

乳腺癌改良根治术中改进体位的应用研究

石许红, 马敬岚, 高 莉

(江苏省新沂市人民医院 手术室, 江苏 新沂, 221400)

摘要: **目的** 观察乳腺癌改良根治术中改进体位的应用效果。**方法** 选取2014年8月—2016年8月行乳腺癌改良根治术的患者80例。患者按照手术体位不同分为改进组和传统组,各40例。改进组手术体位为患侧腋后线与床边缘及头顶与床头边缘对齐,选用合适垫枕将腋窝抬高,对术者与助手术中操作位置和方式进行调整;传统组采用常规仰卧位。观察2组手术时间、术中出血量、术中无影灯调节次数、患者术后情况、医生舒适度、患者满意率。**结果** 改进组的手术时间、术中出血量、无影灯调节次数等均少于传统组[(92.5 ± 8.1) min vs (110.7 ± 15.9) min, (74.4 ± 6.8) mL vs (85.2 ± 5.6) mL, (6.7 ± 1.4)次 vs (8.1 ± 2.3)次, $P < 0.05$];改进组上肢皮肤压红、上肢外展 $>90^\circ$ 发生例数均少于传统组(2例 vs 13例, 0例 vs 9例, $P < 0.05$);改进组的医生舒适度、患者满意率均高于传统组(97.5% vs 75.0%, 95.0% vs 70.0%, $P < 0.05$)。**结论** 乳腺癌改良根治术中改进体位的应用安全有效,能提升手术医生便利性和舒适度,确保手术安全。

关键词: 乳腺癌; 改良根治术; 手术体位; 仰卧位; 体位护理

中图分类号: R 472.3 文献标志码: A 文章编号: 2096-0867(2017)11-0116-03

The study of the improved surgical position in modified radical mastectomy for breast cancer

SHI Xuhong, MA Jinglan, GAO Li

(Operating Room, Xinyi People's Hospital, Xinyi, Jiangsu, 221400)

ABSTRACT: Objective To observe the application of improved surgical position in modified radical mastectomy for breast cancer. **Methods** Totally 80 cases of breast cancer patients were divided into improved group ($n = 40$) and traditional group ($n = 40$) according to different surgical positions. Patients in the control group adopted the supine position during surgery, and those in the observation group adopted the improved position. The primary outcomes were operation duration, intraoperative blood loss, shadowless lamp adjustment times, and postoperative condition. The comfort level of surgeons and satisfaction degree of patients were evaluated. **Results** The operation duration, intraoperative blood loss, shadowless lamp adjustment times were lower in the improved group than those of the traditional group [(92.5 ± 8.1) min vs. [110.7 ± 15.9] min, [74.4 ± 6.8] mL vs. [85.2 ± 5.6] mL, [6.7 ± 1.4] times vs. [8.1 ± 2.3] times, $P < 0.05$). There were fewer patients with skin flushing or hyperabducted upper limb ($>90^\circ$) in the improved group than that of the traditional group (2 cases vs. 13 cases, 0 vs. 9 cases, $P < 0.05$). The comfort level of surgeons and satisfaction degree of patients were higher in the improved group than those of the traditional group (97.5% vs 75.0%, 95.0% vs 70.0%, $P < 0.05$). **Conclusion** Improved surgical position can bring benefits not only to surgeons, but also patients in modified radical mastectomy for breast cancer.

KEY WORDS: breast cancer; modified radical mastectomy; surgical position; supine position; position care

乳腺癌是全球女性最常见的恶性肿瘤,临床治疗方法主要为乳腺癌改良根治术^[1-2]。乳腺癌

改良根治术要切除乳腺,保留胸大肌、胸小肌,并且清除胸大肌间淋巴结(Rotter淋巴结)和腋窝淋

巴结,其中淋巴结的清除会直接影响术后的复发情况^[3-5]。此外,手术的麻醉情况、患者自身情况、手术医生操作、手术体位等均是影响治疗效果的相关因素^[6],其中手术体位的选择是很重要的,既能确保手术部位暴露良好,保证患者舒适、安全,便于医生操作,也可以防止因体位不当而引发的手术并发症^[7]。本研究对乳腺癌改良根治术患者的手术体位进行改进,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2014年8月—2016年8月行乳腺癌改良根治术的患者80例。纳入标准:①患者均为女性;②单侧乳腺癌,行乳腺癌改良根治术,无手术禁忌证;③均全身麻醉;④患者由同一组医护人员手术。排除标准:①患有其他原发性肿瘤者;②存在严重的心、脑、肝、肾功能障碍及其他严重内科疾病患者;③有麻醉禁忌证的患者。患者按照手术体位不同分为改进组和传统组,各40例。改进组年龄29~68岁,平均 (51.57 ± 6.93) 岁;传统组年龄32~70岁,平均 (49.88 ± 7.51) 岁。2组年龄、身高、体重质量等比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

