

治术与开腹直肠癌根治术一样^[5],要求切除的范围包括肿瘤两侧足够长的肠管,上端距离肿瘤应不少于10 cm,下端应达5 cm。所属血管根部淋巴结及其所属系膜。但其采用的是微创的技术,在保证根治性切除的前提下只有3~4个长约0.5~1 cm的小切口及一个长约4 cm的切口,较传统的手术长约12~14 cm的手术切口小。加之采用小的腹腔镜后对器官的挤压等骚扰比传统手术少,所以本研究中腹腔镜组直肠癌术后患者术后恢复较传统开腹手术组快。表现为术后排气时间、术后进食时间、术后住院时间较开腹手术组短^[6],差异具有统计学意义。两组病人术后炎症反应比较无明显的差异。表现为白细胞、中性粒细胞百分比、CRP均无明显的差异。这可能是由于腹腔镜组术中建立CO₂气腹会有部分CO₂吸收入血形成潜在的致炎症因子;再加上相对较高的腹压可能会增加炎症因子如细菌、坏死组织的吸收。这样两组病人手术当中产生综合的致炎症因子达到了相当的级别,所产生的炎症反应无明显的差异。两组患者术后吻合口瘘、肠梗阻腹腔镜组与开腹组差异无统计学意义。

总之相对于传统开腹直肠癌全切除根治术,腹腔镜下直肠癌根治术患者手术损伤小,术中对组织器官骚扰少^[7]。故术后恢复相对时间短;术后肠排气恢复时间较短,进食时间增快,术后住院时间缩短。CO₂气腹并不加重手术的炎症反应。术后切口感染腹腔镜组较开腹组少,差异有统计学意义。腹腔镜

下直肠癌根治术可能优于传统开腹直肠癌全切除根治术。

参考文献:

- [1] 范莹,吴硕东,于宏,等.腹腔镜结直肠癌根治术与同期开腹手术对比的单中心回顾性研究[J].中国普外基础与临床杂志,2009,16(5):384-388.
- [2] 李国新,梁耀泽.腹腔镜结直肠癌手术应用及其评价[J].中国实用外科杂志,2010,30(3):186-190.
- [3] 毛志海,金珏,李健文,等.老年患者腹腔镜结直肠手术的安全性研究[J].中华胃肠外科杂志,2009,12(3):244-248.
- [4] 黄许森,韦维,黄海舸,等.112例腹腔镜辅助胃癌手术与同期胃癌开放手术对比研究[J].右江民族医学院学报,2013,35(1):12-13.
- [5] 郑民华,马君俊.腹腔镜外科在争议中发展[J].中国普外基础与临床杂志,2007,5(14):503-505.
- [6] Liersch T, LanCec C, Ghadimi BM, et al. Present treatment strategies for rectal carcinoma [J]. Chirurq, 2005, 76(3):309-332.
- [7] Trastulli S, Cirocchi R, Listorti C, et al. Laparoscopic vs open clinical trials[J]. Colorectal Dis, 2012, 14:277-296.

收稿日期:2014-04-29;修回日期:2014-05-19

乳腺癌改良根治术后常见并发症的防治体会

韦文田¹, 韦德高²

- (1. 广西巴马瑶族自治县妇幼保健院, 广西 巴马 547500 E-mail: weiwentian371@163.com;
2. 广西巴马瑶族自治县人民医院, 广西 巴马 547500)

摘要:目的 探讨乳腺癌改良根治术后常见并发症发生的原因、预防措施及处理方法。方法 回顾性分析2007年1月~2013年12月在巴马瑶族自治县人民医院行乳腺癌改良根治术治疗的75例乳腺癌患者的临床资料,总结常见并发症发生的原因、预防措施及处理方法。结果 75例乳腺癌患者中有11例(14.67%)发生术后并发症,其中皮下积液5例(6.67%),皮瓣坏死3例(4.00%),患侧上肢淋巴水肿2例(2.67%),切口感染1例(1.33%),经治疗后均痊愈。结论 乳腺癌改良根治术术后并发症的原因较多、较复杂,一方面应采取有效的预防措施,另一方面一旦出现了并发症后及时妥善的处理均能获得良好的效果。

