

• 病例报告 •

乳腺癌术后胸壁巨大放射性溃疡的多皮瓣联合修复

俸瑞发 秦琴 黄玥 张珊 张显岚

胸壁慢性放射性溃疡是乳腺癌患者放射治疗后的远期并发症之一,严重影响患者的生活质量。本科于2006~2007年间收治了2例胸壁巨大放射性溃疡患者,采用溃疡邻近和远处多种皮瓣联合手术方法成功修复,随访2年以上,疗效满意,现报告如下。

1 病例资料

例1:患者女性,60岁,因右乳腺癌改良根治术后14年,胸壁反复溃烂不愈半年余入院。患者术后曾在外院行辅助放射治疗。入院查体:右侧胸壁可见面积约10 cm×11 cm的溃疡(图1),上至锁骨下缘,下至第六肋水平,内至胸骨缘,外至腋前线,有较多脓性分泌物,可见部分肋骨显露,溃疡边缘皮肤红肿明显。



溃疡面积为 10 cm×11 cm

图1 例1患者术前胸壁溃疡

入院后完善肿瘤学方面检查,包括血清肿瘤标志物、胸片或CT、全身ECT排除骨转移,多普勒超声探测同侧肩胛下、胸背血管通畅。同时创面予以清创、换药、分泌物细菌培养及药敏试验,并将清出之坏死组织送病理检查,排除癌局部复发或恶变。并根据培养结果静滴抗生素1周,积极换药直至溃疡边缘新生肉芽组织形成,溃疡面分泌物减少时予以手术。

在全麻下先行彻底清创,切除溃疡边缘1~2 cm正常皮肤及皮下组织,将

溃疡底部全部失活组织,包括坏死的肋软骨,近胸肋关节处的部分坏死胸骨一并切除,注意保护胸膜,清创后创面面积达 $20\text{ cm} \times 20\text{ cm}$ 。鉴于创面较大,遂设计用带蒂背阔肌肌皮瓣转移联合溃疡邻近的上腹部皮瓣以及健侧乳房组织皮瓣三处的皮瓣共同修复,皮瓣之间间断缝合,力求无张力,供区切口拉拢缝合,创面置以胶管或胶片引流,稍加压包扎(图 2),术中因出血较多而给予输血 800 ml。



图 2 例 1 患者多皮瓣联合修复胸壁溃疡

术后返回病房予以平卧,放置一沙袋于右背部供区创面下以压迫止血,继续使用敏感抗生素 1 周,同时严密观察转移皮瓣的血运情况,定期换药 7 d 后,拔除引流管及胶片。该例术后 7 个月除大部分皮瓣切口愈合良好外,仍有一近胸骨侧皮瓣边缘处未完全愈合且深达胸骨,即再次入院清创并设计左上腹推进型皮瓣移行修复。术后 3 年门诊复查,切口愈合良好(图 3),外观功能均满意,未见溃疡复发及恶变,生活质量较术前显著提高。



图 3 例 1 患者术后 3 年表现

例 2:患者女性,50 岁,因右侧乳腺癌改良根治术并予辅助放射治疗后 4 年,胸壁溃烂不愈 3 月余入院。入院查体:右侧胸壁可见两处溃疡,相距 3 cm,一处近腋窝侧,面积约 $2\text{ cm} \times 2\text{ cm}$,溃疡较浅未及肋骨,另一处近胸骨

旁,面积约 $5\text{ cm} \times 4\text{ cm}$,深度达肋骨及胸膜。

按上例方法予以肿瘤学方面检查排除骨转移及局部癌复发,经抗炎、清创换药后行手术,近胸骨旁溃疡经彻底清除坏死的肋骨及部分胸骨后溃疡面积达 $11\text{ cm} \times 8\text{ cm}$,设计了健侧乳房组织瓣向右移行修复。近腋窝侧溃疡面较小故暂予以换药观察处理。3 个月后转移的皮瓣完全修复了内侧溃疡面,但外侧溃疡灶逐渐扩大,清创后达 $8\text{ cm} \times 11\text{ cm}$,深达肋骨表面(图 4)。因该患者右腋下胸壁瘢痕严重、组织硬化,且术前超声未探及肩胛下及胸背血管,故舍弃取背阔肌肌皮瓣修复计划,改取左上腹直肌带蒂肌皮瓣转移修复,腹直肌鞘及腹壁切口均拉拢缝合(图 5)。术后绝对卧床 1 周,佩带腹带加压 1 个月,术后 3 个月免重体力劳动。2 年后复查切口愈合良好(图 6),外观、功能均满意。



