

1 例双侧乳腺癌不同术式后保留 PICC 患者的护理

王童语¹, 林琴², 李旭英¹, 袁忠², 宋小花³, 刘维³

摘要: 总结 1 例行左侧乳腺癌改良根治术、右侧乳房重建术患者成功保留患肢 PICC 的护理经验。护理重点包括术前多学科评估保留 PICC 的利弊, 制定和实施周密的综合护理方案; 加强对症管理、康复锻炼, 加强营养支持及心理康复; 强化延续护理。结果患者术后住院 18 d, 切口愈合好, 携带 PICC 出院。出院后继续相关治疗至治疗结束拔除 PICC, 共留置 338 d (入院前留置 128 d, 住院期间留置 85 d, 出院后留置 125 d), 未发生 PICC 相关并发症。

关键词: 乳腺癌; 经外周置入中心静脉导管; 乳腺癌改良根治术; 乳房重建; 静脉血栓; 外科护理

中图分类号: R473.6; R472.9 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2024.03.061

Nursing care of a patient with bilateral breast cancer using a PICC line after different surgical procedures

Wang Tongyu, Lin Qin, Li Xuying, Yuan Zhong, Song Xiaohua, Liu Wei.

Nursing Department, Hunan Cancer Hospital, Changsha 410013, China

Abstract: This paper summarizes the nursing experience of PICC successfully retained in the affected arm in a patient undergoing left-sided modified radical mastectomy for left breast cancer and right breast reconstruction. Nursing priorities included preoperative multidisciplinary assessment of the pros and cons of retaining the PICC line, formulating and implementing a comprehensive care plan, strengthening symptom management, providing rehabilitation exercises, nutritional support, psychological rehabilitation, and continuous care. The patient was hospitalized for 18 days postoperatively, with good wound healing, and discharged with the PICC line. After discharge, relevant treatments continued and PICC line was removed when all treatments were completed. The total indwelling time was 338 days (128 days before admission, 85 days during hospitalization, and 125 days after discharge), and no PICC-related complications occurred.

Keywords: breast cancer; peripherally inserted central catheter; modified radical mastectomy; breast reconstruction; venous thromboembolism; surgical nursing

据世界卫生组织国际癌症研究机构(IARC)统计,2020 年全球新发癌症病例 1 929 万,其中乳腺癌新发病例数高达 226 万,首次取代肺癌(220 万)^[1]成为全球第一大癌症。乳腺癌是全球女性最常见的癌症,也是女性癌症死亡的主要原因^[2-3]。双侧乳腺癌(Bilateral Breast Cancer, BBC)是指两侧乳房同时或先后发生的原发性乳腺癌^[4]。随着乳腺癌发病率增加,双侧乳腺癌病例也逐年上升^[5],发病率为 1.4%~11.8%^[6-7]。临床治疗以手术切除为主,辅以化疗或免疫治疗,常用手术方式有乳腺癌根治术、改良根治术、保乳手术^[8]。目前,已有探讨如何护理双侧乳腺癌患者的相关报道,但双侧行不同术式的乳腺癌患者护理方案,尚未见报告。2021 年 8 月,我院收治 1 例双侧乳腺癌患者,该患者术前行新辅助化疗于左上肢置入 PICC,入院后左侧行乳腺癌改良根治术,右侧行

乳房重建术。为此我院组建多学科管理团队为患者实施包括术后康复、术后并发症预防、静脉输液管理等系统化护理,取得较好效果,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 女,36 岁,已婚。2021 年 3 月 7 日发现右侧乳腺肿块,肿块约核桃大小,质地硬。3 月 9 日当地医院行双侧乳腺肿块穿刺明确诊断双侧乳腺浸润性导管癌。3 月 10 日于当地医院左上肢贵要静脉置入 PICC 并行 TAC 方案(环磷酰胺 0.8 g+紫杉醇脂质体 220 mg+多柔比星脂质体 57 mg)新辅助化疗 6 周期,化疗后肿块较前缩小,化疗不良反应可耐受。2021 年 7 月 16 日左上肢携带 PICC 入住我院拟行手术治疗。体格检查:双侧乳腺对称,右侧乳腺外上及乳晕区可见“桔皮征”,右侧乳腺可见化疗前皮下注射美兰标记肿瘤范围,右侧乳外上可及约 4 cm×3 cm 肿块,质地韧,活动度欠佳,右侧乳腺内上可及多发大小约 1 cm 皮肤结节,质地硬,活动度欠佳。左侧乳腺未触及明显肿块,双腋窝淋巴结未扪及。入院诊断:双侧乳腺恶性肿瘤。

