、大小、深浅，有利于切开引流的定位。
3. 脓肿穿刺 深部脓肿不能确诊时可进行穿刺，抽出脓液表示脓肿已形成，脓液可作细菌培养及药物敏感试验。

（四）心理—社会状况

观察病人情绪变化，病人可能担忧乳腺炎影响婴儿的喂养与发育，或担心乳腺炎对乳房的功能及形态的影响而焦虑。注意家庭其他成员对病人生活和情绪的影响。

（五）处理原则

1. 非手术治疗

（1）局部处理：局部外敷金黄散或鱼石脂软膏可促进炎症消退。皮肤水肿明显者可用25%硫酸镁湿热敷，但禁用于皮肤破损处。有效的乳房按摩可以排出淤积的乳汁、刺激泌乳反射、保持乳管通畅和减轻乳房肿胀，但在乳房严重水肿时应避免局部直接按摩，应在该乳腺导管走行的其他无肿胀区域进行适当力度的按摩。

(五) 处理原则

(1) 局部处理：局部外敷金黄散或鱼石脂软膏可促进炎症消退。皮肤水肿明显者可用25%硫酸镁湿热敷，但禁用于皮肤破损处。有效的乳房按摩可以排出淤积的乳汁、刺激泌乳反射、保持乳管通畅和减轻乳房肿胀，但在乳房严重水肿时应避免局部直接按摩，应在该乳腺导管走行的其他无肿胀区域进行适当力度的按摩。

(2) 应用抗生素：在取得药物敏感试验结果前，推荐使用青霉素治疗，或用耐青霉素酶的苯唑西林钠（新青霉素Ⅱ），或头孢一代抗生素，如头孢拉定。在青霉素或头孢菌素过敏时，建议使用大环内酯类，如红霉素、阿奇霉素等，随后可根据细菌培养结果和药物敏感试验选择相应抗生素。抗生素应足量、足疗程使用，推荐使用疗程为10~14d。

(五) 处理原则

(3) 终止乳汁分泌：一般不停止哺乳，因停止哺乳不仅影响婴儿喂养，还可导致乳汁淤积。但病侧乳房应停止哺乳，并以吸乳器吸尽乳汁。若感染严重或脓肿引流后并发乳瘘，应终止哺乳。可口服溴隐亭1.25mg，每日2次，服用7~14天，或己烯雌酚1~2mg，每日3次，共2~3日，或肌内注苯甲酸雌二醇，每次2mg，每日1次，至乳汁停止分泌为止。

(4) 中药治疗：可服用蒲公英、野菊花等清热解毒类中药。

2. 手术治疗 脓肿形成后，及时在超声引导下穿刺抽吸脓液，必要时可切开引流。乳腺的每一个腺叶都有其单独的乳管，腺叶和乳管均以乳头为中心呈放射状排列。为避免损伤乳管形成乳痿，应做放射状切口。乳晕部脓肿应沿乳晕边缘做弧形切口。乳房深部脓肿或乳房后脓肿可沿乳房下缘作弧形切口。

三、常见护理诊断/健康问题

1. 体温过高 与细菌或细菌毒素入血有关。
2. 急性疼痛 与乳汁淤积、炎症肿胀及切开引流有关。
3. 焦虑/恐惧 与担心婴儿喂养及乳房形态改变有关。
4. 知识缺乏 缺乏正确哺乳方法和乳腺炎的预防知识。

四、护理措施

(一) 非手术治疗及术前护理

1. 一般护理 保证充分休息，避免过度紧张和劳累。摄入充足的食物、液体的和维生素C。对发热者给予物理或药物降温。

2. 排空乳汁 ①鼓励哺乳者继续用健侧乳房哺乳。若婴儿无法顺利吸出乳汁或医嘱建议暂停哺乳，则用手挤出或用吸奶器吸出乳汁；②在哺乳前热敷乳房，但在局部明显红肿的情况下不推荐局部热敷；③在婴儿吸吮间期，用手指从阻塞部位腺管上方向乳头方向轻柔按摩，以帮助解除阻塞；④变换不同的哺乳姿势或托起一侧乳房哺乳，以促进乳汁排出。