关键词: 乳腺肿瘤;手术后并发症

中图分类号: R737.9 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001-5817(2014)03-0381-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.03.030

乳腺癌是女性最常见的恶性肿瘤之一,在欧美等西方发达国家乳腺癌居女性肿瘤的首位,在我国占女性全身恶性肿瘤的7%~10%,近年来发病率呈上升趋势,其发病年龄也趋于年轻化^[1-2]。目前,乳腺癌的治疗仍然是以手术治疗为主的综合性治疗,手术方式有标准乳腺癌根治术、乳腺癌改良根治术、乳腺癌扩大根治术、单纯乳房切除术及乳腺癌保乳术等,其中又以乳腺癌改良根治术最为多用。由于手术范围较广泛,创伤较大,术后易引起并发症,如术后皮下积液、皮瓣坏死、患侧上肢肿胀、切口感染等。这些并发症的出现一方面影响切口愈合,延长了住院时间,从而不可避免地影响了手术后化疗、放疗等一系列的治疗,不利于整个综合治疗,另一方面增加了患者的经济负担及给患者带来巨大的心理压力,降低了患者的生活质量。因此,有效的预防术后并发症的发生及及时有效处理这些并发症也是乳腺癌治疗过程中的重要环节。本文回顾性分析2007年1月~2013年12月在巴马瑶族自治县人民医院行乳腺癌改良根治术治疗的75例乳腺癌患者的临床资料,总结常见并发症发生的原因、预防措施及处理方法,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组75例乳腺癌患者均为女性,年龄28~79岁,平均47.8岁。根据国际抗癌协会(UICC)乳腺癌TNM分期:Ⅰ期7例,Ⅱ期32例,Ⅲ期36例。所有病例均经术后病理确诊,其中导管内癌4例,浸润性导管癌31例,浸润性小叶癌21例,乳头状癌9例,炎性乳腺癌1例,黏液性腺癌7例,髓样癌2例。

1.2 手术方法 75例患者均行保留胸大肌和胸小肌的改良根治术,均采用横梭形切口,切口距癌肿边缘大于3~5 cm,使用手术刀或电刀游离皮瓣,上至锁骨下缘,下达腹直肌上缘,内至胸骨旁,外至背阔肌前缘,将乳腺从胸大肌筋膜浅面分离。电刀止血,结扎或缝扎较粗的血管和淋巴管。将胸大、小肌分离,在胸大肌深面清除肌间淋巴组织。将胸小肌向内向上提起,暴露腋血管,清扫腋窝淋巴结,保留胸长神经、胸背神经和肩胛下血管支。创面彻底止血、冲洗,于腋下留置多孔硅胶引流管一根,外接一次性负压引流器,创面用小纱布团均匀加压包扎。

2 结果

术后发生并发症共 11 例,其中皮下积液 5 例,经注射器多次穿刺抽液、加压包扎或皮肤戳孔后痊愈;皮瓣坏死 3 例,经外科换药结痂治愈 2 例,1 例创面较大,经后期皮瓣移植治愈;患侧上肢肿胀 2 例,经嘱患者抬高患肢进行手指爬墙运动,患肢上举肘关节伸直并以肩关节为中心的向前向后旋转运动,以及局部按摩、微波等理疗得到明显改善;切口感染 1 例,为糖尿病患者,经严格控制血糖使之平稳,予抗感染,雷夫奴尔或 75% 医用酒精湿敷,加强外科换药后乙级愈合。

3 讨论

3.1 皮下积液 引起皮下积液的原因可能与以下因素有关:

