

乳腺癌术后并发症的预防及处理

陈中旗 周昊 周利人

(江西省瑞昌市人民医院 瑞昌 332200)

关键词:乳腺癌术后;并发症;预防;处理

中图分类号:R 737.9

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.06.053

本院 2002 年 1 月~2009 年 3 月收住乳腺癌患者 76 例,经回顾性分析发现,乳腺癌手术有一定比例并发症。术中精心操作、彻底止血,术后加压包扎能有效降低并发症,缩短患者住院时间,降低患者费用,更好为患者服务。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 76 例均为女性,年龄 31~68 岁,平均年龄 51.8 岁,所有病例均经病理确诊。

1.2 手术方式 标准根治 53 例,改良根治 23 例。

1.3 术后并发症 皮瓣坏死 7 例(其中标准根治 5 例,改良根治 2 例),术后出血 1 例(标准根治 1 例),皮下积液 6 例(标准根治 4 例,改良根治 2 例),患侧上肢轻度肿胀 6 例。

1.4 结果 皮瓣坏死经清创植皮或清创后负压吸引后植皮治愈 5 例,清创换药治愈 2 例;术后出血经压迫止血;皮下积液经穿刺抽液加压包扎治愈 4 例,经切开引流后加压包扎治愈 2 例;上肢水肿经功能锻炼及理疗后肿胀减轻消失 6 例。

2 讨论

乳腺癌标准根治及改良根治后的常见并发症主要有皮瓣坏死、出血、皮下积液和患肢上臂水肿。

寒战、发热、恶心、呕吐、腹泻等症状,而直肠给药可避免这些不良反应的发生,米索组的 180 例中无 1 例出现上述症状。

3 讨论

米索前列醇是前列腺素 E₁ 的衍生物,性能稳定,口服吸收迅速,可于 1.5 h 吸收完全,其血浆活性代谢产物米索前列醇酸达峰时间为 15 min。但口服后部分产妇易出现寒战、发热、恶心、呕吐、腹泻等不良反应,给临床应用带来不便,而直肠给药避免了这些症状的发生,且吸收更迅速、快捷。米索前列醇对各期妊娠子宫均有收缩作用,它通过增强子宫张力及宫内压,起到增强子宫收缩频率和幅度的作用,可强烈收缩子宫,促进子宫创面血窦迅速关闭。其在直肠给药后引起子宫收缩,因此在胎儿娩出后即肛门塞入米索前列醇较肌肉注射缩宫

2.1 皮瓣坏死 皮瓣坏死最常见,文献报道其发生率为 10%~60%^[1],有些报道为 1.7%^[2]和 4.3%^[3]。预防皮瓣坏死,术前应纠正贫血及低蛋白血症等,按根治要求设计好皮肤切口,并用龙胆紫给予标记。术中操作应精细,皮瓣边缘厚度为 1~2 mm 为宜,基底部厚度 5~6 mm,游离皮瓣常规用电刀,但电刀功率不宜过大,以 30 W 为宜,最大不超过 40 W,游离宽度为内至胸骨内侧,外至背阔肌。术毕用剪刀试剪除皮缘处脂肪,观察是否出血,若出血则表示血运良好;若不出血,则应剪除皮下脂肪,使皮瓣变为全厚皮。缝合皮肤张力不能过大,关闭以前用小血管钳夹住皮下组织,试测皮瓣游离动度,如不能对拢则向两侧游离,必要时减张缝合。术后在腋窝内及锁骨下方填塞蓬松纱布团,使皮瓣承压均匀,用普通绷带加压包扎,用弹性自粘绷带包扎效果较好。对术后皮瓣坏死面积较大者,行早期彻底切痂植皮,或切痂负压吸引创面 3~5 d,待创面新鲜后植皮。

2.2 出血 在进行肿块切除或根治性切除术后,均可有此种并发症的出现。其主要原因有:(1)术前应用化疗或激素类药物使伤口容易渗血;(2)术中止血不彻底遗留有活动性出血点;(3)术后由于应用

素具有更强的子宫收缩作用,能缩短第三产程时间,产后 2 h 出血量明显减少,产后出血率降低。产后出血是孕产妇死亡的重要原因之一,也是产科常见而又严重的并发症之一,就其原因最常见的是子宫收缩乏力,占产后出血总数的 70%~80%^[4]。而产后 2 h 内出血量约占产后 24 h 内累计出血量的 80%^[5],因此预防产后出血的关键时间是产后 2 h。本研究结果显示,将子宫收缩作用更强的米索前列醇应用于临床,效果显著,直肠给药方便、副作用小,具有简单易行、安全、高效和预防产后出血的作用,值得推广。

参考文献

- [1]乐杰.妇产科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2001:37
[2]袁力,何善阳,陈淑琴.两种不同方法应用欣母沛预防剖宫产产后出血的临床观察[J].中国妇幼保健,2010,25(34):5 116

(收稿日期:2012-02-24)

不同方法阻断 HBV 母婴传播临床探讨

柳忠生 周汉 方秀香 韩白乙拉 金艳霞 王静 赵志峰

(内蒙古通辽市传染病医院 通辽 028000)

