

乳腺癌术后顽固皮下积液及皮瓣坏死 16 例临床诊治体会

唐一吟, 陈德滇, 周绍强, 邹天宁

(昆明医科大学第三附属医院, 云南省肿瘤医院, 云南省乳腺癌临床研究中心, 云南 昆明 650118)

[关键词] 乳腺癌; 皮下积液; 皮瓣坏死; 多点缝合植皮术

[中图分类号] R655.8 [文献标识码] A [文章编号] 1003-4706(2012)06-0142-02

皮下积液是乳腺癌根治术和改良根治术后较为常见的并发症之一, 常引发皮瓣坏死、切口感染、延期愈合等并发症^[1], 这里所说的皮下积液是指乳腺癌手术拔管后再发生的腋下或胸壁的积液, 其发生率为 10% ~ 20%^[2], 虽然其并不直接对患者生命构成威胁, 但增加患者痛苦及经济负担, 影响后续放、化疗的进行, 同时也是影响乳腺癌手术近期效果的原因之一, 因此一直是临床医生所重视的问题. 云南省乳腺癌临床研究中心对术后顽固皮下积液及皮瓣坏死采用引流、清创后多点缝合及植皮术, 取得了满意效果, 现报道如下.

1 资料与方法

1.1 临床资料

2005 年 6 月至 2011 年 12 月云南省乳腺癌临床研究中心乳腺癌改良根治术后发生顽固皮下积液及皮瓣坏死患者 16 例, 均为女性. 年龄 55 ~ 76 岁, 平均 65.5 岁. 6 例位于左侧, 10 例位于右侧. 临床分期: II 期 11 例, III 期 5 例. 病理分型: 浸润性导管癌 14 例, 黏液腺癌 2 例. 16 例患者中 3 例伴有糖尿病, 2 例患者伴有高血压, 1 例两者皆有. 16 例均行改良根治术, 均为横梭形切口, 术后发生顽固皮下积液绝大多数分布在腋下及胸壁. 随后均出现不同程度皮瓣坏死, 坏死创面最小 3.5 cm × 3.0 cm, 最大 7.5 cm × 5 cm, 平均 5.5 cm × 4.0 cm.

1.2 皮下积液和皮瓣坏死的判断标准

1.2.1 皮下积液 局部皮瓣隆起, 触之有飘浮感, 局部穿刺或切开有液体流出^[3].

1.2.2 皮瓣坏死 皮瓣或皮缘呈乌白色, 当皮瓣出现变黑, 切割时无新鲜血液流出即诊断为皮瓣坏

死^[3].

1.3 方法

手术拔管后发生的腋下或胸壁的顽固积液, 经长时间引流后皮瓣仍有移动感, 局部皮瓣颜色可发白或呈褐色, 手指按压无弹性, 视为皮瓣坏死. 处理时切除坏死皮瓣, 同时彻底清理切口内坏死组织及痂皮下的白色纤维组织, 如有肉芽组织要搔刮至出血; 移动的皮肤下可形成一层假膜, 将假膜层锐性搔刮后, 用不可吸收线多点对位缝合皮瓣与胸壁组织的间隙, 尽量不留死腔, 同时留置负压引流(引流小于 5 mL 时拔管). 将两侧坏死皮瓣切除后, 创面宽度小于 3.0 cm 者, 可根据正常皮瓣形状做直接缝合, 纱布及棉垫加压覆盖. 创面宽度大于 3.0 cm 者, 如创面凹凸不平或肉芽不新鲜, 经数次换药后待肉芽平整或新鲜后再行点状植皮术. 取皮区为下腹部正常皮肤. 以 7 号注射针头斜插入真皮内, 皮下浸润麻醉后, 用刀片平行于皮肤切下中厚皮片, 邮票状植入肉芽表面, 皮片间保持 0.5 ~ 1.0 cm 的距离, 待皮片全部放置后, 以凡士林纱布敷盖于植皮区和取皮区, 纱布及棉垫加压包扎 72 h. 术后 3 d 打开凡士林纱布观察皮瓣成活, 适压包扎.

2 结果

本组 16 例患者中, 11 例行多点缝合清创术后坏死创面全部愈合, 病程 7 ~ 10 d, 另 5 例患者再行点状植皮术后坏死创面愈合, 病程 14 ~ 22 d. 所有患者均未发生再次坏死, 术后没有感染发生. 创面愈合后常规行上肢功能锻炼及规范随访, 无上肢功能受限.