3. 配合治疗 遵医嘱局部用药，口服抗生素或中药以控制感染，必要时终止哺乳。因某些药物可从乳汁分泌，用药后应遵医嘱决定是否暂停哺乳。

4. 缓解疼痛 ①局部托起：用宽松胸罩托起患乳，以减轻疼痛和肿胀；②热敷、药物外敷或理疗以促进局部血液循环和炎症消散；③使用药物：遵医嘱服用对乙酰氨基酚或布洛芬镇痛。

(二) 术后护理

脓肿切开引流后保持引流通畅，密切观察引流液颜色、性状、量及气味的变化，定时更换伤口敷料。

(三) 健康宣教

1. 保持婴儿口腔卫生，及时治疗口腔炎症。
2. 加强孕期卫生宣教，指导产妇经常用温水、肥皂清洗两侧乳头。

3. 养成良好哺乳习惯 产后尽早开始哺乳，按需哺乳。哺乳时避免手指压住腺管，以免影响乳汁排出，每次哺乳时将乳汁吸净，如有淤积，可按摩或用吸乳器排尽乳汁。

4. 纠正乳头内陷 乳头内陷者在妊娠期和哺乳期每日挤捏、提拉乳头，矫正内陷。

5. 预防和处理乳头破损

(1) 预防：让婴儿用正确姿势含接乳头和乳晕，防止乳头皲裂；不让婴儿含着乳头睡觉；哺乳后涂抹乳汁或天然羊毛脂乳头修护霜以保护乳头皮肤，哺乳前不需擦掉，让婴儿直接吸吮；使用亲密接触型乳头护罩贴覆盖乳头后再行哺乳，避免乳头反复受损。

(2) 处理：适当缩短每次哺乳的时间，增加哺乳频率；戴乳头保护罩，以减少衣物摩擦影响创面愈合；乳头、乳晕破损或皲裂者，暂停哺乳，改用吸乳器吸出乳汁哺育婴儿；局部用温水清洗后涂抗生素软膏，待愈合后再哺乳；症状严重时应及时诊治。

第二节 乳腺增生症病人的护理

乳腺囊性增生病 (breast cystic hyperplasia)，简称乳腺病 (mastopathy)，是女性多发病，常见于30~50岁女性。本病是乳腺组织的良性增生，增生可发生于腺管周围并伴有大小不等的囊肿形成，囊内含淡黄色或棕褐色液体：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。由于本病的临床表现有时与乳腺癌相混淆，因此正确认识本病十分重要。

一、病因

本病与内分泌失调有关：①体内雌、孕激素比例失调，黄体素分泌减少、雌激素量增多，使乳腺实质增生过度和复旧不全；②部分乳腺实质成分中女性激素受体的质和量异常，使乳房各部分的增生程度参差不齐；③催乳素升高，影响乳腺生长、发育和泌乳功能，同时影响下丘脑-垂体-性腺轴功能。

二、护理评估

1. 开放性损伤 常因刀刺、枪弹、弹片所致。开放性损伤中常见受损内脏依次是肝、小肠、胃、结肠、大血管等。
2. 闭合性损伤 常因坠落、碰撞、冲击、挤压、拳打脚踢等钝性暴力所致。闭合性损伤中常见受损内脏依次是脾、肾、小肠、肝、肠系膜等。

二、护理评估

（一）健康史

询问病人既往乳房发育情况，乳房胀痛与月经周期是否有关，有无乳头异常溢液等病史。

(二) 身体状况

1. 症状：乳房周期性胀痛。疼痛与月经周期相随，经前疼痛加重，经期后减轻或消失。
2. 体征：一侧或双侧乳腺弥漫性增厚，可局限于乳腺的一部分，也可分散于整个乳腺，肿块呈颗粒状、结节或片状，大小不一，质地韧而不硬，增厚区与周围组织界限不清。本病病程较长，发展缓慢。



