

2 结果

2.1 两组 MAP、HR 水平比较 观察组切皮时、术

毕 MAP、HR 水平低于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组 MAP、HR 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	n	MAP(mm Hg)				HR(次/min)			
		基础值	切皮前	切皮时	术毕	基础值	切皮前	切皮时	术毕
观察组	20	78.01± 9.01	85.01± 10.02	79.01± 9.03	78.01± 10.04	95.01± 18.01	115.01± 12.02	110.01± 8.03	112.01± 12.04
对照组	20	76.01± 10.02	85.02± 9.09	88.01± 10.08	90.01± 12.07	96.01± 17.06	118.01± 12.05	125.01± 15.04	130.01± 15.03
t		0.993	0.004	4.457	5.345	0.248	1.116	8.354	6.686
P		0.256	0.331	0.042	0.035	0.129	0.331	0.032	0.036

2.2 两组复苏时间、术后躁动、并发症发生情况比较 观察组复苏时间 (5.02 ± 0.54)min 明显短于对照组的 (10.02 ± 0.88)min; 观察组无术后躁动情况发生, 术后并发症发生率为 15.00%; 对照组 12 例出现术后躁动, 术后并发症发生率为 75.00%。观察组术后躁动、并发症发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

3 讨论

七氟醚是醚类挥发性麻醉剂, 因刺激性小, 有芳香味, 血气分配系数小 (0.63), 起效快, 心血管不良反应小, 广泛用于小儿麻醉的诱导和维持^[1]。小儿下腹部手术传统采用氯胺酮静脉麻醉, 或气管插管或喉罩静吸复合麻醉, 患儿术后易出现躁动, 恶心呕吐, 喉痉挛, 分泌物多, 咽喉肿痛等并发症^[2]。良好的麻醉对手术的顺利进行及治疗效果的提高具有重要意义。

本研究结果显示, 观察组切皮时、术毕 MAP、HR 水平低于对照组 ($P<0.05$); 观察组复苏时间短于对照组, 术后躁动、术后并发症发生率低于对照组 ($P<0.05$), 说明观察组麻醉效果较好。随着医疗技术的发展, 患儿家长对麻醉效果的期望值也不断提高。小儿腹部手术麻醉需要做到患儿在出手术室时能够完全清醒, 术后又能减轻疼痛, 麻醉要求较高。

七氟醚不增加气道分泌物, 对循环抑制轻, 能够减少各种不良情况的发生。七氟醚吸入复合骶管阻滞用于小儿下腹部手术, 优点在于镇痛完善, 术中术后患儿血流动力学稳定, 术中无需呼吸支持, 术后苏醒迅速, 术后并发症少, 术后还有延迟镇痛作用, 提高了外周静脉穿刺的成功率, 患儿还可早期下床活动及提前出院^[3]。骶管麻醉具有操作简单、损伤小、起效迅速、麻醉效果确切等特点, 被广泛应用于临床麻醉中。联合七氟醚吸入、骶管阻滞麻醉, 麻醉效果确切。综上所述, 小儿下腹部手术采用七氟醚吸入复合骶管阻滞麻醉效果良好, 可将患儿术中、术毕 MAP、HR 维持在较理想水平, 缩短患儿复苏时间, 减少患儿术后躁动、并发症发生率。

参考文献

[1]周力,屈美敏,费建,等.丙泊酚联合骶管阻滞对下腹部麻醉患儿的影响[J].中国现代医学杂志,2018,28(33):98-102
[2]陈坤坤,王震.喉罩联合骶管阻滞麻醉在小儿尿道成形术麻醉护理中的应用[J].中西医结合护理(中英文),2018,4(11):117-119
[3]黎荣明.七氟醚面罩吸入麻醉诱导与维持复合骶管阻滞在小儿斜疝修补术中的应用效果[J].现代医学与健康研究电子杂志,2018,2(19):38-39
[4]徐振鑫.小儿麻醉应用骶管阻滞复合舒芬太尼的价值评估[J].名医,2018,9(10):39
[5]郭新刚.不同麻醉方法对小儿下腹部手术麻醉效果比较[J].泰山医学院学报,2018,39(10):1130-1131

(收稿日期: 2019-04-15)

乳腺下缘切口经乳腺后间隙入路治疗多发性乳腺纤维瘤观察

冯凌飞

(河南省开封市中心医院乳腺甲状腺科 开封 475000)

