

文章编号:1005-6947(2006)04-0305-02

· 临床报道 ·

乳腺癌术后皮瓣下积液的防治

许冬阳, 王清茂

(福建省石狮市华侨医院 外一科, 福建 石狮 362700)

摘要:为探讨降低乳腺癌根治术后皮瓣下积液的方法,笔者采用改进手术术式加皮瓣与胸壁固定加Y型管负压引流的新方法治疗乳腺癌,并与乳腺癌传统根治方法进行对比。结果显示,新方法乳腺癌根治术后皮瓣下积液率由原来的23.4%下降至8.0%,效果显著。提示对乳腺癌手术中、术后采取改进手术术式加皮瓣与胸壁固定加Y型管负压引流的新方法,可明显降低皮瓣下积液的发生率。

关键词:乳腺肿瘤/外科学;皮瓣下积液/预防和控制;引流术

中图分类号:R737.9;R655.8

文献标识码:B

乳腺癌根治术因手术剥离面广,创伤大,术后易发生皮瓣下积液(血)。该并发症增加患者住院时间、费用、精神压力,甚至导致皮瓣坏死。从而推迟放疗、化疗时间,影响综合治疗效果。我院自2000年始采用改进手术方式加皮瓣与胸壁固定加Y型管负压引流的新方法,有效地预防了乳腺癌根治术后皮瓣下积液。我院1996年1月—2005年1月收治的114例乳腺癌根治术的患者,本文将采用新方法与传统方法预防皮瓣下积液的效果进行了对比,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组均为女性,年龄在31~72(平均45.3)岁。术前全部病理确诊为乳腺癌。其中I期10例,II期59例,III期45例。行传统根治术为24例,行保留胸大肌的改良乳腺癌根治术90例。手术创面处理随机分成两组:(1)对照组,64例(其中行传统根治术13例,改良根治术51例);(2)改良组,50例(其中行传统根治术11例,改良根治术39例)。

1.2 手术创面处理方法

对照组采用传统手术方法,即在常规清扫腋窝淋巴结后置腋窝引流管1根,术后接引流袋,绷带加压包扎7~10d。改良组手术方法:(1)常规结扎上肢向腋窝走行的淋巴管。(2)使用电刀。(3)手术创面彻底止血。(4)在背阔肌缘与肋弓缘交点处戳一小孔,引入Y型管,一臂沿腋窝中线放置达腋静脉下2~3cm,另一臂沿肋弓、胸骨旁放置,

两臂均剪多个侧孔。Y型管于体外用三叉管相连通后接负压引流瓶。术后保持持续负压吸引。一般术后2~3d引流干净,术后3~4d拔除引流管。(5)行皮瓣与胸壁固定,操作如下:拉紧双侧皮瓣,用手触摸皮瓣与胸壁之间的空隙部份,用三角针带4号丝线,从凹陷一侧进针,穿入皮瓣后,直视下缝合一部份胸壁组织,然后从另一侧皮瓣穿出,暂不打结;同法在其他凹陷处进行缝合,腋下部位避开腋窝血管及神经,同样缝合一针。将直径0.5cm的橡胶管剪成1.5cm长,压在凹陷部位,将缝线在管上打结,最后缝合切口。尤其注意背阔肌缘,肋弓等易积液处的固定。(6)弹性绷带加压包扎7~10d。

2 结果

对照组64例,术后发生皮下积液15例,占23.4%。改良组50例,皮下积液4例,占8.0%,积液率明显下降($P < 0.05$)。改良组患者皮瓣下积液面积局限,经穿刺抽液加压包扎后4~5d痊愈。对照组皮下积液面积大,行穿刺抽液后仍有较多积液,6例予切开引流后治愈。

3 讨论

乳腺癌术后,皮瓣与胸壁形成医源性腔隙、淋巴管瘘、创面渗血、渗液,均是造成皮瓣下积液的重要因素。如果积液量多,停留时间长,皮瓣长期处于游离状态,不能与胸廓建立血运联系,即成为皮瓣坏死的主要原因之一^[1]。预防皮瓣下积液,笔者认为应注意如下问题:(1)消除淋巴管瘘。乳腺向腋窝走行的淋巴途径已基本被清扫,不是造成皮瓣下积液的主要原因。而上肢所有淋巴管均经腋窝引流至上腔静脉;乳腺内侧淋巴管穿过胸壁沿胸廓内动脉走行;乳腺下半部分与同侧腹壁上淋巴管有广泛吻合^[2],上述部位的淋巴管必须彻底结扎,否则造成腋下及肋弓处积液。该两处也正是皮瓣下积液好发部位。处理血管时可合理使