(三) 辅助检查

乳腺钼靶X线和超声检查均有助于本病的诊断。当局限性肿块增生明显时，要与乳腺癌相鉴别。



（四）心理—社会状况

了解病人的心理状态，以及病人及家属对疾病的认知程度。

（五）处理原则

1. 非手术治疗 主要是定期观察和药物对症治疗。可用中药调理，如口服中药逍遥散3~9g，每日3次。对症状较重者可选用雌激素受体拮抗剂（他莫昔芬、托瑞米芬等），该药治疗效果较好，但因对子宫内膜和卵巢有影响而不宜长期服用。对局限性的乳腺囊性增生病，应在月经干净后5天内复查，若肿块变软、缩小或消退，则可予以观察并继续中药治疗。若肿块无明显消退，或观察过程中对局部病灶有恶变可疑者，应切除并做快速病理检查。



2. 手术治疗 如有不典型上皮增生，同时有对侧乳腺癌或有乳腺癌家族史等高危因素者，以及年龄大，肿块周围乳腺组织增生也较明显者，可作单纯乳房切除术。

三、常见护理诊断/健康问题

1. 焦虑/恐惧 与担心恶变等有关。
2. 慢性疼痛 与内分泌失调导致乳腺实质过度增生有关。
3. 知识缺乏 缺乏乳腺囊性增生病的相关知识。

四、护理措施

1. 心理护理 告知病人乳房周期性胀痛的原因，介绍乳腺囊性增生病的性质和治疗方法，消除病人的担忧情绪。

2. 减轻疼痛 ①托起乳房：戴乳罩，托起乳房，可减轻疼痛；
②心理护理：告知乳房周期性胀痛的原因，消除病人的担忧情绪；
③指导病人遵医嘱服药。

3. 健康指导 指导病人学会自我乳房检查方法，随时注意乳房变化，发现肿块有异常变化，应尽早去医院诊治。

第三节 乳房肿瘤病人的护理

女性乳房肿瘤的发病率甚高，良性肿瘤中以纤维腺瘤（fibroadenoma）最多，约占良性肿瘤的75%，其次为乳管内乳头状瘤（intraduct papilloma），约占良性肿瘤的20%。恶性肿瘤的绝大多数（98%）是乳腺癌（breast cancer），肉眼少见（2%）。男性乳腺癌极少见，发病率约为女性的1%。

一、病因

（一）病因

乳腺癌病因尚不完全清楚，乳腺是多种内分泌激素的靶器官，如激素、孕激素及泌乳素等，其中雌二醇及雌酮与乳腺癌的发病有直接关系。具备以下因素者为乳腺癌的高危女性群体。

1. 年龄 45~50岁发病率较高，绝经后发病率继续上升，可能与年老者雌酮含量增高有关。

2. 月经、生育史 月经初潮早于12岁，绝经晚于52岁者；未生育、晚生育或分娩后未哺乳者。

3. 乳腺良性疾病 与乳腺癌的关系尚有争论，但多认为乳腺小叶上皮高度增生或不典型增生者可能与乳腺癌发病有关。

4. 饮食与营养 高脂肪饮食，营养过剩、肥胖可加强或延长雌激素对乳腺上皮细胞的刺激，增加患病的机会。

5. 家族史 一级亲属中有乳腺癌病史者，其发病危险性是普通人群的2~3倍。

6. 其他 环境因素及生活方式与乳腺癌发病有一定关系。

二、病理生理

1. 病理分型 乳腺癌多数起源于乳腺管上皮，少数发生于腺泡，国内目前采用以下几种分型：

①非浸润性癌：系指癌细胞生长局限于末梢乳管或腺泡的基底膜内，无间质浸润的癌，又称原位癌，属早期乳腺癌，预后较好，包括导管内癌和小叶原位癌及乳头湿疹样乳腺癌（不伴发浸润生长者）。

②早期浸润性癌：是指癌细胞穿破基底膜开始向间质浸润的癌，属于早期癌，预后较好；包括早期浸润性导管癌、早期浸润性小叶癌。

③浸润性特殊癌：此型分化一般较高，预后尚好，包括乳头状癌、髓样癌（伴大量淋巴细胞浸润）、黏液腺癌、小管癌、腺样囊性癌、大汗腺癌、鳞状细胞癌等。

④浸润性非特殊癌：此型乳腺癌约占80%，分化低，预后较差，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）、单纯癌、腺癌等⑤其他罕见癌：如炎性乳腺癌。

