

文章编号:1005-6947(2005)04-0307-02

· 临床报道 ·

乳腺切除术同时行乳房再造术 11 例报告

范先成, 熊立新, 孙海荣, 吴越

(湖南省长沙市一医院 普通外科, 湖南 长沙 411005)

摘要:笔者应用带蒂背阔肌肌皮瓣移植进行乳房再造术 11 例。全部病例的肌皮瓣及其中保留乳头 3 例均存活, 无积液感染等并发症。再造乳房外形美观。提示乳腺癌根治术后, 可用一期带蒂背阔肌肌皮瓣移植进行乳房再造术。

关键词:乳腺肿瘤/外科学; 乳房切除术; 乳房再造术

中图分类号:R737.9; R655.8 **文献标识码:**B

乳腺肿瘤是女性最常见的疾病之一。乳腺癌根治术后胸壁的损毁给女性的心理和生活带来许多痛苦, 甚至引发婚姻危机, 而乳房的再造能防止或减轻这种消极心理, 有助于改善患者的生活质量。2001 年 3 月~2004 年 10 月, 笔者先后为 11 例乳腺肿瘤患者在行乳腺切除或改良根治术后, 即时应用带蒂背阔肌皮瓣进行乳房再造术, 取得良好效果。

1 临床资料

1.1 一般资料

11 例均为女性, 年龄 32~48 (平均 42) 岁。4 例为乳腺多发囊肿伴中、重度非典型性增生, 其余 7 例为浸润性乳腺癌, 均经病理切片确诊。根据 TNM 分期, 本组乳腺癌患者中 4 例为 I 期; 3 例为 II 期, 且均有腋窝淋巴结转移; 肿瘤大小 2~5 cm。均无乳头溢血、溢液等情况。均行改良根治术 (Auchincloss 术), 并同时行乳房再造术; 其中 3 例肿瘤距乳晕 > 3 cm 者保留乳头, 4 例切除乳头; 另 4 例乳腺多发囊肿伴非典型性增生患者均行乳腺单纯切除并同时行乳房再造术, 并保留乳头。本组共行乳房再造 13 次, 包括 2 例非典型性增生者行双侧乳房再造术; 9 例单侧再造, 其中右侧 3 例, 左侧 6 例。

1.2 手术方法

1.2.2 乳腺肿瘤手术 术前 2 h 先于肿瘤周边注入美蓝染色, 并在手术时行前哨淋巴结活检。手术中先切除肿块进行快速活检。对非典型性增生性肿瘤的患者行乳房经皮下全腺叶切除, 保留皮肤及乳头。恶性肿瘤, 且肿块距乳头 > 3 cm, 术中快速冷冻切片证实切口边缘皮肤及皮下组织无癌浸润, 则保留乳头、乳晕, 行改良根治术; 如肿瘤距乳

头 < 3 cm 则切除乳头及乳晕。

1.2.2 乳房再造术 切取背阔肌肌皮瓣移植。根据所需皮瓣大小、形态切取所需背阔肌及皮瓣。皮瓣大小形态根据乳房切口而定, 放大约 10%, 以减少皮瓣缝合的张力。游离出隧道, 将背阔肌转移至再造乳房皮下, 自然塑形后, 周边与胸壁缝合固定, 注意胸背血管不要扭转、压迫。手术完成后, 注意在加压包扎时将乳房形态塑定, 不要压迫血管蒂, 背部切口缝合。

2 结果

4 例非典型性增生患者, 均保留乳头、乳晕, 再造后乳房形态、手感良好, 有 1 例皮缘发黑, 换药后愈合。7 例浸润癌患者的前哨淋巴结活检均为阴性。其中 3 例保留乳头、乳晕, 无 1 例发黑、坏死。另 4 例则切除乳头、乳晕, 并于术后行二期乳头再造术。术后形态均良好。乳房开始手感稍硬, 2 个月后为柔软, 手感与对侧无明显差异。11 例病人均在术后 6 个月随访, 1 例乳房出现萎缩, 其余乳房弹性、形态均良好。

本组病人无皮瓣坏死、感染、积液等并发症。术后已 2 年, 均健在, 乳腺癌患者中无 1 例发生转移或复发, 恶性肿瘤患者均在 2 周后顺利进行化疗或放疗, 无 1 例受伤口影响。根据 Iino 美观标准^[1], 本组优 10 例侧, 良 3 例侧。患者上肢活动正常, 对手术满意, 没有出现抑郁、自卑的情绪变化。

3 讨论

乳房单纯切除和乳腺癌根治术对患者造成的严重胸壁毁损, 常使患者心情抑郁、自卑^[2-3]。近 30 年来, 临床医生进行了保乳、乳房再造等方面的研究。保乳手术损伤小, 但费用昂贵。由于害怕癌细胞扩散和复发, 患者常选择一期乳房切除, 延期乳房再造手术。该术式使患者受到 2 次或 3 次手术的痛苦, 且胸壁已形成损毁, 再造后的乳房形态、