① 乳腺癌根治术手术创面大,难以对每个散在的出血点彻底止血或电刀止血后血管脱落重新出血,造成术后较多的组织渗液、渗血引起积液;② 术中大量淋巴管被切断,难以逐一结扎淋巴管,易致淋巴漏,引起淋巴积液;③ 术中高频电刀分离皮瓣,产生的高温造成皮下脂肪组织热损伤,术后脂肪发生坏死液化引起积液;④ 切口设计不合理,胸壁的血管、神经多沿肋间横走向行,横行切口不易切断皮肤细小血管及神经,使切口上下皮缘有良好的血运,有利于皮瓣的存活及积液的吸收;⑤ 皮瓣剥离不平整,皮瓣下脂肪薄厚不等,术后包扎不合理,过紧或过松,受力不均匀,使皮瓣与胸壁黏合处不紧密;⑥ 引流不彻底,引流管放置不合理、引流管阻塞、扭曲、折叠或拔除过早均可使切口内液体无法排出造成皮下积液;⑦ 术后肩关节活动过早或活动幅度过大,牵拉皮肤,使之与深层组织游离,为积液提供有利的条件;⑧ 术后感染可致局部炎性渗液增多,容易形成皮下积液。

预防措施:① 术中应尽量对每个出血点彻底止血,结扎血管,手术结束前应将创面的积液和积血冲洗干净并彻底止血;② 术中应尽量对淋巴管进行结扎,特别是在进行腋窝淋巴结清扫时,应尽量结扎有管样或条索样组织,以减少术后淋巴漏;③ 术中应合理使用电刀,游离皮瓣时电刀在组织上停留时间不能太长,多结扎出血点,少用电凝止血,以免影响皮瓣血运及导致脂肪坏死液化,电刀功率应不超过 50 W^[1];④ 尽可能采用横行切口,采用 Stewart 横行切口行乳腺癌改良根治术,可明显减少皮下积液、皮瓣坏死及淋巴水肿等术后并发症^[3];⑤ 皮瓣剥离平整,避免形成带蒂的“脂肪垂”,术后创面用小纱布团均匀加压包扎,包扎压力均匀,松紧度适中,以能容纳一指,不影响患者的呼吸为宜;⑥ 引流管放置于腋窝中央,嘱患者或家属经常挤压引流管以保持引流通畅,外接负压引流器,亦可采用双管引流,有报道采用腋窝及锁骨下胸骨旁皮瓣下“Y”形负压双管引流加胸带加压包扎预防皮下积液的效果明显优于单纯腋窝引流加胸带加压包扎^[4],待引流量 < 10 ml/24 h,并维持 24~48 h 时拔管;⑦ 避免患侧上肢过早活动,3 d 内肩关节应予以内收位制动,1 周后逐渐做患侧上肢及肩关节功能锻炼,避免过早负重活动,有报道将皮瓣与胸壁多点缝合,能使皮瓣更好地贴合于胸壁,可防止皮瓣与胸壁分离、滑动,有助于减少皮下积液的发生率^[5];⑧ 合理应用抗生素预防感染,发现患者发热、伤口疼痛加剧时及时查看切口,如有红肿或渗液,应加强抗感染、切口换药等处理。

皮下积液的处理:对于皮下积液 < 50 ml 的患者,通过采用注射器反复穿刺抽液、加压包扎后皮下积液多能治愈。皮下积液 > 50 ml 的患者,多需最低位皮肤戳孔引流,积液处加压包扎后可治愈^[5]。

3.2 皮瓣坏死 引起皮瓣坏死的根本原因是皮瓣供血不足,以下因素均可引起皮瓣供血不足而导致皮瓣坏死:① 术中游离皮瓣过薄时将真皮下毛细血管网破坏过多导致皮瓣血供不足,游离过厚时较多的皮下脂肪组织“抢夺”更多的皮下毛细血管网的血供,导致皮肤血供相对不足,皮瓣厚薄不均匀,又可导致皮瓣不能与胸壁组织贴附,无法建立新生毛细血管网,导致皮

