

文章编号:1005-6947(2005)04-0312-02

· 临床报道 ·

乳腺癌术后预防皮瓣坏死的对策

章庆华, 刘广成, 袁正

(广东医学院第三附属医院 外三科, 广东 茂名 525000)

摘要:为探讨如何预防乳腺癌术后皮瓣坏死,笔者在术中采取术中注意切缘的选择,注重皮瓣厚度,正确使用电刀,减少皮瓣张力,合理的引流以及合适力度的包扎等措施。结果显示50例中有4例(8%)发生皮瓣坏死,单纯皮下积液5例,均经非手术治疗治愈。提示合理的手术设计及细致的手术操作是预防乳腺癌术后皮瓣坏死的关键。

关键词:乳腺肿瘤/外科学;乳房切除术,根治性/副作用;皮瓣坏死/病因学

中图分类号:R737.9;R655.8 **文献标识码:**B

在我国根治性切除术仍然是外科治疗乳腺癌的主要术式,皮瓣坏死是乳腺癌根治术后较为常见的并发症,国外报道其发生率为10%~60%^[1],国内报道发生率高达51%~71%^[2]。它不但增加了病人的经济负担,而且常因此而延误术后辅助放疗的进行。我院从2000~2004年5月采取了积极的措施来预防术后皮瓣坏死,取得较好的疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

50例患者均为女性,年龄33~83(平均50.52)岁。左侧28例,右侧22例。肿瘤大小为1~8cm。纤维肉瘤1例,髓样癌4例,腺癌2例,浸润性导管癌43例。行根治术10例,改良根治术36例,扩大根治术2例,单纯切除术2例。

1.2 方法

(1)切缘一般距离肿瘤2~2.5cm即可,所有病例切缘均经病理证实无癌组织残留。(2)游离皮瓣时,全程使用电刀,采用混切,中小功率。(3)皮瓣厚度为内薄、外厚。在肿瘤周围4~5cm的范围内在皮肤和浅筋膜之间游离皮瓣,仅留薄层脂肪,毛细血管网留在皮瓣侧。(4)出血点钳夹后电凝止血,不宜盲目过多地电凝以减少组织灼烧。较大出血点,淋巴组织较丰富区域采用结扎止血。近胸骨旁的穿支尽量保留。(5)创面采用腋窝单管引流,引流管沿途多剪侧孔,缝合皮肤后,用负压吸引器吸净渗液和皮瓣下的空气后,再接持续负压引流装置。(6)缝合时张力特别大者,可游离两侧皮瓣,或者在皮瓣上网状打孔和/或植皮,

以减小张力。(7)用柔软的棉垫及松散的纱布妥善地垫压于手术区,包扎的力度应以不影响患者的呼吸为度,切忌压力过大。(8)术后用三角巾将病人的患肢固定,使患肢尽量内收。

2 结果

本组50例中有皮下积液5例,经穿刺抽吸后痊愈。4例(8.0%)发生皮瓣坏死,坏死面积分别为2cm×3cm,3cm×4cm,4cm×4cm,6cm×5cm,均经换药后愈合,余均一期愈合。有1例1年后局部复发。

3 讨论

皮瓣与游离皮片最根本的区别在于皮瓣必须有独立的血供,如果这种血供被破坏,皮瓣将无法生存。而游离皮片则不需要独立的血供,其存活是靠创底的血浆渗透及新生血管生成。而皮瓣与创底建立可靠的血供关系需要3~4周^[3],这说明1~2周内皮瓣的存活并不是靠皮瓣与创底之间建立的血供关系,而是依靠自己独立的血液循环。因此在手术中如何保护皮瓣独立的血液循环才是预防皮瓣坏死的关键。虽然有学者^[4]认为皮肤切口应距肿瘤边缘3cm以上,但本组病例均采用距肿瘤边缘2~2.5cm(当肿瘤与皮肤粘连或皮肤水肿时除外),且切缘均经病理证实无癌组织残留,仅有1例1年后局部复发。说明乳腺癌作为一种全身性疾病,其预防不单一取决于手术切除范围^[5]。手术中应注重皮瓣厚度和正确使用电刀,有人^[6]主张在皮瓣边缘3~5cm以内分离不使用电刀。本组全程使用电刀,游离两侧皮瓣,并在皮瓣上网状打孔和/或植皮,以减小张力。笔者的标准是缝合后皮瓣不易推动,颜色没有变化,本组病例经上述方法处理后效果满意。

笔者认为皮下积液与皮瓣坏死并不存在必然的内在关系,且只要及时发现,经过反复穿刺抽吸和加压包扎后均可

收稿日期:2004-12-01; 修订日期:2005-01-22。
作者简介:章庆华(1971-),男,江西南城人,广东医学院第三附属医院主治医师,主要从事肝胆胰、乳腺、甲状腺方面的研究。
通讯作者:章庆华 电话:0668-2235566(H), 13380809907(手机); E-mail:Tonyzhangdoctor@yahoo.com.cn。

痊愈。本组 5 例收到较好疗效。术后应注意观察皮瓣的血运情况,如果出现血运障碍,通常表现为颜色暗紫或者出现水泡,早期处理得当可避免坏死。可用酒精湿敷以达扩张血管的目的,但不宜做热疗,以免增加局部耗氧量,加重缺血和回流障碍。必要时可使用扩血管药物,同时要延迟拆线。

参考文献:

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

[2] 李建章. 大片游离植皮在 T₃ 乳癌手术中的应用(附 16 例分析)[J]. 实用外科杂志, 1991, 11 (2): 85.

