

参考文献

1. 朱锡琪,李玉珠,张延龄,等. 乳房外科学. 上海: 上海医科大学出版社, 1995, 181, 214.

2. 沈镇宙,韩企夏,庄传经,等. 双侧乳腺癌71例分析. 上海医学, 1989, 12: 252.

3. Donovan AJ. Bilateral breast cancer. Surg Clin

North Am, 1990, 70: 1411.

4. Urban J. Bilaterality of cancer of the breast. Biopsy of the opposite breast. Cancer, 1967, 20: 1867.

5. 林勤,王丽琛,王孝铎,等. 双侧原发性乳腺癌的分析, 中华肿瘤杂志, 1999: 21: 487.

6. 薛钟麒,黄信孚,林本跃,等. 双侧原发性乳腺癌64例临床分析, 中华外科杂志, 1992, 30: 284.

(2001-08-28收稿)

乳腺癌术后皮瓣坏死的预防对策

蔡仲达 李智 陈文娟

厦门大学医院肿瘤科(361005)

皮瓣坏死是乳腺癌术后最常见的并发症之一。国外报道其发生率为10%~60%，国内报道51%~71%不等^[1]，我科1990~1994年施行乳腺癌手术35例，发生皮瓣坏死15例，坏死率43%；1995年以来，改进了操作和处理方法后施行乳腺癌手术38例，未发生皮瓣坏死。报告如下。

出，使皮瓣紧贴胸壁，然后引流管接负压瓶。胸骨旁引流管可稍细，一般直径为0.4~0.5cm，接负压球。胸部创面均匀放置散开的纱布团，腋窝及锁骨下窝处多置一些，外加多头胸带加压包扎，胸带包扎力量以不限制正常呼吸运动为度。

术后5~7天引流液每天少于10ml时拔除引流管，并加强患肢功能锻炼。

临床资料

1. 一般资料

73例病人中女72例，男一例。年龄27~76岁。术中根据病灶位置及大小决定切口走向及术式。手术切口：纵梭形切口34例，横梭形切口39例。手术方式：乳房改良根治术47例，乳房根治术20例，乳房扩大根治术6例。术后病理类型：浸润性导管癌36例，导管内癌7例，粘液腺癌3例，乳腺肉瘤一例，单纯癌24例，硬癌一例，髓样癌一例。

2. 方法

1995年来，改良了皮瓣分离方法，切口距离肿瘤边缘4~5cm梭形切开皮肤，皮下注射肾上腺素盐水(1mg/250ml)，注意勿将肾上腺素盐水注入真皮层。手术切缘3cm以内用手术刀分离皮瓣，分离时需正确掌握解剖平面，在皮肤与皮下浅筋膜之间进行，皮瓣厚度掌握在0.3~0.5cm，以皮瓣上覆盖一薄层毛细血管网为宜，勿使脂肪组织残留。切缘3cm以外用电刀剥离皮瓣，术中电刀、电凝大小调节适当，电凝止血以不起火花为度，并尽量缩短单位时间电刀与组织接触的时间。

腋淋巴结清扫时，应注意结扎所有的管道，连细小淋巴管也应结扎。术中彻底止血，尤其在冲洗创面后，对腋静脉周围肉眼可见的小血管出血应尽量结扎，以防痂壳脱落后出血。

标本切除后，用直径为0.8~1cm剪有3~4个侧孔的软硅胶管一根，引流管的一端放置于腋窝的稍下方，注意勿靠近该部位的大血管和神经；另一端自胸壁创面腋中线的皮瓣上戳孔引出。术后在手术台即用电动吸引器接引流管负压吸引，按压腋窝及锁骨下窝皮瓣，促使窝内积血及积气排

讨 论

张力是皮瓣坏死的重要因素。切口设计应准确估计皮肤张力是否适度，若张力较大应做好植皮准备。乳腺癌根治术的皮肤切口设计须遵循以根治为主、保留功能及外形为辅的原则。常用纵斜或横梭形切口，也有人应用三角形切口^[2]。我们体会横梭形切口术野暴露充分，能满意地进行腋窝及锁骨下淋巴结清扫；术后无瘢痕挛缩、影响患肩功能之虑；可被乳罩掩盖；外观优于纵切口，尤其横切口能明显缓解皮瓣张力，改善皮片血运，减少皮瓣坏死。本组行横切口39例，仅发生2例小面积皮瓣坏死。

皮瓣血供是影响乳腺癌术后伤口愈合的最主要因素。切缘3cm以外的皮瓣靠来自周围的血供，故不易坏死；而切缘3cm以内皮瓣主要靠与胸壁紧贴建立新的血运而成活，因此这部分皮瓣血供差，易坏死^[3]。切口3cm以内薄皮瓣若使用电刀则因灼伤不易建立新血运，导致坏死。本文2例因直接用电刀游离皮瓣，术后近切口处皮瓣发生坏死。

创面引流与术后皮瓣固定生长的好坏有密切关系。乳腺癌根治术后覆盖创面的游离皮瓣由于面积大，渗出多，如果引流不畅，将导致皮下积液，增加死腔，阻碍毛细血管新生。浮起的皮瓣常发生坏死。因此，充分有效的皮下负压吸引是防止积液的关键。选择引流管要用弹性较好的硅胶管，引流管太软在负压吸引时管腔塌陷，难以起到引流作用。观察切口缝合是否紧密，如因漏气形不成负压，皮瓣则与创面粘贴不紧密，容易导致皮下积液。刘德惠等^[4]比较采用高负压吸引和低负压吸引两组的胸壁及腋窝引流量无

