改良横切口在内侧乳腺肿瘤手术的应用

何兆群,黄细妹,凌洁卿 (广东番禺人民医院腺体外科,广东 广州 511400)

[摘 要] **目的** 在横切口(Stewart切口)的基础上对内侧乳腺癌患者手术切口进行改良,成为逗号形横手术切口,减少术后并发症。**方法** 对80例可以行横切口的内侧乳腺癌手术(非保乳)病人,采用横切口(对照组)和逗号形横手术切口(实验组)进行手术治疗。术后观察病人皮瓣坏死和肩关节活动恢复等指标。**结果** 采用逗号形横手术切口的内侧乳腺癌病人,切口皮肤坏死率较低,肩关节功能恢复较好。**结论** 逗号形横手术切口应用滑行皮瓣原理,较好地利用了外侧过多的皮肤,解决内侧乳腺癌可用皮肤较少的问题,减少了术后并发症。

[关键词] 乳腺肿瘤;根治性手术;切口;并发症
[中图分类号] R655.8; R737.9 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2008)06-0391-03

Application of modified transverse incision on wall breast cancer operation

HE Zhao-qun, HUANG Xi-mei, LING Jie-qing (Department of Breast Surgery, People's Hospital of Panyu, Guangzhou Guangdong 511400, China)

Abstract: Objective To reduce the complications for modifying the steward incision to comma-shape steward incision on wall breast cancer patients. **Methods** Totally 80 cases with wall breast cancer were randomly divided into two groups transverse incision group(control group) and comma-shape steward incision group(experiment group). The skin flap necrosis and the recovery of shoulder joint activity were observded after operation. **Results** The rate of skin flap necrosis and enhanced shoulder joint function recovery in experiment group were obviously lower than that of control group. **Conclusion** Sliding flap principle were used in comma-shape steward incision operation, which reasonablely used the lateral spare skin to solve the problem of the wall skin insuf. Less complications occured.

Keywords: breast cancer; radical cure operation; incision; complication

乳腺癌是以局部表现为主的全身性疾病,以手术为主的综合治疗是提高疗效的根本所在。乳腺癌根治性手术切除及游离范围大,内侧乳腺癌比外侧乳腺癌切口张力更大,坏死及植皮机会更大。本研究通过改变切口,在保证肿瘤彻底切除的基础上,充分保留正常皮肤,成功地减少了皮瓣并发症,提高了生存质量,并为提高疗效创造了条件。现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2006年6月至2008年9月收治内侧乳腺癌患者80例,均为女性。年龄30~80岁,中位年龄51岁。左侧乳腺癌41例,右侧乳腺癌39例。

1.2 方法

本组共收治可以行横切口的内侧乳腺癌手术病人80例,采用横切口(Stewart切口)治疗40例为对照组,采用逗号形横手术切口治疗40例为实验组。

Stewart横切口,离瘤周2~3 cm,两侧作梭形延伸并相交。逗号形横手术切口以肿瘤为圆心,离瘤周3 cm作圆,经乳晕边缘上下作切开线至腋中线,腋横纹下三横指处(图1)。缝合时使切口凹侧(外上或外下侧)皮肤成为滑行皮瓣,覆盖皮肤缺损处。并改变切口两角位置,切口外侧角改在切口凸侧皮瓣的外侧3~4 cm处(图2、图3)。如肿物在内上象限切口外侧角改在下皮瓣外侧3~4 cm处,并修剪去除切口两角"皮肤堆积"。必要时切口可加3M胶带固定减张及进行对侧皮瓣松解减张。其余手术步骤同常规乳腺癌根治或改良根治手术。

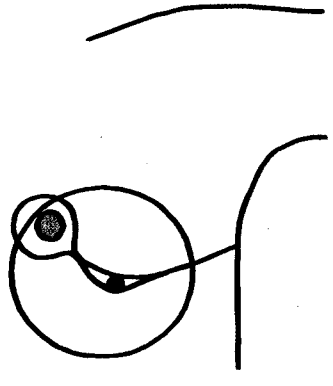


图1 切口示意图

[基金项目] 广州市番禺区科技局攻关项目(2007-Z-62-1)
[作者简介] 何兆群(1975-),女,广东省广州市人,主治医师,主要从事乳腺和甲状腺外科方面的研究。电话:(020)88499660
[收稿日期] 2008-10-10 [修回日期] 2008-11-15

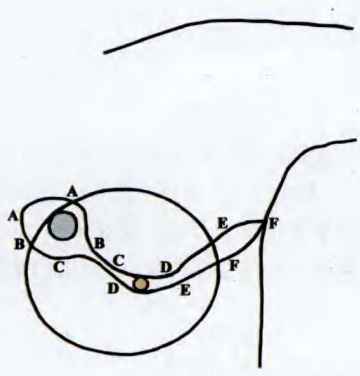


图2 切口缝合示意(图中相同字母为对缝点)