1.2 手术方法与转归 患者于 7 月 28 日行左侧乳腺癌改良根治术,右侧行腹壁下动脉穿支(DIEP)皮瓣游离的全乳房重建术。术后患者生命体征平稳,给予积极抗感染、补液纠正电解质紊乱等治疗。由于患者术

作者单位:湖南省肿瘤医院 1. 护理部 2. 血管通道中心 3. 头颈外三乳腺肿瘤整形外科(湖南 长沙,410013)

王童语:女,硕士,护士,1351580492@qq.com

通信作者:林琴,2392154005@qq.com

科研项目:湖南省卫生健康委科研课题立项(B202314057966);

中华护理学会 2021 年度立项科研课题(ZHKY202106);2023

年度创新型省份建设专项科普专题项目(2023ZK4219)

收稿:2023-07-08;修回:2023-10-05

后仍需进行放疗、卵巢抑制及内分泌等综合抗肿瘤治疗,要求保留 PICC,经查阅文献及多学科团队讨论后,决定保留 PICC。留置导管期间,严密观察患者导管情况、每日测量臂围、每 7 天维护导管 1 次。8 月 6 日,患者切口愈合良好,腹部及胸壁负压引流管均拔除,携带 PICC 出院。患者多次入院完成后续化疗,于 2022 年 6 月 18 日拔除 PICC。患者共置管 338 d(入院前留置 128 d,住院期间留置 85 d,出院后留置 125 d),中途未更换导管,无导管相关并发症发生。

2 护理

2.1 组建多学科管理团队 多学科管理团队由 2 名乳腺科医生、1 名乳腺个案管理师、1 名血管通道中心专科护士、1 名淋巴水肿专科护士及 4 名乳腺科护士共 9 人组成,由乳腺个案管理师任组长。团队成员以《中国女性乳腺癌筛查与早诊早治指南(2021,北京)》^[9]为指导,利用各自专业特长并结合患者病情共同制定个性化康复方案,包括实施前准备、实施细则、注意事项以及突发状况处理等。护理人员均掌握乳腺癌重建手术及改良根治术后护理要点,熟练掌握 PICC 维护技术及相关并发症观察、预防要点。

2.2 乳腺癌术后护理

2.2.1 生命体征观察 患者返回病房后遵医嘱给予心电监测、低流量吸氧。测量术后下肢血压为 137/89 mmHg,严密观察患者生命体征,并与术前值(109/82 mmHg)对比。16 h 后患者生命体征平稳,血压恢复术前值,遵医嘱停心电监护。

2.2.2 引流管护理 皮下积液是乳腺癌术后患者常见的并发症之一,有效的引流与合理的加压包扎是减少皮下积液、促进皮瓣愈合的重要方式^[10]。因此,乳腺科护理团队制定了个性化引流管管理方案,责任护士每日挤压引流管,保持引流通畅且妥善固定,告知患者避免使引流管扭曲、打折、受压,保持有效负压。用签字笔写下标签标记不同部位的引流管,并告知患者变换体位时注意避免引流管受压打折,保证有效负压引流。严密观察引流液的量、颜色及性质并每日记录,保持胸、腹部创口干燥,定时更换敷料,保持伤口敷料清洁。术后第 2 天打开患者右侧胸部敷料,拔除右侧胸部引流管并观察皮瓣色泽有无改变。术后第 5 天拔除左侧胸部及腹部引流管,拔管后无皮下积液出现。

