

• 经验交流 •

皮瓣钉缝固定在预防乳腺癌术后皮下积液中的应用

王红梅 张京雪 张立平

乳腺癌术后皮下积液、皮瓣坏死是常见并发症。一旦发生增加了皮瓣坏死的发生率,影响患侧上肢的早期功能锻炼,给化疗、放射治疗等后续处理带来一定影响。不仅增加住院费用,加重患者精神负担,也增加医师的工作量。为降低乳腺癌术后皮下积液的发生率,本院对乳腺癌改良根治术患者施行了术中皮瓣钉缝固定,并与未行皮瓣钉缝者的术后积液情况进行了比较分析,现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

2005 年 1 月至 2008 年 12 月本院共对 113 例乳腺癌患者实施乳腺癌改良根治术,其中 62 例术中将皮瓣钉缝固定于胸壁的患者为试验组,另 51 例未将皮瓣钉缝固定于胸壁的患者作为对照组。试验组 62 例,全部为女性患者,年龄 28~75 岁,平均 48 岁;临床分期采用 2003 年版 WHO 乳腺癌临床与病理分期标准:I 期 5 例、IIA 期 19 例、IIB 期 22 例、IIIA 期 11 例、IIIB 期 5 例;病理分型:浸润性导管癌 47 例、浸润性小叶癌 10 例、黏液癌 2 例、导管内乳头状瘤癌变 2 例、髓样癌 1 例;Bloom 分级^[1]:I 级 11 例、II 级 28 例、III 级 16 例,未明确分级 7 例。对照组 51 例,全部为女性患者,年龄 32~82 岁,平均 46 岁;临床分期:I 期 3 例、IIA 期 18 例、IIB 期 17 例、IIIA 期 8 例、IIIB 期 5 例;病理分型:浸润性导管癌 36 例、浸润性小叶癌 9 例、黏液癌 2 例、导管内乳头状瘤癌变 2 例、髓样癌 1 例、乳头 Paget 病 1 例;Bloom 分级:I 级 8 例、II 级 19 例、III 级 17 例,未明确分级 7 例。在 113 例患者中,试验组 15 例、对照组 11 例行术前新辅助化疗 4 个疗程。术前向患者及家属告知手术方式,并采取自愿原则。

1.2 方法

2 组患者均采用传统乳腺癌改良根治术(Auchincloss)术式。在试验组患者的患侧胸壁及腋下最低点各放置 1 根乳胶管引流后,助手将皮瓣拉拢对合切口,暂不予缝合,然后将腋窝处皮瓣与侧胸壁紧密贴合 4 号丝线将皮瓣与肌肉行 u 字缝合,外置棉纱团打结后压迫,宽度约 3 cm,棉纱团不宜过小(图 1),过小易导致皮瓣坏死且皮瓣贴合面积较小贴合不紧密。胸骨旁、肋弓上缘、锁骨下易发生积液处均可固定。老年患者或乳房较大、皮肤较多皮瓣松弛者可与多处固定

(图 2)。术毕,采用负压吸净积液及积气,用碎纱团、棉垫、胸带加压固定,引流管接负压吸引。术后 5 d 左右每日引流量少于 10 ml,且变为淡黄、清亮时拔除引流管,拔管后引流口放置小乳胶管引流,确定无皮下积液后再拔除。术后 7~9 d 拆除固定棉球。术后 12~14 d 伤口拆线,伤口外观随访 3 个月无影响(图 3、4)。



图 1 棉纱团宽度、大小



图 2 术中多点固定

1.3 皮下积液的判定标准

拔除引流管后发现局部皮瓣隆起,触之有漂浮感,局部穿刺抽液可证实诊



图 3 术后 3 周时伤口外观



图 4 术后 3 个月时伤口外观

断。液体量 <50 ml 为少量积液, >50 ml 为大量积液^[2]。

1.4 统计学处理

应用 SPSS13.0 统计软件进行统计学分析。积液发生率的组间比较,采用 χ^2 检验;术后引流管拔管时间采用单向有序的 CMH 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

试验组的 62 例患者中,8 例发生皮下积液,占 12.9%;对照组的 51 例患者

中,15 例发生皮下积液,占 29.4%。试验组的皮下积液发生率低于对照组($P < 0.05$,表 1)。试验组均为少量皮下积液,无皮瓣坏死发生,无伤口感染,穿刺抽吸积液 7 例,1 例重新置管引流并加压包扎后积液消失。对照组大量积液 5 例,皮瓣坏死 1 例,再次置管引流 3 例,伤口痊愈最长时间 64 d。23 例患者的积液发生部位依次为切口下缘皮下、胸骨旁凹陷、腋下、肋缘下和锁骨下肋间隙。

