

文章编号:1005-6947(2008)05-0515-02

· 临床报道 ·

乳腺癌根治术后皮瓣坏死及皮下积液的预防

王茂盛

(安徽省马鞍山市第二人民医院 外科, 安徽 马鞍山 243001)

摘要:目的 探讨乳腺癌根治术后皮瓣坏死皮下积液的原因与对策。方法 行乳腺癌根治术游离皮瓣时电刀采用小频率,皮缘3 cm以内不用电凝;应用较细的硅胶管螺旋式剪侧孔,置于术野边缘一圈,距皮缘3 cm处缝皮瓣至胸壁,采取小负压吸引,无需胸带及皮外加压包扎。结果 42例乳腺癌根治术,仅1例行皮瓣转移患者有少许皮瓣坏死外,其余均为一期愈合。结论 乳腺癌根治术后皮瓣坏死,皮下积液及淋巴漏是可以预防的。

[中国普通外科杂志,2008,17(5):515-516]

关键词: 乳腺肿瘤/外科学;皮瓣坏死预防与控制;皮下积液预防与控制

中图分类号: R 737.9

文献标识码: B

乳腺癌根治术后皮瓣坏死及皮下积液是临床常见的并发症,发生率极高,国外文献报道发生率为10%~60%^[1],国内文献报道为51%~71%^[2]。近3年来,我科对此并发症进行了分析,在术前、术中及术后采取多种措施进行改进,取得了极好的临床效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

2004年1月-2007年9月,我科共收治乳腺癌患者42例,均为女性,年龄31~68岁,中位年龄43岁。其中左侧乳癌23例,右侧19例。I期11例,II~III期28例,IV期3例,其中原位癌3例。在针刺和活检确定诊断后39例进行新辅助化疗2~4个疗程后手术;3例原位癌是在钼靶X线下切除钙化点,经病理检查证实为导管内皮癌,尚未浸润,未进行新辅助化疗。

1.2 方法

对钼靶X线片中可疑钙化点(1 cm² > 5个)均定位活检,活检标本再行钼靶X线片检查证实后送病检。乳房包块若疑为恶性,若为一般包块,

则行包块切除送快速病理,一旦确诊则行CEF或CF方案化疗,2~4个疗程后手术。对TNM I, II期者化疗后行改良根治术,对部分II, III期均采用标准根治术。术前进行合理设计,标明手术切除范围,切口选择线距肿瘤边缘2~3 cm,切开皮肤层游离皮瓣开始时不用电凝,电刀的电切频率应较小,逐步小心游离皮下约3~5 cm后开始用电凝游离皮瓣,并调高电切和电凝频率。切除肿瘤后,缝合时,选择较细的硅胶管或硅胶胃管1根,自顶端开始螺旋式剪侧孔,每隔3 cm 1个,盘旋置于术野边缘一圈,自患侧切口下方引出固定。距皮缘3~5 cm处将皮瓣缝至相应的胸壁处,每3~5 cm 1针,皮肤外固定。切口缝合后皮瓣外不再加压,尤其是腋窝。亦不用胸带及纱布或棉球加压包扎。引流管接负压装置,以皮瓣不为苍白并粘贴胸壁为妥。一般术后前3 d 24 h内应>50 mL,但放置引流时间必须在1周以上。一周内创面不换药,12~14 d后根据引流管引流量的多少拔除引流管并可间隔拆线(图1-4)。

