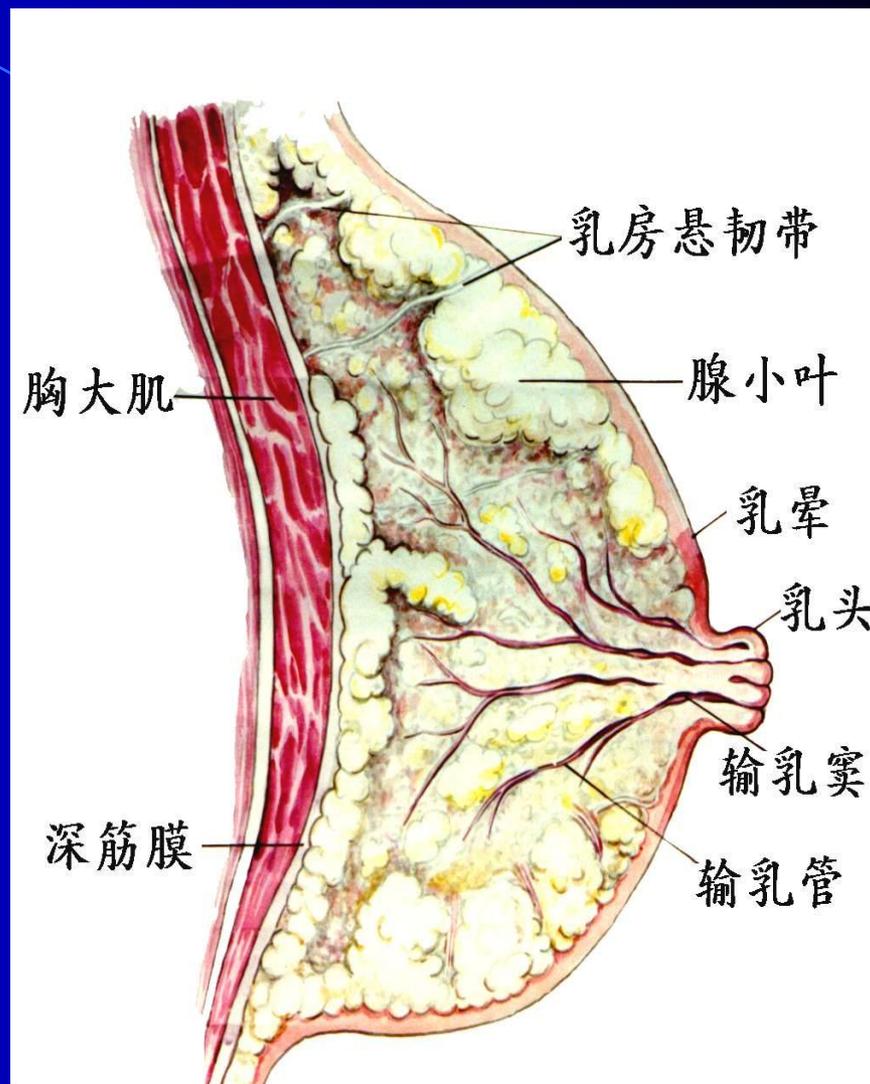


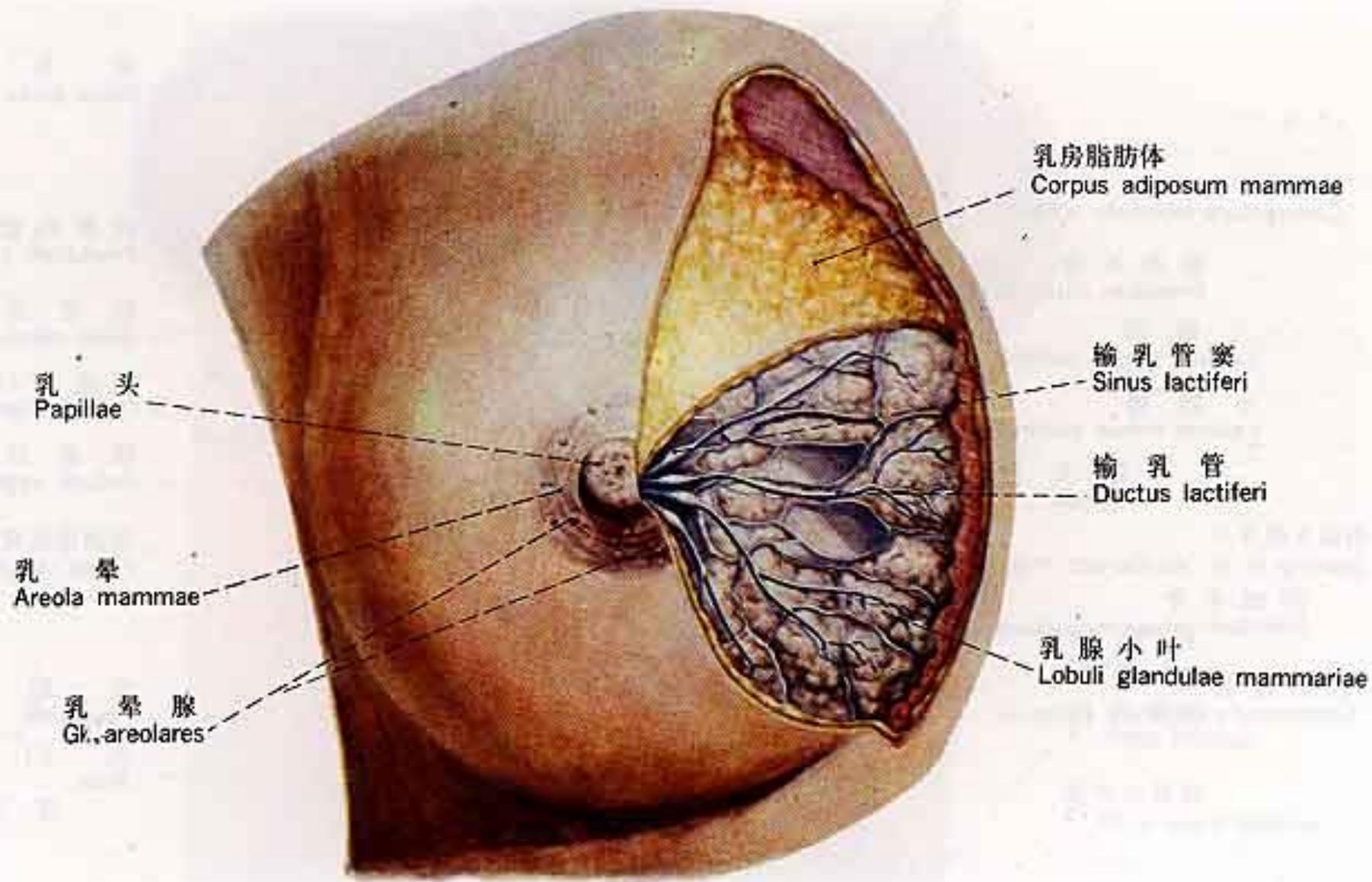
第十七章 乳房疾病病人的护理

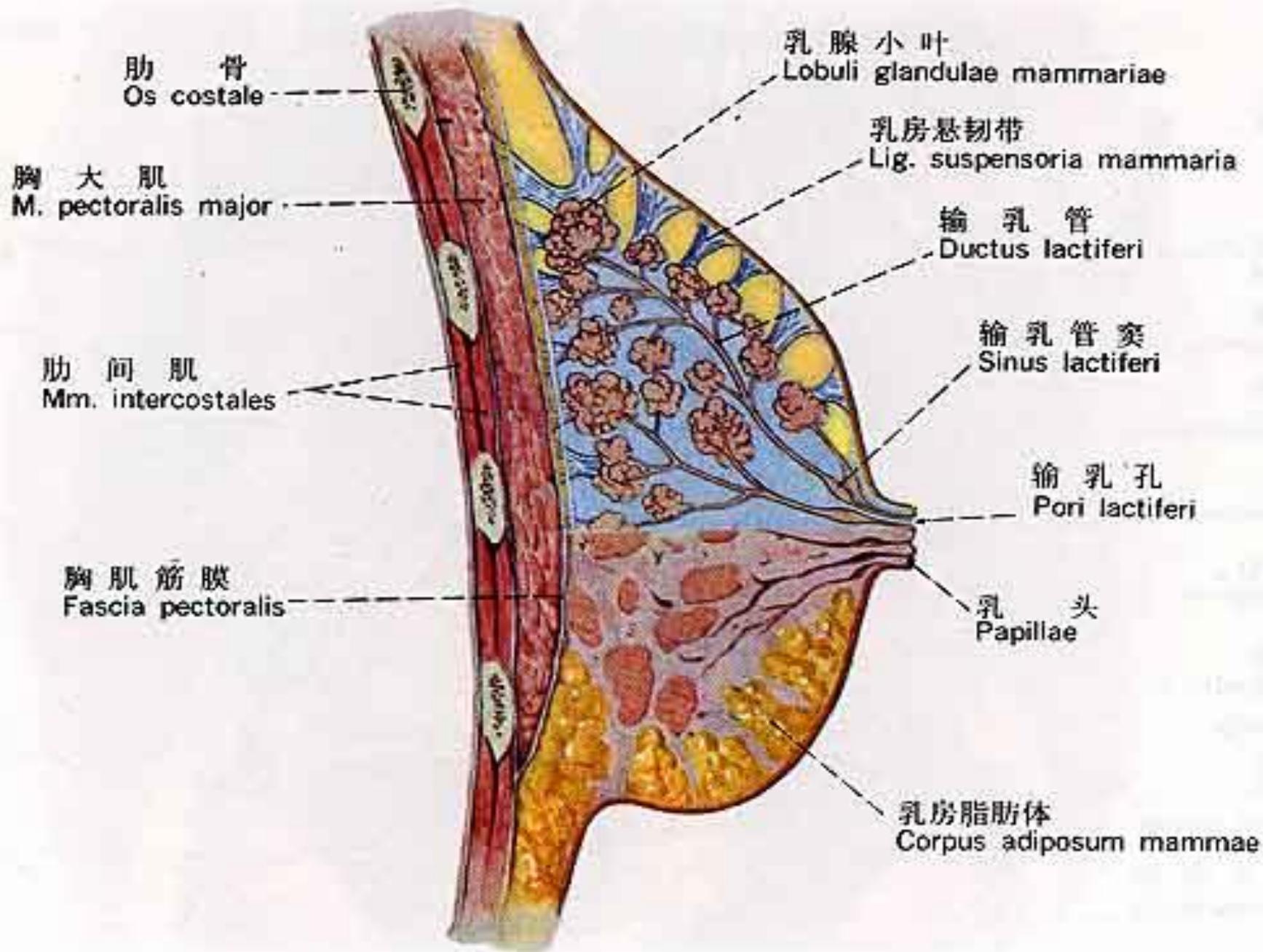
第一节 解剖生理概要

乳房的解剖生理

- 15~20个腺叶，腺叶再分成腺小叶
- 乳腺的基本单位：腺小叶，由小乳管和腺泡组成
- 小乳管-乳管-乳头
乳管开口处膨大是乳管内乳头状瘤的好发部位



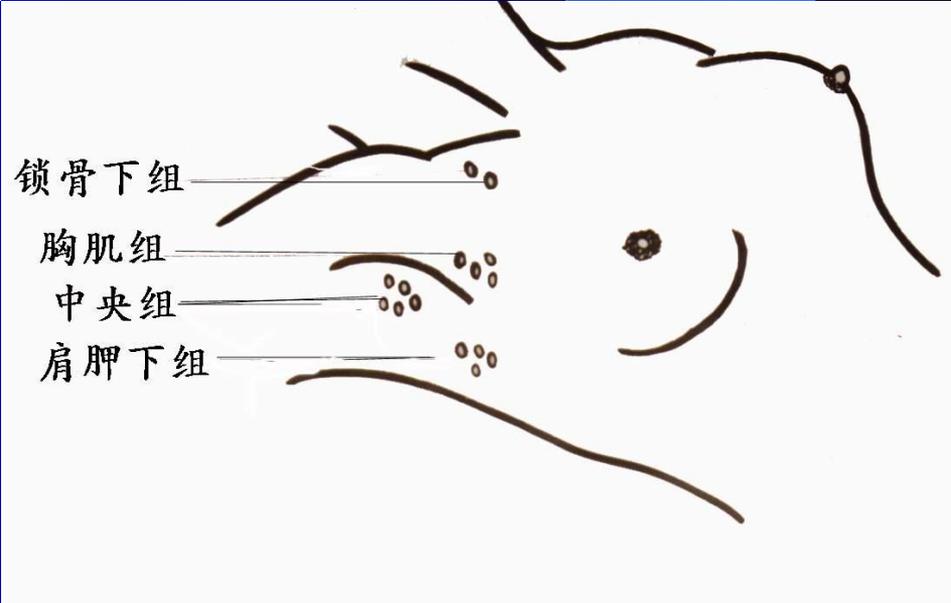
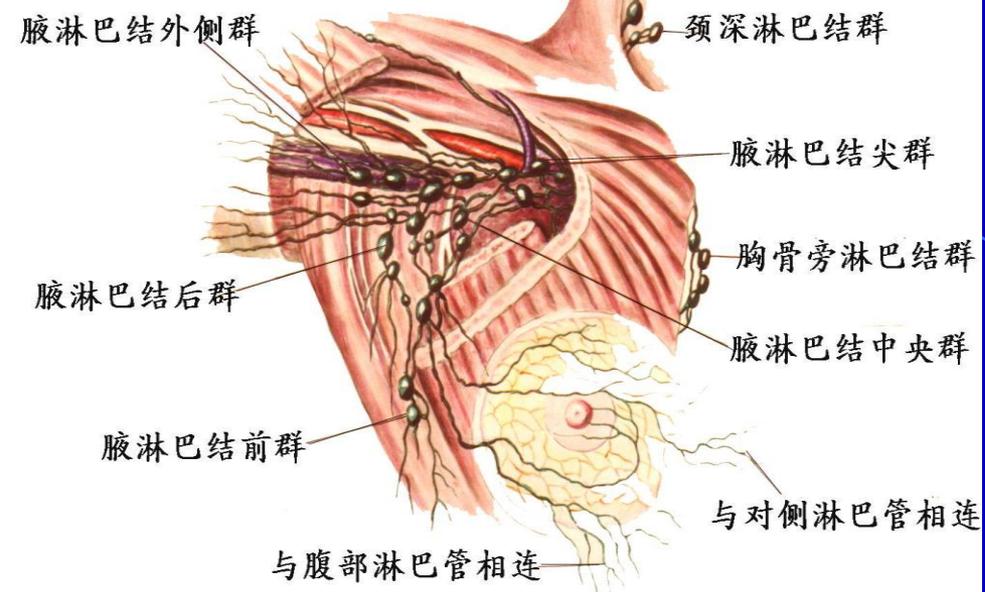




乳房的淋巴分组和引流范围

以胸小肌为标志，将腋区淋巴结分成三组：

- I组即腋下（胸小肌外侧）组：引流乳腺外侧组、中央组、肩胛下组、腋静脉组、胸大小肌间组的淋巴结
- II组即腋中（胸小肌后）组：引流胸小肌深面的腋静脉淋巴结
- III组即腋上（锁骨下）组：引流胸小肌内侧的锁骨下静脉淋巴结

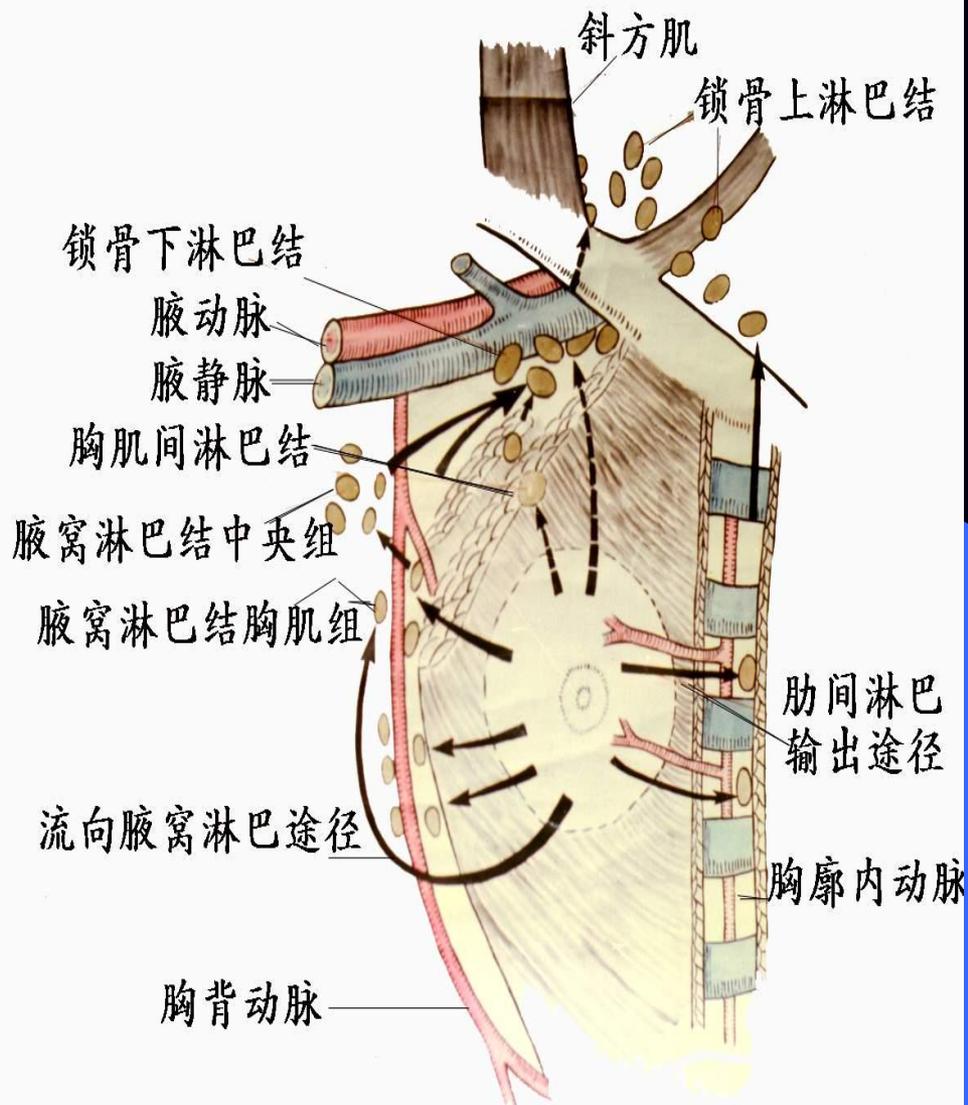


腋窝淋巴结分组

乳房的淋巴引流途径

- (1) 经胸大肌外侧缘淋巴管→同侧腋窝淋巴结→锁骨下淋巴结→锁骨上淋巴结→胸导管（左）或右淋巴导管入静脉血流
- (2) 向内侧→肋间淋巴管→胸骨旁淋巴结→锁骨上淋巴结→如上途径→静脉
- (3) 两侧乳房间在皮下的交通淋巴管→从一侧乳房引流到对侧。
- (4) 乳房深部淋巴网→腹直肌鞘和肝镰状韧带的淋巴管→肝脏

乳房淋巴输出途径



第二节 急性乳腺炎

acute mastitis

- **急性乳腺炎是乳腺的急性化脓性感染；**
- **病人多是产后哺乳的妇女；**
- **以初产妇更为多见；**
- **往往发生在产后3-4周。**

病因

除产后全身抵抗力下降以外，有二种原因：

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；

(1) 乳头过小或内陷；

(2) 乳汁过多或吸奶过少；

(3) 乳管不通。

2. 细菌侵入：乳头破损或破裂，细菌沿淋巴管侵入是感染的主要途径。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，缺乏哺乳的经验；也可发生于断奶时，6个月以后的婴儿已长牙，易致乳头损伤。