试验组比对照组拔除引流管的时间早,两组间差异有统计学意义($P < 0.05$,表 2)。

表 1 两组术后皮下积液发生率比较

组别	例数	发生积液例数	发生率(%)	χ^2 值	P 值
试验组	62	8	12.9	4.70	0.03
对照组	51	15	29.4		

表 2 两组术后拔除引流管的时间比较

组别	例数	不同时间的拔管例数			χ^2 值	P 值
		4 d	5 d	6~7 d		
试验组	62	15	44	3	7.29	0.00
对照组	51	7	32	12		

3 讨论

乳腺癌根治术后皮下积液是最常见早期并发症,其发生率为 10%~30%^[3]。发生皮下积液的可能原因为:(1)淋巴管漏;(2)术中止血不彻底,导致术后出血,引起皮下积液;(3)引流管不畅导致皮下积液;(4)其他原因,如肥胖、手术范围大、剥离范围广、加压包扎不当、术后过早肩部运动。以上原因均可导致皮下积液的发生率增加^[4]。另外,邱献华等^[5-6]研究认为手术创伤使体内抗利尿激素增多,醛固酮分泌增多,水钠潴留,患者伤口充血、水肿、组织间液增多也可导致皮下积液。有研究者认为,术中使用电刀导致淋巴管不完全关闭、皮下脂肪受热液化,均易手术部位发生皮下积液,并认为肥胖、乳房较大、老年等乳房皮肤松弛的患者更易发生皮下积液^[7]。因此,术中适当保留皮瓣、严格手术操作、合理使用电刀、彻底止血、关闭淋巴管非常重要。加压包扎是预防术后皮下积液的关键措施之一。在加压包扎时,腋窝、锁骨下凹、背阔肌沟等充填纱布块不够及加压包扎过松等,均可使皮瓣与基底贴不紧,使渗液积存引起皮下积液。另外肩部过早运动导致死腔形成或皮瓣移位极易产生积液。本方法将皮瓣与胸肌或胸壁行多点缝合牢固,不宜脱落,表面有棉纱球压迫固定,减少死腔,使胸壁及腋窝的皮肤与胸壁紧密贴合,有利于皮瓣与胸肌结合,使皮瓣与胸肌同步运动。即使术后包扎有松脱、患者肩部术后过早活动,也不致引起皮瓣移位。且术后 7~9 d 拆除缝合线,皮下无线结,可避免术后因线结异物反应包裹形成小结节而引起患者恐慌肿瘤局部复发。试验组皮下积液发生率明显低于对照组,说明此方

法可显著减少术后皮下积液发生。并且试验组拔除引流管的时间也明显早于对照组,有利于患者的术后护理及生活。

本方法操作简便,不增加患者的医疗费用,疗效好,但操作中应注意:(1)棉纱球压迫时间不能过长;(2)棉纱球不要太小;(3)皮瓣与肌肉 u 字缝合时,基底要尽量宽;(4)好发部位依次为切口下缘皮下、胸骨旁凹陷、腋下、肋缘下、锁骨下肋间隙,应重点固定^[5]。

【关键词】 乳腺肿瘤;皮下积液;皮瓣钉缝固定

【中图分类号】 R737.9 【文献标识码】 B

参考文献

- [1] 刘彤华. 诊断病理学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2006:592.
- [2] 杨金镛,崔自介. 普通外科诊疗术后并发症及处理[M]. 北京:人民卫生出版社,1998:292.
- [3] 杨昆宪,和瑞生,孙建伟. 乳腺癌术后皮下积液 43 例报道[J]. 肿瘤, 1999, 19 (4):219.
- [4] Shadey DR, Barker K, Simonite V, et al. Delayed versus immediate exercises following surgery for breast cancer: a systematic review[J]. Breast Cancer Res Treat, 2005, 90(3):263-271.
- [5] 邱献华. 乳癌根治术后皮下积液的原因分析及对策[J]. 实用临床医学. 2005, 6(8):106.
- [6] 许春森,林舜国,韩晖,等. 手术治疗乳腺癌术后顽固性血清肿(附 13 例报告)[J/CD]. 中华乳腺病杂志:电子版, 2009, 3(1): 41-45.
- [7] 张嘉庆,程琳. 乳腺癌诊治进展[J/CD]. 中华乳腺病杂志:电子版, 2007, 1(2):1-4.

(收稿日期:2010-02-20)

(本文编辑:罗承丽)

王红梅,张京雪,张立平. 皮瓣钉缝固定在预防乳腺癌术后皮下积液中的应用[J/CD]. 中华乳腺病杂志:电子版, 2011, 5(1):91-95.