

· 经验交流 ·

乳腺癌根治术后使用单管负压引流 87 例分析

倪世宇 温斌 高文明 奚拥军

乳腺癌根治术后短期内主要的并发症是皮下积液和皮缘坏死。传统采用术后创面弹力绷带加压包扎和纱布填塞腋窝的方法已被大多数医院所摒弃;现多采用单管或双管术后负压引流的方法,既减少了皮下积液的发生率,又减少了因局部加压造成的皮瓣坏死。目前采用腋窝和胸骨旁双管引流的方法报道较多,而本院采用腋窝单管引流术后持续中心负压吸引,亦取得较好的效果。现对本院 2004 ~ 2006 年乳腺癌患者的手术资料进行分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组共 87 例患者,均为女性,年龄在 32 ~ 64 岁之间,平均 51.3 岁。采用国际抗癌协会 TNM 分期法:I 期 38 例,II 期 46 例,III 期 3 例。肿瘤位于外上象限 46 例,外下象限 26 例,内下象限 5 例,内上象限 10 例。均采用纵行切口改良乳腺癌根治术,术后病理回报:导管浸润癌 84 例,黏液腺癌 2 例,髓样癌 1 例。术后腋窝淋巴结阳性 24 例。

1.2 引流方法

在完成腋窝淋巴结清扫后,创面彻底冲洗止血,自腋窝沿胸大肌外缘手术创面放置剪有 2 ~ 3 个侧孔的硅胶管,引流管尖端剪钝,置腋窝中心处,于腋中线近肋弓处戳口引出,紧密缝合后固定,待手术创口缝合完毕后将引流管接负压吸引并压平创腔,确定手术切口及引流管处无漏气,改用一次性负压吸引器。患者回病房后改用中心负压吸引(压力为 -0.04 kPa),将创面自上而下、自内向外按平,以便排出积血及残余气体。禁止皮肤相对创面之间的滑动。此时可见皮肤紧贴创面及腋窝凹陷,使创腔呈负压状态。腋窝置柔软纱垫,嘱患者术后 1 ~ 2 d 内患侧上臂内收夹紧腋窝。术后 1 ~ 2 d 内出现局部积液可再次按压将积血积气于引流管排出。手术 3 d 后减少挤压(局部有积液可以用静脉留置针穿刺抽吸积液并留置于创腔,局部稍加包扎,3 d 后拔除)。引流时间一般 4 ~ 12 d,平均 6 d,连续 2 d 引流液在 10 ml 以下则拔除引流管。

2 结果

术后 3 d 引流量在 130 ~ 420 ml 之间。术后皮下积液 12 例,占 13.8%,其中需拆除几针皮片引流 4 例,穿刺置管引流后愈合 8 例;皮缘坏死 2 例,占 4.6%,1 例

经换药后二期愈合,1 例经二期植皮后愈合;余 73 例均一期愈合。本组患者术后均无呼吸困难、憋气等压迫症状。

3 讨论

乳腺癌根治术后引起皮下积液的原因很多,如创面止血不彻底、淋巴管破坏多结扎不彻底、电刀使用不当等,但最主要的是术后引流不畅。术后充分引流是防止术后皮下积液的最佳办法。使用负压吸引引流,不但可以通畅的引流,还避免了绷带加压包扎引起的呼吸困难和皮瓣受压缺血坏死。负压持续吸引引流相对整个创腔压力是均匀的,使皮瓣均匀牢固的贴于创面上,既能消除死腔,防止渗液积聚和血肿,又能克服加压包扎致创面受压不均匀影响皮片生长的缺点,减轻组织水肿,有利于静脉回流和皮片成活。主要的处理方法为:(1)使引流管始终处于负压状态。(2)患者回病房后引流管接中心负压吸引(压力为 -0.04 kPa)。(3)将创面自上而下、自内向外按平,以便排出积血及残余气体。禁止皮肤相对创面之间的滑动。尽量固定有经验的医生来处置。(4)术后 2 d 内随时观察,出现积液积气及时按压排出。若按压不通畅,可暂时去除负压后再轻柔按压往往能有很好的效果。(5)2 d 后尽量减少按压,如局部有积液可用静脉留置针穿刺抽吸积液并留置于创腔,局部稍加包扎,3 d 后拔除。总结我院 87 例,术后出现皮下积液的比率与双管引流无明显差别,术后经细心观察、精心处置亦能取得良好效果。

【关键词】 乳腺癌根治术;负压引流

【中图法分类号】 R737.9

【文献标识码】 B

(收稿日期:2006-10-30)

(本文编辑:罗承丽)