

· 经验交流 ·

Mammotome 微创切除导管内乳头状瘤的护理体会

程萍 杨永萍 魏晓娜

2006 年 3 月至 2007 年 9 月,本院乳腺外科用利宁凝胶精确定位乳腺导管内病灶后,超声引导下 Mammotome 联合纤维乳管镜(FDS)微创切除导管内乳头状瘤 40 例,经有效的护理干预,效果满意。现将护理体会报告如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料 本组 40 例,均为女性,年龄 24~61 岁,均有乳头溢液史。其中 11 例为血性溢液,29 例为浆液性溢液;单孔溢液 22 例,多孔溢液 18 例。40 例患者中有 10 例合并乳腺内肿块,多为密度不均匀结节,大小 $0.3\text{ cm} \times 0.5\text{ cm} \sim 1.0\text{ cm} \times 1.5\text{ cm}$,1 例为多发。

1.2 手术方法 (1) 患者仰卧位,充分暴露患侧乳腺。常规消毒、铺无菌洞巾,纤维导管镜检查病变导管,找到导管内乳头状瘤的位置;若为多发者,先找到远端病灶,操作者固定乳管镜位置。(2) 超声医师在乳腺表面,通过超声探查定位乳管镜镜头部位。(3) 自乳管镜注水口向导管内注射利宁凝胶,超声可见定位局部出现类似囊肿的占位区域(利宁凝胶有一定黏滞度,注射后呈半固态用以显影定位)。撤除导管镜。(4) 超声引导 Mammotome 旋切刀置于定位处。当超声探头、人工定位区域、Mammotome 凹槽在同一平面后,用 Mammotome 逐条旋切至快到标志区域,仔细观察每一条标本,能直接发现导管内乳头状瘤瘤体;有时不能发现,则将相关组织条标本由病理科仔细查找。(5) 若同一导管内为多发病灶,则由远端至乳头近端循序切除。(6) 若为多导管病变,则重新置镜定位。(7) 若有乳内肿块或结节,行导管内乳头状瘤切除后,撤掉乳管镜,再将肿块行 Mammotome 切除。(8) 切除病灶后送病理检查,局部加压包扎。

2 结果

本组 40 例患者,纤维乳管镜(FDS)直视下均找到导管内乳头状瘤病灶,

利宁凝胶定位成功,超声引导下 Mammotome 成功地微创切除了导管内乳头状瘤。手术顺利,切除组织量少,平均每个病灶旋切组织条数 3~4 条。病理证实导管内乳头状瘤 38 例,2 例报告为乳腺增生症并部分导管扩张,病理符合率为 38/40(95%)。患者住院时间短,平均 3~4 d。术后伤口愈合佳,没有乳腺外形的改变,术后 2 例患者出现手术创面皮下淤血,后经细针穿刺抽吸积血数次后痊愈,余未见明显术后并发症发生。随访 1~10 个月,平均 4.5 个月,患者对手术效果满意且已恢复正常工作及生活,无复发病例。

3 护理

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理:超声引导下 Mammotome 微创切除导管内乳头状瘤是一项新开展的微创手术方式。患者对这种新的微创手术方式又知之甚少,因而担心微创手术方式切除病灶不彻底。Mammotome 微创切除导管内乳头状瘤是在 FDS 直视下利用利宁凝胶定位,并且在超声监视下切除定位病灶区域,较常规开放式手术方式损伤小,并且定位更准确,病理检出率更高,术前耐心的向患者讲解以消除顾虑^[1],取得患者更好的配合。

3.1.2 术前准备:患者术前 4 h 禁饮食,防止呕吐、呛咳窒息,患侧手术区备皮。行血常规、凝血功能、血清生化及心电图检查,以了解患者有无手术禁忌。术前对门诊手术室进行消毒,提供一个无菌、安全整洁的手术环境。物品的准备:常规消毒包、局部麻醉药品、无菌洞巾等;特殊物品准备:半硬性光导纤维乳管内视镜检查系统(日本 Fiber Tech, FT-201), Mammotome Ethicon Endo-surgery(美国强生公司),超声检查系统(Agilent SONOS, 4500),利宁凝胶一支(西安利君精华药业)。安排手术具体时间,通知医师及患者本人,并带领患者至已消毒的门诊手术室。