图 4 例 2 患者术前胸壁溃疡

2 讨论

放射治疗是一些中晚期乳腺癌患者或行保乳手术后的患者不可或缺的局部治疗手段,但由于某些地区设备落后,放射治疗技术水平低以及放射线本身的影响,常会导致胸壁放射治疗靶区溃疡形成,甚至可导致肋骨、胸骨等骨组织坏死,伴发多种细菌感染,使溃疡面广而深、病期长、经久不愈^[1]。一般皮片移植不易存活,必须要用皮瓣进行修复^[2]。对于乳腺癌术后放射性溃疡,国内有学者报道可采用腹壁下动脉穿支皮瓣修复^[3],或用背阔肌皮瓣修复^[4],还有报道用健侧乳房分裂舒展术进行修复^[5]。但上述报道的溃疡面均较小,且切



图 5 上腹直肌皮瓣修复溃疡(例 2 患者)



图 6 例 2 患者术后 2 年表现

取供区皮瓣后常需再切取其他部位的皮片修复,创伤较大,有的还需吻合血管,技术难度大,不利于乳腺外科医师施行。因此,笔者选择远处的背阔肌皮瓣或上腹直肌皮瓣联合邻近多处皮瓣转移修复,具有以下优点:(1)背阔肌皮瓣或上腹直肌皮瓣可带蒂转移,面积较大,血运丰富,不必吻合血管,技术难度

不大;(2)邻近推进式或转移性皮瓣组织松弛、血运丰富易移行,不易缺血坏死;(3)多种皮瓣联合面积大,可修复巨大溃疡;(4)术后对患肢功能和腹壁强度影响小,修复后外型良好,生活质量显著提高。

手术注意事项:(1)术前应做创面分泌物细菌培养和药敏试验,积极抗炎治疗,彻底清创,特别是溃疡边缘,尽可能把瘢痕组织扩大切除,直至正常的皮肤及皮下脂肪组织为止。对于溃疡深部的坏死骨组织应尽量清除。但对于溃疡侵及胸膜者则应慎重,稍有不慎易损伤胸膜,必要时可保留部分坏死组织不作清创,因为良好的皮瓣组织覆盖可起到生物清创作用,不会影响创口愈合^[6]。(2)对于拟选择背阔肌皮瓣或上腹直肌皮瓣者,术前一定要详细了解既往根治术有无损伤肩胛下血管或胸背血管,术前最好行多普勒超声检查了解上述血管的通畅情况。对于无法探及或无条件行此项检查者,在切取皮瓣时应先探查蒂部血管(肩胛下、胸背血管或腹壁上血管),以确保皮瓣切取成功。(3)对多种皮瓣联合修复时,应注意皮瓣之间切缘的缝合无张力,并且避免皮瓣远端边缘形成锐角,否则易发生缺血坏死。创腔内应放置引流胶管或胶片,充分引流,包扎时避免过度加压,以免造成蒂部血运障碍。术后至少应用抗生素 1 周避免感染,出血多者应适量输血促进伤口尽快愈合。对估计Ⅰ期手术无法彻底修复的患者应反复做好解释说明工作,以使其顺利接受Ⅱ期手术。

随着医学的发展以及患者对生活质量的不断提高,作为现代乳腺肿瘤外科医师,既要熟练掌握各种毁损性的根治性手术技巧,又要具备丰富的乳房美容学知识,熟练掌握整形修复及美容方面的技能。在日常手术过程中,遵循“以人为本”的治疗理念,将两者有机结合起来,这样既能保证肿瘤手术的彻底性,又能同时修复手术所造成的身体缺损,不但能让患者恢复健全的身体,同时还能避免肿瘤外科医师和整形外科医师同上一台手术所造成的种种不便和浪费,值得倡导。

【关键词】 乳腺肿瘤;放射性溃疡;外科皮瓣

【中图法分类号】 737.9 【文献标识码】 B

参考文献

- [1] 王伟. 整形外科学. 杭州:浙江科技出版社,1999:501—513.
- [2] 唐庆,庞水发,程钢,等. 放射性溃疡的皮瓣修复. 中华显微外科杂志,2003,26:147—149.
- [3] 徐军,穆兰花,刘元波,等. 腹壁下动脉穿支皮瓣在乳房再造和胸壁溃疡修复中的应用. 中华外科杂志,2001,39:302—304.
- [4] 许明火,柴家科,陈家驹,等. 乳房分裂舒展术修复胸壁慢性溃疡. 中华外科杂志,2001,30:562—563.
- [5] 曾纪章,黄晓元,龙剑虹,等. 背阔肌皮瓣转移修复乳腺癌根治术后放射性溃疡. 中华外科杂志,2007,45:642—643.
- [6] 张涤生. 张涤生整复外科学. 上海:上海科学技术出版社,2001:140—143.

(收稿日期:2009-05-18)

(本文编辑:明佳)

俸瑞发,秦琴,黄玥,等. 乳腺癌术后胸壁巨大放射性溃疡的多皮瓣联合修复[J/CD]. 中华乳腺病杂志:电子版,2009,3(6):679—683.