维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2003年第12卷第2期
J Regional Anat & Operative Surg, 2003, Vol.12, No.2

外侧组织瓣转移用于保留乳房的乳癌根治术

孙秋茹* 赵光明* 马传栋* 于永林**

【摘 要】 **目的** 探讨乳腺癌根治手术的同时进行乳房成形的术式及其临床意义。**方法** 自1997年至2002年对20例早期原发乳腺癌进行乳房成形的根治术。**结果** 20例手术均获成功,切口均甲级愈合,无乳头坏死。其中10例患者术后2年以上随访,均无肿瘤局部复发及转移。与不保留乳房的根治手术相比肿瘤的复发和生存差异无显著性。乳房成形根治术按 Iino Y 美观标准评价,优15例,良5例。**结论** 随着医学模式的改进,对乳腺癌手术治疗原则已经转为由大到小的趋势,在充分切除原发癌的前提下,尽量采用破坏性较小的术式,重视保留乳房的美学理念。应用外侧软组织瓣(lateral tissue flap, LTF)乳房成形,显示出良好临床效果和使用价值。

【关键词】 乳房成形; 乳腺癌;外侧组织瓣

Lateral tissue flap transposition used for breast conservative surgery in radical mastectomy of breast cancer *Sun Qiuru, Zhao Guangming, Ma Chuandong, et al. Department of Neoplasm Surgery, Affiliated Hospital of North China Coal Medical College, Tangshan 063000*

【**Abstract**】 **Objective** To evaluate the surgical treatment and clinical significance of breast- conservative surgery for primary breast cancer. **Methods** A total of 20 patients with primary breast cancer from 1997 to 2002 were operated on by breast- conservative surgery. **Results** Operation was successfully performed in all cases. The wounds healed in time with no necrosis of breast nipple. 10 of the 20 cases were followed up more than two years after operation. The patients were alive without local recurrence and metastasis. No difference at survival time and local recurrence were found between the patients with breast-conservative surgery and those with radical mastectomy. 15 cases were excellent, and 5 cases good. **Conclusion** The breast conservative surgery, using lateral tissue flap, has a good clinical efficacy and practical value for primary breast cancer.

【**Key words**】 Breast moulding; Breast cancer; Lateral tissue flap(LTF)

随着医学模式的改进,女性乳腺癌的发病有逐渐年轻化趋势。对乳腺癌手术治疗已经由根治术、改良根治发展到保乳手术,维持乳房的美学形态,患者的社会心理因素引起重视。文献报道对乳腺癌的生存质量,采取保乳手术与不保乳的根治术相比未显示生存率上的差别[1,2]。自1997年至2002年,经治20例早期原发乳腺癌,均为女性,采用癌瘤象限切除LTF转移用于保留乳房的乳癌根治术。现就手术方法及临床效果报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组20例,均为女性。年龄22~46岁,平均34岁。临床Ⅰ期10例,ⅡA期10例。肿瘤距乳晕最小3.5 cm。肿瘤直径≤3 cm,与皮肤无粘连,同侧腋窝无融合、固定的肿大淋巴结。所有患者术前均行针吸或术中快速冰冻切片,病理诊断为乳腺癌,有强烈保留乳房愿望者,术后再经病理证实,肿瘤表面皮肤边缘及乳头后乳腺组织切缘均未见癌组织残留。

1.2 手术方法

患者仰卧位,患侧上肢外展肘90°,屈曲前臂至于头侧上方。皮下注射美蓝对肿瘤进行标记,如图1所示肿瘤应定位于象限中央,手术切口应距肿瘤3 cm。肿瘤切除的范围,从腋中线顶到乳房下皮肤皱摺的1条外侧切口,即使肿瘤在内上象限,切口也可以从Loopers韧带上分离出皮下组织做一个厚组织瓣,腺体可以暴露,显露沿胸大肌的外侧和腋窝组织,切开腋窝筋膜分离出腋窝淋巴结,术中不论癌组织有无转移,均要求从第1组淋巴结清除到第2组,注意保护神经和血管,有时清除需到第3组。将胸大肌下拉而胸小肌上提可容易暴露腋顶部淋巴结并清除之,在清除过程中,注意保护臂部血管同时勿损伤支配胸大肌的神经。

* 作者单位:063000 河北省唐山市华北煤炭医学院附属医院肿瘤科
** 唐山市第二人民医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

外侧背阔肌筋膜为外侧组织瓣，轻柔的从背阔肌筋膜移出如图2所示，切除肿瘤所在象限，距切缘各个方向都应有3 cm，在乳头下方的汇合管和输乳窦应分离切除以防止瘤组织残余在导管小叶组织周围。肿瘤冰冻切片的组织学诊断可作为估测癌肿瘤的边缘状态。

