年轻女性乳腺癌患者与其它年龄段乳腺癌患者具有不同的解剖学特征,年轻女性乳腺腺体增生旺盛,乳房比较丰满;由于雌、孕激素分泌水平高,更容易发生淋巴和血液的转移。这些特征都为实施保乳手术带来了较大的困难。本文选择年龄小于或等于 35 岁的乳腺癌患者作为研究对象,结果表明只要术者熟练掌握乳房的解剖学结构,操作时尽量仔细,尽可能少地切除组织,就能够很好地保持乳房的外形。成年女性的乳房位于第 2 ~ 6 肋的高度,内侧至胸骨旁线,外侧至腋中线,后方大部分为胸大肌,少部分位于腹直肌鞘与前锯肌的浅面。乳房包括乳腺和脂肪组织,其中乳腺被纤维结缔组织分隔成 15 ~ 20 个乳腺叶,每个乳腺叶包含许多乳腺小叶,乳腺小叶又由许多腺泡构成。乳腺叶都有一个乳腺管,末端开口位于乳头,以其为中心放射状排列。许多腺叶间结缔组织一端连于胸大肌筋膜,另一端连于皮肤,称为乳房悬韧带,当乳腺受癌肿侵犯时,乳房悬韧带受到癌肿的挤压、收缩而使皮肤表面形成规则的凹陷。乳房悬韧带具有悬吊乳房的功能,其它任何解剖结构都不能够取代其功能,因此在保乳手术过程中应尽量保留。目前对保乳手术的切除范围尚无统一的标准,本组手术切缘距肿瘤距离 2 cm,术中做切缘冰冻切片病理检查,如结果阳性再扩大切除范围。因为年轻女性乳腺癌的侵袭性较高,因此本组手术中所有患者在保乳手术的同时,均进行腋窝淋巴结清扫。

本组资料表明,在进行保乳手术和腋窝淋巴结清扫时,只要注意保护好血管和神经,能够有效减少术后并发症的发生。本组手术中 3 例患者出现术后皮下积液,皮下积液是乳腺癌手术后早期常见的并发症,是液体积聚于术区皮瓣与胸壁或腋窝之间,造成皮瓣不能够与创面紧贴所致。皮下积液的预防要点[5]:①慎用或不用电刀游离皮瓣,游离皮瓣后止血要彻底;②创面的止血要彻底,切记细小的出血点不要遗漏。本组患者后经引流管位置调整、穿刺抽液、加压包扎后治愈。2 例患者出现术后感染,皮肤的细菌能够通过手术切口或其他损伤皮肤屏障的创面进入组织而引起感染,合理应用抗生素是防治切口感染的关键所在,2 例患者经抗生素治疗后痊愈。1 例患者出现患侧上肢水肿,上肢水肿与腋窝淋巴结清扫是否彻底有关,切除的腋窝淋巴结数量越多,越容易发生淋巴水肿,切除高位的腋周淋巴结较低位的淋巴水肿发生率高。在对腋静脉附近的淋巴脂肪解剖时,往往把腋血管鞘一起清除,后果是影响了术后淋巴回流,因此手术中如未见肿大明显的淋巴结,可不必清除腋血管鞘。上肢肿胀时,进行功能锻练治疗,按摩术侧上肢,用微波、红外线等理疗可明显改善症状。1 例患者上肢感觉障碍合并腋窝淋巴结转移,检查发现肿瘤复发。本组全部患者均施行了腋窝淋巴结清扫,术后均根据情况配合化疗、放疗和内分泌治疗等辅助治疗,患者年龄越小,保乳手术后复发的风险越大,本组患者平均年龄为(32.3 ± 3.2)岁,复发患者为年龄 24 岁的未婚女性,因此怀疑复发与其年龄有关。

综上所述,对于年轻女性乳腺癌患者,只要术者熟练掌握其解剖学结构,术中仔细操作,术后经过规范的辅助治疗,就能够有效减少术后并发症的发生,获得很好的疗效。同时由于保乳手术对于乳房损伤较小,能够较好地保持乳房的美观,术后能够明显提高患者的生活质量,尤其对于有强烈保乳需要的年轻女性,因此保乳手术值得我们在临床上进行推广。

[参考文献]

[1] 邵志敏,李俊杰. 应重视乳腺癌的综合治疗[J]. 临床外科杂志,2009,17(7):435 - 436.

[2] 刘晓辉,李桂良,陈建富,等. 保留肋间臂神经的乳腺癌改良根治术 9 例[J]. 局解手术学杂志,2008,17(2):135 - 136.