图3 术后切口愈合情况(病例之一)

1.3 评价指标及统计学分析

术后观察两组病人皮瓣坏死的发生率,并测量皮瓣坏死范围作为检测指标。皮瓣坏死程度分为3种。Ⅰ度:直径小于等于3 cm的一处皮瓣坏死(小范围皮瓣坏死)。Ⅱ度:直径大于3 cm、小于等于5 cm的一处皮瓣坏死,或直径小于等于3 cm孤立的两处皮瓣坏死(中范围皮瓣坏死)。Ⅲ度:直径大于5 cm的一处皮瓣坏死,或直径大于3 cm、小于等于5 cm孤立的两处皮瓣坏死,或直径小于等于3 cm的三处皮瓣坏死(大范围皮瓣坏死)[1]。坏死区皮肤在术后一周清除,重新缝合,如缺损区边距仍大于等于2 cm,则予以植皮,并统计皮肤坏死发生率及植皮率[1]。

肩关节活动满意度指标分为良好、一般、差。良好:术后二周内,肌力正常,肩关节活动和感觉完全恢复正常。一般:术后二周肌力稍差,手不能经头顶触及对侧耳。差:术后二周,手不能负重,不能完成梳头动作。

对两组观测结果进行统计分析,组间比较采用秩和检验。

2 结果

内侧乳腺癌患者80例,其中40例采用横手术切口方式,40例采用逗号形横手术切口方式。共有49例切口甲级愈合,术后4~7 d开始辅助综合治疗。31例皮瓣条片状区域表皮坏死,换药后乙级愈合。1例皮下瘀血与皮瓣无关,未影响皮瓣血运。所有病例均无植皮,无术后上肢水肿,无局部复发。两组病人皮瓣坏死发生情况比较(表1),经秩和检验,$H=4.4061$,$P<0.05$,两组皮瓣坏死发生率有显著差异。两组病人肩关节活动度恢复情况比较(表2),经秩和检验,$H=5.8005$,$P<0.05$,有显著差异。

表1 两组病人皮瓣坏死发生情况比较

组别	无皮瓣坏死(例)	皮瓣坏死(例)		
		Ⅰ度	Ⅱ度	Ⅲ度
对照组	20	19	1	0
实验组*	29	11	0	0

*:与对照组比较,$P<0.05$

表2 两组病人肩关节活动度恢复情况比较

组别	良好	一般	差
对照组	17	22	1
实验组*	28	12	0

*:与对照组比较,$P<0.05$

3 讨论

国内报道乳腺癌根治性手术皮瓣坏死率为31%~71%,伤口逾期愈合,延迟化疗导致影响乳腺癌综合治疗效果。皮瓣坏死多位于切口段张力过大处。内侧乳腺癌比外侧乳腺癌切口张力更大,坏死及植皮机会更大。尤其肿瘤体积大者,皮肤切除范围广,更易导致此种情况。因此预防皮瓣坏死使切口一期愈合对患者非常重要。

目前,乳腺癌根治性手术,常用的切口主要有纵切口(Halsted-Meyer切口)和横切口(Stewart切口)及临床上较少用的斜切口(Rodmam-Greenongh切口)、弧梭形切口(Meyerde的原始切口)[1]。斜切口易致皮瓣坏死,而横切口与胸前皮肤血供分布平行,不会对皮肤血供造成破坏,故采用横切口行乳癌根治术皮瓣坏死率低[1]。横切口术后肩关节功能障碍比斜切口少[2]。弧梭形切口的下部垂直,上端向腋窝弯曲,因瘢痕形成,容易影响外观及上肢活动[1]。纵切口的皮瓣坏死率、肩关节活动受限明显高于横切口,且横切口与胸部皮纹方向一致,有利于保持皮瓣良好血运[3],横切口距肩关节较远,减轻瘢痕增生,术后肩关节功能障碍发生较少[4]。横切口比纵切口美观。

Stewart横切口,因内侧乳腺癌切口超过正中线,常见疤痕增加,内侧乳腺癌比外侧乳腺癌切口张力更大,外侧皮肤太多致形成皱折或切除,浪费了本可以利

用的皮肤。

应用切口皮瓣褥式减张缝合,可能致局部皮肤凹陷。皮瓣戳孔减张,可能增加创伤影响血运及外观。对侧皮瓣松解减张,可能增加创伤影响血运。应用单用3M胶带固定减张的方法[4],有一定效果,但各有优缺点。