摘要:目的:分析乳腺下缘切口经乳腺后间隙入路手术对多发性乳腺纤维瘤患者术后温哥华瘢痕量表评分及住院时间的影响。方法:选取 2017 年 11 月~2018 年 12 月收治的多发性乳腺纤维瘤患者 86 例,按手术入路不同分为研究组与参照组,各 43 例。参照组行传统入路乳腺纤维瘤切除术,研究组行乳腺下缘切口经乳腺后间隙入路乳腺纤维瘤切除术。对比两组疗效、手术时间、住院时间、术后 1 个月 VSS 评分及乳腺外形满意度评分。结果:研究组治疗总有效率 97.67%高于参照组的 81.40% ($P<0.05$);研究组手术时间、住院时间短于参照组 ($P<0.05$);术后 1 个月,研究组温哥华瘢痕量表评分、乳腺外形满意评分低于参照组 ($P<0.05$)。结论:采用乳腺下缘切口经乳腺后间隙入路手术治疗多发性乳腺纤维瘤患者效果显著,能缩短手术时间,加快患者康复进程,改善患者术后瘢痕及乳腺外形恢复情况。

关键词:多发性乳腺纤维瘤;乳腺下缘切口经乳腺后间隙入路;VSS 评分

中图分类号:R737.9

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.051

乳腺纤维瘤为女性常见良性肿瘤,与雌激素水平失衡、卵巢功能异常等因素相关。临床对于多发性乳腺纤维瘤主要采用手术治疗,以切除肿瘤病灶,

改善纤维组织增生等症状。传统入路乳腺纤维肌瘤切除术虽能有效定位、切除肿瘤,但手术切口较多,手术创伤较大,患者术后皮肤瘢痕明显,乳腺外形恢

复情况不理想,故临床应积极探索一种更理想的手术入路,以改善患者预后^[1]。我院采用乳腺下缘切口经乳腺后间隙入路手术治疗多发性乳腺纤维瘤患者取得了良好的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2017 年 11 月~2018 年 12 月收治的多发性乳腺纤维瘤患者 86 例,按手术入路不同分为研究组与参照组,各 43 例。研究组年龄 23~37 岁,平均(29.16±2.58)岁;体质量指数 17~25 kg/m²,平均(22.26±1.07)kg/m²;纤维瘤数量 2~10 个,平均(7.86±1.04)个。参照组年龄 22~38 岁,平均(28.92±2.71)岁;体质量指数 17~25 kg/m²,平均(22.41±1.03) kg/m²;纤维瘤数量 2~11 个,平均(8.03±1.16)个。两组基线资料(年龄、纤维瘤数量、体质量指数)均衡可比($P>0.05$)。本研究经我院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1)临床确诊为乳腺纤维腺瘤;(2)纤维腺瘤数量≥2 个;(3)均行乳腺纤维瘤切除术;(4)存在乳房疼痛等症状;(5)一般资料完整;(6)无凝血障碍;(7)患者知情,签订知情同意书。

1.2.2 排除标准 (1)合并血液系统疾病、传染病;(2)妊娠期或哺乳期女性;(3)合并恶性肿瘤;(4)合并免疫系统疾病;(5)有手术禁忌证;(6)有麻醉禁忌证;(7)合并严重心律不齐;(8)既往有乳腺增生史;(9)伴有严重意识障碍或患有精神疾病无法配合本次研究。

1.3 治疗方法 两组均行乳腺纤维瘤切除术,术前行血、尿常规等检查,术中严格监测患者心率(HR)、收缩压(SBP)、舒张压(DBP)、动脉血氧分压(PO₂)、二氧化碳分压(PCO₂)等指标。

1.3.1 参照组 行传统入路手术。患者取仰卧位,静脉全身麻醉,以乳头为中心行放射切口,依次切开皮肤、皮下组织;沿大乳管方向逐层分离腺体,直至肿瘤部位;将肿瘤至腺体边缘放射状切开,剥离肿瘤及邻近组织,切除肿瘤组织;若 1 个切口无法显露全部肿块,则需依照肿块位置作多个切口;切除肿瘤后,使用电凝止血,冲洗,缝合切口(美容可吸收缝合线),留置引流管。

1.3.2 研究组 采用乳腺下缘切口经乳腺后间隙入路手术。患者取仰卧位,静脉全身麻醉;于乳腺下缘作弧形切口(7~8 cm),逐层切开皮下组织、筋膜,充分显露乳腺后间隙;经乳腺后间隙切开乳腺组织,查看乳腺肿块及邻近组织情况,分离、切除肿块,若肿

