

舌癌保留功能外科手术 12 例 疗效观察

四川省攀枝花市攀钢总医院(617023)

刘长春 朱力

舌癌是最常见的口腔癌。舌癌虽然有较好的机会可以被早期发现与治疗,但预后却并不理想。笔者通过我院 1990~1999 年收治的 12 例舌癌采用综合治疗手段,取得较好的效果。现报道如下。

1 材料和方法

1.1 临床资料 搜集我院 1990~1999 年收治的 12 例舌癌患者,其中男性 10 例,女性 2 例;年龄最大 70 岁,最小 51 岁,对 12 例患者均作了病理检查,诊断为鳞癌(T₂,N₀,M₀)。

1.2 方法 对 12 例患者均常规作颈部 CT 检查。手术前采用平阳霉素 10mg、地塞米松 10mg 肌肉注射,每日 1 次。平阳霉素总量为 80mg,术中采用距原发灶边缘 1cm 处切除原发灶。直接缝合舌部创面;行颈淋巴结功能性清扫术。术后 2~3 周进行放射治疗,放射总量为 60GY。

2 结果

通过对 12 例患者 1~5 年的追踪观察,原发灶局部未见复发,颈部未见转移,患者舌运动功能正常,语言清晰,生存质量好。

3 讨论

近年来,由于肿瘤生物学和免疫学等的发展,综合治疗手段的增多以及人们对生存质量要求的提高,产生了保留功能性外科的概念特别是对 N₀ 或 N₁,N₂ 的舌癌是否需要同期作颈淋巴结清扫术,给临床医生在选择治疗方案时带来许多困惑,下面针对几个问题进行讨论。

3.1 颈淋巴结清扫术的选择 舌癌常发生早期颈部淋巴结转移,且转移率较高。舌体具有丰富的淋巴管和血管,而且舌的机械运动频繁。这些都是促使舌癌转移的因素。舌癌的颈淋巴转移常在一侧。是否有颈部淋巴结转移,临床医生多用触诊的方法来确定,即使由富有经验的医生来做也并非十分可靠,而 CT 对于颈部淋巴结转移的诊断准确率高于触诊,CT 能够发现颈部隐匿的淋巴结转移,能够发现比触诊更多的淋巴结,并能发现对侧颈部有无肿瘤转移的淋巴结。本文 12 例患者均采用 CT 行颈部淋

巴结清扫术,只摘除颈部的淋巴结,阻断舌淋巴引流途径,而保留了颈部的主要结构,对患者颈部外型,功能均无影响。

3.2 术前化疗 术前辅助化疗的近期疗效已基本肯定,其优点为:药物对未经手术或放疗的肿瘤,可有较好的吸收,分布与控制作用,经药物治疗后肿瘤或淋巴结缩小,临床灶有可能消失,为手术根治创造有利条件,生存率可望提高。本文 12 例患者均采用术前治疗,取得了较好的效果,原发灶缩小,肿瘤表面脱落的组织减少,为手术根治创造了很好的条件,减少术后局部的复发。

3.3 手术方式的选择 舌癌手术传统的作法是舌颌颈联合根治术。该术式行原发灶大范围切除以及下颌骨的矩形切除,颈淋巴结根治性清扫术。该术式不足之处在于舌的功能受到破坏,又切除了部分颌骨,影响患者术后的咀嚼功能。颈部行根治性淋巴结清扫术,破坏了颈部组织结构,严重影响颈部外形及功能。近年来研究表明,舌侧缘的淋巴引流与下颌骨舌侧骨膜的淋巴管并无通连关系。因此,舌癌的淋巴转移,并不经过下颌骨舌侧骨膜,对下颌骨并没有影响,对舌癌 T₂、N₀、M₀ 期可不做下颌骨的矩形切除,从而保留下颌骨的完整性,保留患者的牙齿功能,使患者的咀嚼功能得到保留。本文 12 例患者均采用原发灶切除,减少了手术创面,保留了舌的功能。

3.4 术后放疗 术后放疗能够消除亚临床灶,以减少手术野复发,可以比术前照射给更高剂量,对高度怀疑的部位,可集中小靶区照射。本文患者均在伤口愈合后 2 周内对原发灶部位进行放射治疗,总剂量为 60GY。通过观察,12 例患者原发灶无复发,颈部未查见转移的淋巴结,患者生存质量高。

收稿日期 2000-11-20

乳癌根治术后引流管负压 吸引 78 例观察

山东省东营市人民医院(257091)

吴旭东 田萌予

本组病例收集 1997 年以来 78 例乳癌根治手术病人临床资料,对术后创面应用负压引流后创面愈合情况分析总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例均为女性,年龄 35~67 岁,平均 43.2 岁。术式选择:乳癌根治术 53 例,改良根治 I 式(Auchincloss) 10 例,改良根治 II 式(Patey)15 例。国际 TNM 分期: I 期 21 例, II 期 34 例, III 期 23 例。术后发生积液 1 例,经抽吸后愈合;皮瓣坏死 1 例,经换药短时间内愈合。