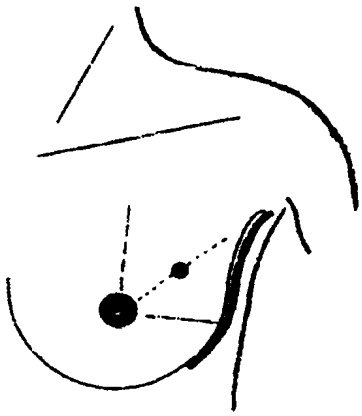


图1 切口

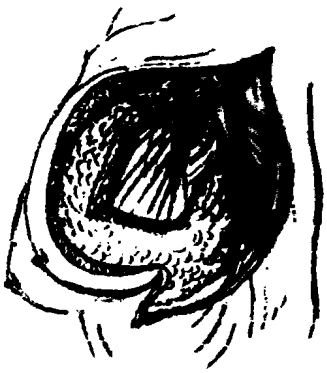


图2 显露外侧组织瓣

首先对缺损大小作以估计，设计一个合适的皮瓣，如果组织瓣不能补够缺损处，则把残余的腺体随组织瓣旋转而转移；如果肿瘤在外上象限切除，乳腺内侧组织瓣需转到外上部分；如肿瘤在外下象限，切除后转移组织瓣到内下方；若肿瘤在内下象限切除，下部分的残留腺体先转移，然后组织瓣转移内侧；若肿瘤在内上象限切除，则先转移组织瓣，再转移内上残余腺体。

2 结果

20例手术均获成功，切口甲级愈合，无乳头坏死。均无明显其他并发症，全部患者术后均给予辅助化疗及放疗。其中10例超过2年随访无局部复发及远处转移。与不保留乳房的根治手术相比，肿瘤的复发和患者生存无显著性差异。按 Iino Y 评价美容标准[3]，结果优15例，良5例。

3 讨论

自 Halsted(1894)首创乳腺癌根治术后100余年，乳腺外科治疗经历了根治术、扩大根治术、改良根治术和保乳手术四个阶段。手术方式的变迁及治疗效果与人们对乳腺癌生物学行为的认识密切相关。乳腺癌是一种全身性疾病。经典的 Halsted 理论受到前所未有的挑战。目前乳腺癌手术的切除范围趋向缩小，强调肿瘤治疗和美乳兼顾。

作者认为保留乳房的同时行外侧组织瓣转移乳房成形术与乳房切除术后的生存质量，局部复发率，术后并发症无差别[4-6]。Hollandetal 指出如果切除肿瘤及其周围2 cm范围，有42%的患者会发现残余癌，而切除肿瘤及其周围4 cm内仅有10%能发现残余癌。因此，如果患者采取了1/4切除(一种扩大的局部切除术)，能使局部肿瘤的复发得到控制。但是这种术式会严重影响美乳效果，尤其乳房较小的患者。

应用外侧组织瓣(LTF)技术代替象限切除术造成的缺损，能避免象限切除术对美容效果的影响，应用这种术式的优点是缩小了由背阔肌皮瓣(LDF)转移术所造成的大面积创伤。后者会引起同侧季肋部的疼痛，以及乳房随上肢活动而产生的不随意运动，皮瓣组织挛缩。而进行 LTF 转移术的患者在最初几年没有明显的肌肉挛缩。

本文采用一个沿腋中线到乳房皱褶的切口，这样侧切口不仅能彻底暴露乳腺组织，而且能清晰的显示腋窝第1到第3组淋巴结，不用重新挪动覆盖在肿瘤上的皮肤，通常除了体表病变外不必要切除过多周围皮肤。根据肿瘤所在部位补充缺损量，采取组织瓣不同的移转使乳房成形。在旋转过程中要注意保护组织瓣及残存腺体的血供，但也应该保证组织瓣足够大，双层缝合可以防止术后不同程度的萎缩，可以塑造组织瓣的隆起。这种方法可以是乳房外形有一个更好的美容效果。

小结：随着普通人群的生活、文化水平的提高，越来越多的患者已不满足于单纯的肿瘤切除治疗，还要考虑治疗的美容效果。大多数女性都很注重外表和形

维普资讯 http://www.cqvip.com

体，随着自我爱美意识的提高，保乳术更容易使患者从乳房切除术的身心创伤中恢复。因此，她们更容易恢复正常工作和社会生活。对原发乳腺癌所采取的乳房整形术中，LTF术式已显示其应用价值。