2.2.3 伤口护理 乳腺癌患者术后伤口包扎过紧可引起局部组织血供不良,过松不利于皮瓣紧贴胸壁,甚至形成无效腔,影响伤口愈合^[11]。将上肢抬高,腋下垫纱布,予胸带加压包扎伤口,保持松紧度适宜。患者生命体征平稳后抬高床头 30°,以利于患者呼吸和伤口引流。责任护士每班评估患者切口敷料渗血、渗液情况,观察上肢血运及皮肤颜色,若出现皮温下降、皮肤青紫、脉搏不能扪及,提示伤口包扎过紧,立

即报告医生,及时调整绷带松紧度。患者伤口恢复情况可,期间敷料渗湿 1 次,及时更换,保持伤口敷料干燥。

2.2.4 皮瓣护理 皮瓣血液循环障碍是乳房重建术的主要并发症^[12]。该患者右侧行乳房重建术,术后 24 h 内每小时观察 1 次,24~72 h 每 2 小时观察 1 次。用无菌棉签轻压观察右乳房皮瓣的颜色、温度、张力、毛细血管充盈时间情况。通过多普勒探查吻合血管的血流情况,患者皮瓣恢复正常,血运良好,无特殊情况出现。该患者皮瓣取自下腹部,屈膝屈髋位可减少腹部的张力,促进伤口愈合。嘱患者咳嗽或大小便时,尽量减少用力或者轻轻按住腹部,再进行咳嗽。提醒患者不可过度摇高床头,因坐位使上半身弯曲,不利于皮瓣的贴附。

2.2.5 术后康复指导 随着快速康复外科的发展,快速康复理念应用于乳腺癌改良根治术后患者的报道日益增加,且被证实可促进患者康复,缩短住院时间^[13]。麻醉清醒后即指导患者进行伸指、握拳、屈腕等上肢功能训练,下肢进行踝泵练习(双足同时用力做最大范围的趾屈和背伸,在最大范围各停留 5 s 左右,100~200 次/d)。术后次日进行上肢屈肘、伸臂等锻炼。术后 2 d 鼓励患者下床活动,维护术后肌肉功能,预防下肢深静脉血栓。由于患者右侧行乳房重建术,故右侧上肢术后 3 d 内肩关节应制动,尤其避免外展上臂,但可活动手、腕部及肘关节,如伸指、握拳、屈腕、屈肘等活动。术后 3~4 d 可进行屈肘运动。术后 7 d 待皮瓣基本愈合后,可进行肩部和手指爬墙运动(逐渐递增幅度),有利于上肢及肩关节功能恢复正常。术后 2 周内避免剧烈运动,以避免皮瓣移动。该患者左侧行乳腺癌改良根治术,因此康复锻炼方式与右侧不一致。术后 2 d 指导患者用左侧上肢刷牙、洗脸。术后 3~5 d 练习屈肘运动,肩关节可间断地进行前屈、后伸、外展运动,动作角度为 30~45°,5~6 遍/次,3 次/d。术后 6~8 d 练习左侧手持梳子梳头,颈部不要倾斜,肘部抬高,保持自然位置梳理,5~6 遍/次,3 次/d。由于患者左侧上肢置有 PICC,故不建议患者左侧上肢过度抬高或进行甩臂等动作,以免导管移位。

2.2.6 心理护理 该患者进行术前讨论时,希望双侧均进行乳房重建术,但由于患者已经进行过 6 个周期化疗,考虑皮瓣移植后血供问题,乳腺外科医生建议右侧行乳房重建,左侧行改良根治术。虽然患者表示对手术方案的理解,但乳房缺失、术后社交障碍等易让患者产生焦虑、恐慌等心理问题^[14]。因此,不仅要注重躯体的治疗,更要提供心理支持。术后评估患者心理状况,责任护士关注患者心理变化,告知家属多陪伴、多理解、多沟通。通知心理咨询师对患者进行心理疏导,帮助患者认识疾病、接受现实,告知患者还有延时再造、乳房整形等方式重建乳房,减轻术后

由于形体改变而产生的自卑感,提高患者树立战胜癌症的信心,促进其身心全面康复。推荐患者加入病友群,增强患者归属感,促进患者间的交流,减轻孤独感。邀请患者参加科室举办的乳腺癌科普讲座、乳腺癌患者病友会等活动,增强社会认同感。