[作者简介] 唐一吟 (1974 ~), 女, 云南昆明市人, 医学学士, 主治医师, 主要从事乳腺肿瘤诊治及乳房整形临床工作.

[通讯作者] 邹天宁. E-mail: zoutn@yahoo.com.cn

3 讨论

乳腺癌改良根治术后皮下积液最常见的位置是腋下和肋弓处。解剖学证实,上肢所有淋巴管最后均要经过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,而乳腺的下半部与同侧的腹壁上淋巴管有广泛的吻合^[4]。腋下是乳腺癌淋巴引流的第一站,术中分离清扫腋窝淋巴组织时过多使用电刀,而电刀对较大的淋巴管难以达到完全关闭^[5],所以术中处理腋下的淋巴管要彻底结扎,否则术后易出现淋巴管瘘造成腋下、肋弓处长长期积液。根据 Nadkarni^[6]的研究,在术中使用剪刀剥离和缝扎止血的方法出现术后皮下积液的机率低于使用电刀,所以在处理淋巴组织时尽量将所有淋巴管彻底结扎就很重要。再者,腋窝由于紧邻肩关节,乳腺癌改良根治术后患者不自主活动易造成皮瓣和该处胸壁相对移动,粘连被破坏,形成假膜,产生顽固皮下积液。

皮下积液使皮瓣不能紧贴胸壁是引起皮瓣缺血坏死的主要原因之一^[7]。术中大的淋巴管未结扎,止血不彻底,以及脂肪坏死液化形成的积液,使得皮瓣与胸壁间长期处于相对移动状态,不能及时建立血运联系,如积液不彻底的引流易发生感染,并可直接侵蚀皮瓣致皮瓣缺血坏死。切口设计不合理张力过大、电刀使用不当皮瓣厚薄不均、包扎不当、引流不畅,术后患侧上肢过早活动等均是造成顽固皮下积液和皮瓣坏死的重要因素。笔者针对顽固皮下积液出现的皮瓣坏死,坏死皮瓣宽度小于3.0 cm者,将坏死皮瓣彻底清创后,用1号丝线将腋下肋间肌肉筋膜和皮瓣真皮层相应处间断“8”字缝合数针,避免皮瓣在胸壁上移动,并留置负压引流后缝合皮瓣,引流小于5 mL时拔管。其中11例患者顽固皮下积液坏

死创面7~10 d后全部愈合。另5例因皮瓣坏死宽度大于3.0 cm,张力过大行清创后再点状植皮,14~22 d后创面愈合,无并发症发生。张力是皮瓣坏死的另一重要因素,若皮瓣张力太大缝合易致皮瓣坏死,所以缝合张力大时需植皮。笔者采用点状植皮,取用的下腹部点状皮片包含全部表皮层和部分真皮层,厚度不超过0.5 mm,皮片易成活,收缩程度小,且操作简单,患者易接受。

顽固皮下积液及皮瓣坏死不但延缓了创面的愈合,而且影响后续化疗及放疗的进行。就局部较大范围皮瓣积液及坏死而言,主要在于预防。但是一旦发生,采用皮下积液引流后皮瓣多点缝合固定及植皮术是一种简单易行、实用的方法。

[参考文献]

- [1] 王志民,段西华,祁天义,等. 多点皮瓣固定法预防乳腺癌术后皮下积液效果观察[J]. 新乡医学院学报, 2007,24(3):287-288.
- [2] 梁海鹏. 乳腺癌术后皮下积液和皮瓣坏死的防治分析[J]. 甘肃医药,2009,28(3):202-204.
- [3] 张爱民,王建华,侯俊明,等. 乳腺癌术后皮下积液及皮瓣坏死的防治体会[J]. 现代肿瘤医学,2009,17(2):251-253.
- [4] 郭庆伟. 乳腺癌根治术后皮瓣下积液的防治体会[J]. 中国医学指南,2009,7(15):94-95.
- [5] 张兆明,覃俊仕,李世新,等. 皮瓣缝合在乳腺癌根治术中的应用[J]. 广西医学,2009,31(2):256-257.
- [6] NADKARNI M, RANQOLE A K, SHARMA R K, et al. Influence of surgical technique on axillary seroma formation: a randomized study [J]. ANZ J Surg, 2007, 77(5):385-291.
- [7] 沈镇宙,师英强. 肿瘤外科手术学[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2001:97.

(2012-02-21 收稿)