

预防和处理等因素有关,放射性皮肤反应分4级^[2],目前临床上用于预防和治疗放射性皮肤反应的药物较多^[3-4],包括激素类、维生素类、中药类等,其疗效不一,有的药物疗效虽好但价格较高,多数肿瘤患者难以接受,有的药物价格适中但疗效不定。

中医认为放射性引起的皮肤黏膜损伤是由于热邪伤阴引起蕴发脱屑,热痒、溃疡,热血产生红斑,血瘀致色素沉着,气血凝滞,经络阻塞灼痛^[5]。而中医中药清热凉血,解毒透疹,破积滞引瘀血,促进创面血液循环,活血通络,抑菌抗菌,控制创面感染,将坏死组织溶解液化,改善局部血液循环,促进肉芽生成^[6]。黄柏具有清热解毒、清热燥湿、泻火凉血、消炎止痒的作用,黄连具有清热燥湿、滋阴降火、解毒敛湿、活血化淤、祛风止痒止痛的作用^[7]。

以往我们观察连柏液具有放射性皮肤损伤预防作用^[8],本次观察人数显示,虽然出现3例3级放射性损伤,但预防效果优于对照组。我们观察了连柏液治疗3级放射性皮肤损伤病例,显示治愈率达91%,在患者感受以及创面愈合时间方面与对照组比较,有明显效果。4级放射性损伤,我们试治几例,效果不佳,改用中西医结合治疗。

连柏液具有消炎、止痒的效果,可减轻患者的痛苦,增强其治疗信心,为保证放射治疗计划的顺利完成提供良好的保证。连柏液显著的放射损伤防护作用,以及对3级以下放射性皮肤损伤良好的治疗效果,宜被患者接受,值得在临床上推广使用。

【参考文献】

- [1] Trotti A. Toxicity in head and neck cancer: A review of trends and issues [J]. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000, 47(1): 1-12.
- [2] Barlund M, Forozan F, Kononen J, et al. Detecting activation of ribosomal protein S6 kinase by complementary DNA and tissue microarray analysis [J]. *J Natl Cancer Inst*, 2000, 92(15): 1252-1259.
- [3] 孙永敏, 陈刚, 江瑞霞, 等. 比亚芬预防放射性皮肤损伤的疗效观察 [J]. *中华放射肿瘤学杂志* 2004, 13(4): 316-318.
- [4] 陆海文, 薛春华, 傅结珍, 等. 芦荟浓缩液治疗放射性皮肤急性损伤的临床观察 [J]. *中国热带医学* 2004, 4(4): 577-578.
- [5] 欧阳恒, 杨志清. *新编中医皮肤病学* [M]. 北京: 人民军医出版社 2000: 212-214.
- [6] 苗明三. *法定中药药理与临床* [M]. 西安: 世界图书出版西安公司 1998: 1059-1066.
- [7] 祝爱峰, 闫向远, 吴希涛, 等. 172例放射性皮肤损伤的体会 [J]. *肿瘤防治杂志* 2000, 7(6): 655-656.
- [8] 马红兵, 康华峰, 王西京, 等. 黄连、黄柏预防放射性皮肤损伤的临床观察 [J]. *中国皮肤性病学杂志* 2002, 16(6): 388-389.

编辑 井晓梅

· 经验交流 · 文章编号 1000-2790(2007)06-0511-01

乳腺癌根治术后皮瓣下积液的防治

李强, 王双全, 闫国诚, 张毅, 张瑞涛, 黄永凯, 王永 (西电集团医院肝胆外科, 陕西西安 710077)