传统组体位安置方法:患者仰卧于手术床上,患侧手臂外展置于托手板上并固定,对侧手臂置于身旁用中单固定,双下肢稍弯曲,腘窝处垫圆体位枕,用约束带固定膝关节^[8]。患者麻醉后,将手术床上倾斜 $15^\circ \sim 25^\circ$ 。手术医生及第一助手均位于患者患侧上肢下方处,第二助手则站立在手术医生的对面。

改进组体位安置方法:准备物品,包括自制体位枕1($35\text{ cm} \times 20\text{ cm} \times 4\text{ cm}$)1个、自制体位枕2($35\text{ cm} \times 20\text{ cm} \times 8\text{ cm}$)1个、上肢啫喱垫、长方形啫喱垫、原体位枕、腘窝枕与托手架各1个。首先将长方形啫喱垫平铺于手术床单下,确保患者更舒适地仰卧于手术床上;同时对患者的仰卧姿势进行调节,保证两“对齐”(即患侧腋后线与床侧边缘对齐,头顶部与床头边缘对齐)。患者全身麻醉后,选择合适的体位枕垫于肩胛骨位置,体位枕的长边能保证抬高腋窝,宽边平肩峰。患侧上肢向前伸展,外展 90° ,固定于托手架上,下侧手臂不需要过分拉伸,利用上肢啫喱垫抬高身体 $15^\circ \sim 20^\circ$,与上肢高度一致;对侧的上肢平放身旁并固定。双下肢稍弯曲,下肢上侧屈膝,下肢下

侧伸直,腘窝处垫圆体位枕,用约束带固定膝关节。将皮肤消毒,铺上无菌手术巾。手术医生及助手位置进行合理的调整,为术者提供更大的操作空间。手术医生位于患者患侧上肢的下方处,第一助手位于患者患侧上肢的上方处,第二助手站在手术医生的对面。手术过程中,根据手术进度巡回护士调节无影灯,确保术野清晰。

1.3 观察指标

(1)记录手术相关情况,主要包括手术时间(从手术切开皮肤至缝合结束的总时间)、术中出血量(纱布称重法)、无影灯调节次数(手术过程中根据手术进度,巡回护士调节无影灯的次数)。(2)观察术后评价指标,主要包括上肢皮肤压红(患者受压局部皮肤发红)、上肢被动外展 $>90^\circ$ (手术过程中上肢被推挤外展 $>90^\circ$)的例数。(3)术后对医生和患者的感受调查。①医生舒适度:采用自行设计的调查问卷,术后询问手术医生的操作感受,选项分为非常满意、基本满意、不满意,医生舒适度 = (非常满意例数 + 基本满意例数) / 总例数 $\times 100\%$ 。②患者满意度:采用自行设计的调查问卷,术后询问患者术后感受,选项分为非常满意、基本满意、不满意,患者满意率 = (非常满意例数 + 基本满意例数) / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

采用SPSS 17.0对数据进行统计学分析,计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以百分率(%)表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组手术情况比较

改进组的手术时间、术中出血量、无影灯调节次数等均少于传统组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 2组手术情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	手术时间/min	术中出血量/mL	无影灯调节次数/次
改进组($n=40$)	$92.5 \pm 8.1^*$	$74.4 \pm 6.8^*$	$6.7 \pm 1.4^*$
传统组($n=40$)	110.7 ± 15.9	85.2 ± 5.6	8.1 ± 2.3

与传统组比较, * $P < 0.05$ 。

2.2 2组患者术后评价指标对比

改进组上肢皮肤压红、上肢外展 $>90^\circ$ 发生例数均少于传统组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

2.3 2组患者及时手术医生感受评价

改进组的医生舒适度为97.5%(39/40)、患

者满意率为95.0%(38/40),均高于传统组的75.0%(30/40)和70.0%(28/40),差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组术后情况比较[n(%)]

组别	上肢皮肤压红	上肢外展 $>90^\circ$
改进组($n=40$)	2(5.0)*	0*
传统组($n=40$)	13(32.5)	9(22.5)

与传统组比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

手术体位是乳腺癌改良根治术治疗中的重要影响因素,手术体位不当常会引起患者皮肤损伤、肌肉扭伤、血管神经损伤^[9-11]。杨莉^[12]在对乳腺癌改良根治术患者进行舒适护理的研究中发现,在病情允许的情况下,提高患者舒适度,避免组织损伤,是手术室舒适护理的重要组成部分,有利于患者的临床治疗。杨多^[13]报道发现行乳腺癌改良根治术的患者需特别注意心理护理,可采用支持性心理护理,避免间接对患者造成心理创伤和手术阴影。尚有诸多研究报道了手术体位改进对乳腺癌手术患者的生理及心理方面的积极效果。

