保留肋间臂神经和胸前神经乳癌根治术30例

Radical operation of mastocarcinoma with remaining intercostobrachial nerve and nervi thoracales anteriores for 30 cases

刘洪林,王 宝,陈永刚,李 智,曲 杰,付 晶 (佳木斯市肿瘤医院普通外科,黑龙江 佳木斯 154007)

[关键词] 乳腺癌;肋间臂神经、胸前神经;手术
[中图分类号] R737.9;R61 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)01-0036-01

乳腺癌外科治疗正朝着缩小创伤、提高术后生活质量的方向发展,更加重视术后病人的生活质量。传统术式缺乏对保留肋间臂神经及胸前神经意义的认识,若在进行腋窝淋巴结清扫术中丧失胸前神经(ATN)及肋间臂神经(ICBN),患者术后胸大肌或胸小肌萎缩,患侧上臂腋后侧皮肤常有疼痛及感觉障碍。我院30例患者施行了保留肋间臂神经和胸前神经乳癌根治术,本文将手术方式、术后表现及随访资料进行回顾性分析,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例30例,均为女性,年龄38~66岁,平均49岁。右乳腺癌13例,左乳腺癌17例,肿块位于外上象限24例,内上象限3例,外下象限3例;临床分期为TNM分期Ⅰ期2例,Ⅱ期28例。

1.2 手术方法

1.2.1 保留肋间臂神经 分离皮瓣后,在清理乳腺周边组织时,不要过多地切断腋窝和上臂间的组织,清扫腋窝淋巴脂肪组织时,应由上至下,由内至外,以便找到肋间臂神经,发现该神经后,沿神经剪开浅面组织,然后向深清理。

1.2.2 保留胸前神经 清扫肋间淋巴结应注意保护胸外和胸内侧神经,一定要熟悉神经的分布和走行,尤其是伴行血管出血时,应切忌盲目钳夹结扎止血。

2 结果

30例病人保留肋间臂神经,无1例出现患侧臂、腋部的感觉异常,仅有1例出现了上肢及肩部疼痛,3个月以后恢复正常。30例病人保留胸外和胸内侧神经支,无1例出现胸肌明显萎缩。

3 讨论

胸前神经是支配胸大肌、胸小肌的主要神经。它起源于臂丛外侧束的胸外侧神经跨过腋静脉前方后,在胸小肌内侧缘沿肩峰动脉的胸肌支进入胸大肌深面,自腋静脉内侧沿胸小肌深面向前下走行,穿过胸小肌或绕过胸小肌外缘至胸大肌。解剖Rotter淋巴结时注意识别和保护起源于臂丛内侧束的胸内侧神经。肋间臂神经穿行于腋静脉下方的脂肪组织内,于前、侧胸壁移行处,即胸长神经前方2~3 cm,穿出第2肋间,直径约2 mm,自胸外侧静脉前方或后方,横跨背阔肌前缘,进入上臂后内侧,主要分布于腋窝后方,上臂后内侧皮肤,司皮肤感觉,其范围存在个体差异[2]。胸内侧神经支99%在胸小肌内前方斜过胸肩峰血管伴行,其分支大部分经内上方进入胸大肌内,而胸外侧神经位于胸小肌后,92%穿过胸小肌。

以往各型乳腺癌术中常忽略保留ICBN,而切除ICBN后常导致该神经分布区域皮肤感觉障碍或疼痛等。二十世纪70年代有文献报道切除ICBN对乳腺癌根治术后患者上肢功能的影响,主要表现为麻木、疼痛感,该综合征往往较顽固,对患者生活质量影响较大[2]。有研究表明保留肋间臂神经术后上臂内侧感觉障碍发生率仅4%~14.2%,多在术后2~3周内恢复[3]。本组保留肋间臂神经30例,无患侧臂、腋部的感觉异常出现,仅有1例出现了上肢及肩部疼痛,3个月以后恢复正常;保留胸外和胸内侧神经支,30例病人无胸肌明显萎缩现象;说明保留肋间臂神经腋淋巴结清扫术可在很大程度上避免了术后的上肢的感觉障碍,而且随访1个月~3年,未见局部复发病例。因此我们体会保留肋间臂神经、胸前神经改良乳腺癌根治术是可行的,但具体实施时应注意:①乳腺癌改良根治术应该选择临床Ⅰ、Ⅱ期乳腺癌,且肿瘤未累及胸肌筋膜患者;②熟悉胸前神经及肋间臂神经的解剖特点。

综上所述,乳腺癌患者改良根治术,能够保护AN和ICBN且能保证被清扫肿大淋巴结的完整性的,手术操作并不复杂,不增加肿瘤复发的危险性,保全了患者患侧上臂内后侧感觉功能,消除不适症状,有利于提高患者术后生活质量,手术方式值得临床推广。

[参考文献]

[1] 刘晓辉,李桂良,陈建富,等.保留肋间臂神经的乳腺癌改良根治术9例[J].局解手术学杂志,2008,17(2):135-136.
[2] 马希波.乳腺癌改良根治术一种新的入路保留胸前神经和肋间臂神经60例临床分析[J].实用医技杂志,2008,15(23):3108-3110.
[3] 范忠林,宋振川,李海平,等.乳腺癌手术保留肋间臂神经的临床价值[J].中华外科杂志,2001,39(10):773-774.

(编辑:左艳芳)

[收稿日期] 2008-11-03 [修回日期] 2008-11-26