2.2.7 饮食护理 营养不良严重影响肿瘤患者的预后,合理的营养治疗可以促进术后伤口愈合,缩短住院时间,降低并发症发生率,改善患者生活质量^[15]。术后 6 h 予患者温半流质饮食,如小米粥、鸡蛋羹等。术后早期口服营养可促进胃肠功能恢复,改善活动能力。该患者手术创面较大,需保证充足的营养,促进术后恢复。术后 2 d 正常饮食,指导患者进食高蛋白、高热量、富含维生素、低脂易消化的少渣食物,少量多餐。

2.3 静脉输液管理

2.3.1 多学科会诊确定保留 PICC 我国现行的《静脉治疗护理技术操作规范》^[16]指出,接受乳房根治术或腋下淋巴结清扫的术侧肢体不宜进行同侧置管。但随着乳腺癌手术方式的改进和 PICC 技术的不断成熟,已有文献报道双侧乳腺癌患者成功置入 PICC 的案例^[17-18]。该患者手术前已于左侧上肢置入 PICC,留置导管期间无相关并发症,并且已完成 6 个周期的新辅助化疗。术后输血量约为 2 500 mL/d,输液时长为 4 d,且双上肢行乳腺癌手术后不适合上肢静脉输液。因此多学科管理团队邀请影像科、介入科医生、静脉治疗专科护士等讨论保留 PICC 的可行性。①乳腺外科医生:患者左侧行保留胸大肌、切除胸小肌的 Patey 改良根治术,虽然清扫了腋下淋巴结,但术中只结扎了腋静脉的分支,并未对腋静脉造成影响,因此手术并不会影响 PICC 的保留。但是由于腋窝淋巴结清扫可能导致淋巴回流不畅而影响血液回流,保留 PICC 会使上臂水肿风险增加。应对措施:术后尽早且循序渐进地进行上肢功能康复锻炼。②静脉治疗专科护士:术后测得患者双侧肢体上臂臂围一致(29 cm),各静脉管腔大小均匀,腔内血流未见异常。患者自 3 月 10 日置入 PICC 后已成功留置 4 月有余,并未发生导管相关并发症,且成功完成 6 个周期化疗,考虑到该患者手术后仍需进行放疗、卵巢抑制及内分泌等综合抗肿瘤治疗,从留置时间、输液安全的角度推荐患者保留 PICC。③影像科医生:2021 版美国静脉输液护理学会输液治疗实践标准^[19]规定,中心血管通路装置的尖端应位于上腔静脉下 1/3 段尽量靠近上腔静脉口。患者胸部增强 CT 显示 PICC 导管尖端位于第 8 后肋上缘(约 T₇)水平。PICC 尖端于最佳位置,可继续保留导管。④介入科医生:数字减影血管造影(DSA)检查结果显示,患者血管充盈,血流动力学正常。PICC 于患者左贵要静脉置入,沿腋静脉、锁骨下静脉,进入上腔静脉。PICC 导管尖端位置正确,可以继续保留导管。

2.3.2 PICC 导管相关性血栓的预防 恶性肿瘤患者发生 PICC 相关性血栓高危因素主要分为三类:卧床、活动量减少等原因导致血流缓慢;手术、化疗药物等导致血管内壁损伤;疾病等因素导致血液高凝状态^[20]。本例患者双侧乳腺癌术后导致血流缓慢因此预防导管相关性血栓的护理相当重要。患者由于双侧手术故翻身困难,术后清醒后鼓励其活动双下肢,协助患者小幅度翻身,避免局部组织长期受压,防止压力性损伤和深静脉血栓的发生。责任护士每班进行检测与评估,用软尺测量穿刺点上方 10 cm 处的臂围,观察皮肤的颜色、温度等并记录,每日询问患者带管侧手臂有无肿胀、疼痛等不适症状,如有异常推荐血管彩超检查排除静脉血栓。每周检测血常规和 D-二聚体等血栓前状态值,如有异常及时报告并配合医生处理。术后 6 h 内限制饮水量,次日鼓励患者多饮水以降低血液黏稠度,每日饮水 1 500~2 000 mL,并做好饮水量分配,上午 500~800 mL,下午 500~800 mL,晚上 500 mL 左右;鼓励患者适当活动左肢,多做握拳和屈肘运动,提供握力球,指导患者在穿刺点无出血的情况下进行握球运动^[21],握球频率为 25 次/min,每次锻炼 2 min,此时上肢血流速度最快,血流量达最大值^[22];指导患者输液和睡觉时避免长时间压迫带管侧肢体,防止血流缓慢。经以上护理措施,患者未见血栓发生。