3.1.3 患者登记:详细记录患者姓名、性别、年龄及家庭、通讯地址,病情的记录,以供术后随访。

3.2 术中护理

3.2.1 患者护理:指导患者取仰卧位,患侧上肢外展屈曲,患侧背部垫高,充分暴露患侧乳房。超声检查乳房,若有肿块,则由手术者用龙胆紫在乳房表面定位。常规消毒、铺巾,配合手术者进行导管镜检查,调试光导纤维乳管内视镜检查系统,直视下找到乳管内病变部位,注入利宁凝胶 0.3 ml,由于利宁凝胶呈半固态,注射至乳管镜内,不能沿乳腺管流动,但能充盈局部管腔,起到占

位效应,此时超声下可见定位处呈低回声占位,退出 FDS。在 FDS 检查初始阶段,患者会感觉胀痛不适,对患者进行安慰及指导告知,当注入利多卡因后疼痛会消失。

3.2.2 机器调试及切除组织提取:FDS 定位后,进行 Mammotome 调试,机器运行正常后,手术者进行超声引导下的 Mammotome 微创切除病灶。Mammotome 是一种比较精细的机器,每次旋切刀旋切后,要进行负压吸引,以防切除组织堵塞旋切针道,每次操作要熟练的进行机器控制屏幕上的不同操作程序的转换。每次旋切后要迅速彻底地提取切除组织,保持旋切针道干净以防堵塞。将每条组织条平展于无菌纱布上,查看病灶所在部位,直至病灶切取完全后送病理检查。

3.2.3 局部加压包扎:手术结束后,挤压创面积血,切口用无菌纱布覆盖,病灶区以纱布球覆盖后,用胸带加压固定。这是重要的环节,可防止术后积血形成。患者返回病房,嘱其平卧静养 24 h,患肢减少活动,以防创面出血。术后应用止血药物及适量抗生素预防感染。

3.3 术后护理

3.3.1 术后换药:术后 24 h 解开胸带及敷料,查看切口有无红肿、渗出,必要时进行相应处理。查看创面有无局部隆起、张力增高,皮肤颜色呈暗红或青紫色,积血早期为凝血块,无法针吸干净,可用无菌探子寻原针道探至积血处,挤出积血后,用弹力绷带局部加压包扎 1 周后随诊。若创面仍有积血未处理干净,10 d 左右当血凝块溶解为血水时,用细针进行抽吸,直至抽吸干净为止。

3.3.2 术后营养:术后进食清淡食物,少食辛辣食物,以减少对切口及创面的刺激。糖尿病患者术后监测血糖,控制空腹血糖 $< 8 \text{ mmol/L}$,给予相应的饮食及药物控制^[2]。

3.3.3 术后康复:术后 1 周尽量减少患侧上肢剧烈活动,避免挤压、按摩乳房,以防创面出血及积血形成。1 周后拆除弹力绷带,查看创面有无异常。术后部分患者可能诉创面区域隐痛,偶有间断放射至患侧上肢表现,此为创面炎性渗出刺激末梢神经所致,应耐心向患者说明以消除顾虑。局部可以进行热敷及理疗,促进创面炎性吸收,争取早日康复。

4 讨论

超声引导下 Mammotome 微创切除导管内乳头状瘤是一种全新的手术方式,切除肿物完全,病理检出率高,并且损伤小,术后并发症少,恢复快,术后美

观不留疤痕,临床实践证实是一种安全有效的微创手术方式^[3]。但这种微创的手术要求医护间密切配合,仔细操作。医护人员要有爱伤观念,术前应积极做好患者的思想工作,取得患者的信任和配合,术中、术后指导患者配合治疗,并做好随诊及术后康复训练。

【关键词】 Mammotome;微创;导管内乳头状瘤;护理

【中图法分类号】 R737.9 **【文献标识码】** B

参考文献

- [1] 蔡立春,周肖燕,谢文静.应用 Mammotome 微创旋切治疗乳腺肿块患者的护理.现代护理,2006,12:718-719.
- [2] 赵业芳,吕玉萍.冠状动脉旁路移植 47 例围术期护理体会.齐鲁护理杂志,2007,13:3-5.
- [3] 郇金亮,蔡清平,王强.应用 Mammotome 微创旋切系统诊治乳腺病变.中国普通外科杂志,2003,12:778-780.

(收稿日期:2008-01-18)

(本文编辑:罗承丽)

程萍,杨永萍,魏晓娜. Mammotome 微创切除导管内乳头状瘤的护理体会[J/CD]. 中华乳腺病杂志:电子版,2008,2(5):603-606.