

## • 病例报告 •

# 单切口乳腺癌保留乳房手术并腔镜下腋窝淋巴结切除术二例

吴硕东 范莹 希渥 彭观景 殷振华

微创外科技术近年来飞速发展,普通外科领域几乎所有的疾病已有可能采用微创腔镜技术来完成。其意义不仅仅是减少病人手术痛苦、缩短住院时间、术后切口小而美观,更重要的是,对人体生理干扰减低,使常规手术对年龄和体力等的限制得以放宽。

单切口乳腺癌保留乳房手术并腔镜下腋窝淋巴结切除术可以明显减小手术的创伤和创口,术后患肢浮肿、疼痛、麻木、血管及神经损伤等症状明显减轻,外观效果大大改善,提高了患者的心理满意度<sup>[1-3]</sup>。笔者完成了 2 例单切口乳腺癌保留乳房手术并腔镜下腋窝淋巴结切除术,现报告如下。

## 1 临床资料

病例 1,女,60 岁,因发现右乳腺肿物 2 d 于 2010 年 4 月 10 日入院。体格检查:生命体征平稳,乳腺发育良好,右乳房 10 点钟距离乳头约 3.5 cm 处可触及一个实性肿物,大小约 1.5 cm×1.5 cm×1.5 cm;肿物与周围界限不清,无触痛,活动差,与皮肤及胸肌无粘连,腋下未触及淋巴结;对侧乳腺及腋窝正常。术前行超声检查:双乳腺体回声粗糙,右乳 10 点钟可见 1.5 cm×1.5 cm 肿物,肿物边界模糊,形态不规整,内呈低回声,后方衰减,可检出血流信号,其余辅助检查未发现其他器官转移情况。该患者初步诊断为乳腺癌。

病例 2,女,65 岁,因发现左乳腺肿物 3 d 于 2010 年 6 月 10 日入院。体格检查:生命体征平稳,乳腺发育良好,左乳房 1 点钟距离乳头约 3.5 cm 处可触及一个实性肿物,大小约 1.9 cm×1.5 cm×1.3 cm,肿物与周围界限不清,无触痛,活动差,与皮肤及胸肌无粘连,腋下未触及淋巴结;对侧乳腺及腋窝正常。术前行超声检查:双乳腺体回声粗糙,左乳 1 点钟可见 1.9 cm×1.3 cm 肿物。肿物边界模糊,形态不规整,内呈低回声,后方衰减,可检出血流信号。

作者单位:110004 沈阳,中国医科大学附属盛京医院第一微创胆道外科

通信作者:吴硕东, E-mail: wushudong@yahoo. cn

其余辅助检查未发现其他器官转移情况。该患者初步诊断为乳腺癌。

两例患者结合病变特征及保留乳房的要求,决定行单孔保留乳房手术并腔镜下腋窝淋巴结切除术。

手术过程:患者取仰卧位,患侧上肢外展  $90^{\circ}$ ,显示器置于病变对侧头上方,全麻后,常规消毒铺无菌巾,按术前标记沿皮纹在距腋窝 3~4 cm 处切开约 3 cm 切口。先常规切除包括肿瘤及其周围 1.5 cm 范围的组织,送术中冰冻病理检查诊断为恶性,遂再扩大切除 1 cm,送四方切缘冰冻病理检查,未见肿瘤,以注射器向腋窝脂肪内注入 400 ml 溶脂水(医用蒸馏水、生理盐水和肾上腺素的比例为 300 : 100 : 0.1),等待 20 min 后,用抽吸管尽量吸出腋窝内脂肪溶解物,建立腋窝间隙,经切口置入单切口腔镜外科(single incision laparoscopic surgery, SILS)专用套管,导入 10 mm 镜头、5 mm 超声刀及 5 mm 把持钳(图 1)。超声刀沿胸壁内侧开始廓清,沿胸大肌及胸小肌外缘向上切开,沿胸外侧神经血管游离其周围的脂肪淋巴组织,打开喙锁筋膜,显露腋静脉;沿腋静脉下缘向胸小肌后及内侧方向游离,切除其内脂肪淋巴组织,同时沿胸小肌前方切除胸肌间脂肪淋巴组织;继续向下至背阔肌前缘,清扫胸背神经血管外侧的及其周围的脂肪淋巴组织;沿腋静脉下缘至进入前锯肌处全程显露胸长神经,沿背阔肌前缘在胸长神经和胸背神经之间清扫脂肪淋巴组织。将腋血管和神经干以下的淋巴结及脂肪切除,并将胸大、小肌之间脂肪和淋巴结切除(图 2),用蒸馏水和生理盐水充分冲洗后,留置中粗引流管 1 根,经原切口引出(图 3),切口用吸收线缝合,用纱布及弹力绷带加压固定。整个手术顺利,术中出血量均约 30 ml,手术时间均为 2 h。