瓣坏死;② 术中电刀使用不当,电刀灼伤口缘皮肤,在皮瓣上电凝止血过于频繁、电刀功率过大或电凝时间过长均可破坏真皮下毛细血管网,导致皮瓣供血不足而坏死;③ 缝合皮瓣时张力过大,使皮瓣血管受到拉伸挤压,影响皮瓣血运;④ 术后加压包扎过紧、压力不均导致皮瓣血液循环障碍;⑤ 术后皮下积液或感染亦可引起皮瓣坏死;⑥ 术后患肢过早活动或活动幅度过大,使已经与胸壁黏附的皮瓣再次撕脱,破坏新生血运,导致皮瓣坏死;⑦ 全身情况差,如严重贫血、低白蛋白血症及糖尿病等,影响切口愈合而引起皮瓣坏死。

预防措施:① 皮瓣游离厚薄适中,近肿瘤部位较薄,远离肿瘤部位可以适当增厚,一般距切缘 3~5 cm 范围内可在皮肤和浅筋膜脂肪层疏松组织间分离,向外游离时可逐渐加厚,使皮瓣呈斜坡状,这样可以使皮瓣很好地贴附于胸壁组织,既可预防皮下积液,又尽可能保留了真皮下血管网,也有利于新生毛细血管网的建立;② 术中合理使用电刀,避免电刀灼伤口缘皮肤,多结扎出血点,避免频繁在皮瓣上电凝止血,电凝止血时间尽可能要短,电刀功率不可过大,有学者建议在 20~40 W 为宜^[6];③ 合理设计切口,避免皮瓣张力过大及两侧不对整,由于胸壁的血管多为横走向行,横行切口不易损伤皮瓣血管网,既可保护皮瓣的血运,又可避免皮瓣张力过大,因此应尽可能采用横行切口,如切口缝合时皮瓣张力过大,可适当扩大皮瓣游离范围以减轻皮肤张力,并行减张缝合,甚至皮瓣移植;④ 术后适度加压包扎,创面用小纱布团均匀填充,包扎压力均匀,松紧度适中,以能容纳一指,不影响患者的呼吸为宜;⑤ 术后如发生皮下积液或感染应及时有效的处理;⑥ 避免患侧上肢过早活动,3 d 内肩关节应予以内收位制动,1 周后逐渐做患侧上肢及肩关节功能锻炼,避免过早负重活动;⑦ 术前、术后加强营养及支持治疗,纠正贫血及低白蛋白血症,尤其是糖尿病患者要控制好血糖,以利于切口的愈合。

皮瓣坏死的处理:切口边缘坏死,宽度 < 2 cm 者,一般可切除坏死组织,在清创后予以湿敷、换药,常可自行愈合;坏死面积较大者应予以植皮。

3.3 患侧上肢肿胀 引起患侧上肢肿胀的原因可能与以下因素有关:① 腋窝淋巴结清扫后,中断了患侧上肢淋巴回流通道,淋巴回流不畅引起淋巴水肿,这是引起患侧上肢水肿最主要的原因;② 腋窝填塞加压包扎过紧,致使上肢静脉回流不畅引起水肿;③ 采用纵梭形切口时向上臂延长倾斜太多形成较大的瘢痕也可导致淋巴回流障碍引起水肿;④ 静脉炎、腋区有积液或感染等亦可引起静脉回流障碍导致上肢水肿;⑤ 术后上肢功能锻炼过迟;⑥ 术后的放疗损伤淋巴管,肿瘤的复发或转移压迫淋巴管引起淋巴回流障碍导致淋巴水肿。预防措施:① 术前要充分估计手术切除的范围和腋窝淋巴结清扫的程度,如果淋巴结与腋鞘无明显粘连,可不剥除腋鞘,术中在保证清除转移淋巴结的前提下尽可能保护腋鞘的完整性^[7];对早期乳腺癌患者可应用前哨淋巴结活检术,对于无腋窝淋巴结转移的患者,可不清扫腋窝淋巴结,降低术后上肢肿胀的发生率^[8];② 腋窝填塞加压包扎要适度,避免过紧;③ 采用纵梭形切口时避免切口向上臂延长过大,或者尽可能采用横行切口,有研究认为采用 Stewart 横行切口行可明显减少皮下积液、皮瓣坏死及淋巴水肿等术后并发症^[3];④ 术后尽量避免在患侧上肢行静脉抽血、静脉注射及静脉滴注等操作,及时发现积液、感染,及时有效处理;⑤ 术后平卧时患肢下方垫枕抬高 10°~15°,肘关节轻度屈曲,术后 24 h 内可活动手指及腕部,可作伸指、握拳、屈腕等锻炼,术后 3 d 内可进行主动或被动屈肘,用患侧手挤压皮球以促进淋巴回流,术后 1 周后开始锻炼以肩关节为中心,前后摆臂,循序渐进地做抬高患侧上肢、手指爬墙等锻炼;⑥ 避免过早放疗,及时发现肿瘤的复发或转移,及时做出有效处理。