2. 转移途径

①局部浸润：癌细胞沿导管或筋膜间隙蔓延，继而侵及Cooper韧带和皮肤。

②淋巴转移：最常见，常经胸外侧淋巴管转移至同侧腋窝、锁骨下淋巴结；位于乳房内侧和中央区的乳腺癌常首先转移到胸骨旁淋巴结。

③血行转移：癌细胞可经淋巴途径进入静脉或直接侵入血循环向远处转移。最常见远处转移依次为肺、骨、肝。目前认为，有些早期乳腺癌已有血行转移。

3. 临床分期

临床目前多采用国际抗癌协会（UCC）建议的T（原发性瘤）N（区域淋巴结），M（远处转移）分期法。将乳腺癌分为0～IV期，有助于进一步评估病变的发展程度、选择合理的治疗方案和判断预后。

三、护理评估

（一）健康史

询问月经婚育史、家族史、既往乳腺疾病史、长期应用雌激素病史、生活环境及生活史。

（二）身体状况

1. 常见乳腺癌的体征

（1）乳房肿块：早期表现为患侧乳房无痛性、单发小肿块，常无自觉症状，多在无意中（洗澡、更衣）发现。肿块多位于乳房外上象限，质硬、表面不光滑，与周围组织分界不清，外形不规则且不易推动。

(2) 乳房外形改变：随着肿瘤增大，可引起乳房局部隆起。①若肿瘤累及乳房 Cooper 韧带可使其短缩而致肿瘤表面皮肤凹陷，即乳房“酒窝征”；②肿瘤表面皮肤因若皮内和皮下淋巴管被癌细胞堵塞，可引起淋巴回流障碍，出现真皮水肿，乳房皮肤呈“橘皮样”改变；③邻近乳头或乳晕的癌肿因侵及乳管使之缩短，可将乳头牵向癌肿一侧，使乳头扁平、内陷、偏移；④晚期癌肿可侵入胸筋膜、胸肌，致癌肿固定于胸壁不易推动。如瘤细胞侵及大片皮肤可出现多个坚硬的小结节，呈卫星样围绕原发灶，甚至彼此融合，使胸壁紧缩呈盔甲样改变，导致呼吸受限。皮肤可破溃呈菜花状，有恶臭，易出血。

(3) 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、融合成团。晚期锁骨上及对侧腋窝淋巴结均可肿大。

(4) 特殊类型乳腺癌：少见。①炎性乳腺癌的特征为乳房明显增大，类似急性炎症改变，但无明显肿块；开始比较局限，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。病程发展迅速，预后差，多于病后数月内死亡。多见于妊娠期或哺乳期的年轻妇女；②乳头湿疹样乳腺癌在乳头和乳晕区呈现湿疹样改变，恶性程度低，发展慢，多见于非哺乳期妇女。乳头有瘙痒、烧灼感，后出现乳头和乳晕区的皮肤变粗糙、糜烂如湿疹样，进而形成溃疡，有时覆盖黄褐色鳞屑样痂皮。

三、辅助检查

1. 影像学检查

(1) 钼靶X线检查：乳房钼靶X线摄片可作为乳腺癌的普查方法，是目前早期发现乳腺癌的最有效方法。可发现乳房内密度增高的肿块影，边界不规则，或呈毛刺状，或见细小钙化灶，局部皮肤增厚。

(2) 超声检查：能清晰显示乳房各层次软组织结构及肿块的形态和质地，主要用来鉴别囊性或实性病灶。结合彩色多普勒检查观察血液供应情况，可提高判断的敏感性，为肿瘤的定性诊断提供

(3) MRI：对软组织分辨率高，敏感性高于钼靶X线检查。该检查能三维立体观察病变，不仅能够提供病灶形态学特征，而且运用动态增强还能提供病灶的血流动力学情况。

2. 活检组织病理学检查 常用的活检方法有空芯针穿刺活检术，麦默通旋切术活检和细针针吸细胞学检查。前两者病理诊断的准确率可达90%~97%，细针针吸细胞学检查的确诊率为70%~90%。疑为乳腺癌者，若这些方法无法确诊，可将肿块连同周围乳腺组织一并切除，做冰冻活检或快速病理学检查。乳头糜烂疑为湿疹样乳腺癌时，可做乳头糜烂部刮片细胞学检查。