块数量较多,可切开乳腺后方,彻底切除肿块;对切除部位有效止血,缝合切口(美容可吸收缝合线),留置引流管,调整乳腺外形至满意后采用加压包扎。

1.4 疗效判定标准 无效:疼痛等临床症状较治疗前无明显改善,肿块体积缩小<50%;缓解:疼痛等临床症状明显改善,肿块缩小≥50%;显效:疼痛、肿块等症状完全消失。总有效率=(缓解例数+显效例数)/总例数×100%。

1.5 观察指标 (1)疗效。(2)对比两组手术时间、住院时间。(3)术后 1 个月,采用温哥华瘢痕量表(VSS)评估两组瘢痕情况,包括厚度、柔软度、血管分布、色泽 4 项,0~14 分,评分越高,瘢痕状况越差;术后 1 个月,采用乳腺外形满意评分评估两组乳腺外形恢复情况,0~10 分,评分越低,不良影响越低,乳腺外形恢复情况越好,满意度越高。

1.6 统计学分析 采用 SPSS22.0 统计学软件对数据进行分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料用%表示,采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 研究组治疗总有效率 97.67% 高于参照组的 81.40%($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组疗效比较[例(%)]					
组别	<i>n</i>	无效	缓解	显效	总有效
研究组	43	1(2.33)	15(34.88)	27(62.79)	42(97.67)
参照组	43	8(18.60)	17(39.53)	18(41.86)	35(81.40)
χ^2					6.081
<i>P</i>					0.014

2.2 两组手术时间、住院时间比较 研究组手术时间、住院时间短于参照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组手术时间、住院时间比较($\bar{x} \pm s$)			
组别	<i>n</i>	手术时间(min)	住院时间(d)
研究组	43	27.96±2.54	5.19±1.03
参照组	43	36.13±3.26	7.62±1.25
<i>t</i>		12.964	9.838
<i>P</i>		<0.001	<0.001

2.3 两组 VSS 评分、乳腺外形满意评分比较 术后 1 个月,研究组 VSS 评分、乳腺外形满意评分低于参照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组 VSS 评分、乳腺外形满意评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)			
组别	<i>n</i>	VSS	乳腺外形满意
研究组	43	3.98±1.02	4.62±1.04
参照组	43	6.85±1.27	6.57±1.35
<i>t</i>		11.554	7.504
<i>P</i>		<0.001	<0.001

3 讨论

乳腺纤维瘤发病率较高,占乳腺肿瘤发病数的

32.78%。近年来,随着临床医学的发展,多发性乳腺纤维瘤手术治疗效果不断提升。不同入路方式对患者术后瘢痕及乳腺外形恢复情况影响不一。因此,临床应采取最佳手术入路,以缩小手术瘢痕,减轻患者术后不适感^[2-3]。传统入路手术大多需作多个切口,以充分显露不同位置肿块,手术创伤大,患者术后恢复时间较长,且会对患者乳腺外形产生影响,破坏女性形体美,整体效果欠佳。乳腺下缘切口经乳腺后间隙入路为新型手术入路,近年来在临床得到广泛应用,与传统入路手术相比,乳腺下缘切口经乳腺后间隙入路手术具有以下优势:(1)在乳腺后间隙进行钝性分离,可保障乳腺组织有效翻起,可彻底切除多发纤维瘤,避免重复做切口切除瘤体,减轻切开、缝合牵拉疼痛,能减轻患者术后疼痛感,并可有效缩短手术时间;(2)在乳腺下缘做顺皮纹切口,切口愈合后瘢痕较小,充分利用乳腺下缘乳房纹路,可产生遮蔽、隐藏手术瘢痕效果,提高患者乳腺外形美观性,手术无需做多个切口,可减少术后瘢痕数量,改善患者术后瘢痕情况;(3)该入路方式及缝合操作可在腺体深面进行,术后不会触及乳腺硬块,术后乳房形状与术前相比未出现明显变化,能提高患者术后乳腺外形满意度^[4-7]。本研究对多发性乳腺纤维瘤患者予以乳腺下缘切口经乳腺后间隙入路手术治疗,结果显示研究组总有效率 97.67%高于对照组的