患侧上肢肿胀处理:避免患侧上肢行静脉抽血、静脉输液等操作,平卧时患肢下方垫枕抬高 10°~15°,嘱患者抬高患肢

进行手指爬墙运动及患肢上举肘关节伸直并以肩关节为中心的向前向后旋转运动,以及由远端向近端局部按摩及微波、激光、红外线等理疗促进淋巴液回流,改善症状。

3.4 术后切口感染 引起术后切口感染的主要原因:①皮下积液、积血为细菌的生长提供有利的条件,如未能得到及时有效处理易引起切口感染;②与患者全身状况有关,如严重贫血、低白蛋白血症及糖尿病等,影响切口愈合,易发生感染。

预防措施:①及时发现皮下积液、积血,并采取有效处理以减少切口感染的发生率;②术前、术后加强营养支持治疗,纠正贫血及低白蛋白血症,尤其是糖尿病患者应严格监测血糖,使之控制平稳。

术后切口感染处理:加强营养支持治疗,纠正贫血及低白蛋白血症,严格监测糖尿病患者血糖,使之控制平稳,予抗生素抗感染,加强切口外科换药,雷夫奴尔或75%医用酒精湿敷等。

综上所述,乳腺癌改良根治术手术范围较大,易引起术后皮下积液、皮瓣坏死、患侧上肢肿胀及切口感染等并发症,且原因较多较复杂,因此一方面应在术前、术中、术后采取有效的预防措施,另一方面一旦出现这些并发症后应及时有效的处理,以提高患者的生活质量。

参考文献:

- [1] 刘勇,李强.乳腺癌改良根治术后并发症的防治[J].中国实用医药,2010,5(21):102-103.
- [2] 何爱娣.乳腺癌改良根治术后并发症的预防及护理[J].全科护理,2010,8(10c):2742-2743.
- [3] 赵树鹏,齐凤杰.乳腺癌改良根治术手术切口与术后并发症的相关性[J].中国现代医学杂志,2010,20(13):2031-2033.
- [4] 黄劲松,吴桂泉,秦慈舜,等.乳腺癌术后皮下积液的预防及处理[J].中国医药导报,2010,7(10):66-67.
- [5] 张勇.皮瓣多点缝合防治乳腺癌术后并发症的临床研究[J].中国现代医药杂志,2012,14(2):59-60.
- [6] 唐金海.乳腺癌综合治疗[M].南京:江苏科学技术出版社,2008:66.
- [7] 张套林.乳腺癌改良根治术增加预防措施对术后并发症的影响[J].临床医学,2010,30(9):21-23.
- [8] 叶敏娟,王慧.乳腺癌术后并发症的防治分析[J].中国医药指南,2013,11(10):512-513.

