

两种不同手术技巧对乳腺癌腋窝淋巴结清扫术后并发症的影响

尹 军,罗 琼,李 兵,邓元生,龚卫东,李 小敏
(衡阳市中心医院乳甲外科,湖南 衡阳 421001)

摘要: **目的** 观察两种腋窝淋巴结清扫手术技巧对术后并发症的影响。 **方法** 回顾性收集 34 例乳腺癌患者的临床资料,按照手术方法分为电切电凝组(17 人)和分离打结组(17 人)。比较两组术后清扫淋巴结数量、每天引流量、引流液中蛋白含量及血红蛋白含量,观察皮下积液的发生率及随访观察淋巴水肿的发生率。 **结果** 两种手术技巧对术后并发症的影响没有显著差异($P>0.05$)。然而,淋巴结清扫范围与术后引流量呈正相关,与引流时间呈正相关,同时影响患者术后淋巴水肿的发生率。 **结论** 两种乳腺癌腋窝淋巴结清扫技术的选择对患者的术后并发症没有影响。

关键词: 乳腺癌; 腋窝淋巴结清扫; 淋巴水肿; 并发症

中图分类号: R737.9 **文献标识码:** A

乳腺癌是女性最常见的恶性肿瘤之一,乳腺癌改良根治术依然是乳腺癌手术的标准术式,然而在乳腺癌改良根治术中腋窝淋巴结清扫术后常出现不同程度的并发症,淋巴水肿、皮下积液是乳腺癌腋窝淋巴结清扫术后患者面临的主要并发症,其中淋巴水肿发生率在 2%~51% 之间^[1-3]。在腋窝淋巴结清扫的外科技术中,通常采用电凝或结扎的方式封闭血管断端,本研究的目的是通过比较电凝及结扎两种不同手术方式并发症的发生率,试图通过手术方式的改变减少淋巴水肿、皮下积液的发生。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性选择本院 2013 年 4 月~8 月乳腺癌患者共 34 例,均为女性,年龄 28~60 岁,按照手术方法分为电切电凝组(17 人)和分离打结组(17 人)。有乳腺手术史、腋窝手术史、高血压病史、手臂或肩关节病史、乳房炎症性疾病或皮肤疾病骨科相关疾病均被排除在外,统一量化术后康复练习强度。手术组成员为同一组医生。两组间年龄、体重、术前 T 分期均无统计学差异($P>0.05$)。

1.2 手术方法

两组均行乳腺癌改良根治术,常规清扫到第 1、2 组淋巴结,术前评估有第 3 组淋巴结转移的清扫至第 3 组淋巴结,电切电凝组采用电切分离、血管断端电凝方式,仅大血管采用结扎。分离打结组采用剪刀锐性分离、血管断端结扎方式。

1.3 观察指标

分析比较两组清扫淋巴结数量、每天引流量、引流液中蛋白含量及血红蛋白含量,观察皮下积液的发生率及随访观察淋巴水肿的发生率。

1.4 统计方法

运用 SPSS13 统计软件分析,采用 t 检验分析, $P<0.05$ 认为有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组临床资料的比较

从图 1 和表 1 可见,两组淋巴结数目、总引流量、引流天数、蛋白量、血红蛋白量等比较,差异均无显著性($P>0.05$)。电切电凝组与分离打结组比较,术后皮下积液的发生率高,但差异无显著性($P=0.38$)。随访 3 个月后,电切电凝组淋巴水肿的发生率高,但差异无显著性($P=0.47$),6 个月时两组的淋巴水肿发生率更为接近($P=1.00$)。无其他并发症发生(如感染、慢性疼痛等)。

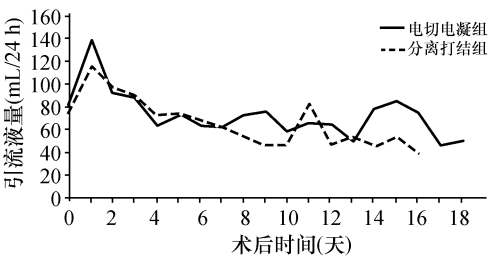


图 1 两组引流量随时间变化曲线图。 两组比较, $P>0.05$

表 1 两组临床资料的比较 ($n=17$)

项目	电切电凝组	分离打结组
总淋巴结数目(个)	11.1±6.4	13.6±5.7
第 1 组淋巴结	6.8±4.5	9.8±4.1
第 2 组淋巴结	3.4±2.5	3.0±2.8
第 3 组淋巴结	0.9±1.7	0.8±1.0
总引流量(mL)	803±546 (160~1 480)	712±382 (110~2 270)
引流天数(天)	10.1±4.0 (5~14)	9.5±3.9 (4~19)
皮下积液(例,%)	4(23.5)	2(11.8)
淋巴水肿(例,%)		
3 月	7(41.2)	5(29.4)
6 月	8(47.1)	8(47.1)
其他并发症(例,%)	0(0)	0(0)
蛋白量(g/L)	41.3±7.3 (25~52)	43.2±8.1 (30~59)
血红蛋白量(g/L)	2.4±1.3 (0.3~4.6)	2.7±1.8 (0.5~6.1)

