

负压引流联合皮内缝合在外阴癌腹股沟淋巴结切除术中的应用

颜磊 李明江 赵兴波

外阴恶性肿瘤占妇科恶性肿瘤中 3%~5%，为少见的妇科肿瘤^[1]，其治疗以手术为主，手术范围根据外阴癌的部位、组织学分类、分级和浸润深度等因素制定个体化的治疗方案，范围逐渐适度减小，争取在创伤和效果之间寻求新的平衡。山东大学附属省立医院采用放置皮下负压引流管结合皮内缝闭切口、不缝合皮下组织的方法，效果良好。

资料与方法

1. 一般资料：1994 年 2 月—2011 年 2 月 7 年山东大学附属省立医院共收治病例资料完整的外阴恶性肿瘤患者 54 例，均行手术治疗，选取其中行腹股沟淋巴结清扫术的 38 例外阴癌为研究对象，中位年龄 (54±12.00) 岁 (34~83 岁)，60 岁以上 12 例 (31.6%)，绝经后患者 20 例。合并宫颈上皮内瘤变 1 例，冠心病 2 例，高血压 2 例，糖尿病 2 例，系统性红斑狼疮 1 例。平均住院天数 30 d (10~90 d)。

2. 诊断及术前临床病理特征：38 例入院前均行外阴活检证实为外阴癌，包括外阴鳞状细胞癌 35 例，外阴恶性黑色素瘤 3 例。术前按 FIGO2000 临床分期，I 期 5 例，II 期 27 例，III 期 6 例 (3 例术前分期不准确的情况，术后证实为 IV 期，表 1)。

3. 手术方式：广泛外阴切除+单/双侧腹股沟淋巴结清扫 15 例；广泛外阴切除+双侧腹股沟淋巴结清扫+经阴子宫切除+双附件切除 1 例 (合并 CIN3)；广泛外阴切除+单/双侧腹股沟淋巴结清扫+尿道部分切除 1 例；局部广泛外阴切除+单/双侧腹股沟淋巴结清扫 8 例；局部广泛外阴切除+单/双侧腹股沟淋巴结清扫+子宫+双附件切除 2 例 (合并有手术指征的子宫肌瘤)；广泛外阴切除+双侧腹股沟淋巴结清扫+单/双侧盆腔淋巴结清扫术 11 例 (III 期者及部分 II 期者)。腹股沟切口引流方式有放置引流条和负压引流管两种，皮肤缝合方式分为丝线间断皮外缝合和可吸收线连续皮内缝合两种。

4. 统计学方法：本文采用统计软件 PEMS 3.1 进行分析。主要统计方法有两样本均数比较时方差齐用 *t* 检验，方差不齐用 *t'* 检验。两样本率的比较采用四格表 χ^2 检验，阳

性数小于 5 时采用 Fisher 四格表确切概率法。P<0.05 为有统计学意义。

结果

1. 临床资料：病灶位于阴蒂等中线部位者 5 例，位于左右大阴唇等侧位型者 33 例。按治疗前临床检查结果统计病变大小，肿瘤最大径<2 cm 者 5 例，2~5 cm 者 31 例，>5 cm 者 2 例。术后标本病理检查 9 例 (23.7%) 腹股沟淋巴结转移，3 例 (7.9%) 盆腔淋巴结转移。28 例病理结果中显示了所清扫的淋巴结数目，共清扫淋巴结 456 枚，平均每例 16 枚 (3~19 枚)。2 例病理诊断时未行分级 (表 1)。

表 1 引流条组和负压引流管组基本临床资料比较

项目	引流条组(例数)	负压引流管组(例数)	P 值
例数	19	19	
年龄(岁)	57.2	53.8	0.209 3
病灶大小			
≤2 cm	1	4	0.339 8
2~5 cm	17	14	0.700 5
>5 cm	1	1	1.000 0
淋巴结转移例数	3	6	0.447 0
I 级	11	9	0.745 3
肿瘤分级			
II 级	6	7	1.000 0
III 级	1	2	1.000 0
肿瘤分期			
I 期	1	4	0.339 8
II 期	15	9	0.092 7
III 期	2	4	0.659 9
IV 期	1	2	1.000 0

引流条组和负压引流管组在年龄、病灶大小、肿瘤的分级和分期、淋巴结转移率等方面差异均无统计学意义，具有可比性。抗生素等其他辅助治疗治疗类同，亦有可比性。

2. 负压引流管放置及皮内缝合法与对照组的比较：统计、比较各组平均住院天数和切口不良愈合数 (表 2)。负压引流管组的平均住院天数、腹股沟切口不良愈合率均显著低于引流条组 (P=0.002 5)；皮内缝合亚组的平均住院天数、腹股沟切口不良愈合率均显著低于全层缝合组 (P<0.05)。而在

doi: 10.3969/j.issn.1672-1861.2012.03.021
作者单位：山东大学附属省立医院妇科
通信作者：赵兴波 Email: zxb0626@126.com

具体到腹股沟斜行切口和纵切口的比较以及外阴切口的比较方面, 研究组与对照组差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

表 2 腹股沟切口负压引流管放置及皮内缝合法与相应对照组比较

项目	引流条组	引流管组	P 值	全层缝合组	皮内缝合组	P 值
例数	19	19		12	7	
平均住院天数(d)	30	22	0.024 0	34	18	0.001 6
腹股沟切口愈合不良数(例)	17	7	0.002 5	6	1	0.043 6
腹股沟纵切口愈合不良数(例)	9	4	0.170 4	4	0	0.245 1
腹股沟斜切口愈合不良数(例)	6	3	0.447 0	2	1	1.000 0
会阴切口不良愈合数(例)	2	3	1.000 0	3	0	0.263 2

