

· 经验交流 ·

乳腺癌术后并发症 103 例分析

陈非 梅伟

随着综合治疗技术的提高,乳腺手术的范围在逐渐缩小,但在基层医院,由于术后综合治疗不能很好地开展,故传统根治术和改良根治术仍是一种主要的术式。由于技术和分期等原因,术后较易发生并发症。本院 2002 年 1 月至 2007 年 1 月实施乳腺癌手术 280 例,术后发生并发症 103 例,现分析如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

本组除 1 例为男性外,其余均为女性,年龄 32 ~ 70 岁。肿块位于外上象限 168 例,外下象限 33 例,内上象限 39 例,内下象限 23 例,中央区 17 例。临床分期:Ⅰ期 38 例;Ⅱ期 180 例;Ⅲ期 62 例。手术类型:Halsted 术 16 例,改良根治术 217 例(其中 Auchincoss 术 53 例),单纯乳腺切除 37 例,保留乳房乳腺癌根治术 10 例。皮瓣分离的范围:Halsted 和改良根治术按标准分离,上至锁骨下缘,下至肋缘下的腹直肌鞘,内至胸骨中线,外至背阔肌前缘,用高频电刀在真皮与浅筋膜之间分离,厚度为 3 ~ 5 mm,距手术切口 5 cm 宽处呈契行剥离。淋巴结清扫范围:178 例行 1、2 组清扫[10 例保乳术 + 168 例改良根治术(含 45 例 Auchincoss 术)],65 例行 1、2、3 组清扫[16 例 Halsted 术 + 49 例改良根治术(含 8 例 Auchincoss 术)]。术后均采用引流管引流 4 ~ 16 d,平均 10 d。每日引流量少于 20 ml 时逐渐拔除引流管。

1.2 并发症的判断标准

术后 1 周更换敷料时按下列标准判断:(1)皮下积液 局部有波动感,穿刺抽出液体即可确诊。<50 ml 为少量积液,>50 ml 为大量积液。(2)皮瓣不完全坏死 切缘表皮呈灰白色,无弹性,出现水泡,紫红色或暗黑色。(3)皮瓣完全坏死 全层皮瓣颜色明显变黑,甚至切割时无新鲜血液流出,2 周后坏死皮瓣局限成黑色痂皮。皮瓣完全坏死分为 3 度:Ⅰ度 <2 cm,Ⅱ度

2~5 cm,Ⅲ度>5 cm。(4)上肢淋巴水肿 I 度,上臂体积增加<10%;Ⅱ度,上臂体积增加为10%~80%;Ⅲ度,上臂体积增加>80%^[1]。

2 结果

术后出血 4 例:手术清除血肿 1 例,加压包扎充分引流 3 例。皮瓣下积液 58 例:腋窝 28 例,胸骨旁 5 例,锁骨下 2 例,肋弓处 23 例。不同手术方式造成的皮下积液:Halsted 术 10 例,改良根治术 45 例(其中 Auchincloss 术 6 例),保留乳房的乳腺癌根治术 3 例。皮瓣坏死加血供不良:Ⅰ度 18 例,Ⅱ度 8 例,Ⅲ度 4 例。上肢淋巴水肿:Ⅰ度 6 例,Ⅱ度 5 例。轻度水肿随术后的功能锻炼而逐渐减轻。

3 讨论

3.1 并发症原因分析

3.1.1 手术后出血的原因:(1)手术中止血不彻底,尤其对胸大肌的穿支没有很好处理,只用电刀烧灼,手术后容量增加,痂皮脱落,血管开放引起出血;(2)手术后患肢活动较早。

3.1.2 皮下积液的原因:文献报道皮下积液发生率 30% 左右,最高可达 50%^[2]。皮下积液的首要原因是淋巴漏。解剖学证实,上肢所有的淋巴管最后须经腋窝引流至上腔静脉,乳腺内侧淋巴管穿过胸壁沿胸廓内动脉走行,乳腺的下半部与同侧的腹壁上淋巴管有广泛的吻合。故皮下积液多发生于腋窝和肋弓处。其次是手术创面大,出现死腔,引流不畅,引流管选择或位置不当,包扎前皮下积液未抽吸干净,手术后包扎压迫不完全等。

3.1.3 皮瓣坏死的原因:(1)乳腺癌根治术游离皮瓣时将皮肤与其下方的动静脉直接切断致使皮瓣血循环不良。这是导致皮瓣坏死的根本原因。(2)手术前皮瓣设计不当,张力过大。(3)手术中电刀和血管钳使用不当,破坏了皮缘下真皮层的毛细血网。(4)包扎不当,发生局部坏死。(5)感染也可使皮瓣坏死。

3.1.4 上肢淋巴水肿的原因:Radina 等^[3]报道上肢淋巴水肿发生率为10%~30%。乳腺癌手术后上肢淋巴水肿形成的原因很多,如手术方式不当、手术后感染、放射治疗等^[4-5]。有研究^[6]显示,接受腋窝淋巴清扫(1、2、3 组淋巴结全部切除)者上肢淋巴水肿的发生率为 37%,而接受低位清扫者(1、2 组淋

巴结切除)发生率仅为 7%。考虑原因为 3 组淋巴结系锁骨下淋巴结,不但收纳腋窝 1、2 组淋巴结的引流,而且是上肢淋巴结注入锁骨下静脉的通路之一,对其进行清扫将切断上肢淋巴回流的部分通路,故可导致水肿。手术中,腋鞘是否剥离也应视情况而定。有李良等^[7]报道,腋鞘剥除可能是发生患侧上肢水肿的原因。