3. 细胞学检查 采用肿块穿刺针吸细胞学检查，多数病例可获得较肯定诊断，但有一定局限性。

四、心理—社会状况

病人对乳腺癌的治疗，对手术的认知程度和预后产生担忧和恐惧。了解病人的工作、家庭经济状况和角色关系形态及预后的认知程度和心理承受能力等。

五、处理原则

乳腺癌治疗以手术为主，辅以化学药物、内分泌、放射、生物等综合疗法。

1. 手术治疗 手术是治疗病灶局限于局部及区域淋巴结病人的首选方法。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全部乳腺组织，覆盖肿瘤表面的皮肤，腋窝和锁骨下脂肪及淋巴组织。还可采取乳腺癌根治术、全乳房切除术、保留乳房的乳腺癌切除术等。

2. 化学药物治疗 乳腺癌是实体瘤中应用化疗最有效的肿瘤之一。术后化疗可提高生存率，一般认为术后早期联合化疗效果优于单药化疗。常用的药物有环磷酰胺（C）、甲氨蝶呤（M）、氟尿嘧啶（F）、多柔比星（A）、表柔比星（E）紫杉醇（T）等；可采用CMF或CEF方案，一般用2~3个疗程。

3. 内分泌治疗 雌激素受体（ER）、孕激素受体（PgR）检测阳性的病人应用雌激素拮抗剂他莫昔芬可降低乳腺癌术后复发及转移。用量为每日20mg，一般服用5年，至少服用3年。

4. 放射疗法 通常作为Ⅱ期以上的病例手术后的辅助治疗，以减少局部复发。

5. 生物治疗 曲妥珠单抗注射液是通过转基因技术制备，对人类表皮生长因子受体2过度表达的乳腺癌病人有一定的效果。

六、常见护理诊断/健康问题

1. 有组织完整性受损的危险与 留置引流管、患侧上肢淋巴引流不畅、头静脉被结扎和腋静脉栓塞或感染有关。
2. 自我形象紊乱 与乳腺癌切除术造成乳房缺失和术后瘢痕形成有关。
3. 焦虑/恐惧 与对癌症的恐惧，担心手术造成身体外观改变和预后有关。
4. 知识缺乏 缺乏有关乳腺癌术后患肢功能锻炼的知识。
5. 潜在并发症 气胸、皮下积液、皮瓣坏死和上肢水肿等。

七、护理措施

（一）术前护理

（1）妊娠与哺乳 妊娠期及哺乳期病人，因激素作用活跃可加速乳腺癌生长，应立即终止妊娠或停止哺乳。

（2）控制感染 晚期乳腺癌皮肤破溃病人术前注意保持病灶局部清洁，应用抗生素控制感染。

（3）皮肤准备 做好备皮，对切除范围大、考虑植皮的病人，需做好供皮区的准备。

(4) 心理护理 鼓励病人说出顾虑与担心，有针对性地进行心理护理，解除病人和家属对切除乳房后的忧虑，告知病人术后能逐步恢复工作生活，切除的乳房可以重建，以增强病人的信心。

(5) 术前准备 做好术前常规检查和准备。对手术范围大、需要植皮者，除常规备皮外，同时做好供皮区（如腹部或同侧大腿区）的皮肤准备。乳房皮肤溃疡者，术前进行创面处理至创面好转。乳头凹陷者应清洁局部。

七、护理措施

（二）术后护理

1. 体位 术后麻醉清醒、血压平稳后取半卧位，以利于呼吸和引流。

2. 病情观察 严密观察生命体征变化，观察伤口敷料渗血和渗液情况，并予以记录。乳腺癌扩大根治术有损伤胸膜可能，病人若感到胸闷、呼吸困难，应及时报告医师，以便早期发现和协助处理肺部并发症，如气胸等。

3. 伤口护理

(1) 有效包扎：手术部位用弹力绷带加压包扎，使皮瓣紧贴胸壁，防止积液积气。包扎的松紧度以能容纳1手指，维持正常血运，且不影响呼吸为宜。包扎期间告知病人不能自行松解绷带，皮肤瘙痒时不能将手指伸入敷料下搔抓。若绷带松脱，应及时重新加压包扎。