本研究通过对乳腺癌患者行改良根治术中的体位进行改进,利用体位枕垫高腋窝处,使其变宽、变浅,能够使创面和皮瓣均匀地浸泡,几乎不需要钳夹纱布来涂擦创面。术后与传统体位患者皮肤情况进行比较发现,手术体位的改进明显改善常规体位所造成的皮肤损伤等并发症的发生。而分析在传统体位中,随着手术床倾斜后,重力作用导致患者的重心主要集中在健侧腰部,再加上与床单摩擦,从而导致皮肤压红的几率增加。

通过术后对医生和患者进行问卷调查发现,体位改进不仅提高了患者的满意度,也提高医生手术便利性及舒适度,缩短手术时间、减少术中出血、降低皮肤压红率等。本研究改进组选用体位枕垫至肩胛骨处以抬高腋窝,有助于手术助手用拉钩轻松暴露术野,调节无影灯准确照射手术部位,术野清晰,有利于手术医生能准确分离血管神经上脂肪组织,有效防止血管神经损伤,从而加快手术速度。此外抬高患者患侧胸部,将患侧上肢置于托手架上,手术医生可以根据手术的实际情况及需要来调整上肢的位置,以确保腋窝淋巴、血管、神经达到良好的暴露,从而达到彻底清除腋窝淋巴、腋静脉周围的淋巴结脂肪组织的目的。同时体位改进也为手术医生和手术助手提供合适的位置及空间,方便手术操作,从而加快手术进度,

缩短手术时间。此外患者麻醉药用量及患者的麻醉时间减少,麻醉手术对患者机体免疫的影响减轻,这也有利于术后恢复。

综上所述,改进乳腺癌改良根治术的体位大大提高了手术医生的舒适度,确保了手术的安全,提高患者满意度,值得临床上应用与推广。

参考文献

- [1] Jemal A, Bray F, Center M M, et al. Global cancer statistics[J]. CA Cancer J Clin, 2011, 61(2): 69-90.
- [2] 王莉莉,王蓓,王开慧,等. 思维导图在乳腺癌术后并发症护理中的应用[J]. 中华护理杂志, 2013, 48(1): 75-76.
- [3] Mamounas E P, Tang G, Liu Q. The importance of systemic therapy in minimizing local recurrence after breast-conserving surgery: the NSABP experience[J]. J Surg Oncol, 2014, 110(1): 45-50.
- [4] Dabbas N, Cutress R I, Wise M, et al. Repeat surgery following breast conservation and intra-operative sentinel lymph node analysis for breast cancer[J]. Surgeon, 2013, 11(5): 235-240.
- [5] 王连东,元军,孔亮,等. 乳腺癌改良根治手术并发症原因分析及预防对策[J]. 河北医学, 2013, 19(10): 1495-1498.
- [6] 刘燕梅,李莲英,李雪清,等. 乳腺癌改良根治术中体位改进对手术相关因素影响的研究[J]. 护理研究, 2016, 30(5): 605-606.
- [7] 赵迪. 乳腺癌根治术及乳房重建术体位护理探讨[J]. 中国卫生标准管理, 2015, 6(31): 254-256.
- [8] 蹇琳,吴荷玉,刘晓,等. 乳腺癌改良根治术同步背阔肌肌皮瓣乳房再造的护理配合[J]. 现代临床护理, 2016, 15(4): 12-15.
- [9] 李琰,潘华锋,孙桂兰. 改进手术方法对乳腺癌改良根治术后皮下积液的预防效果研究[J]. 海南医学院学报, 2016, 22(2): 175-177.
- [10] 钱丽芳,刘学朴,赵杏珍,等. 乳腺癌根治术后患肢功能锻炼方法及效果评价[J]. 现代临床护理, 2015, 14(3): 66-69.
- [11] 韩娜,刘延锦,栗英,等. 乳腺癌患者改良根治术后上肢功能康复手机应用软件的设计及应用[J]. 中华护理杂志, 2017, 52(3): 267-270.
- [12] 杨莉. 舒适护理对乳腺癌改良根治术患者围术期心理状况及疼痛的影响[J]. 中国现代医生, 2015, 53(1): 90-92.
- [13] 杨多. 支持性心理干预对乳腺癌根治术病人心理状态及生活质量的影响[J]. 护理研究, 2012, 26(8): 703-704.

(本文编辑:刘小欢)