病理生理

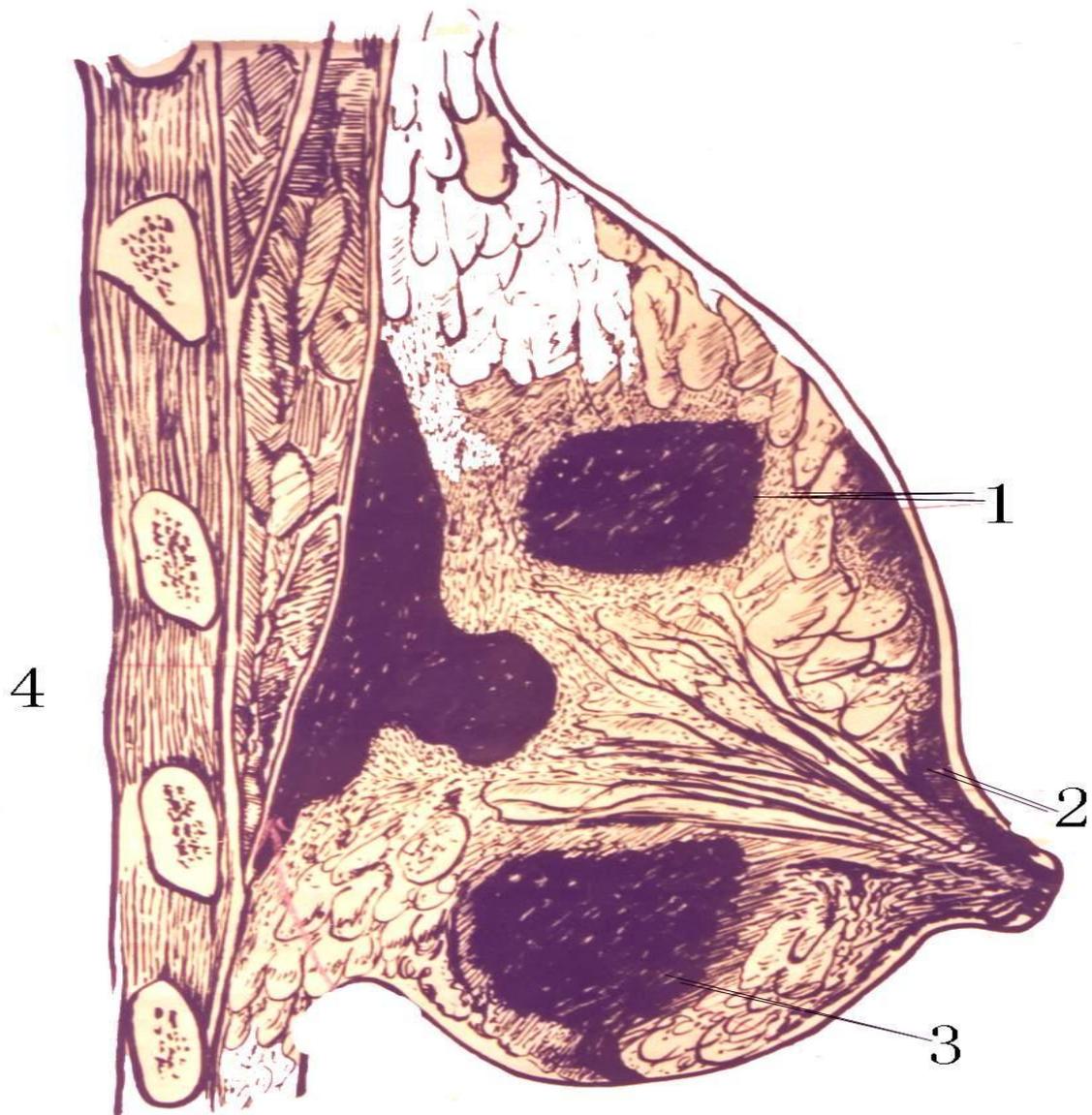
一般起初呈蜂窝织炎样表现，数天后可形成脓肿，脓肿可以是单房或多房性；

脓肿可向外溃破，深部脓肿可穿至乳房与胸肌间的结缔组织，形成乳房后脓肿；

感染严重者，可并发脓毒症。

临床表现

- 病人感觉乳房胀痛, 局部红肿、发热;
- 随着炎症发展, 病人可有寒战、高热、脉搏加快, 常有患侧淋巴结肿大、压痛;
- 局部表现可有个体差异, 应用抗菌药治疗的病人, 局部炎症症状可掩盖。



乳房脓肿的不同部位

- 1、表浅脓肿 2、乳晕下脓肿
3、深部脓肿 4、乳房后脓肿

辅助检查

- **实验室检查：** 白细胞计数及中性粒细胞比例升高。
- **诊断性穿刺：** 应在波动、压痛最明显的炎症区进行穿刺，抽到脓液应做细菌培养与药物敏感试验。

处理原则

消除感染，排空乳汁；

脓肿形成前以抗菌药治疗为主；

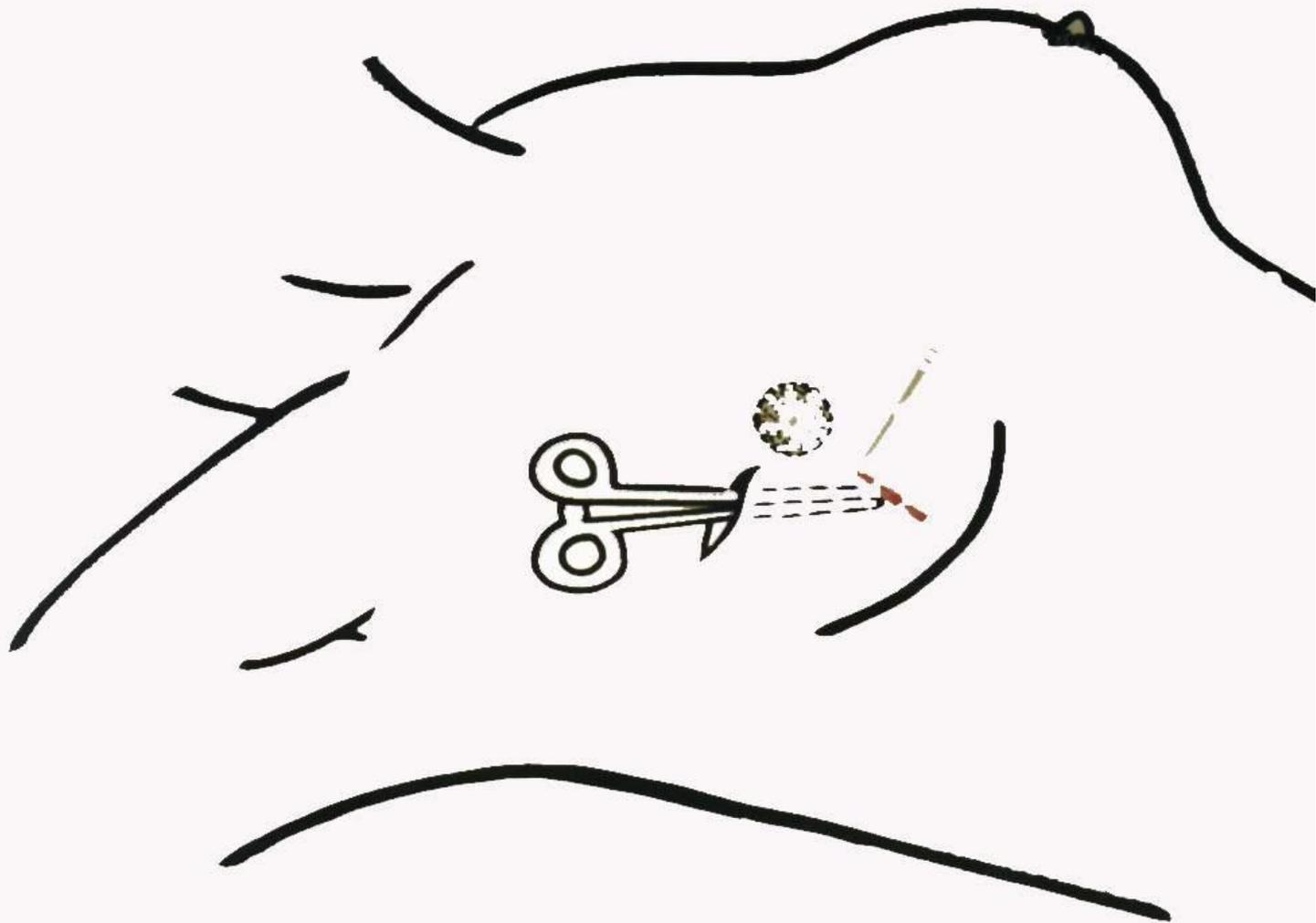
脓肿形成，及时切开引流。

非手术治疗

- 局部处理：患乳停止哺乳；局部热敷、药敷或理疗。
- 抗感染：抗生素、中药。
- 终止乳汁分泌。

手术治疗

- 脓肿形成后，应及时切开引流。
- 手术时要有良好的麻醉，为避免损伤乳管而形成乳瘘，应作放射状切开，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。
- 切开后以手指轻轻分离脓肿的多房间隔，以利引流。脓腔较大时，可在脓腔的最低部位另加切口作对口引流。



乳房脓肿对口引流

脓肿 Abscess

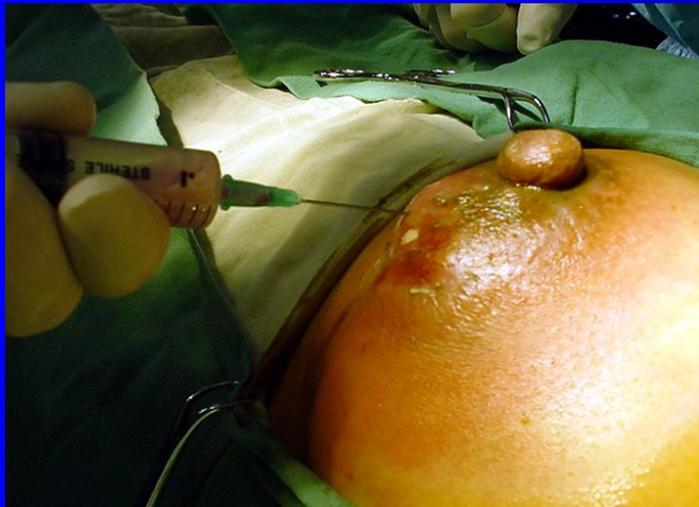
- Antibiotic therapy(培养+药敏)
- **incision & drainage**切开引流
- 切开前先穿刺确诊