(2) 观察皮瓣血液循环：注意皮瓣的颜色及创面愈合情况，正常皮瓣的温度较健侧略低，颜色红润，并与胸壁紧贴；若皮瓣颜色暗红，提示血液循环欠佳，有坏死可能，应报告医师及时处理。

(3) 观察患侧上肢远端血液循环：若手指发麻、皮肤发绀、皮温下降、动脉搏动不能扪及，提示腋窝部血管受压，肢端血液循环受损，应及时调整绷带的松紧度。

4. 引流管护理 乳腺癌根治术后，皮瓣下常规放置引流管并接负压引流装置，如负压引流球或负压引流瓶。负压吸引可及时、有效地吸出残腔内的积液、积血，并使皮肤紧贴胸壁，从而有利于皮瓣愈合。（1）有效吸引：负压引流球或引流瓶应保持压缩（即负压）状态。压力大小要适宜。对连接墙壁负压吸引器，若引流管外形无改变，但未闻及负压抽吸声，应观察管道连接是否紧密，压力是否适当。（2）妥善固定：引流管的长度要适宜，病人卧床时将其固定于床旁，起床时固定于上衣。

(3) 保持通畅：定时挤压引流管，避免管道堵塞。防止引流管受压和扭曲。若有局部积液、皮瓣能紧贴胸壁且有波动感，需报告医师及时处理。

(4) 注意观察：包括引流液的颜色、性状和量。术后1~2d，每日引流血性液约50~200ml，以后颜色逐渐变淡，减少。

(5) 拔管：若引流液转为淡黄色、连续3d每日量少于10~15ml，创面与皮肤紧贴，手指按压伤口周围皮肤无空虚感，即可考虑拔管。若拔管后仍有皮下积液，可在严格消毒后抽液并局部加压包扎。

5. 患侧上肢肿胀的护理 患侧腋窝淋巴结切除、头静脉被结扎、腋静脉栓塞、局部积液或感染等因素可导致上肢淋巴回流不畅和静脉回流障碍，从而引起患侧上肢肿胀。

(1) 避免损伤：避免患侧上肢测血压、抽血、注射或输液等。
避免患肢过
度活动、负重和外伤。

(2) 抬高患肢：平卧时患肢下方垫枕抬高 $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$ ，肘关节轻度屈曲；半卧位时屈肘 90° 放于胸腹部；下床活动时用吊带托或用健侧手将患肢抬高于胸前，需要他人扶持时只能扶健侧，以防腋窝皮瓣滑动而影响愈合；避免患肢下垂过久。

(3) 促进肿胀消退：在专业人员指导下向心性按摩患侧上肢，或进行握拳、屈肘、伸肘和举重训练，举重要缓慢并逐渐增加负重，以促进淋巴回流：深呼吸运动可改变胸膜腔内压，并引起膈肌和肋间肌的运动，从而持续增加胸腹腔内的淋巴回流；肢体肿胀严重者，用弹力绷带包扎或戴弹力袖以促进淋巴回流：局部感染者，及时应用抗生素治疗。

6. 患侧上肢功能锻炼 由于手术切除了胸部肌肉、筋膜和皮肤，患侧肩关节活动明显受限制。功能锻炼对于恢复病人的肩关节功能和预防及减轻水肿至关重要。为减少和避免术后残疾，应鼓励和协助病人早期开始患侧上肢的功能锻炼。锻炼时应遵守循序渐进的原则，以免影响伤口的愈合。

(1) 术后24h内：活动手指和腕部，可做伸指、握拳、屈腕等锻炼。

(2) 术后1~3d：进行上肢肌肉等长收缩，利用肌肉泵作用促进血液和淋巴回流：可用健侧上肢或他人协助患侧上肢进行屈肘、伸臂等锻炼，逐渐过渡到肩关节的小范围前屈、后伸运动（前屈小于 30° ，后伸小于 15° ）。

