doi:10.11659/jjssx.01E019015

·临床报道·

外科方法处理乳腺癌合并糖尿病患者术后皮下积液的临床效果

齐小梅,苏小君,梁 燕,任 林,齐晓伟,王明浩,杨 英 (陆军军医大学第一附属医院核医学科,重庆 400038)

Clinical effect of surgical treatment of postoperative subcutaneous effusion in patients with breast cancer complicated with diabetes

QI Xiao-mei, SU Xiao-jun, LIANG Yan, REN Lin, QI Xiao-wei, WANG Ming-hao, YANG Ying (Department of Nuclear Medicine, First Hospital Affiliated to Army Medical University, Chongqing 400038, China)

[摘 要] **目的** 探讨以外科方法处理乳腺癌合并糖尿病患者术后皮下积液的临床应用效果。**方法** 选取2017年1月至2018年12月本科室收治的女性乳腺癌合并糖尿病患者60例,均接受改良根治术,符合$Ⅱ_A$~$Ⅲ_A$期($T_2K\text{-}3_{N0}\text{-}1_{M0}$),根据所住院的区域分为干预组和对照组,各30例。对照组在接受改良根治术后,伤口加压包扎,肩部制动,常规糖尿病饮食指导并控制血糖。干预组在对照组的基础上,于术后2 d应用外科方法及早干预处理局部积液腔;比较2组患者术后5 d引流液量、拔管时间、术后接受辅助化疗的最佳时间、是否因皮下积液再次手术引流。**结果** 通过外科方法处理的干预组患者术后5 d引流液量、拔管时间、术后接受辅助化疗最佳时间、再次手术引流例数比较,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对于乳腺癌合并糖尿病患者应用外科方法将铜绿假单胞菌注射液通过引流管通道注入术后创面腔隙内,使手术后的局部创面产生良性的无菌性炎症,可促进术后创面快速愈合,同时缩短拔管时间,患者术后接受辅助化疗的最佳时间得以保证,减轻患者的精神心理压力。

[关键词] 乳腺癌;糖尿病;外科方法;皮下积液;临床效果

[中图分类号] R737.9 [文献标识码] B [收稿日期] 2018-01-03

我国女性乳腺癌发病率逐年上升,其增长速度是全球的两倍多,每年新发病数量和死亡数量分别占全世界的12.2%和9.6%[1]。外科手术是乳腺癌最有效的治疗手段之一,术后皮下积液是乳腺癌患者术后最常见的并发症。吴萍等[2]的研究认为乳腺癌术后皮下积液发生率为29.7%,随着乳腺癌手术方式和术后引流技术的不断改进,皮下积液发生率下降为8.5%[3]。发生皮下积液主要与术中止血及淋巴管结扎不彻底、电刀的使用、引流管位置放置不当及引流不通畅等有关。林燕萍等[4]的研究认为基础疾病、高龄、肥胖等自身因素及创面感染,会引起炎性渗液增加,尤其是乳腺癌合并糖尿病患者,皮下积液的发生率更高。乳腺癌合并糖尿病患者发生皮下积液,虽然不会危及患者生命,但增加其经济和心理负担,增加术后感染率,延长手术伤口愈合时间,使化疗和后续治疗不能按时执行。本文对30例乳腺癌合并糖尿病患者术后以外科处理方法及早干预,并将其效果进行对比归纳总结,以期为临床提供参考。