脓肿切开引流原则与方法

The Methods and principles of Incision & Draining about Abscess

- 适当麻醉
- 切开部位应在最低部位，以利引流
- 切口方向与大血管及神经平行，避免跨关节



脓肿切开引流原则与方法

The Methods and principles of Incision & Draining about Abscess

- 手指钝性分开间隔，以利充分引流
- 尽量去除异物及坏死组织



【治疗】

目标：减少或制止细菌
改善机体防御能力

1. 局部处理
2. 抗生素
3. 改善全身状态



常见护理问题

- 1. 疼痛 与乳房炎症、肿胀、乳汁淤积有关。
- 2. 体温过高 与乳房炎症及术后组织损伤有关。

护理措施

1. 缓解疼痛

- (1) 防止乳汁淤积：患乳暂停哺乳，定时用吸乳器洗净或挤净乳汁。
- (2) 局部托起，用宽松的胸罩托起乳房，以减轻疼痛或减轻肿胀。
- (3) 局部热敷、药物外敷或理疗：以促进局部血液循环何炎症的消散；局部皮肤水肿明显者，可用25%硫酸镁湿热敷。

护理措施

2. 控制体温和感染

- (1) 控制感染：遵医嘱早期应用抗菌药。
- (2) 病情观察：定时测量体温、脉搏、呼吸，检测血白细胞计数及分类变化，必要时做血培养及药物敏感试验。
- (3) 采取降温措施：高热者，予以物理降温，必要时遵医嘱应用解热镇痛药物。
- (4) 脓肿切口引流后的护理：保持引流通畅，定时更换切口敷料。

健康教育

- ① 纠正乳头内陷；
- ② 养成良好哺乳习惯；
- ③ 尽量排空多余乳汁；
- ④ 预防乳头损伤；
- ⑤ 经常清洁乳头；
- ⑥ 注意婴儿口腔卫生。

第三节 乳腺囊性增生 mastopathy

乳腺囊性增生病

- 也称慢性囊性乳腺病；
- 是妇女多发病，常见于中年妇女；常见于25~40岁，有2~3%的恶变率。
- 是乳腺实质的良性增生，病理形态复杂，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，也有发生小叶实质者，主要为乳管及腺泡上皮增生；
- 有时本病的临床表现与乳腺癌有所混淆，正确认识本病十分重要；

病因

- 是内分泌障碍性增生病；
- 体内女性激素代谢障碍，特别是雌、孕激素比例失调，使乳腺实质增生过度和复旧不全；
- 部分乳腺实质成分中女性激素受体的质和量的异常，使乳房各部分的增生程度参差不齐。

临床表现

乳房胀痛：

有周期性，往往在月经前疼痛加重，月经来潮后减轻或消失，有时整个月经周期都有疼痛。

乳房肿块：

体检发现一侧或双侧乳腺有弥漫性增厚，可局限于乳腺的一部分，也可分散于整个乳腺，肿块呈现颗粒状、结节状或片状，大不一，质韧而不硬，增厚区与周围乳腺组织分界不明显。

临床表现

乳头溢液：

少数病人可有乳头溢液；黄绿色、棕色或血性。

有2~3%恶变：

应注意有无迅速增长或质地变硬的单个肿块出现，一旦有，高度怀疑恶性可能。本病病程较长，发展缓慢。

辅助检查

- 钼靶x线检查
- B超检查
- 活组织病理检查

诊断

- 根据典型临床表现，诊断不困难。
- 本病有无恶变可能尚有争论，但重要的是乳腺癌与本病有同时存在的可能，为了及早发现可能存在的乳腺癌，嘱病人每隔2-3月到医院复查。
- 局限性乳腺增生肿块明显时，要与乳腺癌相区别，后者肿块更明显，质地偏硬，与周围乳腺有较明显区别，有时有腋窝淋巴结肿大。

处理原则

无特殊的方法，但多数在数月~1~2年间可以自行缓解，多不需特殊治疗。

中药逍遥散。

雄激素、三苯氧胺。

上述治疗无效、发现局部病变有明显改变时，应行活组织检查：如上皮细胞增生显著，可以行单纯乳房切除术；证实有恶变时，则行乳房根治性切除术。

常见护理问题及措施

- **疼痛** 与内分泌失调致乳腺实质过度增生有关。
- **措施：**
 1. **减轻疼痛**
 - (1) **心理护理**
 - (2) **用宽松乳罩托起乳房**
 - (3) **按医嘱服用中药调理或其他对症治疗药物**
 2. **定期乳房自查**

第四节 乳房肿瘤

- 女性乳房肿瘤的发病率较高，良性肿瘤中以纤维腺瘤为最多，约占良性肿瘤的 $\frac{3}{4}$ ，其次为乳管内乳头状瘤，约占良性肿瘤的 $\frac{1}{5}$ ；
- 恶性肿瘤的绝大多数是乳腺癌，肉瘤较少见；
- 男性乳房肿瘤者极少见，男性乳腺癌发病率约为女性的1%。

乳房纤维腺瘤

breast fibroadenoma

病因

- 与雌激素作用活跃有关，小叶内纤维细胞的ER的量或质发生异常，使其对雌激素敏感性异常增高。
- 20~25岁多发；75%为单发
- 最常见的乳房良性肿瘤（3/4）

临床表现

- 主要是乳房肿块，与月经周期无关。
- 多见于乳房外上象限，75%单发，少数多发。
- 除肿块外，病人常无明显自觉症状，肿块增大缓慢，质似硬橡皮球的弹性感，表面光滑，易于推动。
- 有恶变的可能。

处理原则

虽属良性，但仍有肉瘤变可能，手术切除是其唯一有效的办法；

妊娠可使纤维腺瘤增大，所以在妊娠前或妊娠后发现的纤维腺瘤一般都应行手术切除；

应将肿瘤连同包膜整块切除，以周围包裹少量正常乳腺组织为宜；

手术切除，肿块应常规送病检。

常见护理问题及措施

- **知识缺乏：缺乏乳房纤维腺瘤诊治的相关知识**
- **措施：提供疾病相关知识**
- **手术者术后保持切口敷料干燥**
- **暂不手术者密切观察肿块的变化**

乳管内乳头状瘤

intraductal papillom

概述

- 可见于任何年龄的成年妇女，多见于经产妇，40~50岁多发。
- 多发生于大乳管近乳头的膨大部分，瘤体很小，带蒂而有绒毛。
- 有很多壁薄的血管，易出血。
- 发生于中小乳管的乳头状瘤常位于乳房周围区域。

临床表现

- 乳头血性溢液
- 局限性疼痛：当较大的肿瘤堵塞乳管时。
- 肿块：大乳管的乳头状瘤可扪及，挤压肿块出现乳头溢液。
- 可以经乳管造影见有膨大的乳管。

辅助检查

- 乳腺导管造影
- 乳管内镜检查

处理原则

因有6~8%病例发生恶变，应早期手术切除。

1. 在出血乳管内插入探针或美兰，沿探针作放射状切口，楔形切除包括病变乳管在内的乳腺组织。
2. 年龄大的妇女，可行单纯乳房切除术。
3. 恶变时行乳癌根治术。

常见护理问题及措施

- **焦虑：**与乳头溢液、缺乏乳管内乳头状瘤诊治的相关知识有关
- **措施：**
 1. 提供疾病相关知识，解除思想顾虑
 2. 保持切口敷料干燥
 3. 定期复查

乳 腺 癌

breast cancer

- 乳癌是女性最常见肿瘤
- 在我国占全身各种恶性肿瘤的7~10%
- 男性占全部乳癌1%。

病因

1. 发病二个高峰期：
 - 45~50岁（更年期）和60~64岁。
 - 45~50岁与肾上腺皮质产生雌激素有关。
 - 60~64岁与肾上腺皮质产生雄激素有关。
2. E_1 （雌酮）有明显的致癌作用。
3. 与月经、生育和哺育的关系：月经初潮年龄早、绝经年龄晚；未生育、晚生育或未哺乳的乳癌发病率高。

4. 家族史:

一级亲属中有乳腺癌病史者，发病危险性是普通人群的2—3倍

5. 乳腺良性疾病与乳腺癌的关系:

尚有争论，多数认为乳腺小叶有上皮高度增生或不典型增生者可能与乳腺癌发病有关

6. 其他:

- 营养过剩、肥胖、脂肪饮食，可加强或延长雌激素对乳腺上皮细胞的刺激
- 环境因素及生活方式：北美、北欧地区乳腺癌发病率约为亚、非、拉美地区的4倍，而低发地区居民移居至高发地区后，第二、三代移民的乳腺癌发病率逐渐升高

病理类型

1. 非浸润性癌：导管内癌、小叶原位癌、乳头湿疹样癌；
早期、预后好
2. 早期浸润癌：早期浸润性导管癌、小叶癌；属早期预后较好
3. 浸润性特殊癌：乳头状癌，髓样癌，小管癌，腺样囊性癌，粘液腺癌，大汗腺样癌，鳞状细胞癌；分化较高，预后尚好
4. 浸润性非特殊癌：浸润性导管癌、小叶癌、髓样癌、硬癌、腺癌、单纯癌等；分化低，预后差
5. 其它：罕见癌

转移途径

1. **局部浸润**：侵入皮肤、胸筋膜、胸肌等。
2. **淋巴转移**：（四个输出途径）
 - (1) 经胸大肌外侧缘淋巴管→同侧腋窝淋巴结→锁骨下淋巴结→锁骨上淋巴结→胸导管（左）或右淋巴导管侵入静脉血流→远处转移。
 - (2) 向内侧→胸骨旁淋巴结→锁骨上淋巴结→如上途径→静脉。
 - (3) 两侧乳房间在皮下的交通淋巴管→从一侧乳房转移到对侧。也可通过逆行转移至对侧腋窝或腹股沟淋巴结
 - (4) 乳房深部淋巴网→腹直肌鞘和肝镰状韧带的淋巴管→肝脏。
3. **血运转移**：可以经上述途径进入静脉，也可以直接侵入血循环。主要是肺、骨、肝