(3) 术后4~7d：鼓励病人用患侧手洗脸、刷牙、进食等，并做以患侧手触摸对侧肩部及同侧耳朵的锻炼。

(4) 术后1~2周：术后1周皮瓣基本愈合后，开始做肩关节活动，以肩部为中心，前后摆臂。术后10d左右皮瓣与胸壁黏附已较牢固，可循序渐进地进行上臂各关节的活动锻炼。如手指爬墙、梳头、转绳运动或滑绳运动等的锻炼。指导病人做患肢功能锻炼时应根据病人的实际情况而定，一般以每日3~4次、每次20~30min为宜；循序渐进地增加锻炼的范围。注意注意事项，术侧肩关节术后7d内不上举、10日内不外展；不得以术侧上肢支撑身体，需他人扶持时不要扶持术侧，以防皮瓣移位影响愈合。

7. 术后并发症预防和护理

皮下积液是乳腺癌术后较为常见的并发症，发生率在10%~20%，术后要特别注意保持引流通畅，包扎胸带松紧度适宜，避免过早外展术侧上肢。发现积液要及时引流。

八、健康指导

1. 饮食与活动 加强营养，多食高蛋白、高维生素、高热量、低脂肪的食物，以增强机体抵抗力。近期避免患侧上肢搬动或提拉过重物品，继续进行功能锻炼。

2. 保护患肢 保持患侧皮肤清洁；洗涤时戴宽松手套，避免长时间接触有刺激性的洗涤液；避免蚊虫叮咬；衣着、佩戴首饰或手表时要宽松；患侧手臂不要热敷，沐浴时水温不要过高；避免强光照射等高温环境。

3. 恢复性生活、避免妊娠 健康及适度的性生活有利于病人的身心康复。术后5年内避孕，防止乳腺癌复发。避孕方法推荐物理屏障避孕法，避免使用激素类药物避孕法。

4. 坚持治疗 遵医嘱坚持化学治疗、放射治疗或内分泌治疗。

化学治疗期间定期检查肝、肾功能，每次化学治疗前1d或当日查血白细胞计数，化学治疗后5~7d复查，若白细胞计数 $<3 \times 10^9/L$ ，需及时就诊。放射治疗、化学治疗期间因抵抗力差，应少到公共场所，以减少感染机会。放射治疗期间注意保护皮肤，出现放射性皮炎时及时就诊。内分泌治疗持续时间长，长期服药可导致胃肠道反应、月经失调、闭经、潮热、阴道干燥、骨质疏松和关节疼痛等不良反应。告诉病人坚持服药的重要性，并积极预防和处理不良反应，以提高服药依从性。

5. 乳房定期检查 定期的乳房自我检查，有助于及早发现乳房的病变，因此20岁以上的妇女，特别是高危人群每月进行1次乳房自我检查。术后病人也应每月自查1次，以便早期发现复发征象。检查时间最好选在月经周期的第7~10d，或月经结束后2~3d，已经绝经的女性应选择每个月固定的一日检查。40岁以上女性或乳腺癌术后病人每年还应行钼靶X线检查。

(1) 视诊：站在镜前取各种姿势（两臂放松垂于身体两侧、向前弯腰或双手上举置于头后），观察双侧乳房的大小和外形是否对称：有无局限性隆起、凹陷或皮肤橘皮样改变；有无乳头回缩或抬高等。

(2) 触诊：病人平卧或侧卧，肩下垫软薄枕或将手臂置于头下进行触诊。一侧手的食指、中指和无名指并拢，用指腹在对侧乳房上进行环形触摸，要有一定的压力。从乳房外上象限开始检查，依次为外上、外下、内下、内上象限，然后检查乳头、乳晕，最后检查腋窝有无肿块，乳头有无溢液。若发现肿块和乳头溢液，及时到医院做进一步检查。

6. 心理社会康复 可以在认知、决策、应对技能等方面提升病人的自我控制能力，合理地运用暗示、宣泄等应对技巧，以增加对于困境的忍耐力，尽快摆脱病人角色，积极面对生活。积极调动和利用社会网络的支持，如专业支持、家庭支持和同伴支持，通过接受帮助、鼓励和支持，最大限度地恢复病人的社会功能。



谢谢观看