3.2 防治措施

3.2.1 手术后出血:手术后应彻底止血,胸大肌的穿支血管不应只用电刀烧灼或结扎,因为血管回缩到肌肉里结扎不牢固,而应该缝扎。手术后应彻底冲洗创面,反复检查,胸大肌表面的痂皮可用干敷料反复擦拭,如有出血及时处理。手术后 3 d 患肢制动。及时处理手术后的各种反应,如恶心、呕吐。应尽量避免在患者的月经末期手术;同时对新辅助化疗患者,应避开化疗药物毒副作用的高峰期。手术前使用 3~4 d 维生素 K₁。手术后加压包扎应可靠,保持引流管通畅。

3.2.2 皮下积液:腋窝解剖时发现细小渗液应予结扎,而不应只使用电刀烧灼,因为淋巴管中的有形成分不如血液中的有形成分多,电刀并不能轻易彻底闭合其管孔。创口低位放置负压引流管,保持负压通畅^[8]。引流管选择硅胶管,因为其管壁较硬,不易被压扁阻塞;胸肋骨弓处和腋下各置一根,但需注意,腋下引流管不应放在背阔肌和胸壁之间,以免被肌肉包裹影响引流。皮下缝合后,即将引流管接负压引流,让皮瓣紧贴胸壁。手术后保持持续负压吸引,每日引流量 < 20 ml 即可拔管,但不要一次性拔除,而应逐渐拔除,让低位的液体流出。少量积液可以抽吸,顽固性大量皮下积液采用手术治疗。本组有 2 例顽固性大量皮下积液,在全麻下打开创面吸净液体,用电刀反复磨擦创面,使之粗糙易于粘合,并经加压包扎和负压引流后取得较好疗效。

3.2.3 皮瓣坏死:手术前合理设计皮瓣,以病变周围 2~3 cm 的切口为宜;电刀输出功率不应过大,避免毛细血管网发生热凝固而导致皮肤缺血;真皮层出血可采用压迫止血。切口边缘不用组织钳反复钳夹,采用每隔 4 cm 用丝线缝吊 1 针作为牵引。缝合伤口时,如有张力就直接植皮。手术后皮瓣色泽发紫,血供不足,可用酒精湿敷,也可使用低分子右旋糖酐和丹参治疗,以扩张小血管改善微循环,能使部分患者的皮瓣避免坏死。乳腺癌根治术后皮肤出现坏死,如果仅限于 0.5~1 cm 以内可不作特殊处理,拆线后经换药多能治愈。皮瓣完全坏死,创面超过 3 cm 较少见。本组 2 例(2/30)经换药、植皮后,于 2 周

内治愈。

3.2.4 上肢淋巴水肿:术前充分估计手术切除的范围和腋窝淋巴结清扫的程度。术中如果 1~2 组淋巴结较少或质地较软,应根据 3 组淋巴结转移的情况考虑是否剥除腋鞘。如果淋巴结与腋鞘无明显粘连,可不剥除腋鞘。术中在保证清除 3 组转移淋巴结的前提下尽可能保护腋鞘的完整性,以减少不必要的淋巴水肿发生。术后 2~3 d 开始手指活动,3~5 d 活动到肘部,术后 1 周待皮瓣基本愈合后,可进行肩部活动,患肢的紧绷感和轻度水肿可通过上述锻炼而逐渐恢复,而对于Ⅱ度水肿的患者用爱脉朗^[9]治疗有一定的疗效。

【关键词】 乳腺癌; 并发症; 防治

【中图法分类号】 R737.9 **【文献标识码】** B

参考文献

- [1] 谭明,刘力. 乳腺癌术后常见并发症的防治. 河北北方医学院学报,2006,23:9-11.
- [2] 姜军. 乳腺疾病手术的引流应用. 中国实用外科杂志,1998,18:119-200.
- [3] Radina M E, Armer J M, Culbertson S D, *et al.* Post-breast cancer lymphedema: understanding women's knowledge of their condition. Oncol Nurs Forum, 2004, 31:97-104.
- [4] 徐根强,冀会学,吕峰. 乳腺癌术后患侧上肢淋巴水肿原因及防治探讨. 现代肿瘤杂志,2006,14:825-826.
- [5] 崔殿龙,吴晓安,崔宾宾. 乳腺癌术后上肢淋巴水肿因素分析. 实用癌症杂志,2005,20:644-647.
- [6] 沈镇宙,邵志敏. 现代乳腺肿瘤学进展. 上海科学技术文献出版社,2002:248-249.
- [7] 李良,齐兆生,魏元明,等. 乳腺癌根治术手术方式改良的体会(附 398 例报告). 中国普外基础与临床杂志,2005,12:252-253.
- [8] 袁红,赵启斌,刘钟钊. 首次包扎负压引流在乳腺癌术后应用体会. 临床外科杂志,2007,15:183.
- [9] 袁毅路. 爱脉朗治疗乳腺癌术后上肢淋巴水肿 20 例观察. 江苏药学与临床研究,2005,13:47-49.

(收稿日期:2008-03-13)

(本文编辑:范林军)

陈非,梅伟. 乳腺癌术后并发症 103 例分析[J/CD]. 中华乳腺病杂志:电子版,2008,2(3):348-351.