3. 会阴切口愈合情况与腹股沟切口的总体比较: 临床观察发现, 腹股沟切口与外阴切口的愈合能力是不同的。本组资料结果显示(表 3), 腹股沟切口不良愈合率显著高于会阴切口, 而腹股沟纵切口与斜行切口的愈合率方面差异无统计学意义, 数值略低。

表 3 会阴切口与腹股沟切口愈合率比较及腹股沟斜、纵切口的比较

项目	会阴	腹股沟	P 值	腹股沟纵口	腹股沟斜口	P 值
总数	38	38		17	21	
愈合不良数	5	24		13	11	
愈合不良率	13%	63%	<0.000 1	76%	52%	0.233 1

讨 论

外阴癌发病情况国内缺乏大样本统计。Cárcamo 等^[1]统计的西班牙外阴癌资料显示 5 年生存率为 41.8%, 分期和最初生存率是影响生存率的因素。Nicoletto 等^[2]应用多因素分析证明, 手术, 分期和间质浸润深度(9 mm 为界)是最主要的预测复发的因素。外阴癌术后切口愈合不良一直是困扰临床医生的难题。多数学者提倡根据患者的年龄、身体状况、临床分期、患病部位、淋巴结转移情况等综合考虑, 在不降低存活率的同时缩小手术范围。本研究中, 38 例患者腹股沟淋巴结阳性率为 24%, 略低于王鹤^[3]统计的 26.7%, 体现了腹股沟淋巴结清扫的必要性, 恰当的腹股沟浅、深淋巴结切除术是减少早期外阴癌死亡率的重要因素^[4]。虽然最新研究提出腹股沟淋巴结阳性者盆腔淋巴结无需清扫, 放疗效果要优于盆腔淋巴结切除的观点^[4], 但是本回顾研究跨越时间较长, 手术范围仍是采用早期的传统方案, 即腹股沟浅淋巴结阳性者, 清扫腹股沟深淋巴结, 深淋巴结阳性者, 清扫盆腔淋巴结。盆腔淋巴结阳性, 术后应补充体外盆腔放疗。

我们认为皮下脂肪层预留过少 (<0.4~0.5 cm)、缝合过紧、淋巴液滞留、切口皮缘缺血、皮瓣坏死和切口感染是导致外阴癌切口愈合不良的主要原因。本资料发现, 外阴切口愈合不良率显著低于腹股沟切口 ($P<0.000 1$), 可能是因为会阴部位血供丰富和减张缝合有关。因此应重视腹股沟切口, 设法提高其愈合率。而放置持续负压引流管是确切有效的方法之一。负压吸引的目的是及时引流渗

出的淋巴液, 使皮肤与深面组织严密贴合, 不留死腔减少感染促进粘连愈合。

本研究发现, 负压引流管组腹股沟切口愈合不良率明显低于引流条组, 充分显示了负压引流的作用。引流管放置时间依引流量而定, 一般需要 1~2 周左右、24 h 引流量不足 10 ml 时, 拔出引流管并加压包扎, 放置时间最长可达 20~30 d。负压引流组的平均住院天数大幅减少 ($P=0.024 0$), 减轻了患者的痛苦和经济负担。另外, 外阴缺损较大的患者, 可术中一期直接采用大腿内侧转移皮瓣修补, 切忌在张力较大的状态下勉强缝合。本研究中有一例因外阴部缝合张力大而术后裂开, 最后行清创植皮术。

本研究发现, 连续皮内缝合组较全层缝合组能显著提高切口愈合率 ($P<0.05$)、减少住院时间 ($P=0.043 6$)。本研究所所述的全层缝合指分别间断缝合皮下脂肪和皮肤, 连续皮内缝合指不缝合皮下组织, 直接使用有抗生素涂层的可吸收线进行连续皮内缝合, 保留皮下脂肪厚度在 0.5~1 cm (依患者胖瘦而定), 多孔硅胶引流管末端至于腹股沟术后腔隙的最低处。我们的临床经验证明, 只要保证充分负压, 组织贴合紧密, 不缝合皮下组织是可行的。虽然腹股沟斜行切口较纵行切口皮肤张力较小, 理论上愈合率应略高, 但本研究未发现两者差异有统计学意义 ($P=0.233 1$), 可能与样本量小有关。

总结我们外阴癌的诊治经验, 认为应适度减小外阴癌的手术范围, 建议于腹股沟切口放置负压引流管, 并保证负压效果。建议可采用连续皮内缝合, 不缝合皮下组织的方法, 斜行切口可能更佳。负压引流结合皮内缝合有利于提高腹股沟切口愈合率, 减少平均住院时间, 但对生存率的影响有待进一步随访研究。

参 考 文 献

[1] Cárcamo M, Orellana JJ, Valenzuela MT, et al. Survival of patients with vulvar cancer. Rev Med Chil, 2010, 138: 723-728.
 [2] Nicoletto M, Parenti A, Del Bianco P, et al. Vulvar cancer: prognostic factors. Anticancer Res, 2010, 30: 2311-2317.
 [3] 王鹤, 李力, 陈新秋, 等. 外阴癌手术方式与其预后的相关因素分析. 实用妇产科杂志, 2010, 26: 354-357.
 [4] 曹泽毅. 中华妇产科学(临床版). 北京: 人民卫生出版社, 2010: 551.

(收稿日期: 2011-12-02)