2.3.3 PICC 导管其他相关并发症的预防 每次使用 PICC 导管前抽回血并注入生理盐水以评估导管功能,正常后方可使用。每次输液结束后采用脉冲加正压的方法冲封管,必要时使用正压接头。导管维护时严格执行无菌技术操作,每 7 天更换 1 次透明敷贴和输液接头,敷料潮湿松动及时更换,严密观察穿刺点有无红、肿、热、痛和分泌物以预防导管相关性血流感染^[23]。责任护士每班观察导管外露长度以判断导管尖端有无移位,必要时进行 X 线检查,确保导管尖端位置位于右心房的入口处,防止尖端位置改变而回血引起导管堵塞。常规使用我院微信公众号推送和科普讲座等对患者及家属宣教 PICC 相关知识和注意事项;患者离院前,告知患者及家属带管回家期间的注意事项,避免做大幅度手臂运动及提重物等活动,并嘱患者每周更换贴膜和接头,并做好随访记录。

2.4 出院后的延续护理

2.4.1 深静脉血栓识别 患者行双侧乳腺癌手术后,血管血流缓慢,易形成血栓,血栓脱落引起肺栓塞,危及患者生命。及时准确识别深静脉血栓是保障患者安全的重要部分。告知患者若出现带管侧肢体肿胀、疼痛,局部皮肤温度升高,臂围增粗 2 cm 以上等情况时,及时就医。定期检测凝血功能,根据患者的国际标准化比值及 D-二聚体浓度及时按医嘱调整抗凝药物。患者出院后每周电话随访 1 次,询问患者导管及置管侧肢体等情况,共随访 196 d,期间未见血

栓发生。

2.4.2 定期导管维护与健康教育 嘱患者出院后注意休息、劳逸结合,定期(至少每7天维护1次)进行导管维护。夏季天气炎热,减少外出,避免出汗引起贴膜下潮湿。教会患者识别PICC相关并发症症状,提高患者导管自我管理能力。同时,告知患者选择柔软宽松、全棉的内衣,以减少对手术创口及周围皮肤刺激。术后1个月、3个月、6个月及1年复查,以后每年随访1次。利用医院互联网平台将院内服务向家庭延伸,实现医院与家庭协作;邀请患者加入患者随访群,通过线上平台追踪患者导管及康复情况,及时给予功能锻炼指导和心理疏导,缓解患者及家属对出院后无专业医疗指导、帮助的焦虑情绪,提高功能锻炼的正确性及依从性。

3 结论

本例乳腺癌患者患侧保留PICC共338d。于置管128d时入住本院行左侧乳腺癌改良根治术、右侧乳房重建术;术前多学科讨论遂决定保留左上肢已置入的PICC,并制定了周密的管理方案用于患者的全面管理。患者术后住院18d,手术效果佳,切口愈合好,PICC功能正常,遂出院。患者完成所有治疗后拔管,未发生堵管、感染、导管相关性血栓等PICC相关并发症。通过对该病例的护理,本团队医护人员深深地体会到,以人为本的高质量高水平的护理,能使患者最大程度获益。

参考文献:

[1] Sung H, Ferlay J, Siegel R L, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2021, 71(3): 209-249.

[2] Anastasiadi Z, Lianos G D, Ignatiadou E, et al. Breast cancer in young women: an overview[J]. Updates Surg, 2017, 69(3): 313-317.

[3] 张雪,董晓平,管雅喆,等. 女性乳腺癌流行病学趋势及危险因素研究进展[J]. 肿瘤防治研究, 2021, 48(1): 87-92.