(下转413页)

织清除术加局部灌洗引流;对无临床症状的无菌坏死需严密观察,不要急于穿刺或手术,术前行ERCP检查,明确囊肿与主胰管的关系。

(3)急性胰腺假性囊肿: 囊肿 < 6cm 且无症状, 不作处理, 随访观察; 若出现症状或体积增大可以先行经皮穿刺引流术; 若继发感染则需行外引流术; 囊肿 > 6cm, 作B超、CT、MRI检查证实确实无感染坏死组织块者, 可作经皮穿刺引流术; 囊肿经过三个月随访检查仍未见吸收者, 可作内引流术, 术前行ERCP检查, 以明确假性囊肿与主胰管的关系。

(4)胰腺脓肿: 胰腺及胰外侵犯区经临床及CT证实确有脓肿形成者, 应立即作手术引流。

(5)肠外瘘: 十二指肠或空肠瘘可采用持续双腔管低压负压吸引, 有自愈的可能。结肠瘘宜行近端造瘘, 以减轻胰周病灶的感染, 后期行结肠造瘘

还纳。

(张圣道 执笔)

参考文献

1. 中华医学会外科分会胰腺外科学组. 第四次全国胰腺外科学术会议摘要汇编, 泰安, 1992: 1.
2. 中华医学会外科学会胰腺学组. 急性胰腺炎的临床诊断及分级标准(1996年第二次方案). 中华外科杂志, 1997, 35: 773.
3. 张圣道, 袁祖荣, 汤耀卿, 等. 重症急性胰腺炎诊治规范建议初稿. 中华医学会外科学会第七届胰腺外科学术研讨会论文汇编, 成都, 1998, 9: 11.
4. 张太平, 赵玉沛, 王 莉. 第七届全国胰腺外科学术研讨会纪要. 中华外科杂志, 1999, 37: 149.

(2001-08-03收稿)

(上接410页)

页明显差别。我们采用持续低负压(5~6kPa)吸引, 必要时用电动吸引器间断高压(20kPa)吸引, 取得良好效果。8例少量皮下积液经穿刺抽液加压包扎后愈合。

乳腺癌根治术后, 创面包扎不同于其他外科手术。创面皮瓣上的适当压力不但有助于消灭组织间死腔、防止渗液和血肿, 同时还能减轻组织水肿, 有利静脉回流和皮瓣成活。腋窝及锁骨下窝处创面垫纱布能使皮瓣与有壁粘贴良好。散开的纱布层具有一定的弹性, 不会导致皮瓣过度受压, 影响血运。一般应在术后第2天松开加压包扎, 24小时引流量 < 10ml 后拔除引流管, 开始患肢功能锻炼并逐步加强。患肩活动早晚对乳腺癌改良根治术后液体引流量并无明显影响^[5]。

术前、术后缺乏营养在一定程度上可促进皮瓣坏死。应鼓励病人加强营养, 老年病人及由于化疗引起的食欲低下者, 可适当支持治疗。对于术后皮瓣发紫、血供不足的病人, 采用静脉滴注低分子右旋糖酐和丹参治疗, 可使部分病人的皮瓣得以挽救成活^[6]。

参考文献

1. 马行天, 吴毓东. 防止乳腺癌术后皮瓣坏死的体会. 实用癌症杂志, 1994, 9: 64.
2. 徐天纵, 李泉善. 三角形切口在乳腺癌根治术中的应用: 附10例分析. 中国实用外科杂志, 1994, 14: 358.
3. 胡修全, 李国斌. 横切口乳腺癌根治术116例报告. 中国衫外科杂志, 1998, 18: 478.
4. 刘德惠, 刘洪健. 不同负压吸引压力对乳腺癌改良根治术后并发症的影响. 河南诊断与治疗杂志, 1999, 13: 35.
5. Jansen RF, van-Geen AN, de-Groot HG, et al. Immediate versus delayed shoulder exercises after axillary lymph node dissection. Am J Surg, 1990, 160: 481.
6. 任长才, 穆罕默德, 朱锡琪, 等. 乳癌切除手术后近期并发症及其防治. 上海医学, 1994, 17: 152.

(2000-12-15收稿)

《中国新药与临床杂志》2002年改为月刊

经有关方面批准,《中国新药与临床杂志》从2002年起改为月刊。《中国新药与临床杂志》(原名《新药与临床》,为全国性科技期刊,被确定为全国中文核心期刊(内科学、药理学),也是统计源期刊。荣获首届国家期刊奖,第2届全国、中国科协、上海市优秀科技期刊一等奖。《中国新药与临床

杂志》报道国内外新药,着重报道国内新药的临床研究、合并用药、合理用药和不良反应等。适用于医师、药师、医药教学和科研人员等阅读和参考。2002年起内芯改为胶版纸。欢迎在11月份向当地邮局订阅。2002年每期定价7.80元,全年93.60元。本刊邮发代号: 4-347。