1 资料与方法

1.1 临床资料

陆军军医大学第一附属院乳腺外科自2017年1月至2018年12月共收治乳腺癌合并糖尿病患者60例,浸润性导管癌50例,浸润性小叶癌6例,髓样癌2例,黏液腺癌1例,乳头湿疹样乳腺癌伴浸润性导管癌1例;32例为左乳癌,28例为右乳癌。临床分期:Ⅰ期12例,Ⅱ期38例,Ⅲ期10例。患者年龄55~69岁,平均(62.5±4.2)岁,平均身高(160.5±7.2)cm,平均体质量(68.3±3.8)kg。60例患者均行原发病灶和区域淋巴结活检,常规行乳腺癌改良根治术,确诊为2型糖尿病。完成常规的B超、CT检查、全身骨扫描除外远处转移符合$Ⅱ_A$~$Ⅲ_A$期($T_2K\text{-}3_{N0}\text{-}1_{M0}$)。糖尿病的诊断按照1999年国家卫生组织(WHO)糖尿病专家委员会提出的标准,晨起空腹血糖7.0~11.1 mmol/L有54例,大于11.1 mmol/L有6例,患者都不同程度的伴有糖尿病相关并发症,其中有1例患者有8年的糖尿病史。60例乳腺癌合并糖尿病患者根据所住院的区域分组,将A区患者纳入干预组,B区患者纳入对照组,2组患者各项临床资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组处理方法 对照组采取常规处理。患者符合手术指征,全麻下行乳腺癌改良根治术,术后伤口敷料加压包扎,胸壁及腋窝伤口引流管接T型管再接中心负压吸引器持续吸引,患肢制动,常规糖尿病饮食指导,每日测量血糖7次(三餐前+三餐后+睡

[基金项目] 国家自然科学基金(81802664)

[通信作者] 杨 英,E-mail:1003674773@qq.com

前),控制空腹血糖低于7.0 mmol/L,餐后2 h血糖低于11.1 mmol/L;每日观察引流液的量和颜色。

1.2.2 干预组处理方法 干预组30例患者在常规处理的基础上,于术后2 d采用5 mL的注射器抽取铜绿假单胞菌注射液1 mL+0.9%氯化钠注射液2 mL稀释后,通过伤口引流管(选择在引流管接近皮肤1 cm处)将铜绿假单胞菌注射液注入局部皮下、残腔及残腔周围,严格无菌操作,用一次性无菌敷料覆盖引流管处并加压包扎伤口,夹闭伤口引流管24 h,密切观察患者的体温变化,其中有29例在处理后24 h内出现不同程度的低热,温度不超过38.5 ℃,物理降温处理(温水擦浴、冰敷)后自行消退;29例患者术后3 d体温均未超过37.5 ℃,有1例患者出现明显发烧症状,体温超过38.5 ℃,最高达39.5 ℃,立即给予0.9%氯化钠注射液3 mL+赖氨匹林0.9 g退烧,持续物理降温处理,24 h后体温仍大于38.5 ℃,引流液有明显减少,继续对症降温处理,医嘱予头孢曲松静脉滴注抗感染持续治疗3 d,术后5 d患者引流液小于30 mL,无发热症状,伤口无红肿、热、痛,术后7 d复查伤口,无皮下积液,待拔管处理且行下一步化疗。

1.3 评价指标

参照Tejler等[5]对皮下积液判断的标准划分:引流液量在术后5 d仍大于30 mL,或患者引流管已拔除后的2 d触及手术区域仍有波动感,采用空针进行穿刺,量大于5 mL,以上情况可确定为皮下积液。统计干预组和对照组患者术后5 d引流液量、拔管时间、再次手术引流例数;参照李朝辉等[6]的研究,乳腺癌术后15~28 d行辅助化疗为最佳时间;评价对比干预组和对照组各项指标情况。

1.4 统计学方法

采用SPSS 19.0统计学软件对数据进行统计分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用t检验,计数资料以率(%)表示,采用χ^2检验,以$P<0.05$为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者各项指标对比分析

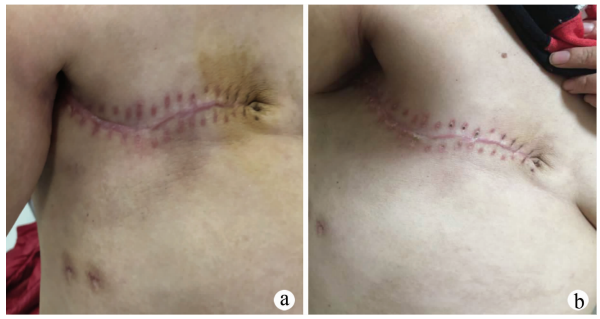
干预组患者术后5 d引流液的量比对照组患者明显减少,差异有统计学意义($\chi^2=31.293$,$P<0.01$);干预组拔管时间比对照组明显缩短,差异有统计学意义($t=10.352$,$P<0.01$);干预组术后接受辅助治疗最佳时间比对照组有明显优势,差异有统计学意义($t=9.537$,$P<0.01$);对照组有1例患者因反复积液,积液过多需再次手术引流,干预组无再次手术引流患者($t=2.071$,$P<0.05$),见表1。