【关键词】乳腺癌 根治术 皮下积液
【中图分类号】R737.9 【文献标识码】B

1 临床资料 1996-06/2006-06, 我科收治乳腺癌患者129例, 皆为女性, 年龄29~72(中位41.5)岁。均经病理确诊。临床分期I期23例, II期54例, III期37例, IV期15例。根治术18例, 改良根治术108例, 扩大根治术3例。手术切口纵梭状38例, 横梭状91例。分离皮瓣均采用高频电刀分离。引流管放置: 腋窝用24号多侧孔硅胶管, 内侧皮瓣下用劈成Y型的硅胶管, 皆连接负压吸引。术后包扎, 吸尽皮瓣与胸壁间的空气及渗液, 推平皮瓣, 胸带加压包扎。引流管处理: 术后接低压吸引器, 当引流量<5~10 mL时, 先拔除内侧引流管, 当引流量<5 mL后拔除腋窝管, 继加压包扎2~3 d。单纯皮下积液9例, 积液量20~100 mL。皮下积液合并皮瓣坏死2例, 坏死面积约2~5 cm², 及时处理后结痂愈合。

2 讨论 皮下积液是乳腺癌根治术后最常见的并发症, 国内报道112例, 发生率为11.11%^[1]。一旦出现, 不仅给患者带来痛苦和增加医疗费用, 而且影响术后综合治疗的开展及患者的预后。如何预防和避免发生皮下积液对促进切口一期愈合至关重要^[2]。①彻底止血 术中操作对组织过分揉挤, 使用电刀游离皮瓣后脂肪液化, 电灼之结痂脱落, 大的淋巴管未结扎而术后重新开放都是造成积液的原因。皮下注射肾上腺素盐水, 手术时视野清晰, 但术后暂时收缩的毛细血管及淋巴

管重新开放, 亦可致皮下积液, 应避免使用。较明显的淋巴管及小血管, 尽量予丝线牢靠结扎。术毕反复蒸馏水冲洗, 再次止血。在创面应用医用生物蛋白胶, 形成胶冻状蛋白膜覆盖术野, 亦可减少渗血和渗液^[3]。近几年我们术中常规应用, 术后渗液较少。②充分引流 乳腺癌根治术创面大, 受损伤组织面积广, 术后渗出液多, 因而创面引流十分重要。引流管宜使用稍硬的管子, 太软的管子在负压吸引下易闭合, 切口及引流口均应以凡士林纱布覆盖, 避免漏气, 手术切口缝合后, 应立即行负压吸引引流, 使皮瓣皮片与胸壁创面贴紧, 如有漏气, 应在该处加缝。胸壁外吸引管长度不应短于40 cm, 以避免逆行感染。根据我们的经验, 拔除引流管勿过早, 引流液清亮、渐少, 每日5~10 mL时方可拔除。拔管时, 开动负压器吸引, 用纱布沿其上方跟随被置管处的皮肤, 边拔边挤, 以使残留在窦道内的皮下液化物挤出。③适度包扎: 腋窝、锁骨下、胸骨旁是积液的好发部位。对凹陷处可使用较柔软的纱块填塞, 外加胸带加压避免死腔形成。包扎松紧适度, 适当的压力可消灭死腔, 防止渗血, 压力过大会引起血液循环障碍。我们一般在抽净积液后, 用纱布团成团块, 压在凹陷处后加压包扎, 效果满意。④及时处理: 乳腺癌创面大没有渗出加之负压吸引可引起血块脱落导致出血, 故必须动态观察, 对于积液明显处用注射器抽吸, 如多次抽吸仍有积液, 应切开置细引流管, 可很快愈合^[4]。本组几例单纯皮下积液经及时处理而愈, 避免了皮瓣坏死。

【参考文献】

- [1] 王新民. 预防乳腺癌根治术后并发症的研究 [J]. *中华实验外科杂志* 1995, 12(4): 21.
- [2] Sasson AR, Fowble B, Hanlon AL, et al. Lobular carcinoma in situ increases the risk of local recurrence in selected patients with stages I and II breast carcinoma treated with conservative surgery and radiation [J]. *Cancer*, 2001, 91(10): 1862-1869.
- [3] 郑进方, 王海东, 刑贻雷, 等. 纤维蛋白胶在右乳腺癌切除术中的应用 [J]. *中国普通外科杂志* 2001, 10(2): 181.
- [4] 吴祥德, 董守义. *乳腺疾病诊治* [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 291-300.

编辑 袁天峰

收稿日期 2006-11-14; 接受日期 2007-01-18

作者简介: 李强, 硕士, 主治医师. Tel: (029) 84225901 Email: liqiang1207@163.com