临床表现

最多见乳房的外上象限（45~50%），乳头、晕（15~20%），内上象限（12~15%）。

1. **乳房肿块**：早期为患侧出现无痛性，单发小肿块，质硬，境界不清，不易推动。

2. **乳癌局部体征**：(1) 癌肿处皮肤凹陷：侵及 Cooper's 韧带，“酒窝征”；(2) 乳头内陷和乳头偏位；(3) “桔皮样”改变：肿瘤侵及内皮和皮下淋巴管所致。







进行性乳头凹陷

3. 侵及胸筋膜、胸肌、肿块固定:

发展至晚期，可侵入胸筋膜、胸肌，以至癌块固定于胸壁不易被推动；如癌细胞侵入大片皮肤，可出现多数小结节，甚至彼此融合；有时皮肤可形成溃疡，此种溃疡常有恶臭，容易出血；

4. 远处转移:

(1) 腋窝淋巴结肿大，可以引起上肢淋巴水肿；锁骨上淋巴结肿大；对侧腋窝淋巴结肿大；肿大淋巴结质硬，无痛，可被推动；以后数目增多，并融合成团，甚至与皮肤或深部组织粘连着；

(2) 肺转移：胸痛、气急。

(3) 肝转移：肝肿大、黄疸。



5. 二种特殊乳癌:

- (1)炎性乳癌:
- ① 年轻女性，尤其在妊娠期或哺乳期。
 - ② 乳房如同急性炎症，无明显的肿块，肿瘤在短期内侵及整个乳房，患乳淋巴管内充满癌细胞。
 - ③ 转移早而广，预后极差。

(2)乳头湿疹样乳癌:

- ① 乳头呈湿疹样改变、皮肤发红、糜烂、潮湿，继而乳头内陷、破损。
- ② 乳晕深部扪及肿块。
- ③ 恶性度低，转移慢。行乳癌根治术。

辅助检查

- (一) **活组织检查**：针吸细胞检查；切除活检术中快速冰冻（95%以上）；溢液涂片细胞学检查
- (二) **X线检查**：
 - (1) 乳房平片：致密、不规则，毛刺状阴影。
 - (2) 乳房干板照像：有边缘效应，准确90%。
 - (3) 乳管造影：诊断乳管内病变。
- (三) **皮肤温度测定**：液晶热图像 ‘ 恶性肿瘤的糖酵解增高，高于正常组织温度， $>1.5^{\circ}\text{C}$ 以上怀疑。
- (四) **乳房红外线检查**：

- **B超：鉴别囊性或实性病灶。**
- **磁共振：软组织分辨率高，敏感性高于X线检查。**

乳癌分期：T（原发性）NM

- T₀: 原发性未查出
- T_{is}: 原位癌（非浸润癌及未查到肿块的乳头湿疹样癌）
- T₁: 癌瘤长径 ≤ 2cm
- T₂: 癌瘤长径 > 2cm, ≤ 5cm
- T₃: 癌瘤长径 > 5cm
- T₄: 癌瘤大小不计，但侵及皮肤或胸壁；炎性乳癌

乳癌分期：TN（淋巴结）M

- N_0 ：同侧腋窝无肿大淋巴结
- N_1 ：同侧腋窝有肿大淋巴结，可推动
- N_2 ：同侧腋窝肿大淋巴结融合，或与周围组织粘连
- N_3 ：有同侧胸骨淋巴结转移或远处转移

乳癌分期：TNM（远处转移）

- M_0 ：无远处转移
- M_1 ：有锁骨上淋巴结转移或远处转移

乳癌分期：TNM

- 0期：T_{is}N₀M₀
- I期：T₁N₀M₀
- II期：T_{0~1}N₁M₀, T₂N_{0~1}M₀, T₃N₀M₀
- III期：T_{0~2}N₂M₀, T₃N_{1~2}M₀, T₄任何NM₀, 任TN₃M₀
- IV期：包括M₁的任何TN

治疗原则

- 有多种方法，包括手术、放疗、激素、化疗、中药，最佳的方法是早期的手术治疗，余为辅助治疗。
- 手术治疗的适应征：临床分期的0、I、II及部分III期的病人
- 手术治疗的禁忌征：远处转移、全身情况差的病人
- 首先考虑肿瘤的根治，其次考虑外观和功能

(一) . 手术治疗:

- 第一期乳癌可采用保留胸肌的简化乳癌根治术/经典根治术，如病理报告有腋窝淋巴结的转移，可手术后追加放疗。
- 第二期行经典的乳癌根治术，术后根据腋窝淋巴结的数目、范围、病理类型而决定加用放疗；胸骨旁→扩大根治术。

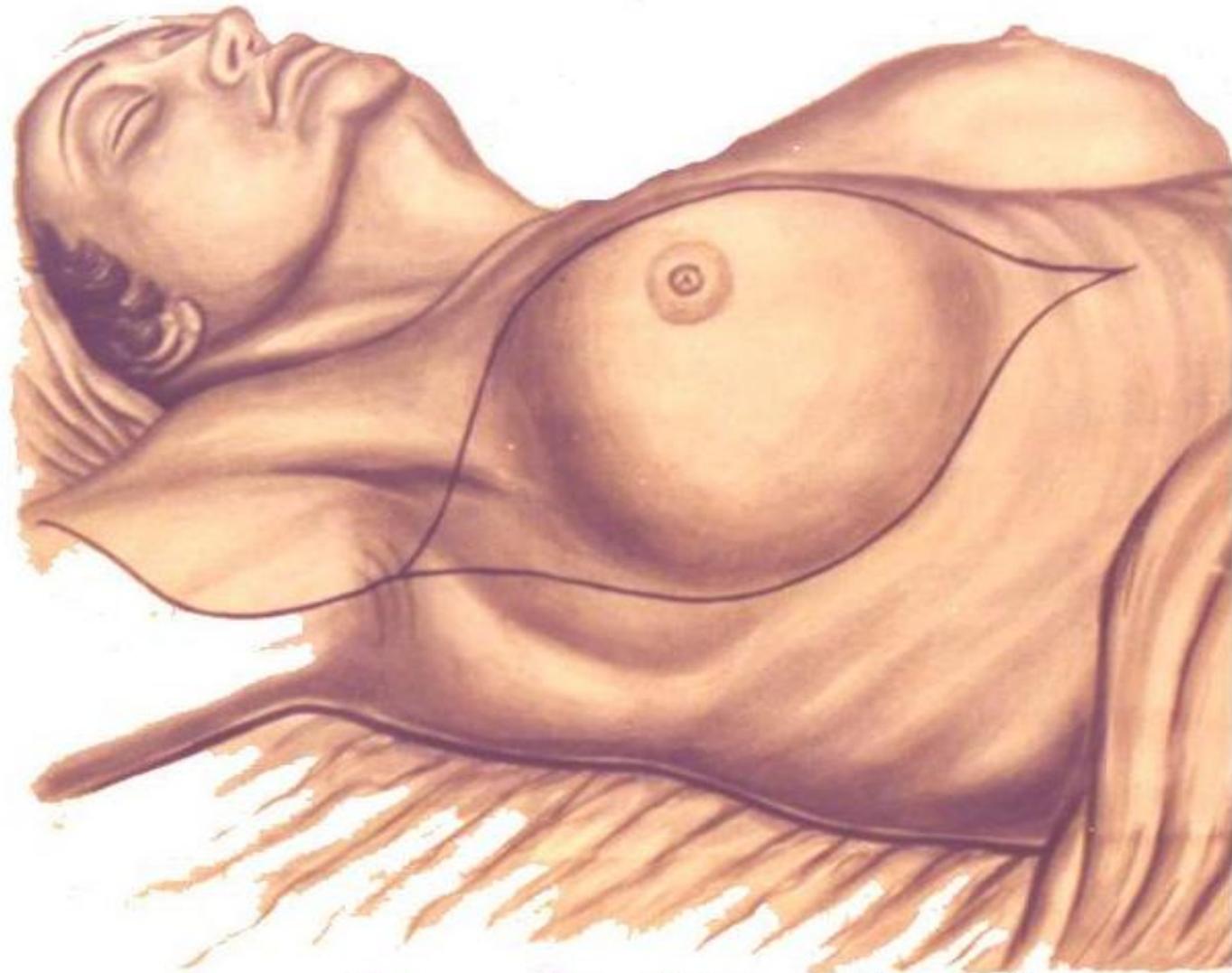
(一) 手术治疗:

- 第三期可选择适当病例行姑息切除，以放疗为主的综合治疗或全部放疗。
- 第四期以内分泌、化疗、中药治疗为主，辅以化疗。

有晚期 征象和炎性乳癌、或妊娠、哺乳期的乳癌应视为手术禁忌症；少数肿瘤破溃者可行姑息性单纯乳房切除术。

1. 乳癌根治术 (radical mastectomy)

- 皮肤切除：距肿块3cm以上
- 手术范围：
 - 上：锁骨
 - 下：腹直肌上段
 - 外：背阔肌前缘
 - 内：胸骨旁或中线
- 切除：整个乳房、胸大肌、胸小肌、腋窝和锁骨下淋巴结

