

乳腺癌术后皮下积液的防治

杨永久, 李瑞平, 胡振华

(辽宁省朝阳市中心医院 普通外科, 辽宁 朝阳 122000)

摘要:将 87 例行乳腺癌根治术病人随机分组,分别采取皮瓣下引流加腋窝负压引流(实验组)和常规腋窝负压引流(对照组)两种不同的引流方法,观察比较两组患者皮下积液的发生情况。结果显示实验组患者发生皮下积液者较对照组显著降低($P < 0.05$)。提示应用皮瓣下引流管方便、可靠,可有效的降低乳腺癌根治术后皮下积液的发生率。

关键词:乳腺肿瘤/外科学; 乳房切除术,根治性; 引流; 皮下积液/治疗

中图分类号:R737.9; R655.8 **文献标识码:**B

乳腺癌根治术后皮下积液是比较常见的并发症,皮下积液不但延迟切口愈合时间,而且影响术后的化疗、放疗等综合治疗,也是影响乳腺癌手术近期效果的主要原因之一。笔者就我科 2001 年 1 月~2003 年 5 月收治的 87 例行乳腺癌根治手术病人随机分组,探讨新的引流操作方法对预防乳腺癌根治术后皮下积液的效果,报告如下。

1 材料与方法

1.1 病例及分组

87 例乳腺癌患者,均为女性,随机分为:(1)对照组,39 例。年龄 33~65 岁,平均 44.36.5 岁;(2)实验组,48 例。年龄 35~70 岁,平均 45.46.2 岁,所有病例均行乳腺癌标准根治术。两组病人年龄具有可比性($P > 0.05$)。

1.2 方法

实验组操作要点:全部病例腋窝淋巴结清扫时,仔细结扎由上肢向腋窝走行的所有淋巴管;胸带加压包扎时,胸壁要放置 20 余块小纱布,以使作用到皮瓣上的压力均匀,包扎压力以能使皮瓣与胸壁相贴为度,切忌压力过小或过大;手术要切除距癌缘 3~4 cm 的皮肤,不勉强缝合皮瓣,如感到缝合时皮瓣有一定的张力就应进一步游离皮瓣或作植皮处理。实验组除腋窝放置 1 条引流管持续负压吸引外,两皮瓣深面各置 1 根头皮静脉穿刺针的细引流管,两管必须沿皮瓣底缘弧形走行,经切口一侧缘引出,每管剪 5~6 个侧孔,外接 20 mL 注射器持续负压吸引。乳腺癌根治术操作

按常规进行,采用传统引流方法,腋窝置引流胶管 1 根,术后持续负压吸引。

1.3 皮下积液的判定标准

手术部位出现局限性隆起或波动性肿块,穿刺抽出不凝固性液体,即为皮下积液。

1.4 统计学方法

计数资料采用四格表确切概率计算法,以 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 乳腺癌根治术后皮下积液发生情况

实验组皮下积液发生率为 8.33% (4/48),对照组为 28.20% (11/39) ($P < 0.05$)。

2.2 皮下积液的部位

乳腺癌术后皮下积液常见的发生部位为腋区、肋间区、锁骨下区和胸骨旁区,其中以腋区和肋间区多见,应用皮瓣下引流管后,各部位发生皮下积液例数都有所减少,其中以肋间区和胸骨旁区减少明显(表 1)。

表 1 皮下积液发生的部位

组别	腋区	锁骨下区	胸骨旁区	肋间区
实验组	2	1	0	1
对照组	3	2	2	4

2.3 皮下积液发生的原因

皮下积液发生的原因诸多,其中以引流不当或不畅为主,还有术后形成的医源性凹陷区域、术后包扎不当或松动和过早拔除引流管等(表 2)。

收稿日期:2004-11-08; 修订日期:2005-01-31。
作者简介:杨永久(1971-),男,蒙古族,辽宁喀左人,辽宁省朝阳市中心医院主治医师,主要从事肝胆胰疾病的基础与临床方面的研究。
通讯作者:杨永久 电话:0421-2816477; E-mail:doctoryyj@sohu.com。