收稿日期:2014-04-14

中、下段食管癌术后胸内吻合口瘘的原因分析与治疗对策

陈伟坚¹,李庆禄²,庞小洋¹,吴启荣¹

(1. 广西梧州市第三人民医院心胸外科,广西 梧州 543000 E-mail:cwjian@163.com;

2. 广西梧州市人民医院心胸外科,广西 梧州 543000)

摘要:目的 探讨中、下段食管癌术后胸内吻合口瘘发生的主要原因,总结防治胸内食管重建术后吻合口瘘的临床经验。**方法** 对我院及梧州市人民医院两个单位1998年1月~2013年3月的35例中、下段食管癌术后胸内吻合口瘘患者相关临床资料进行系统分析。**结果** 35例胸内吻合口瘘患者经过积极治疗后,27例痊愈出院,8例死亡。**结论** 导致中、下段食管癌术后发生胸内吻合口瘘的原因是多方面的,手术操作技术和围手术期的观察、处理欠缺是导致吻合口瘘的关键因素;通过提高手术技巧、加强围手术管理是降低胸内吻合口瘘的有效方法,及时、正确处理是降低吻合口瘘病死率的有效途径。

关键词: 食管肿瘤;手术后期间;胸内吻合口瘘

中图分类号: R735.1 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001-5817(2014)03-0383-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.03.031

食管癌是国内发病率较高的恶性肿瘤之一,其多以中、下段食管癌为主^[1],目前治疗上仍然以手术治疗为主。虽然随着医疗技术水平的不断提高和吻合器的使用,提高了手术成功率,但由于手术治疗的创伤较大,耗时长、手术后恢复慢,胸内食管重建术后吻合口瘘仍然是较为常见的严重并发症,也是食管癌术后常见的死亡原因之一。现将我院及梧州市人民医院两单位自1998年1月~2013年3月35例中、下段食管癌患者手术治疗后发生胸内吻合口瘘的原因和治疗情况进行全面的分析,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组病例共35例,男23例,女12例,年龄41~76岁,平均64.5岁;本组术中均采用胃代食管,其中胸主动脉弓上吻合26例,弓下吻合9例;采用手工吻合34例,吻合器吻合1例。术后病理诊断均为鳞癌。吻合口瘘发生的时间为:早期(术后1~3d)4例,中期(术后4~14d)29例,晚期(超过2周)2例。

1.2 临床表现 实验室检查与诊断:本组患者主要表现为:①明显的呼吸困难、气促、SaO₂下降等呼吸窘迫表现;②高热,体温多在39℃以上;③胸闷、胸痛,部分患者发生在进食后;④伴

有心悸、脉率快、血压不稳等循环系统症状;⑤术侧胸部呼吸音减弱或消失,叩诊呈浊音;⑥胸管引流液或胸腔穿刺液有食物残渣以及脓性浑浊液体,口服亚甲蓝脓液呈蓝色;⑦X线检查患侧胸腔出现大的液气平面或局限性包裹积液,口服造影剂发现造影剂在吻合口处出现分叉及外溢现象。本组患者通过上述的临床表现和实验室检查得以确诊。

1.3 治疗 本组患者确诊为胸内吻合口瘘后,按照治疗的方法不同分为保守治疗和手术治疗,本组29例采用保守治疗:①常规留置胃肠减压管进行持续胃肠减压和保留原有的十二指肠营养管;②通畅引流,保证感染性脓液及时清除:根据CT、B超等检查结果,调整胸腔引流管位置,原来引流管引流通畅、位置适合的19例患者,引流管予以保留,调整或重新放置胸腔引流管10例;③有效的抗感染治疗:根据脓性引流液细菌培养结果选用敏感抗生素控制感染;④营养支持治疗:全部病例给予静脉营养支持,其中13例原保留有十二指肠营养管的患者及手术探查6例重置十二指肠营养管逐步转为肠道内营养支持,另外16例患者发热消退后,行空肠造瘘,并给予肠道内营养。本组6例由于吻合口瘘发生在早、中期,临床症状较轻,再次行开胸探查,其中2例行瘘口修补术,4例行吻合口切除,胃