摘要:目的:探讨不同方法阻断 HBV 母婴垂直传播的效果。方法:阻断 I 组与阻断 II 组,新生儿于出生后 12 h、生后 4 周分别肌肉注射 HBIG 200 u,同时采用 0、1、6 程序免疫法接种 10 μg 重组酵母乙肝疫苗。阻断 I 组,孕妇在妊娠 7、8、9 个月时,每月肌肉注射 2 次 HBIG 200 u。观察组:采用 0、1、6 程序免疫法接种 10 μg 重组酵母乙肝疫苗。结果:阻断 I 组与阻断 II 组的阻断率分别为 96.46%和 97.00%,与观察组阻断率 89.00%相比有显著性差异。结论:新生儿于出生后采用 HBIG 联合乙肝疫苗是阻断乙肝病毒母婴传播的最有效措施。

关键词:高效价乙肝免疫球蛋白;乙肝疫苗;乙型病毒性肝炎;母婴传播

中图分类号:R 512.62

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.06.054

我国是乙肝高发区,母婴传播是形成慢性乙肝感染的重要原因,其中 50%以上为母婴垂直传播所致^[1]。为了探讨阻断乙肝母婴传播的有效方法,本文对接种高效价乙肝免疫球蛋白(HBIG)及乙肝疫苗的乙肝孕妇及其所生的婴儿进行了跟踪观察。现将结果分析如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 2007 年 6 月 1 日~2011 年 12 月 30 日在我院系统管理的 HBsAg 阳性的乙肝孕妇及其所生的婴儿。将其分为三组:(1)阻断 I 组:226 例孕妇,年龄最小 22 岁,最大 36 岁,平均 27.2 岁。(2)阻断 II 组:100 例孕妇,年龄最小 23 岁,最大 43 岁,平均 27.2 岁。(3)观察组:200 例孕妇,年龄最小 19 岁,最大 40 岁,平均 25.3 岁。三组一般资料及乙肝病情具有可比性($P>0.05$)。

1.2 疫苗及检验药盒 乙肝疫苗:大连汉信生物制药有限公司;高效价乙肝免疫球蛋白:新乡华兰生物工程股份有限公司提供;乙肝病毒血清学检测:

持续负压引流、体位改变或剧烈咳嗽等原因,使电凝的凝血块脱落或结扎的丝线滑脱,导致引流出血。术后应用胸带加压包扎,并密切观察有无出血及伤口敷料渗血渗液的情况,病人取半卧位做好术区引流管的护理,认真观察引流液的量、颜色及性质,引流量每小时超过 100 mL 则考虑有出血,应重新加压包扎,效果不佳应考虑再次手术。

2.3 皮下积液 主要为术后引流不畅所致,可因引流管放置不当或引流管扭曲、阻塞,导致渗液、渗血积聚创口内形成积液或积血。预防:术中解剖腋下时对可疑之束索状组织,给予切断结扎防止淋巴管未扎术后渗液;术中创面彻底止血,对创面渗血难止者,给予创面喷洒医用蛋白胶;术后常规放置两根血浆管引流(一根放于胸骨旁,另一根置于腋窝下方)。缝合皮瓣时臂内收,使皮瓣自然对拢,腋窝包扎时仔细加压,排除皮瓣下所有积液,常规负压

美国 Abbott,AxSYM 系统。

1.3 方法 阻断 I 组:孕妇在妊娠 7、8、9 个月时,每月肌肉注射 2 次 HBIG 200 u,分娩的新生儿于出生后 12 h 内、生后 4 周分别肌肉注射 HBIG 200 u,同时在不同部位采用 0、1、6 程序免疫法接种 10 μg 重组酵母乙肝疫苗。阻断 II 组:分娩的新生儿于出生后 12 h 内、生后 4 周分别肌肉注射 HBIG 200 u,采用 0、1、6 程序免疫法,同时在不同部位接种 10 μg 重组酵母乙肝疫苗。观察组:采用 0、1、6 程序免疫法接种 10 μg 重组酵母乙肝疫苗。婴儿出生时和 12 个月龄时均抽取静脉血,进行乙肝病毒血清学(HBV-M)检测。

1.4 统计学方法 采用 χ^2 检验。

2 结果

阻断 I 组:在 226 例婴儿中,12 个月龄时行乙肝两对半检查,HBsAb 阳性者 208 例 (92.04%),HBsAg 阳性者 8 例 (3.54%),乙肝病毒母婴阻断率为 96.46%。阻断 II 组:100 例婴儿中,HBsAb 阳性

吸引,术后 3~5 d 更换敷料,如有皮瓣下积液可在严格无菌下抽吸,残腔处用敷料绷带压迫,防止再度积液。

2.4 上臂肿胀 发病原因是由于腋窝淋巴结被切除后,上肢淋巴回流受阻,或由于血栓性静脉炎所致的静脉阻塞、静脉粘连及附近的淋巴结炎的影响,主要表现为手臂肿胀,治疗困难,可通过局部微波、激光、红外线等理疗促进淋巴液回流,改善症状。对肿胀仍不能消退者,可行淋巴道重建术,当患肢淋巴管肿胀严重并影响手臂功能时,可考虑其他外科治疗方法。

参考文献

[1]黎介寿.围手术期处理学[M].北京:人民军医出版社,1999:392
[2]何梦渊,闫素平,王春英.乳腺癌术后并发症的预防及治疗[J].吉林医学,2005,26(12):1 312
[3]钟红,马斌林,阿力比牙提·艾氏.乳腺癌术后并发症的预防及处理[J].新疆医科大学学报,2005,28(7):655

(收稿日期:2012-02-24)