表1 干预组和对照组患者各项指标对比分析($n=30$)

组别	术后第5天引流液量(例)			拔管时间(d)	辅助治疗最佳时间(d)	再次手术引流(例)
	1~30 mL	30~60 mL	>60 mL			
干预组	29	1	0	7.52±1.53	19.33±2.24	0
对照组	10	15	5	14.67±3.24	30.93±6.49	1

2.2 典型病例

患者,女,65岁,10年前诊断为双肾结石经外院治疗后好转,6年前确诊为2型糖尿病,患者在外院内分泌科医生指导下在家使用诺和灵N笔芯早晚皮下注射;发现左乳包块2个月余,于2017年10月6日在本院门诊行超声引导下包块穿刺活检组织检查术,病理诊断为左乳浸润性癌[ER(+)、PR(+)、HER-2(-)、Ki67(+),阳性率为65%],TNM分期为T2N3M0,临床分期为Ⅲ期,2017年10月16日门诊以左乳癌收入我科,于2017年2月20日在全身麻醉下行左乳癌改良根治术+前哨淋巴结探查术,术后2 d应用本研究中外科方法予以处理,并每日测量血糖7次(三餐前+三餐后+睡前),密切观察血糖变化,并根据具体情况调节胰岛素注射剂量,控制空腹血糖低于7.0 mmol/L,餐后2 h血糖低于11.1 mmol/L,术后5 d伤口引流液57 mL,继续观察,术后第9天、10天伤口引流液均为14 mL,符合拔管指针,拔管观察,术后11 d触及手术区域有波动感(图1a),空针抽吸引流液18 mL,再次将铜绿假单胞杆菌注射液1 mL选择手术积液区域下方注射入局部皮下积液处,加压包扎24 h后,观察体温、手术区域伤口变化,术后12 d患者无发热症状,手术部位皮肤无红、热、痛,手术部位未触及波动感,术后14 d,手术区域恢复效果满意(图1b)。



a:术后11 d手术区域仍触及波动感;b:术后14 d手术区域无积液,恢复好

图1 典型病例手术区域处理后效果

3 讨 论

乳腺癌术后发生皮下积液的原因主要与手术创面大、渗出液多、淋巴管漏、术后包扎不均匀,引流管不通

畅、术后过早活动、感染、基础疾病等有关。中国目前约有9 240万糖尿病患者,有1.482亿成年人处于糖尿病前期[7]。有研究表明,糖尿病和乳腺癌关系密切,患有2型糖尿病的女性发生乳腺癌的概率比一般女性增加17%[8]。也有研究表明,与非糖尿病乳腺患者相比,糖尿病患者行乳腺癌改良根治术术后引流量增多,引流时间长,并且更易发生术后皮下积液、术后感染、切口愈合延迟等并发症[9]。乳腺癌合并糖尿病患者术后发生皮下积液的概率大大增加,发生皮下积液虽然不会威胁患者生命,但是严重影响了切口的愈合、推迟了术后辅助治疗的时间、增加了感染的风险和患者的精神、经济压力,对患者的综合治疗效果严重不利[10]。李朝辉等[6]认为,乳腺癌术后化疗的时间不是越早越好,但也不宜过度延迟化疗时间,28 d内开始辅助化疗的患者无病生存期优于28 d以后的患者,15~28 d开始行辅助化疗的无病生存期有明显优势。为了降低乳腺癌合并糖尿病患者发生皮下积液的风险,患者术后能在最佳的时间接受辅助化疗,不要因皮下积液而被推迟。本研究对乳腺癌合并糖尿病发生皮下积液患者积极早期给予外科方法处理,其均在术后15 d内伤口完全愈合,患者均在术后15~28 d接受辅助化疗,减轻了其心理压力,降低了伤口感染的风险,同时也延长了患者无病生存期。