[3] 呼 群,张嘉玲,苏乌云,等. 年轻与中老年女性乳腺癌病理特征对照研究[J]. 内蒙古医学杂志,2011,43(3):294 - 297.

[4] 李有怀,薛 曼,沈兰皖,等. 早期乳腺癌保留乳房根治术加胸壁肌肉填充同一期隆胸乳房成形术[J]. 第四军医大学学报,2007,28(4):384.

[5] 张 辉,孟 镔,陈祖龙,等. 65 例乳腺癌改良根治术临床解剖学分析[J]. 局解手术学杂志,2010,19(6):535 - 536.

(编辑:杨 颖)

显微镜下经翼点入路动脉瘤夹闭的手术配合

Operation matching during microsurgery on clipping of intracranial aneurysm through pterional approach

朱 智,甘晓琴,郑朝敏 (第三军医大学大坪医院野战外科研究所手术麻醉科,重庆 400042)

[关键词] 颅内动脉瘤;夹闭术;手术配合;血管造影
[中图分类号] R739.41 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)01-0091-02

颅内动脉瘤是由于脑动脉局部血管异常改变而产生的脑血管瘤样突起,是一种神经外科常见的脑血管疾病[1]。在显微技术操作下使用血管造影剂判断瘤颈周围血供并用特制的动脉瘤夹将动脉瘤颈夹闭。夹闭后可将动脉瘤排除于血液循环之外,起到防止发生破裂出血的作用,使用血管造影剂可以更清楚地观察到载瘤动脉通畅程度,确保灌注区供血。使用简便,迅速且准确性较高。现将显微镜下经翼点入路动脉瘤夹闭的手术配合报告如下。

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201401040
[收稿日期] 2013-09-01 [修回日期] 2013-09-24

1 资料与方法

1.1 临床资料

我院自 2009 年至 2011 年收治动脉瘤患者 65 例,其中男 36 例,女 29 例,年龄 34 ~ 69 岁,平均 51 岁,均经全脑血管造影(DSA)及 CT 核磁共振检查确诊为颅内动脉瘤。主要临床表现为头痛,神经功能障碍,恶心呕吐。前交通动脉瘤 30 例,后交通动脉瘤 20 例,大脑前动脉瘤 7 例,大脑中动脉瘤 8 例。58 例有高血压病史。

1.2 手术方法

全部患者均在全麻气管插管下行显微镜下动脉瘤夹闭术。根据动脉瘤位置选择翼点入路,根据脑室压力情况做脑室穿刺,术中吲哚菁绿(ICG)造影时在手术显微镜下实时观察造影血管,选择合适的动脉瘤夹夹闭动脉瘤。对较大的动脉瘤采用 5 号长针头穿刺抽吸,使之萎陷。

1.3 手术配合

1.3.1 巡回配合 术日患者入手术室途中注意观察患者的意识状态,如突发头痛、呕吐、颈项强直应考虑可能为动脉瘤破裂[2]。搬动时注意保护其头部,防止外力及震动引起瘤体出血。仰卧头侧位,头架固定。血管造影剂为 25 mg ICG,用灭菌注射用水 2 ~ 4 mL 溶解。需要注意的是患者是否过敏体质,有无碘剂过敏,染料过敏史及其他肝肾功能疾病等。每次推注造影剂前后要滴注生理盐水,术者启动荧光造影模式后,巡回护士将 ICG 溶液迅速由深静脉注入,并将液体开快。经 10 s 左右即可在显示器上看到清晰的血管荧光图像。ICG 亮度随时间延长或液体快速输注而逐渐减弱,约持续 1 min 后模糊不清。

一旦发生动脉瘤破裂,应及时安装 2 套吸引器加大号吸引器头,一套控制动脉瘤破口出血,另一套吸净视野内的血液,运用临时阻断夹暂时阻断载瘤动脉,快速暴露动脉瘤颈,夹闭动脉瘤。加快输血输液,可备自体血回输机。必要时台下可徒手压迫患侧颈总动脉。术中需要阻断载瘤动脉时,一般应控制在 10 ~ 15 min;如果阻断大脑中动脉,则应控制在 10 min 之内,否则可加重脑血管痉挛或发生脑缺血[4]。阻断载瘤动脉时护士需配合麻醉师将血压及时回升至正常范围,以改善脑侧枝循环对抗危险供血区的脑缺血,并准确记录阻断时间[5]。