2 结果

42例乳腺癌根治术中,41例一次性缝合者均一次性愈合,未出现皮瓣坏死、皮下积液及淋巴漏;仅1例行皮瓣转移术者,最远处有少许皮瓣坏死。

收稿日期:2007-03-23; 修订日期:2008-02-22。

作者简介:王茂盛,男,安徽省马鞍山市第二人民医院副主任医师,主要从事乳腺疾病的诊断与治疗方面的研究。

通讯作者:王茂盛 E-mail:maswms@163.com

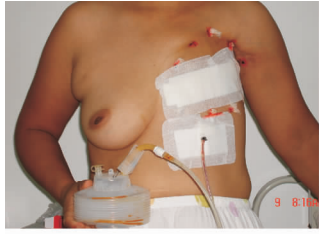


图1 术后第1天,创面外不加压包扎



图2 术后第7天,创面第1次换药



图3 术后第12~14天,创面开始间隔拆线,拔除引流管



图4 术后第3周,创面完全愈合

3 讨论

乳腺癌根治术后皮瓣坏死及皮下积液为临床常见并发症,一直困扰着众多的临床医生,同时也给患者增加了经济负担和痛苦。我科在临床实践中经过探索与分析认为:皮缘使用电凝,破坏了皮下毛细血管网,影响了皮瓣的血供。由于皮瓣范围大,各处张力不均,张力大处缺血,导致张力小处积液,这种张力不均,不仅有缝合上的原因,还有负压过大和皮肤外加压等原因所致。皮瓣外加压所致局部皮瓣张力不均,皮下血供不良,不能很快与胸壁粘合,易致液体聚积,一旦积液,创面很快就进入渗出期和水肿期,且由于液体的隔离和浸透作用,皮瓣难以进入修复期。一旦积液形成,即使引流通畅,反复抽吸,皮下均是反复积液,严重影响了皮瓣与胸壁的粘合。引流管的作用虽已被肯定,但管径的粗细,是用硅胶管好还是乳胶管好,至今争论颇多。笔者认为只要能达到引流通畅,又对创面刺激小即可。选用较细的硅胶管在皮下不易成角,螺旋式每3~5 cm剪一侧孔,可确保不被血凝块堵塞。引流管堵塞是由于负压过大或过小,引流不畅,管内液体滞留而凝集。若负压适宜,引流通畅,一般不会堵塞。在去除了张力不均的因素外,还有一个人为的因素,那就是乳腺癌术后大多数临床医生主张每天更换外敷料,目的是检查创面引流情况,挤压排出液体。也有学者^[3]主张反复穿刺、抽吸和加压包扎来促进皮瓣的愈合。但近年来,笔者从换药中发现,术后挤压是切口难以愈合及皮瓣不能粘贴胸壁的另一个重要因素,在切口上下胸壁与皮瓣愈合的初期,人为的进行挤压与松动,可使皮瓣与胸壁间的新生毛细血管无法形成。张宝成等^[4]认为皮下抽吸成负压,使皮瓣紧贴胸

壁,术后持续负压吸引,有利于新的毛细血管形成,为皮瓣提供血供。近期,我科乳腺癌根治术后主要观察引流管是否通畅,一般术后3 d内每日引流量应大于50 mL,视引流为通畅。皮瓣下局部有积液时,可将积液挤压至引流管,但术后1周内均不得对创面进行挤压,本组切口均一期愈合,腋窝及皮瓣下无积液。

关于腋下淋巴漏的处理,笔者从几例患者中发现,尽管皮瓣紧贴腋顶,但很长一段时间内皮肤局部水肿。后来,笔者在术中先对腋窝进行溶脂吸脂,充分暴露腋窝的淋巴结、血管、神经,并对淋巴结进行彻底的清除,淋巴管逐条结扎,尤其是输入端。腋窝淋巴管的结扎与淋巴结的逐个摘除,不仅对判断预后提供了资料,也为年轻医生对腋窝的整体解剖的了解提供了资料。

乳腺癌根治术后,皮瓣的坏死与积液主要是由于皮下毛细血管损坏,皮瓣张力不均,术后换药的操作方法不妥,导致局部压力不均,压力过大而缺血,压力过小而积液,使得皮瓣无法与胸壁紧密粘合。因此,我科在临床实践中采取了一些改进措施并大胆摒弃了皮外加压,收到了极好的效果。

参考文献:

- [1] Carlson GW, Bostwick J, Styblo TM, et al. Skin - sparing mastectomy. Oncologic and reconstructive consideration [J]. Ann Surg, 1997, 225(5): 290 - 291.
- [2] 蒋国勤. 乳腺癌术后3种负压引流效果对比观察[J]. 临床外科杂志, 2001, 9(5): 290.
- [3] 章庆华, 刘广成. 乳腺癌术后预防皮瓣坏死的对策[J]. 中国普通外科杂志, 2005, 14(4): 312 - 313.
- [4] 张宝成, 袁世增. 乳腺癌根治术后皮瓣坏死的预防措施[J]. 中华临床医学杂志, 2004, 5(3): 61.