表2 皮下积液发生的主要原因

主要原因	试验组	对照组
引流不当或不畅	2	5
医源性凹陷	1	3
包扎不当或松动	1	2
过早拔管	0	1
合计	4	11

2.4 治疗情况

13例经穿刺抽液1~3次后加压包扎而治愈,对照组2例穿刺抽吸1次后仍有较多积液,予切开引流治愈。本组无1例发生皮瓣坏死。

2.5 随访

79例获得随访(包括14例术后发生皮下积液的患者),随访率90.80%。随访1~4个月,无1例复发皮下积液。

3 讨论

乳腺癌根治术创伤面积大,即使创面得到彻底止血,但由于创面的渗血或淋巴液的回流不畅,使得术后皮下积液成了最常见的并发症。Aitken等^[1]报道乳腺癌根治术后皮下积液、皮瓣坏死的发生率高达10%~60%,金忱^[2]和丁立^[3]报道乳腺癌根治术后皮下积液、皮瓣坏死的发生率高达14.5%~59.5%。皮下积液不但延迟切口愈合,而且影响术后的化疗、放疗等综合治疗的进行,也是影响乳腺癌手术近期效果的原因之一。因此术后充分有效的引流,减少皮下积液成了乳腺外科的重点研究问题之一。Woodworth^[4]等回顾性分析了252例手术治疗的乳癌患者,总的皮瓣下积液的发生率为15.5%,而根治术的同时行乳房重建术的病人皮瓣下积液发生率较低(2.5%),其关键在于乳房重建后消除了皮瓣与胸壁间可能存在的死腔。

针对乳腺癌术后皮下积液的主要原因,本研究除采用腋窝置1根引流管持续负压引流外,两皮瓣深面各置1根头皮针细引流管,外接20毫升注射器持续负压吸引,并行常规加压包扎。它不但使腋窝区积液能够充分引流,也使因大范围的皮下组织清除后,胸壁上存在一些医源性凹陷区域(如腋区、胸骨旁区、锁骨下区、肋间区)易于形成积液的部位达到充分引流。另外为预防乳腺癌术后皮下积液,笔者在手术操作中还应注意以下问题:(1)术中广泛清扫,小血管及淋巴管被切断尤其上肢进入腋窝的淋巴管,一定要注意结扎,如果术中切断的小淋巴管结扎不彻底,术后多不易自行闭合,出现淋巴漏而致皮下积液。(2)术中注意皮瓣张力,不要勉强

缝合,这样不仅影响皮瓣血运,还使皮瓣不易塌陷,潜在腔隙,易于发生皮下积液或皮瓣坏死,必要时应作植皮处理。(3)包扎时对怀疑潜在腔隙的部位应注意加用纱布垫加压包扎,使皮瓣与胸壁适度相贴,加压过松起不到作用,而加压过紧,则不但会影响患者呼吸,还会影响皮瓣血运而致皮瓣坏死。术后注意观察包扎情况,如果发现包扎松动,应即时重新包扎,一般术后5d左右松开包扎换药检查,并要及时重绑。(4)适时拔管,皮瓣下引流管可于术后24~72h拔除,但如引流量每天大于10mL时,则应延时拔管,腋窝引流管至少术后5d拔除,必要时应延长,直到引流腋每天少于5mL时才可拔除。(5)术后发现术区局部皮肤胀痛、皮肤隆起或波动性肿块,应即行穿刺抽液检查,抽吸净液体后,予纱布垫加压包扎,一般经3~5次穿刺抽吸多能治愈,如果积液量过大且多次抽吸不愈者行切开引流。

对于防治乳腺癌术后皮下积液,还有其他一些方法,如腋窝置管负压吸引;乳腺癌术后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^[5,6];医源性凹陷区多根多部位负压引流^[7];但是这些操作方法有的操作简单却不能达到充分引流目的,有的引流充分却操作复杂,有的临床未推广应用,致使临床上乳腺癌术后皮下积液的发生率仍然较高。笔者采用的皮瓣下引流管为一种简洁、方便方法,且引流可靠,能有效的降低乳腺癌术后皮下积液的发生率,本组皮下积液率对照组为28.20%,实验组为8.33%,说明有临床推广使用价值。

参考文献:

[1] Aitken DR, Minton JP. Complication associated with mastectomy [J]. Surg Clin North Am, 1983, 63(6):1331-1352.

[2] 金忱. 在乳癌水平I和II腋窝清扫的并发症[J]. 国外医学外科学分册, 2000, 27(1): 46.

[3] 丁立. 乳腺癌术后并发症及其防治[J]. 实用外科杂志, 1984, 2, (4): 181-182.

[4] Woodworth PA, McBoyle MF, Helmer SD, et al. Seroma formation after breast cancer surgery: incidence and predicting factors [J]. Am Surg, 2000, 66(5): 444-450.

[5] Medl M, Mayerhofer K, Peters EC. The application of fibrin glue after axillary lymphadenectomy in the surgical treatment of human breast cancer [J]. Anticancer Res, 1995, 15(6B): 2843-2845.

[6] 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.

[7] 林沛春, 李波. 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.