收稿日期:2004-11-12; **修订日期:**2005-02-21。
作者简介:范先成 (1950-), 女, 湖南长沙人, 湖南省长沙市一医院主任医师, 主要从事乳腺、肝胆方面的研究。
通讯作者:熊立新 电话:0731-4912433, 13307493800 (手机)。

文章编号:1005-6947(2005)04-0308-02

· 临床报道 ·

乳腺癌根治术后的双管负压引流临床应用

宋新, 周旅, 罗勇

(湖南省湘西自治州人民医院 普通外科, 湖南 416000)

摘要:笔者近2年来对47例乳腺癌根治术患者术后应用双管负压引流,并与以前47例乳腺癌根治术后加压包扎单管引流的患者进行对比性研究。结果显示:双管负压引流组术后前3d引流量大于单管组($P < 0.05$),4~6d引流量无显著性差异($P < 0.05$);而双管负压引流组皮下积液发生率明显低于单管组($P < 0.05$);切口延迟愈合发生率低于单管组($P < 0.05$)。提示:在乳腺癌根治术后,双管负压引流更充分,其并发症发生率更低,值得推广应用。

关键词:乳腺肿瘤/外科学;引流

中图分类号:R737.9;R615 **文献标识码:**B

传统乳腺癌根治手术后,多采用创面加压包扎加腋窝单管引流,此法存在着包扎方法复杂,可影响患者胸式呼吸,有可能发生切缘皮肤坏死,以及对患者产生心理压力和抑郁等缺点^[1]。我院于2000年11月~2002年11月对47例乳腺癌根治术患者术后采用双管负压引流,并与199

8年10月至2000年10月间47例乳腺癌根治术后采用加压包扎单管引流的患者进行比较,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

1.1.1 双管负压引流组 乳腺癌根治术后采用双管负压引流的患者共47例,均为女性;年龄23~68(平均40.5±9.6)岁。体重41~69(平均53.7±8.9)kg。其中30例行改良根治术,11例行根治术,6例行扩大根治术。

收稿日期:2005-01-05; **修订日期:**2005-01-31。

作者简介:宋新(1970-),男,土家族,湖南永顺人,湖南省湘西自治州主治医师,主要从事肝胆及肿瘤方面的研究。

通讯作者:宋新 电话:13574359087(手机)。

外观常常不尽人意。近几年来开始施行同时乳房再造,研究结果显示,乳癌改良根治后行同时再造术的生存率与未行再造术者无明显差异^[4~6]。且有以下优点:(1)费用低。本组11例患者平均费用为14 280元,较延期乳房再造术费用小,适合我国国情,患者易于接受。(2)手术在一次麻醉下完成,不需要再次手术,减轻了患者的痛苦。(3)手术即时转移皮瓣,皮瓣的血供良好,张力小,故术后皮肤坏死者少见,胸壁的毁损不明显。乳房塑形后,手感柔软,外形良好,患者满意。(4)同时行再造乳房后因胸壁毁损而造成的心情抑郁、自卑等心理变化显著改善。

研究证明,乳癌的淋巴呈逐站转移,本组用美蓝注入肿瘤周围,术中显示出肿瘤“前哨”淋巴结。首先清除这些淋巴结,并做快速活检,如有癌转移,则清扫腋窝淋巴结,否则不予清扫。这样既不影响治疗效果又避免了因损伤腋窝组织而影响上肢的活动。

参考文献:

[1] Iino Y, Takef H, Andoh T, *et al.* Subcutaneous mastectomy

with axalary dissection plus breast reconstruction using latissimus dorsl myocu - taneous flat (or latissimus dorsi muscle) for breast cancer. [J] Anticancer Res , 1995 , 15 (4) : 1511 - 1515 .
[2] Harcourt D , Dumsey N . Psychological aspects of breast reconstruction : a review of the literature [J] . J Adv Nurs , 2001 , 35 (4) : 477 - 487 .
[3] Tran NV , Chang DW , Gupta A , *et al.* Comparison of immediate and delayed free TRAM flap breast reconstruction in patients reviving mastectomy radiation therapy [J] . Plats Reconstr Surg , 2001 , 108 (1) : 78 - 82 .
[4] New man LA , Kuerer HM , Hunt KK , *et al.* Feasibility of in mediate breast reconstruction for locally advanced breast cancer [J] . Ann Surg Oncol , 1999 , 6 (7) : 671 - 675 .
[5] Duskova M , Kankova H , Tvrddek M , *et al.* Breast reconstruction as an integral part of breast cancinoma therapy (a self present find report of a research project IGAM2R) [J] . Acta Chir Plast , 2001 , 43 (2) : 42 - 53 .
[6] Noguchi M , fukushima W , Ohta N , *et al.* Oncological aspect of immediate reconstruction in mastectomy [J] . J Surg Oncol , 1992 , 50 (4) : 241 - 246 .