

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 axillary dissection plus breast reconstruction using latissimus dorsi myocutaneous flap (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]. *Plast Reconstr Surg*, 2001, 108(1): 78-82.

[4] Newman LA, Kuerer HM, Hunt KK, *et al.* Feasibility of immediate breast reconstruction for locally advanced breast cancer [J]. *Ann Surg Oncol*, 1999, 6(7): 671-675.

[5] Duskova M, Kankova H, Tvrdk M, *et al.* Breast reconstruction as an integral part of breast carcinoma 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.

1.1.2 加压包扎单管引流组 乳腺癌根治术后采用加压包扎单管引流的47例,均为女性,年龄为23~60(平均 42.3 ± 8.5)岁,体重37~68(平均 50.4 ± 9.5)kg;其中行改良根治术28例,乳癌根治术12例,扩大根治术7例。

两组病人的年龄、体重和手术方式比较,均无差异($P > 0.05$)。

1.2 处理方法

1.2.1 乳癌手术方式 改良根治术,保留胸大、小肌,清扫第1,2站淋巴结;乳癌根治术,切除胸大、小肌,清扫1,2,3站淋巴结;扩大根治术,切除胸大、小肌和清扫1,2,3站淋巴结,清扫乳内动脉周围淋巴结。

1.2.2 引流方法及拔管时间 双管负压引流组患者于手术结束时在胸骨旁线第5肋间和腋前线第6肋间各置1根引流管,均接一次性负压引流装置,持续负压引流,皮瓣及伤口非加压包扎,术后第3天即行伤口换药。单管组患者只于腋窝处放置引流管1根,皮瓣及切口加压包扎,术后第5天伤口换

药。所有患者均在连续2个24h引流量 < 25 mL条件下拔管,拔管时间均未超过6d。而在拔管后出现皮下积液的患者行穿刺抽液,直至全部愈合。

1.3 统计学处理

各组数据均以例数(百分比)或均数 \pm 标准差表示,行 t 检验和 χ^2 检验。

2 结果

引流量双管组在手术后1~3d的总引流量为(322.7 ± 143.7) mL,单管组为(198.2 ± 131.9) mL($P < 0.05$),但术后4~6d的引流量两组间无显著性差异($P > 0.05$);双管组皮下积液发生7例(14.9%),单管组发生16例(34.0%)($P < 0.05$);双管组无,单管组切口延迟愈合5例(10.6%)($P < 0.05$)(附表)。

附表 手术后两组引流量和并发症比较($\bar{x} \pm s$)($n, \%$)

组别	n	引流量		皮下积液	切口延迟愈合者
		1~3d	4~6d		
单管组	47	198.2 \pm 131.9	70.5 \pm 40.2	16(34.0)	5(10.6)
双管组	47	322.7 \pm 143.7	65.3 \pm 39.6	7(14.9)	0(0)
P值		<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

乳腺癌手术后皮下积液的发生率可高达24%~53%^[2]。以往认为它的发生与诸多因素有关,如电刀使用^[2],腋窝死腔的存在^[3],淋巴管漏、引流不畅以及皮下脂肪液化等。在本组中,单管组发生率为34.%,双管组为14.9%,而且双管引流组在手术后1~3d内的总引流量明显高于单管引流组,故可以认为引流不通畅可能是造成皮下积液的最主要原因。这与Somers^[4]报道相一致。为使引流更为通畅有效,笔者认为必须注意:(1)双引流管放置部位最好是胸骨旁第5肋间和腋前线第6肋间;(2)伤口应严密缝合,皮肤戳孔应大小适合,不能漏气;(3)尽管引流管内负压大小与引流量无关^[5],但必须保持持续负压的引流,排放引流液和更换负压装置时亦应夹闭引流管以保持负压。本研究中单管组切口延迟愈合5例(10.6%),而双管组无切开延迟愈合者,因两组手术的技术条件相似,故难以归咎为电刀的使用、皮瓣的过度游离、切口张力过大等因素。笔者认为可能与单管组加压包扎,造成创面压力不均匀,形成局部死腔,同时压力过大亦造成皮瓣局部血运障碍,均可能是重要原因。

综上所述,双管负压引流与加压包扎单管引流相比较,具有引流更通畅,术后并发症少的优点,同时,术后不采用加压包扎,更有利于伤口和创面的观察与治疗,且能有效缓解患者的心理压力和精神焦虑,有利于患者的早日康复。

参考文献:

- [1] 余立刚,张强,王建军,等.非加压包扎双管引流法在乳癌根治术中的应用[J].中国普通外科杂志,2001,10(5):435-437.
- [2] Tejler C, Asperen K. Complications and hospital stay after surgery for breast cancer: a prospective study of 385 patients[J]. Br J Surg, 1990,160(2):481-484.
- [3] Albert BJ, van Geel N. A prospective randomised trial of high versus low Vacuum drainage after axillary dissection for breast cancer[J]. Am J Surg, 1997,173(1):76-79.
- [4] Somers RG, Jablon LK, Kaplan MJ, et al. The use of closed suction drainage after lumpectomy and axillary node dissection for breast cancer[J]. Ann Surg, 1992,215(3):146-149.
- [5] Kathaleen AP, Susan O, Conner N, et al. Electrocautery as a factor in Seroma formation following mastectomy[J]. Am J Surg, 1998,176(1):18-11.