1.3.2 洗手配合 常规消毒铺单后将明胶海绵、骨蜡、头皮夹等分别准备好。清点棉片,使用过的棉片,整齐排列 5 个为一组,方便术后清点。协助医生常规消毒铺巾,逐层切开各层至硬脑膜。悬吊硬脑膜,减少因脑脊液流出和脑组织塌陷引起的硬膜外出血。周边各悬吊 3 针,硬脑膜下间隙放置小片明胶海绵以避免术中出血流入硬膜下腔。剪开脑膜,越过外侧裂。安装头圈,暴露手术野。显微镜下操作:在侧裂上挑开一小口,剪开外侧裂,解剖颈动脉池,找到视神经,逐步暴露载瘤动脉远、近端,以备阻断。暴露动脉瘤颈、体,估计动脉瘤夹需要的的型号。夹闭前造影,判断动脉瘤血供情况,递临时阻断夹夹闭载瘤动脉,同时台下记时,递合适的永久性动脉夹夹闭动脉瘤颈。夹闭后再次造影,发现动脉瘤已不在血液循环之内显影。递 5 号长针头刺破瘤体,检查夹闭效果,放出少许血液,使动脉瘤回缩。根据情况可夹多个动脉瘤夹,以确保夹闭效果。递泡有罂粟碱的明胶海绵放于动脉瘤周围,防止血管痉挛的发生。手术及血液刺激可引起反射性脑血管收缩,造成脑缺血或血管痉挛。所以夹闭瘤颈、吸除脑池积血后应用生理盐水冲洗干净,减少积血[5]。将速即纱撕成小片包裹在瘤体四周。局部止血后,清点棉片逐层缝合切口。

2 结果

65 例患者顺利完成手术,其中 60 例患者术后拔出气管导管,安全送回病房。5 例患者因其他原因带管送回病房或再次做 CT 核磁共振。平均手术时间为 3 h,术中失血 200 ~ 300 mL。术后 CT 核磁共振复查,动脉瘤消失。

3 配合体会

患者体位摆放非常重要,因为头部抬高 20 cm,颅内压约下降 2 kPa,但颈部和颅内静脉无静脉瓣,开颅时头位过高可造成静脉负压、静脉破裂从而易形成气栓,过低则手术出血量增加,所以体位摆放应取轻度头高斜坡位(20° ~ 30°)防止头位过高或过低[3]。在使用显微镜过程中如医生没有特殊说明不要摆动手术床,因为任何细小的震动都有可能导致显微镜下的操作失误。术中快速、轻柔、准确地传递所需器械,保证各项操作的连续性。做好患者的安全核查工作。患者的体位安置后要保证患者的各部位皮肤不受压。做好术中的保暖工作,把好无菌关,在手术开始后避免无关人员进出手术间,避免术后感染。认真做好器械、棉片、缝针的清点工作,防止遗留在颅腔内。显微剪必须要轻拿轻放,尖端应避免碰撞,由于显微镜器械精密贵重,需用合适的容器存放和消毒,尖端朝上,并用胶管保护。

颅内动脉瘤夹闭术中随时有可能发生动脉瘤破裂,手术配合要求高,要求配合手术的洗手护士熟悉手术步骤,反应敏捷,应急能力强。巡回护士有丰富的动脉瘤手术配合经验,遇到大出血时,做到工作有条不紊,忙而不乱。动脉瘤夹闭术在显微镜下使用 ICG 以后便于术中观察动脉瘤体夹闭前后的对比,既观察动脉瘤夹闭是否完全,也要观察血管的通畅程度保证动脉通畅,确保灌注区供血,使用简便,无放射性,迅速且准确性较高,可以为手术医生提供更直观的参考,缩短手术时间,提高手术的精准程度,减少手术可能产生的并发症。

[参考文献]

[1] 马颖娟,龚 珂. 颅内动脉瘤显微镜下夹闭术的巡回配合[J]. 中国实用神经疾病杂志,2009,12(12):69 - 70.

[2] 王 惠. 颅内动脉瘤显微手术的配合[J]. 中国伤残医学,2010,18(1):98.

[3] 姚文英. 23 例颅内动脉瘤显微夹闭术的术中配合与护理[J]. 中华护理杂志,2007,42(2):169.

[4] 沈建康,赵卫国,卞留贯,等. 颅内巨大动脉瘤的显微外科手术治疗[J]. 中华神经外科杂志,2005,21(11):643 - 646.

[5] 余满荣. 显微镜下颅内动脉瘤夹闭术的术中配合[J]. 现代临床护理,2008,7(6):53.

(编辑:杨 颖)