两组比较,均 $P>0.05$

2.2 淋巴结清扫数量与引流情况的相关性分析

淋巴结清扫数量与术后总引流量呈正相关($r=0.45, P=0.006$),与引流时间呈正相关($r=0.41, P=0.015$),总引流量及引流天数均随淋巴结清扫范围的增加而增加(图 2)。

3 讨 论

通常外科医生会认为,电凝后的淋巴管和毛细血管并没有完全封闭,会造成术后皮下积液的产生,可通过结扎或缝合的方法有效地封闭这些小淋巴管和小血管。2006 年, Agrawal 等^[3]证明电凝因为热损伤可导致皮下积液量增加,因此推测结扎技术因没有热损伤可以减少皮下积液。然而在本研究中,尽管分离打结组的引流量少于电切电凝组,皮下积液发生率分离打结组低于电切电凝组,在整个 6 个月随访过程中发现两种不同手术方法的术后并发症

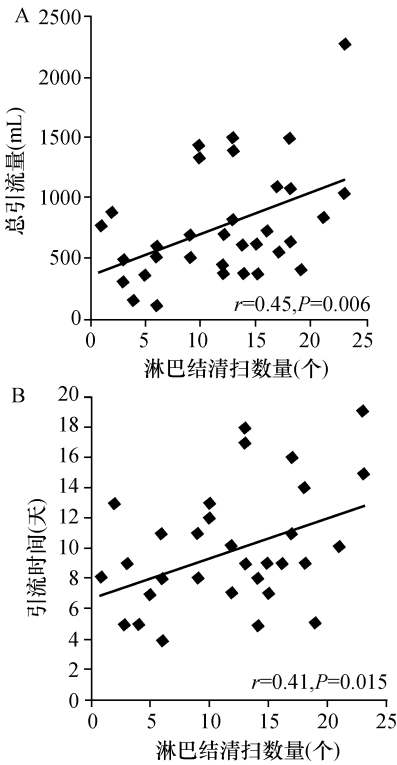


图 2 淋巴结清扫数量与引流情况的相关性分析

发生率并无统计学差异。推测其原因除研究样本量少以外,还有可能是手术操作技巧的差异因素。事实上残留的线结异物及电凝热损伤均可对组织产生刺激而产生积液。总体而言我们认为这两种方式对患者术后康复影响不大。

1999 年, Bonnema 等^[4]发现,在 ALND 后的第 1 天,引流液中含有较高量的血红蛋白,而后逐渐转为含血红蛋白逐渐减少的淋巴样液体。本研究发现两种手术方式术后 24 h 引流液中蛋白及血红蛋白的量并没有差异,所有患者均有类似引流液的组成。

淋巴水肿是乳腺癌改良根治术后最常见的并发症。本研究淋巴水肿发生率为 47.1%,虽然依然在相关文献报道范围内(2%~51%),但是发生率相对较高。这可能是由于本研究对象多为临床腋窝淋巴结转移可疑的患者,以及本研究对淋巴结水肿更严格的定义。由于本研究淋巴水肿发生率较高,腋窝淋巴结清扫不同的技术组合或采用其他技术是否更加合理有待进一步研究。

在临床实践中更大清扫范围可能会导致更多的引流量和淋巴水肿,本研究也证实手术清扫范围(即淋巴结数量)与引流量呈正相关。清扫的淋巴结数量对淋巴水肿发生有一定影响,(下转第 524 页)

(上接第 517 页)

清扫的淋巴结少时淋巴水肿的风险更低,当清扫的淋巴结数量增多时淋巴水肿的发生率增加。考虑原因是清扫范围更大时淋巴管网破坏更为严重,造成积聚在组织间隙的淋巴液更多,形成的淋巴水肿更严重。本研究结果表明,选择不同的外科手术方式对术后并发症仅具有有限的影响,手术清扫范围仍然是术后并发症主要的危险因素。

综上所述,切除的腋窝淋巴结数量仍然是选择手术方式最重要的依据,两种外科技术的选择对患者的术后并发症没有影响,因此,对于外科医生而言选择哪种外科技术应基于淋巴结清扫范围与肿瘤方面的考虑更为重要。但是本研究主要受限于相对较小的样本量,仍然无法完全回答最佳手术方法的问题,有待进一步研究。

参考文献:

- [1] Wang Z, Wu LC, Chen JQ. Sentinel lymph node biopsy compared with axillary lymph node dissection in early breast cancer; a meta-analysis [J]. Breast Cancer Res Treat, 2011, 129: 675-689.
- [2] Schijven MP, Vingerhoets AJ, Rutten HJ, et al. Comparison of morbidity between axillary lymph node dissection and sentinel node biopsy [J]. Eur J Surg Oncol, 2003, 29: 341-350.
- [3] Agrawal A, Ayatunde AA, Cheung KL. Concepts of seroma formation and prevention in breast cancer surgery [J]. ANZ J Surg, 2006, 76: 1088-1095.
- [4] Bonnema J, Ligtenstein DA, Wiggers T, et al. The composition of serous fluid after axillary dissection [J]. Eur J Surg, 1999, 165: 9-13.

(此文编辑:朱雯霞)