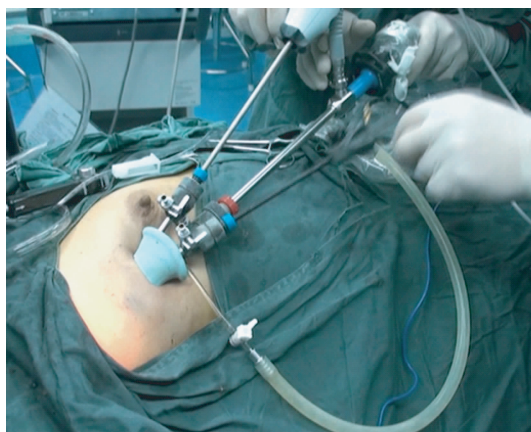


图 1 放置 Trocar 套管

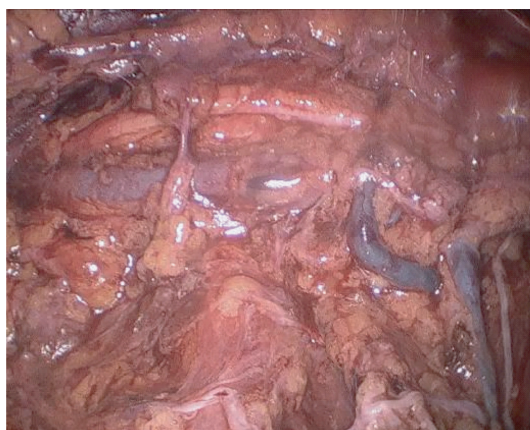


图 2 腋窝淋巴结切除后全貌



经原切口留置引流管

图 3 放置引流管

病例 1 和病例 2 术后第 1 天引流管分别引出约 50 ml 及 40 ml 淡血性液体,患者自觉疼痛轻微,开始离床活动,无明显患肢麻木、疼痛、运动障碍,水肿轻。术后第 4 天引流量减少至 5 ml,给予拔管后出院。术后病理回报:“乳腺浸润性导管癌,腋窝淋巴结无转移(病例 1:0/10,病例 2:0/18)。术后给予常规化疗及放疗,分别随访 3 个月和 1 个月无复发。术后切口愈合良好(图 4、5)。

## 2 讨论

腔镜下腋窝淋巴结切除术是微创技术在乳腺癌治疗中的应用。目前该技术应用不广泛,尚存在一些争议。笔者自 6 年前开始应用多孔法腔镜腋窝淋巴结切除术治疗早期乳腺癌,至目前共完成 10 例,所有患者均健在,术后结合综合治疗,均未复发及转移。本文报告为经一个切口同时行肿瘤切除及腔镜下腋窝淋巴结切除,近期治疗效果满意。该方法比多孔法更加微创美观,且符合患者既保乳又治疗的要求。



图 4 病例 1 术后愈合图



图 5 病例 2 术后愈合图

笔者的体会是肿瘤位于外象限、直径小于 3 cm、与乳头距离大于 3 cm、与皮肤及胸肌无粘连,患者全身状态可以耐受全麻的早期乳腺癌患者适合此术式。腋窝淋巴结切除应充分注入溶脂液,使脂肪溶解后,尽量抽吸,留下网格状管性结构,以便于实现超声刀或电刀清扫。腔镜下腋窝淋巴结切除术比开放式手术视野更清楚、更广泛、可以保留许多神经和血管,这是开放手术无法完成的<sup>[4-5]</sup>。术后患者乳腺及腋窝的外形更加美观,患肢各种回流障碍、神经损伤和血管破坏引起的不适与合并症大大减轻。

总之,单切口保留乳房手术并腔镜下腋窝淋巴结切除术是乳腺癌人性化的治疗方式,也是向更加微创化、人性化的跃进。

【关键词】 乳腺肿瘤;保留乳房手术;腔镜下腋窝淋巴结切除术;单切口

【中图法分类号】 R737.9

【文献标识码】 B

#### 参考文献

- [1] 郑民华,李亚芬,蒋渝,等. 腋腔镜腋窝淋巴结清扫术. 中国内镜杂志,1997,3:14-16.

- [2] 姜军. 乳腺癌腔镜腋窝淋巴结清扫术的争论与实践. 中华普通外科学文献(电子版), 2009, 3: 456-457.
- [3] 林华, 骆成玉, 张键, 等. 乳腔镜腋窝淋巴结清扫术治疗乳腺癌可行性分析. 中国实用外科杂志, 2008, 28: 547-549.
- [4] Hussein O, El-Nahhas W, El-Saed A, et al. Video-assisted axillary surgery for cancer: non-randomized comparison with conventional techniques. Breast, 2007, 16: 513-519.
- [5] Aponte-Rueda ME, Saade Cardenas RA, Saade Aure MJ. Endoscopic axillary dissection: a systematic review of the literature. Breast, 2009, 18: 150-158.

(收稿日期: 2010-05-17)

(本文编辑: 明佳)

吴硕东, 范莹, 希渥, 等. 单切口乳腺癌保留乳房手术并腔镜下腋窝淋巴结切除术二例[J/CD]. 中华乳腺病杂志: 电子版, 2010, 4(5): 609-913.