维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1995 年第 4 卷第 3 期总第 15 期

乳房手术中医源性损伤 27 例分析

沈阳医学院附属中心医院普外科 闻 博 赵启风 张庆森 张 健 吴树森

（辽宁沈阳，邮政编码 110024）

因乳房疾病取手术治疗的病人临床常见，因手术中医源性损伤来院求治者也非罕见。自 1984 年至 1993 年，接治有明显症状与体征的 27 例，本文从解剖学观点分析医源性损伤的原因，旨在提高乳房疾病的治疗效果。

临床资料：本组 27 例均为女性，年龄 21～58 岁。以乳房脓肿手术后乳房胀痛、乳管瘘就医者 13 例。乳癌根治术后患侧上臂疼痛 5 例，影响前臂内旋及外展 6 例，导致翼状肩胛 3 例。

原因分析：

一、乳房脓肿手术后乳房胀痛或发生乳管瘘多系首次手术中损伤输乳管所致。乳房腺体有 15～20 个腺叶，每个腺叶都有一独立的输乳管，呈放射状排列集中并开口于乳头。由于乳晕区周围皮肤有丰富的皮脂腺、汗腺及乳晕腺，在泌乳期腺体分泌十分旺盛。若局部不洁，或因其他疾病易招上述腺体感染，形成脓肿。从解剖学看，该处感染灶距输乳管很近，尤其在乳晕部位。手术切开处脓肿不慎，极易损伤输乳管。此情况一旦发生，术后易发生输乳管堵塞引起乳房胀痛，或再发脓肿形成乳管瘘。本文 13 例均属首次手术切口不准确或手术操作不细所致。预防此种损伤发生，对乳晕下脓肿应造乳晕与皮肤交界处作环形浅切口，潜行游离乳晕下组织，仔细切开脓肿，其他部位的乳房脓肿，应作以乳头为中心的放射状切口或乳房下缘弧形切口，仔细准确直达脓腔，完全可以避免损伤输乳管。

二、乳癌根治术后病人出现患侧上臂疼痛，本文报告 5 例，发生原因是术中损伤或连同血管一同结扎了肋间臂神经。乳房神支配系由第 2～6 肋间神经的前皮支、外侧支和锁骨上神经。其中第 2 肋间神经的外侧支较粗，向外分布于上臂内侧皮肤，亦称肋间臂神经[1,2]，乳癌根治术中未加注意将其切断或与血管一起结扎，即可导致术后该侧上臂疼痛。正确作法是注意将其找到并游离出来加以保护。

三、乳癌根治术后病人出现前臂内旋及外展障碍，本文 6 例，原因是手术中损伤了胸背神经。在肋间臂神经后与之交叉有胸背神经，该神经发自臂丛背侧束，循肩胛骨腋缘与肩胛下血管、胸背血管伴行，沿肩胛下肌、大圆肌下行，支配上述二肌及背阔肌[3]该区还有与血管伴行的肩胛下淋巴结。乳癌根治术清除该人区淋巴结时，不慎极易切断该神经，使背阔肌失控，影响前臂内旋及外展动作。预防的办法是术中清除肩胛下淋巴结前，在第三胸肋平面上方，近背阔肌内缘处找到胸背神经，并加以保护。

四、乳癌手术后病人患侧上肢不能高举过度，肩胛骨呈翼状（翼状肩胛）不能紧贴胸骨，本文 3 例，是由于手术中损伤胸长神经所致。胸长神经是前锯肌的支配神经，该神经沿腋窝内侧壁走行，该区分布胸肌淋巴结[4]。乳癌手术清除该区淋巴结时，如不加注意，很容易损伤行进间的胸长神经，导致前锯肌支配失控。预防办法是在清除胸肌淋巴结时，在腋静脉通过第二肋的前缘位置，失行找到胸长神经，仔细游离并加以保护。

为避免损伤上述两条神经，如辨认不清，可用镊子轻轻夹出，观察是否有所支配的肌肉收缩，即可证实。注意解剖关系，仔细操作，医源性损伤是可以避免的。

参考文献

1. 蒋彦永等译．普外手术并发症与局部解剖关系，人民军医出版社 1986；29～32.
2. 金绍岐．实用外科解剖学，陕西科学出版社 1986；288～295.
3. Hoffman GW, et al. The onatomy of the pectural nerves and itssi gnificance to the general and Plastic surgeon Ann of surg 1987；205；504.
4. Moosmna DA, et al * Anatomy of the pectoral nerves and their preservation in modifiedmastectomy An J Surg 1980；139；883.

（收稿：1994－06－02）