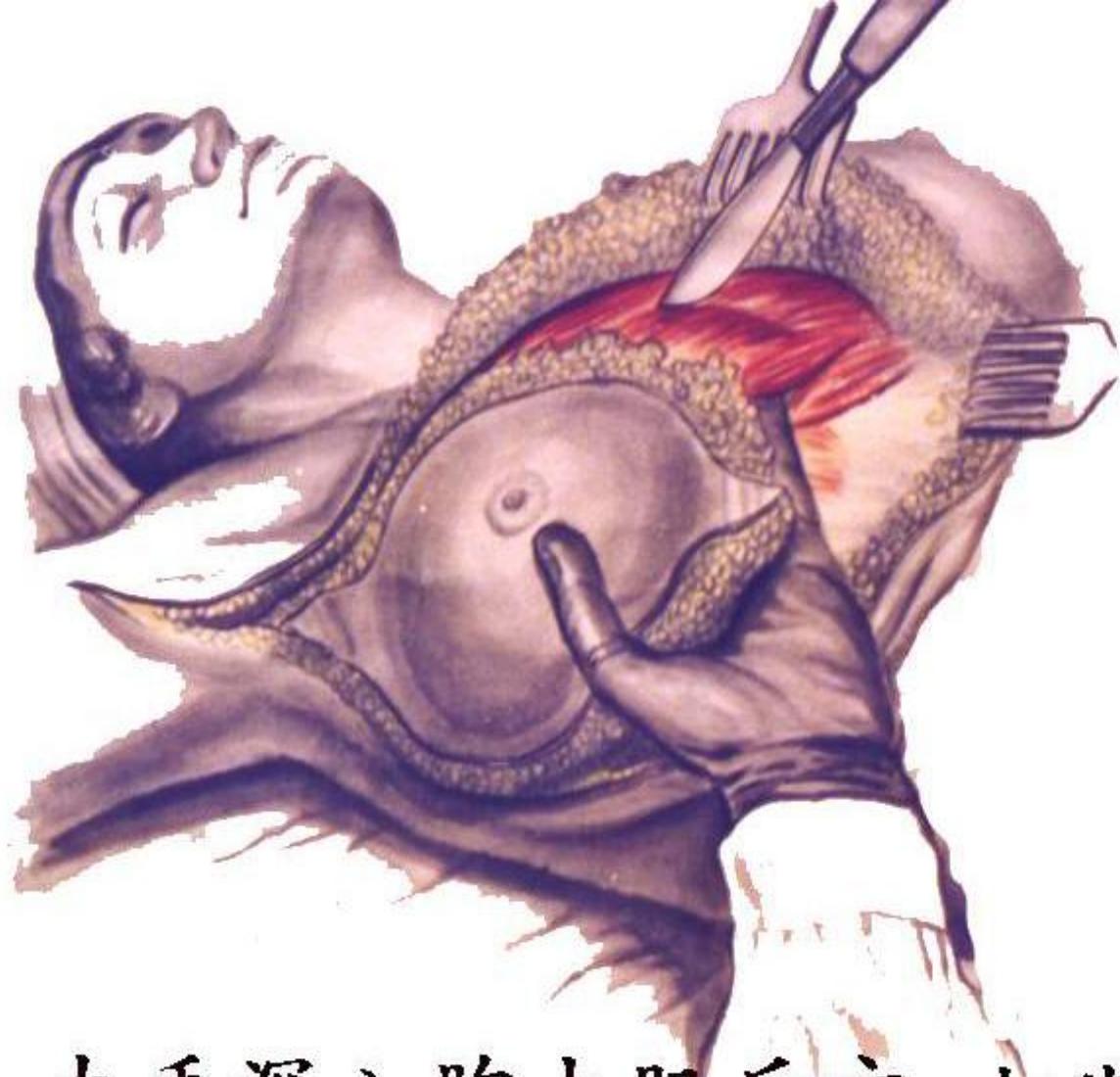


乳癌根治术

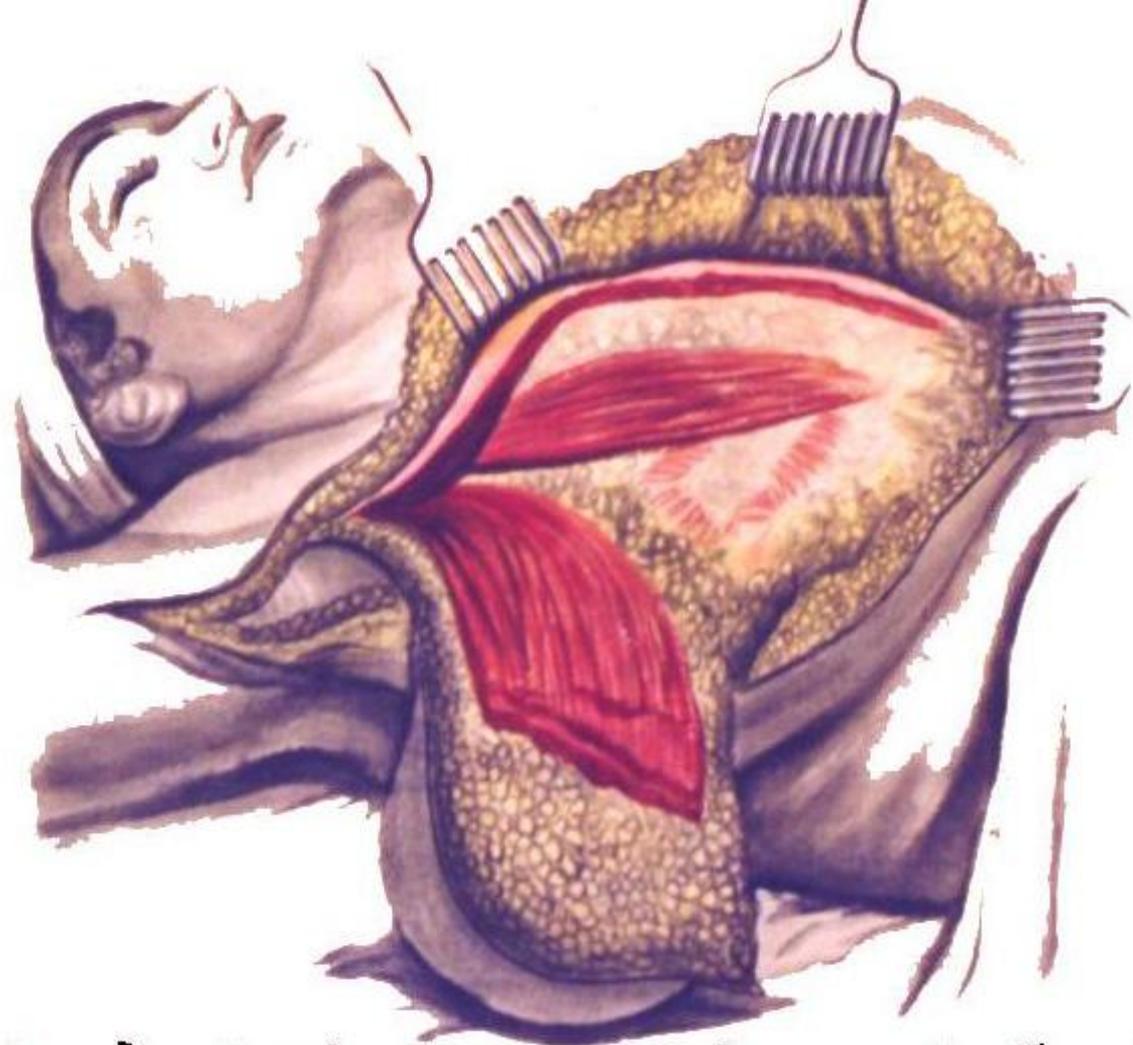
1、皮肤切口线



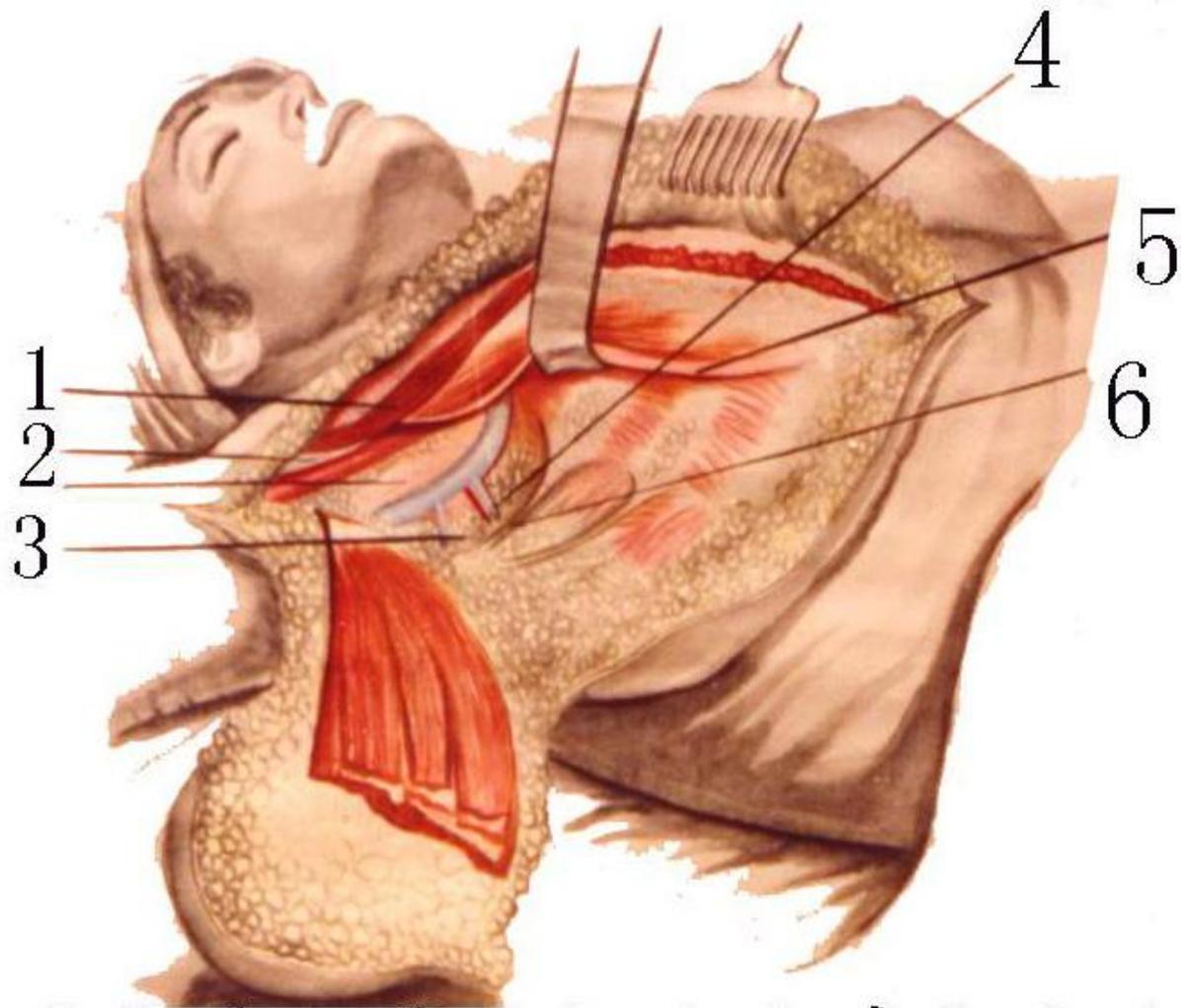
2、切口深达肌肉上方



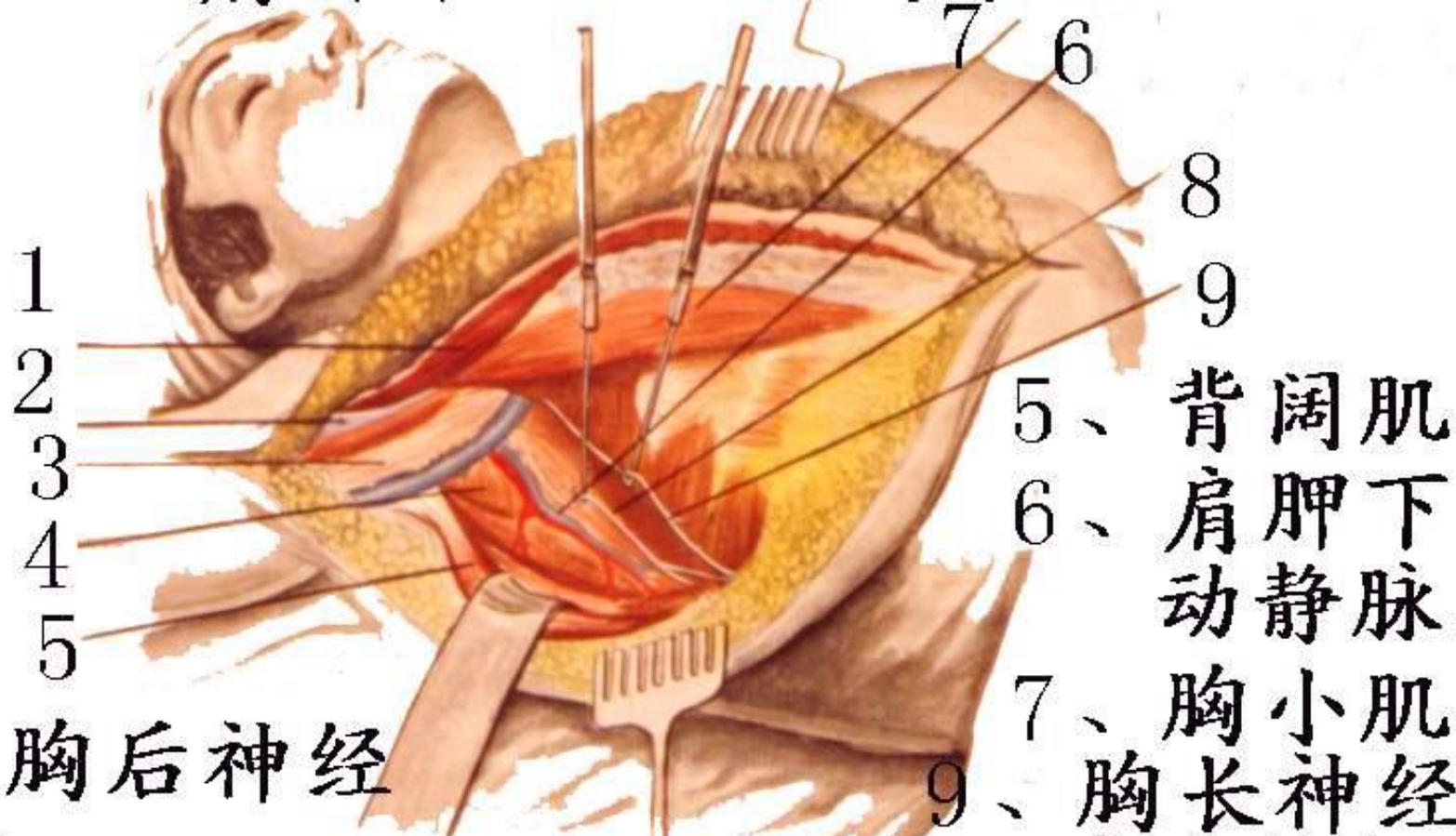
3、左手深入胸大肌后方，切断胸大肌内侧缘，将胸大肌沿胸骨及锁骨边缘切断，使用电刀以防止癌细胞扩散



4、乳房及胸大肌分离，显露胸小肌
从锁骨和肱骨部分切断胸大肌、肌
腱，还与（胸）血管神经丛分离

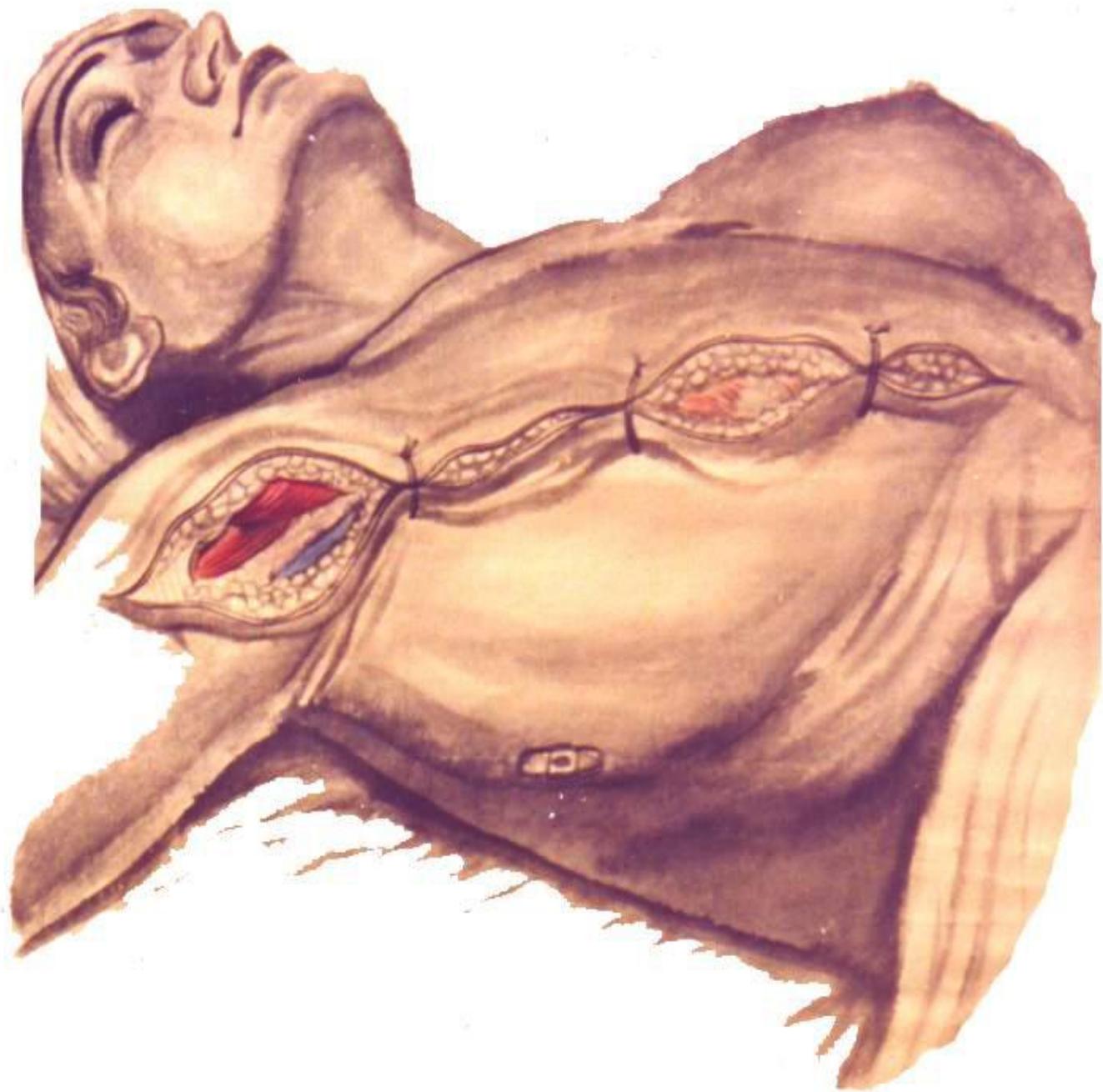


分离及暴露血管神经从乳房仅由脂肪
悬挂在腋窝1、胸大肌之锁骨部分2、
胸大肌之肌腱部分3、臂丛神经及腋
动脉4、肩胛下动脉5、胸小肌6、肋间臂神经



- 1、胸大肌锁骨部分
- 2、胸大肌肌腱
- 3、臂丛神经及腋动脉
- 4、肩胛下肌
- 5、背阔肌
- 6、肩胛下动静脉
- 7、胸小肌
- 8、胸后神经
- 9、胸长神经

乳房已从腋窝切除，胸外及胸后神经拉钩拉起，肩胛下动静脉暴露如图，其静脉往往须预先结扎而动脉尽可能予以呆存





2. 乳癌扩大根治术 (extensive radical mastectomy)

手术有以下范围：

- 乳癌根治术
- 胸廓内动、静脉切除及其周围淋巴结清扫

3. 乳癌改良根治术 (modified radical mastectomy)