参 考 文 献

1. Jacobson JA, Danforth DN, Cowan JH, et al. Ten - years results of a comparison of conservation with mastectomy in the treatment of stage Ⅰ and Ⅱ breast cancer. N Engl J Med, 1995, 332: 907 - 911.
2. Arrigada R, Le MG, Rochard F, et al. Conservative treatment versus mastectomy in early breast cancer; Patterns of failure with 15 years of follow - up data. J Clin Oncol, 1996, 14: 1558 - 1564.
3. Lino Y, Takel H, Andoh T, et al. Subcutaneous mastectomy with axillary dissection plus breast reconstruction using latissimus dorsi myocutaneous flap (or latissimus dorsi muscle) for breast cancer. Anticaner Res, 1995, 15: 1511 - 1515.
4. Smitt MC, Nowells KW, Zdeblick MJ, et al. The importance of the Lumpectomy surgical margin status in long-term results of breast conservation. Cancer, 1995, 76: 25 - 267.
5. Gage I, Schnitt SJ, Nixon A, et al: Pathologic margin involvement and risk of recurrence in patients treated with breast-conserving therapy. Cancer, 1996, 78: 1921 - 1928.
6. Johnson JE, Page DL, Winfield AC, et al. Recurrent mammary carcinoma after local excision; A segmental problem. Cancer, 1995, 75. 1612 - 1618.
7. Raja MA, Straker VF, Rainsbury RM. Extending the role of breast-conserving surgery by immediate volume replacement. Br J Surg 1997, 84: 101 - 105.

(收稿日期：2003 - 03 - 20)

(上接117页)

继续治疗，复查胃镜：距门齿25～33 mm可见食管癌，瘘口位于距门齿30 cm，同时进行食道扩张。于11月13日下午14:30在电子胃镜下行食道覆膜支架置入术，应用LOT4236837号支架，钢丝引后，送入支架释放器，内镜监视下将支架释放于病变部位，退出支架释放器，见支架覆膜部分准确放于距门齿25～33 cm处，术中顺利。

2 护理

2.1 术前护理

(1)耐心细致的向患者及家属讲解置入食道支架的目的、步骤、配合方法及术后可能出现的并发症，消除患者焦虑、恐惧心理，积极配合手术。(2)常规检查凝血酶原时间、肝肾功能、电解质及心肺功能。(3)常规胃镜检查确定部位及了解狭窄病灶的内径及长度等。(4)禁食禁饮8 h以上。(5)术前1 d用生理盐水250 ml + 地塞米松5 mg + 丁安卡那霉素0.4g冲洗食道，每日4次。(6)准备好器械、急救物品。

2.2 术后护理

(1)病情观察：支架置入后可能发生食管穿孔、出血、支架移位及堵塞、胸痛、发热等并发症，这就要求术后1周内，尤其第1～3天应密切观察病情及生命体征，如出现胸骨后剧烈疼痛、气胸、皮下气肿、呕血、黑便或吞咽困难未能缓解等情况时，应及时报告医生并处理。本例患者术后第1～2天诉咽喉部及胸部疼痛，嘱患者用盐水漱口，遵医嘱给予多瑞吉贴剂及强痛定肌注后缓解，无其他并发症发生，生命体征平稳。(2)饮食护理：术后2 h嘱患者饮少量温开水，无呛咳，当天以进流质为宜，术后2～3 d进流质或半流质，以后酌情进软食，并将食物慢嚼细咽，以免引起阻塞，同时忌干、粗糙、硬性食物，进食后多饮水，防止食物卡在支架上，并叮属患者若出现进食呛咳、吞咽梗阻时应停止进食。(3)药物治疗护理：术后予抗感染、止咳、化痰、制酸、保护胃粘膜、止痛及对症支持治疗，密切观察药物的毒副反应，未诉特殊不适，无药物不良反应发生。(4)术后第5天复查胸片及上消化道钡餐，见食管支架置入良好，无移位，食道气管瘘已堵塞，双下肺纹理仍增粗，患者仍诉轻微咳嗽、咳痰、胸痛，改用抗生素，予以超声雾化吸入。

2.3 出院指导

患者恢复较好，一般情况可，咳嗽、咳痰减轻，体温正常，进食无呛咳，拟出院，嘱患者：(1)避风寒，清淡饮食；(2)定期复查胸片；(3)继续抗感染治疗；(4)建议至肿瘤科继续治疗；(5)出现症状及时就诊。

3 讨论

本例患者患绝症，到消化科治疗时已水米不进，体重下降约6 kg，全身情况极差，精神极度萎靡，通过置入支架，在他的食道处重新构建了食物通道，患者的痛苦迅速得到了缓解，进食畅通无阻。此例系本市首例采用进口覆膜支架治疗近端恶性食管癌合并气管瘘，这一全新疗法取得了成功为广大食管癌患者带来了福音，延长了病人生命，提高了生存质量。因此，本文建议中、晚期食管癌失去手术机会患者，为了迅速缓解吞咽困难，改善营养状况，延长生存期，本疗法不失为一种有效的姑息性治疗。本疗法有以下优点：(1)在胃镜下置入支架，避免了X线损害，定位准确，方法简单，成功率高。(2)安全，并发症少，且治疗费低。(3)疗效确切，病人耐受性好。(4)本疗法除起再造通道作用，使患者正常进食外，同时内支架本身压迫癌组织，防止出血，造成局部血运不畅，癌灶生长速度缓慢，能较长时间保持狭窄部通畅，阻止癌组织向内生长，值得临床推广。

(收稿日期：2003 - 04 - 03)