收稿日期:2005-07-13; 修订日期:2005-11-10。

作者简介:许冬阳,男,福建石狮人,福建省石狮市华侨医院主治医师,主要从事普外及肿瘤方面的研究。

通讯作者:许冬阳 电话:0595-88675776; E-mail:liaowang50@hotmail.com

文章编号:1005-6947(2006)04-0306-02

· 临床报道 ·

早期乳腺癌保乳手术与改良根治术远期疗效的比较

邓素勤¹, 周钧²

(1. 湖南省芷江县中医院 普通外科, 湖南 怀化 419100; 2. 中南大学湘雅二医院 普通外科, 湖南 长沙 410011)

摘要:为探讨乳腺癌保乳手术与改良根治术远期疗效的差别。笔者回顾性分析了43例行保乳手术以及57例行改良根治术的乳腺癌患者的临床资料,对其5年疗效的差别作出评估。结果示保乳手术组5年生存率为95.2%,根治术组为94.3%,差异无显著性($P > 0.05$)。提示保乳手术与改良根治术对于治疗早期乳腺癌的远期疗效相当,而保乳手术使患者保持良好的乳腺外观,可在早期乳腺癌的治疗中予以推广。

关键词:乳腺肿瘤/外科学;乳房切除术,改良根治性;保乳手术

中图分类号:R737.9; R655.8

文献标识码:B

目前的观点认为,乳腺癌是一种全身性疾病,保乳手术加术后放疗可以达到和改良根治术相同的远期疗效。欧美国已经普及保乳手术^[1],并成为治疗早期乳腺癌的常规方法,我国尚处在起步阶段。中南大学湘雅二医院普外科2000年共收治乳腺癌患者100例,其中行保乳手术43例,行传统根治术57例。随访5年,追踪该100例患者的近期疗效及5年生存率,旨在评估该两种手术方式的远期疗效,并总结保乳术的治疗经验。

1. 临床资料

1.1 一般资料

本组所有患者肿瘤直径均 ≤ 3 cm。以乳腺B超及红外

线扫描初筛疑似病例。所有病例病理检查证实诊断,包括乳腺导管内癌33例,浸润型导管癌20例,单纯癌11例,髓样癌15例,重度非典型性局灶癌12例,乳头状癌3例,黏液癌6例;临床分期0期12例,I期81例,II期7例;雌激素受体阳性者43例。各组情况见表1,表2。

表1 100例乳腺癌患者病理类型分布情况

分组	乳腺导管内癌	浸润型导管癌	单纯癌	髓样癌	重度非典型性局灶癌	乳头状癌	黏液癌
保乳组	12	7	6	7	4	3	4
根治组	21	13	5	8	8	0	2

表2 100例乳腺癌患者临床分期及雌激素受体情况

分组	0期	I期	II期	雌激素受体阳性
保乳组	9	32	2	12
根治组	3	49	5	31

收稿日期:2005-07-06; **修订日期:**2005-11-16。

作者简介:邓素勤,男,湖南芷江人,湖南省芷江县中医院副主任医师,主要从事普通外科方面的研究。

通讯作者:邓素勤 电话:13974545181。

用电刀,处理淋巴管时应予结扎。(2)创面充分止血。对部分毛细血管止血不彻底、电刀止血后血管结痂脱落者,应于手术结束前再次止血,避免积血。(3)通畅引流,减少腔隙。传统方法只用一条引流管往往出现引流不畅。林沛春等^[3]采用“三点四管式”周边置管引流加压包扎法预防皮瓣下积液。但此术式在皮下放入4条引流管,给术后护理带来不便,同时也影响术后患者活动。贺青卿等^[4]采用创面喷洒纤维蛋白粘合剂减少创面渗液及皮下积液的发生。但此种方法增加了患者的经济负担。本组用Y型管引流,放在腋窝及胸骨旁、肋弓处,增大引流面,引出胸壁只有1条管,方便活动。同时采用持续负压引流,既可使引流通畅,又可以使皮瓣与胸廓贴在一起,消除残腔,促进愈合。改良组还采用皮瓣与胸壁固定的方法,彻底消灭了死腔,减少积液的机会,同时皮瓣被固定,可早期加强功能的锻炼。

本组资料表明,采用改进手术方式加皮瓣与胸壁固定加Y型管负压引流的方法较传统方法能更好地预防乳腺癌术后皮下积液。该方法简单易行,并有良好效果,值得推广。

参考文献:

- [1] 陈国林,王凤军,薛英威,等. 乳腺癌根治术后皮瓣坏死的预防[J]. 中国实用外科杂志,2001,21(4):228.
- [2] 吴在德主编. 外科学[M]. 第5版. 北京:人民卫生出版社,2001.350.
- [3] 林沛春,李坡. 预防乳腺癌根治术皮瓣下积液的体会[J]. 实用外科杂志,1992,12(7):371-372.
- [4] 贺青卿,范西红,贾树范,等. 纤维蛋白粘合剂预防乳腺癌术后皮下积液的疗效观察[J]. 中国普通外科杂志,2002,11(6):380-381.