[4] 游雪婷,田兴松. 3514例乳腺癌9年间临床及病理学特征分析[J]. 山东大学学报(医学版), 2021, 59(1): 49-54.

[5] Sakai T, Ozkurt E, Desantis S, et al. National trends of synchronous bilateral breast cancer incidence in the United States[J]. Breast Cancer Res Treat, 2019, 178(1): 161-167.

[6] Mruthyunjayappa S, Zhang K, Zhang L, et al. Synchronous and metachronous bilateral breast cancer: clinicopathologic characteristics and prognostic outcomes[J]. Hum Pathol, 2019, 92: 1-9.

[7] Ozturk A, Alco G, Sarsenov D, et al. Synchronous and metachronous bilateral breast cancer: a long-term experience[J]. J BUON, 2018, 23(6): 1591-1600.

[8] 张明珠,吴敏,屠冬英. 双侧乳腺癌术后化疗患者静脉通路选择的研究进展[J]. 中华护理杂志, 2018, 53(增刊): 29-32.

[9] 中国女性乳腺癌筛查与早诊早治指南制定顾问组,中国女性乳腺癌筛查与早诊早治指南制定专家组,中国女性乳腺癌筛查与早诊早治指南制定工作组. 中国女性乳腺癌筛查与早诊早治指南(2021,北京)[J]. 中华肿瘤杂志, 2021, 43(4): 357-382.

[10] 吴雪莲,胥润,李霞. 不同引流及加压方式对乳腺癌患者术后恢复的影响[J]. 实用中西医结合临床, 2020, 20(6): 8-10.

[11] Doval A F, Lamelas A M, Daly L T, et al. Deep inferior epigastric artery perforator flap breast reconstruction in women with previous abdominal incisions: a comparison of complication rates[J]. Ann Plast Surg, 2018, 81(5): 560-564.

[12] 中国抗癌协会乳腺癌专业委员会(CBCS),中国医师协会外科医师分会乳腺外科医师专委会(CSBS),吴昊,等. 乳腺肿瘤整形与乳房重建专家共识(2018年版)[J]. 中国癌症杂志, 2018, 28(6): 439-480.

[13] 吴仿琴. 快速康复外科应用于乳腺癌改良根治术围术期护理的效果观察[J]. 中国康复医学杂志, 2019, 34(3): 342-345.

[14] 周易,金微娜,黄蓉. 不同乳腺癌患者的心理特征及护理干预研究进展[J]. 上海护理, 2015, 15(5): 78-81.

[15] 应丽美,陈芳芳,陈艺丹,等. 国内肿瘤患者的营养风险及营养不良研究现状分析[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2017, 4(2): 226-231.

[16] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 静脉治疗护理技术操作规范[S]. 2013.

[17] 李佳元,胡进. 乳腺癌患者改良根治术后患肢PICC置管的研究现状[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(61): 81-82.

[18] 袁海娟,王伟,张媛媛. 双侧同时性原发性乳腺癌患者术后患肢PICC置管可行性研究[J]. 护理学报, 2012, 19(24): 33-35.

[19] Gorski L A, Hadway L, Hagle M E, et al. Infusion therapy standards of practice (8th ed)[J]. J Infus Nurs, 2021, 44(Suppl 1): S1-S224.

[20] 惠慧,马燕兰,郭梅,等. 恶性肿瘤病人PICC相关性血栓危险因素及护理干预研究进展[J]. 护理研究, 2019, 33(5): 811-816.

[21] 林珊,王萌,张国莉. 上肢运动方案在肿瘤患者PICC置管护理中的应用[J]. 护理学杂志, 2020, 35(15): 43-45, 79.

[22] 张敏,方秀新,李明娥,等. 握力器握拳锻炼法对上肢静脉血流动力学的影响[J]. 中华护理杂志, 2014, 49(11): 1325-1329.

[23] 王童语,林琴,李旭英,等. PICC维护时导管相关性血流感染预防措施应用现状调查[J]. 护理学杂志, 2023, 38(3): 49-53.