乳腺癌合并糖尿病患者术后出现皮下积液的主要原因是术后创伤引起创面发生炎性反应而产生渗出液和其他因素导致淋巴管损伤而产生的淋巴液[11-12]。本研究选取的研究对象均是乳腺癌合并2型糖尿病患者,且为中老女性,运动量少;根据体质指数(BMI):超重患者占33.3%,肥胖患者占16.7%,比正常体质指数的糖尿病患者术后发生创面渗出液更多。针对这种情况,30例患者在术后2 d主动采用外科方法给予干预处理,选择从患者接近皮肤的引流管1 cm处进行注入,通过伤口引流管将铜绿假单胞菌注射液注入手术区域的局部皮下、残腔及残腔周围,严格无菌操作原则,用一次性的无菌敷料覆盖引流管处。铜绿假单孢菌注射液是通过基因重组技术,经过减毒传代、质粒DNA的提取与传递,并经培养、灭活、纯化后以PBS缓冲液稀释而成的一种周身布满菌毛的生物制剂,其菌毛是一种糖蛋白类配体,黏附作用强[13-14]。本研究利用铜绿假单胞菌注射液的此原理,使手术区域创面产生良性的无菌性炎症,增强手术区域皮下组织的黏附作用,进而促使手术区域创面快速愈合,作用尤为明显,连续严密观察,若发现仍有残留皮下积液,继续加强处理,促使伤口完全愈合,进而缩短患者携带引流管的时间,以保证患者在最佳的时间接受辅助化疗。

[参考文献]

[1] Fan L,Strasser-Weippl K,Li JJ,et al. Breast cancer in China[J]. Lancet Oncol,2014,15(7):e279-289.

[2] 吴 萍,杨一鹏,陆云姝,等.乳腺癌根治性手术中皮瓣处理的经验体会[J].上海医学,2010,33(2):171-172.

[3] 郑向欣,管小青,吴 骥,等.防治乳腺癌术后皮下积液的方法改进(附204例报告)[J].中国普通外科杂志,2013,22(5):564-566. doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2013.05.007.

[4] 林燕萍,殷文瑾,周力恒,等.内科合并疾病及患者特征与乳腺癌术后皮下积液关系的临床研究[J].肿瘤,2008,28(7):601-604. doi:10.3781/j.issn.1000-7431.2008.07.013.

[5] Tejler GK, Aspegren K. Complication and hospital stay after surgery for breast cancer:a prospective study of 385 patients[J]. Br J Surg,1985,72(7):542-544.

[6] 李朝辉,周立中.乳腺癌术后辅助化疗开始时间与预后相关性研究[J].中国医学工程,2011,19(6):22-25.

[7] Hemminki K,Li X,Sundquim J,et al. Risk of cancer following hospitalization for type 2 diabetes[J]. Oncologist,2010,15(6):548-555.

[8] Zhou Y,Zhang X,Gu C. et al. Influence of diabetes mellitus on mortality in breast cnacer patients [J]. ANZ J Sury,2015,85(12):972-978. doi:10.1111/ans.12877.

[9] 黄进波,覃庆洪,练 斌,等.糖尿病对乳腺癌患者外科手术的影响[J].中国肿瘤,2015,24(9):792-796. doi:10.11735/j.issn.1004-0242.2015.09.A017.

[10] Tadych K,Donegan WL. Postmastectomy seromas and wound drainage [J]. Sury Gynecol Obstet,1987,165(6):483-487.

[11] Watt-BoolsenS,Nielsen VB,Jensen J,et al. Postmastectomy seroma. A study of the nature and origin of seroma after mastectomy[J]. Dan M ed Bull,1989,36(5):487-489.

[12] 马富懿,王礼泉,王昌亮,等.铜绿假单胞菌注射液在乳腺癌切除术后皮下积液中的临床应用[J].中华肿瘤防治杂志,2009,16(14):1111-1119. doi:10.16073/j.cnki.cjcpt.2009.14.020.

[13] 李襄军,范小云,姚 杰,等.2型糖尿病住院患者合并恶性肿瘤的分布情况及相关危险因素分析[J].肿瘤预防与治疗,2015,28(3):127-130. doi:10.3969/j.issn.1674-0904.2015.03.004.

[14] 黄 剑.乳腺癌术后皮下积液的防治与护理进展[J].全科护理,2016,14(11):1105-1107. doi:10.3969/j.issn.1674-4748.2016.11.009.

(编辑:刘 艺)