1.2 引流方式 乳癌根治术后放置一直径 1.0cm 带多个侧孔、内有纵形支撑的引流管于腋中线,上端放置在腋窝下(注意不能靠到该处的大血管及神经),下端自外侧下方的皮片上戳出并接负压引流器。手术切口及引流管口均严密缝合。引流时间一般 3~5d,平均 4.4d。

2 讨论

乳癌根治术手术切除范围广,创面大,受损伤组织多,在修复过程中渗出的液体,如引流不畅可致皮下积液、积血,出现死腔,使皮瓣浮起而不能贴附于胸壁,阻碍毛细血管新生,影响创面愈合,甚至引起皮瓣坏死或伤口感染。常用预防方法是皮下置管引流并加压包扎。而加压包扎可使病人有束缚感,胸闷,严重的可影响呼吸,病人不愿接受。乳癌术后覆盖创面的皮片面积大,锁骨下、腋窝等处难以加压,包扎的松紧程度往往难以掌握,如加压不均匀可形成死腔,影响引流;过松起不到加压效果。而皮瓣的血运与皮瓣张力和包扎的压力有关,尤其是切除胸肌的术式。胸壁表面呈搓板样,若加压过大,皮瓣置于坚硬的肋骨和外界压力之间,皮瓣的血管受压痉挛,影响皮瓣的血液供应,造成皮瓣的微循环障碍,甚至缺血坏死;例病人住院时间延长,增加住院费用,增加病人心理压力,并直接影响到病人下一步的综合治疗和预后。

使用负压器吸引可避免加压包扎,但负压吸引器使用不方便且负压过大易吸瘪引流管,或使管壁侧孔吸附于组织上影响引流,并且在间断性吸引时,易使创面或管内积血形成凝血块堵塞管腔而影响引流。本组病例使用的引流管内壁有纵形隆起作支撑,使其不易被吸瘪,并连接轻巧方便的负压引流器保持持续低压引流,能减少皮瓣下积血积液的机会,促进皮瓣与胸壁愈着,同时还便于观察术后出血量。手术部位不需加压,不影响皮瓣血运,病人舒适,不妨碍其活动,且负压保持较恒定,能起到持续引流的最佳效果,无渗出液外流,保证了切口敷料清洁干燥。

为保证负压引流器引流效果良好,还应注意以下几点:①引流管应不易闭合、为此本组病例选用了

内壁有纵形隆起作支撑的引流管,该管即使变扁也不会闭合,保障了引流通畅。②引流管处的孔洞不能太大,松紧适度。切口缝合要严密,缝合后在手术台上即进行吸引,如发现漏气应加针,必要时覆盖油纱布;还应观察皮瓣贴附情况,尤其是锁骨下、腋窝、肋弓上,负压引流器接好后对上述部位可稍作挤压,使其下无积液。③术后第 3d 多已无液体引出(或仅有少许淡黄色渗液),第 4d 可拔管,拔管后应将窦道内的血块及液体挤出。

收稿日期 2000-12-14

手术治疗男性乳腺发育症 33 例体会

武警辽宁总队医院外一科(沈阳 110034) 孟强

男性乳腺发育症是普外科少见病,手术治疗更为少见。但此病不仅影响患者身体外观,而且影响心理健康。我科 1996 年 7 月~2000 年 1 月共进行手术治疗 33 例。现将治疗体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 33 例均为战士,年龄 20~23 岁,平均 20.5 岁,病程 0.5~1 年。主诉:乳房肿块,疼痛,其中双侧肿块 6 例,占 18.1%,查体:乳房下方 2~5cm 肿物,质地较韧,境界清楚,多有压痛,可以活动,无乳汁样液体挤出,患者经全身检查,未发现内分泌疾病及肝脏疾病,征得患者同意,采取手术治疗。

1.2 手术方法 手术在局麻下进行,在乳晕下方作弧形切口,剥离皮瓣,切除增生组织,保留乳头,切除肿物后方到胸大肌前筋膜,止血后,皮下置橡皮引流条 1 根,褥式缝合皮肤,加压包扎,术后 24h 拔除引流,第 7d 拆线。

1.3 病理改变 主要是增生性变化,增生的乳腺组织无明显包膜,组织致密,与周围组织分界明显,镜下为乳腺导管和结缔组织增生。导管分支囊样扩大,上皮及结缔组织增生突入导管内呈乳头状,导管周围有大量的成纤维细胞,胶原纤维,脂肪组织增生,并挤压使导管变形,管腔变窄,但无腺小叶存在。

2 结果

术后未见复发,无恶变。

3 讨论

男性乳腺小而菲薄,并紧邻皮肤,即使较小的肿块也易早期发现。但事实上男性乳腺瘤患者较女性有更多的误诊,主要原因是常被误诊为男乳发育。