逗号形横手术切口通过切口的改变,应用了滑行皮瓣原理,较好利用了外侧过多的皮肤。设计皮瓣时,若肿瘤未侵及皮肤,可适当缩小皮肤切除范围,但不宜小于2 cm[5];若肿瘤侵及皮肤,切除边界应以肿瘤边界为测量根据。乳房较大者,皮肤切除区应适当调大,术后皮肤不致太松弛。缝合皮肤时注意缝线与皮缘必须垂直,以便宽基皮瓣能有效对错转移,缝合时缝线与皮缘避免形成较大角度,否则导致皮瓣张力集中于该区域引起血运障碍。皮肤较少时,尽可能多地保留正常的皮肤组织,使无张力皮肤紧贴腋窝,既可缩短引流时间,又可避免因愈合后过度牵引腋血管及淋巴组织,从而减少上肢水肿发生机会[6]。

本组应用逗号形横手术切口效果良好,能较好解决内侧乳腺肿瘤术后可用皮肤较少的问题,符合现代乳腺癌治疗发展趋势,操作简单,易于理解,无需特殊设备,具有一定的临床推广价值。

[参考文献]

[1] 左文述,徐忠法,刘 奇.现代乳腺肿瘤学[M].济南:山东科学技术出版社,1996.
[2] 闫 洪.乳腺癌根治术的切口选择[J].航空航天医药,2002,13(3):152-153.
[3] 钱浩勇,严 俊.Stewart横切口乳腺癌改良根治术术式探讨[J].中华医学杂志,2003,83(2):152-153.
[4] 唐伟勇,陈 宏.用3M胶带减张乳腺癌根治术的切口[J].中国临床医学,2002,9(4):439.
[5] 雷光焰,左天增,付改发,等."S"形切口在乳腺癌手术中的应用研究[J].肿瘤防治杂志,2004,3(11):307-308.
[6] 赵大方.改进的Stewart切口-双圆法设计乳癌根治术切口的研究[J].中国临床医学,2003,10(2):231-232.

(编辑:余汇洋)

左侧肾和睾丸血管变异1例

马 军,周 思,于 兰 (桂林医学院人体解剖学教研室,广西 桂林 541004)

[关键词] 肾血管;睾丸血管;变异;解剖学
[中图分类号] R322.123 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)06-0393-02

作者在解剖一具中年男尸时,发现腹膜后间隙存在肾和睾丸血管的变异,对其进行了解剖观测,经详细查询文献资料,国内报道很少见。现报告如下。

1 材料与方法

10%福尔马林固定成年男尸1具,年龄45岁,身高170 cm。常规方法解剖腹部时,发现腹膜后间隙存在血管变异,仔细追踪其行径,观察其毗邻关系,测量其外径和长度,并用数码相机拍照。

2 结果

通过观察发现,左肾静脉由出自肾门前下方和后上方的2条较大的属支包绕2条肾动脉向右内侧至腹主动脉左前外方汇合而成,其属支还包括左肾上腺静脉、左睾丸静脉和左副肾下极静脉(图1a、1b),进入左肾的动脉出现4条(图1c)。其中,左副肾上极动脉1条,起于左肾动脉初级干,直径2 mm,长度3.8 cm,于左膈脚前方行向左外上进入肾上端内下方,并在其近端1.8 cm处发出左膈下动脉,后者在分布到膈肌肋部左侧半的行程中还发出3支左肾上腺下动脉;左肾动脉2条,其中肾动脉初级干由腹主动脉平第一腰椎平面向左侧发出,直径5.46 mm,主干长度4 cm,达肾门附近分前、后两干,每干在肾窦内又分上、下两支,进入相应的肾段。另一条左肾动脉,直径2 mm,长度3.5 cm,起于肾动脉初级干1 cm处的外上方,先弓状向上再向前外下方跨过肾动脉主干的前方,在肾门前内下方入肾;左副肾下极动脉1条,直径2.5 mm,长度5.3 cm,距左肾动脉初级干下方3.6 cm处由腹主动脉发出,在腰大肌前面走向左外上方至肾内侧缘下部入肾,其与伴行出肾的左副肾下极静脉将肾内侧缘下部分成前,后两唇,两唇间的间隙向上外与肾窦相通。左睾丸动脉直径1.4 mm,由左副肾下极动脉在距其根部1.4 cm处的外下方发出,向外下与睾丸静脉相伴行。除存在以上左侧变异外,同时还合并存在右睾丸动脉起点偏低,平第2与第3腰椎间的椎间盘平面由腹主动脉发出,几乎与肠系膜下动脉起点同平面(图1d)。

[收稿日期] 2008-08-30 [修回日期] 2008-09-29

(下转第396页)