[3] 吴在德. 外科学[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 224 - 225.

[4] 吴祥得, 董守义. 乳腺疾病诊治[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 293.

[5] 胡卫东, 杨国梁, 彭宏银. 腋淋巴结阴性乳腺癌微血管密度与预后相关性研究[J]. 肿瘤防治研究, 1999, 26 (4): 272 - 274.

[6] 任长久. 乳癌切除手术后近期并发症及其防治[J]. 上海医学, 1994, 17 (3): 152.

文章编号:1005 - 6947(2005)04 - 0313 - 01

· 病例报告 ·

老年男性同时性双侧原发性乳腺癌 1 例

施勇

(浙江省丽水学院医学部 外科学教研室, 浙江 丽水 323000)

关键词:乳腺肿瘤; 男性; 老年人; 病例报告
中图分类号:R655.8 文献标识码:D

患者 男, 82 岁, 已婚。2003 年 6 月 5 日入院。患者 20 年前曾行右乳肿块切除术, 术后恢复良好, 具体病理不清。8 年前发现右侧乳房外下象限与左乳头下各一肿块, 花生米大小, 患者未重视, 双侧肿物逐渐增大, 近 3 个月来肿物生长较快, 现右侧肿物长至约鸡蛋大小, 左侧乳头下长至约核桃大小。既往健康, 无睾丸炎、肝炎及吸虫病史, 家族中无乳腺癌患者。体检: 双侧乳房增大, 右乳外下象限一约 5 cm 长的陈旧手术疤痕, 乳头无溢液, 右乳外下象限扪及约 8.5 cm × 6.5 cm × 6.0 cm 肿块, 皮肤呈桔皮样改变; 左乳头呈菜花状, 部分破溃, 少量血性渗出液, 左乳头深部扪及 5.0 cm × 4.0 cm × 4.0 cm 大小的肿物, 两者质硬、无压痛, 边界尚清, 表面不光滑, 凹凸不平, 与皮肤粘连

紧密, 皮肤张力大, 与胸肌无明显粘连, 双侧腋窝均触及 6.5 cm × 5.5 cm × 4.0 cm 大小的肿大淋巴结, 表面尚光滑、质硬、活动。双侧锁骨下未及淋巴结肿大。细针穿刺细胞学检查: 双侧乳腺癌伴腋窝淋巴结转移。行双侧乳腺癌根治术, 术后病理诊断: 双侧乳腺癌伴双侧腋窝淋巴结转移。现已生存 1.5 年。

讨论 男性双侧同时性原发性乳腺癌则极为罕见, 查阅近十年国内有关文献, 仅见 4 例报告, 其报告的患者年龄各为 34, 55, 64, 78 岁, 总的男性乳腺癌的平均年龄文献报道为 56.2 岁。可见男性乳腺癌发病年龄较高, 男性乳腺癌其病因尚不清楚, 可能与各种原因导致的体内雌激素水平升高有关, 如睾丸功能不全、长期使用外源性雌激素、肝功能损害导致对雌激素灭活减少, 乳腺区有严重外伤史, 以及男性乳房发育家族史等有关。1% 的男性乳腺发育患者可能演变成乳腺癌, 以前接受过胸壁放疗者, 发生乳腺癌危险性较大。病程长是男性乳腺癌

的另一特点, 本例长达 8 年。男性乳腺癌最常见的临床表现是乳腺肿块, 43.13% 的肿块超过 3 cm, 多无症状, 应与男性乳房发育症相鉴别。肿块穿刺细胞学检查应为首选, 必要时作活体组织切片检查。治疗上宜采用手术并用内分泌治疗加化疗或放疗。由于男性乳腺癌多位于乳晕下, 而乳晕下有丰富的淋巴管网, 往往肿块较小时即发生淋巴结转移, 故手术时应彻底的清扫腋窝淋巴结。再者男性乳腺癌的雌激素受体的阳性率较高 (60% ~ 70%), 对雌激素受体阳性病例应用多三苯氧胺有效率可达 70% ~ 80%; 故目前对有局部复发或远处转移的患者, 三苯氧胺已作为其内分泌疗法的首选药物治疗, 替代了手术切除内分泌腺的疗法。无论采用哪类综合治疗方法, 都应根据患者病情及全身情况综合考虑。男性乳腺癌的预后较女性乳腺癌为差。由于男性乳腺癌发病率低, 确诊时多为偏晚期, 应引起医、患双方的高度重视, 了解其特征, 争取早期诊断, 合理治疗。

收稿日期:2005 - 01 - 27;
修订日期:2005 - 03 - 18。
作者简介:施勇 (1975 -), 男, 福建缙云人, 浙江省丽水学院医学部医师, 主要从事普外临床与教学方面的研究。
通讯作者:施勇 电话:13757098712; E-mail:shiyong111@163.com。