- 术式一：
 - 保留胸大肌，切除胸小肌的乳癌根治术
- 术式二：
 - 保留胸大肌、胸小肌的乳癌根治术，不能清扫腋上组淋巴结
 - 认为一、二期乳腺癌应用根治术及改良根治术的生存率无明显差异，且该式保留了胸肌，术后外观效果较好，目前已成为常用的手术方式；

4. 全乳房切除术 (total mastectomy)

- 手术范围：
 - 整个乳腺，包括腋尾部、胸大肌筋膜
- 适用于：
 - 原位癌
 - 微小癌
 - 年迈体弱不宜行根治术者

5. 保留乳房的乳癌切除术 (lumpectomy and axillary dissection)

- 完整切除乳房肿块及其肿块周围适量的正常乳腺组织，切片检查确保切缘无肿瘤残留
- 腋窝淋巴结清扫
- 术后加强辅助治疗

保乳手术的理论根据

- 乳癌治疗概念的改变—全身性
- 乳癌的早期发现
- 放疗的改进
- 辅助化疗、内分泌治疗

保乳手术适应症

- 年龄 <65岁，本人有保乳要求
- 乳房发育良好
- 癌块 <3cm.
- 癌块距乳头3cm以上
- 钼靶排除多中心性
- 腋淋巴结阴性

化学药物治疗

- 近年多采用联合用药，多疗程。
- 常用的方案有CMF、CAF、CEF等，可降低术后复发率，一般连续应用4~6个疗程
- 化疗期间应经常检查肝功能和白细胞计数；如白细胞计数降至3000 / mm³以下，应延长间隔时间，必要时甚至停药
- 化学药物抗癌治疗是一种必要的全身性辅助治疗。延长生存期。
- 术前化疗（新辅助化疗）：用于3期病人