81.40%,手术时间、住院时间短于参照组($P<0.05$),表明乳腺下缘切口经乳腺后间隙入路手术可提高疗效,缩短手术时间,促使患者及早恢复出院。术后 1 个月研究组 VSS 评分、乳腺外形满意评分低于参照组($P<0.05$),说明乳腺下缘切口经乳腺后间隙入路手术能改善患者术后瘢痕及乳腺外形恢复情况。

综上所述,采用乳腺下缘切口经乳腺后间隙入路手术治疗多发性乳腺纤维瘤患者效果显著,能缩短手术时间,加快患者康复进程,改善患者术后瘢痕及乳腺外形恢复情况。

参考文献

[1] 吴江宏.经乳晕弧形切口切除术治疗乳房纤维瘤对乳房损伤及术后乳房外观满意率的影响[J].蚌埠医学院学报,2017,42(12):1624-1626
[2] 沙坤.桂枝茯苓胶囊预防多发乳腺纤维瘤术后复发疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2017,26(35):3932-3934
[3] 孙文聪,丁超,李国庆,等.环乳晕切口联合术中彩超定位技术治疗乳房多发性纤维腺瘤效果分析[J].河南外科学杂志,2019,25(1):28-30
[4] 彭健雄.乳腺下缘切口经乳腺后间隙入路治疗乳腺多发性纤维腺瘤[J].包头医学院学报,2016,32(10):41-42
[5] 王勤勇,侯学忠,金光华,等.乳腺下缘切口经乳腺后间隙入路手术治疗乳腺多发性纤维腺瘤的疗效分析[J].中国药物经济学,2017,12(9):104-106
[6] 孙甲甲,黄景昊,刘伟,等.不同路径手术在乳腺纤维瘤患者中应用研究[J].临床军医杂志,2018,46(6):676-677,681
[7] 李鹏鹏,刘平贤,张浩.乳腺下缘切口经乳腺后间隙入路手术治疗多发性乳腺纤维瘤的临床效果[J].深圳中西医结合杂志,2018,28(2):101-102
(收稿日期:2019-05-16)

曲妥珠单抗联合 NP 方案对 HER-2 阳性乳腺癌疾病的疗效

陈昱丞 臧凯 郭宏强 周孟强 张潇月

(河南省肿瘤医院肿瘤内科 - 内科综合病区 郑州 450008)

摘要:目的:探究人表皮生长因子受体-2 阳性乳腺癌患者采用曲妥珠单抗联合 NP 方案治疗对其疾病控制率及血清 T 淋巴细胞亚群水平的影响。方法:选取 2016 年 9 月~2018 年 9 月收治的人表皮生长因子受体-2 阳性乳腺癌患者 42 例,根据治疗方案不同分为观察组和对照组各 21 例。对照组采用 NP 方案(长春瑞滨+顺铂)治疗,观察组采用曲妥珠单抗联合 NP 方案治疗。比较两组治疗总有效率、疾病控制率、血清 T 淋巴细胞亚群(CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺)水平。结果:两组治疗总有效率、疾病控制率比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);观察组治疗后 CD3⁺、CD4⁺ 水平高于对照组,CD8⁺ 水平低于对照组($P<0.05$)。结论:曲妥珠单抗联合 NP 方案治疗人表皮生长因子受体-2 阳性乳腺癌,可有效调节患者血清 T 淋巴细胞亚群水平,增强机体免疫力。

关键词:乳腺癌;人表皮生长因子受体-2;疾病控制率;血清 T 淋巴细胞亚群水平

中图分类号:R737.9

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.052

乳腺癌属于妇科常见恶性肿瘤。据统计^[1],乳腺癌发病率占全身各恶性肿瘤发病率的 7%~10%,在妇科恶性肿瘤中仅次于子宫癌,对患者身心健康及生活质量造成严重影响。人表皮生长因子受体-2 (HER-2) 是一种重要胃癌或乳腺癌预后判断因子,约 15%乳腺癌患者会出现 HER-2 基因扩增或过表达,其生物学行为恶性度较高,且预后不良^[2]。目前,临床对于 HER-2 阳性乳腺癌患者通常采用化疗治

疗或术后化疗辅助治疗,其中 NP 方案属于临床常用化疗方案。曲妥珠单抗是一种抗 HER2-2 单克隆抗体,可抑制癌细胞生长,刺激机体免疫细胞,可发挥提高机体免疫力、抗癌等目的。基于此,本研究选取 HER-2 阳性乳腺癌患者 42 例,旨在探究曲妥珠单抗联合 NP 方案临床应用效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2016 年 9 月~2018 年 9