内分泌治疗

- 激素的效用与患者的年龄，特别是否已经绝经有很大关系，故所用药物及手段因月经情况而异
- 雌激素受体ER、孕激素受体PR测定，阳性者预后较好，内分泌治疗有效

- **绝经前患者的治疗：**（1）**去势疗法：**包括手术去势（卵巢切除）和放射去势（X线照射卵巢）；前者用于全身情况较好，急需内分泌治疗生效者，后者用于全身情况差，难于耐受手术者。（2）**抗雌激素药物疗法：**三苯氧胺，10毫克口服，2次 / 日，3-5年
- **绝经后（闭经后5年以上）患者的治疗，**可选用芳香化酶抑制剂：来曲唑，瑞宁德

● 三苯氧胺

- 是抗雌激素药物，结构与雌激素相似，可在靶细胞内与雌二醇争夺ER，三苯氧胺、ER复合物能影响DNA基因转录，从而抑制肿瘤细胞生长。

长期应用后少数病例可能发生子宫内膜癌。

● 生物治疗

曲妥珠单抗注射液：赫赛汀

放射治疗

- 通常用于手术后，以降低2期以上病人局部复发率
- 如病理证实已有腋中或腋上淋巴结转移者，阳性淋巴结/总数的1/2以上或≥4个
- 病理证实胸骨旁淋巴结阳性
- 晚期乳腺癌放疗后增加手术机会
- 对于孤立性的局部复发病灶，以及乳癌的骨骼转移灶均有一定的姑息性疗效

护理评估

术前评估

1. 健康史和相关因素
2. 身体状况
 - (1) 局部
 - (2) 全身
 - (3) 辅助检查
3. 心理和社会状况
 - (1) 心理状态
 - (2) 社会支持状况

术后评估

1. 术中情况

2. 术后情况

常见护理问题

- 1.自我形象紊乱 与术前担心乳房缺失、术后乳房切除影响自我形象与婚姻质量有关。
- 2.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、腋静脉栓塞或感染有关。
- 3.知识缺乏 缺乏术后患肢功能锻炼的相关知识。

护理措施

【术前护理】

- 1. 心理护理
 - (1) 帮助病人树立战胜疾病的信心。
 - (2) 鼓励病人讲出手术对自己角色的影响。
 - (3) 鼓励家庭成员（特别是丈夫）给病人支持和爱。
 - (4) 介绍病人与曾做过乳房切除术且痊愈的妇女交流，帮助病人渡过心理调适期。
- 2. 终止妊娠或哺乳。
- 3. 做好术前常规检查和准备。

护理措施

【术后护理】

- 1. 体位 术后麻醉清醒、血压平稳后取半卧位，以利呼吸和引流。
- 2. 病情观察：生命体征、切口等。
- 3. 饮食 术后6小时无恶心呕吐等麻醉反应者，可正常饮食，并保证足够热量和维生素，以利康复。

护理措施

- 4. 加强伤口护理
 - (1) 保持皮瓣血供良好 观察皮瓣颜色及创面愈合情况。
 - (2) 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、脉搏摸不清，应及时调整绷带的松紧度。
 - (3) 绷带加压包扎一般维持7~10日。
 -
- 5. 维持有效引流 保持负压吸引，妥善固定引流管，保持引流通畅，观察并记录引流液的颜色和量。









MADE IN CHINA

JUNYUO Co., Ltd.



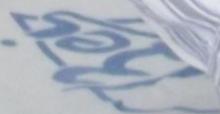


40

姓名	床号
性别	日期
年龄	科室
职业	主治医生
联系电话	值班医生
其他	禁止吸烟

40

本院医院



护理措施

- 6. 预防患侧上肢肿胀 不要在患肢测血压、抽血、静脉注射和肌肉注射；及早进行功能锻炼，促进肿胀消退。
- 7. 疼痛剧烈者，遵医嘱给予止痛药。
- 8. 按医嘱给予抗生素等药物治疗，并观察用药后反应。
- 9. 指导病人作患侧肢体功能锻炼 如伸直肘部、做爬墙运动，在可耐受的情况下，每日锻炼3-4次，每次20-30分钟，促进淋巴引流，减少上肢肿胀。
- 10. 心理护理：术后继续给予病人及家属心理上的支持，注意病人隐私，避免过度暴露手术部位。

健康教育

- 1. 活动 术后近期避免用患侧上肢搬动，提取重物。指导病人作患侧肢体功能锻炼。
- 2. 放疗或化疗 放疗期间注意保护皮肤，化疗期间定期复查肝功能、血常规，加强营养，以增强机体的抵抗力。
- 3. 义乳或假体 根治后3个月可行乳房再造术，但有肿瘤转移或乳腺炎者，严禁假体植入；出院时暂时佩戴无重量的义乳，乳房硕大者，待伤口一期愈合后即可配带有重量的假乳，以保持体态匀称。
- 4. 育龄期妇女5年内避免妊娠，以免促使乳房癌复发。
- 5. 乳房自我检查

乳房检查

一. 视诊:

1、一般视诊

- (1) 不对称则常是有病变所在。
- (2) 局限性皮肤隆起——乳房肿块的部位。
- (3) 局限性皮肤凹陷（酒窝征）——深部癌肿或脂肪坏死及Cooper氏韧带所致。
- (4) 单侧乳房表面静脉曲张——晚期乳癌或乳房肉瘤。

2、乳头

- (1) 乳头偏位：牵向侧有癌灶。
- (2) 乳头凹陷：乳头深部有癌肿。
- (3) 乳头湿疹：癌细胞侵及乳头皮肤。

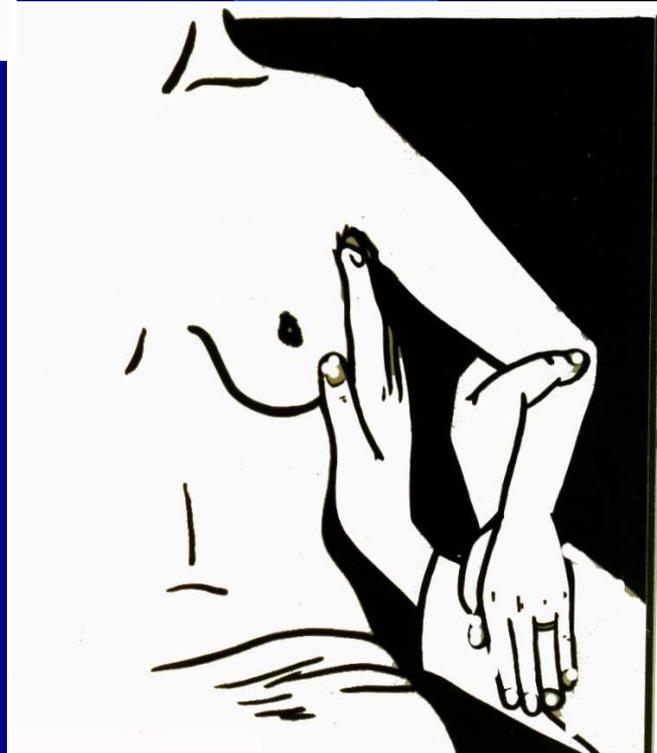
3、乳房皮肤

- (1) 乳房皮肤红肿：乳房炎症。
- (2) 乳房皮肤大范围的发红、充血伴水肿：炎性乳癌。 →
- (3) 乳房皮肤“桔皮样”外观：癌细胞侵及乳房表浅淋巴管引起堵塞而致淋巴水肿。 →

二. 扪诊:

了解乳房有无肿胀及性质。

- **乳房检查的顺序:** 外上→外下→内下→内上 → 中 央 (乳头、乳晕) 区。
- **肿块:** 记录大小、外形是否规则、硬度? 边界清楚? 表面光滑? 周围组织粘连情况。
- **腋窝淋巴结 (四组):**
中央组→胸肌组→肩胛下组→锁骨上、下组。
记录位置、数字、大小、硬度及移动度。





扪查乳房内侧半



触 诊



乳头溢液

- (1) 血性溢液——乳管内乳头状瘤、少见乳管内癌。
- (2) 棕褐色溢液——乳管阻塞的乳管内乳头状瘤/ 因上皮增生有乳头状体形成的乳房 囊性增生病。
- (3) 黄色或黄绿色溢液——乳房囊性增生病，少见于乳癌。
- (4) 乳汁样溢液——停止哺乳后，如合并闭经，可能是垂体前叶功能亢进。
- (5) 浆液样溢液——正常月经期、早期妊娠、或乳房囊性增生病。

三. 特殊检查

(一) 乳房的X线检查

1. 钼靶摄片:

- 良性病变——块影密度均匀，周围有透亮度高的脂肪圈，钙化影粗大而分散。
- 恶性病变——块影不规则、分叶状、中心密度高，边缘毛刺状，钙化细小而密集。

2. 平板静电摄影： 有边缘加强效应。

3. 乳管造影： 乳管内病变的性质。

(二) 其他影像学检查

- **B型超声结合彩色多普勒检查：**
鉴别肿块系囊性还是实质性。进行血供情况观察，可提高其判断的敏感性，且对肿瘤的定性诊断可提供有价值的指标。
- **热图像：**
系根据癌细胞代谢快，产热较周围组织高，液晶膜可显示异常热区而诊断。
- **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。另外红外线对血红蛋白的敏感度强，可显示块影周围的血管情况。

(三) . 活组织检查:

组织学检查是确定肿块性质最可靠的方法

1. 活切病检:
有促进癌转移的可能。
2. 针吸细胞学检查:
80~90%正确诊断率。
3. 结合X线摄片、电脑计算进行立体定位活组织检查:
此法定位准,取材多,阳性率高。

(四) 其它:

1. 同位素³²P扫描
2. 乳头溢液涂片细胞学检查
3. 乳头糜烂疑为湿疹样乳腺癌时，可作乳头糜烂部刮片或印片细胞学检查