

• 论 著 •

乳晕弧形切口联合负压引流术在乳腺脓肿治疗中的应用

许建利¹, 吴诚义², 帅磊渊^{1△}

(1. 重庆市江津区中心医院普外科 402260; 2. 重庆医科大学附属第一医院内分泌乳腺外科 400010)

摘要:目的 探讨乳晕弧形切口联合负压引流术治疗乳腺脓肿的临床疗效。方法 选择 2012 年 6 月至 2015 年 6 月因哺乳期乳腺脓肿在江津区中心医院行传统脓肿切开引流术(切开组, $n=35$), 以及行乳晕弧形切口联合负压引流术(负压组, $n=35$) 治疗乳腺脓肿的患者, 对 2 种手术方式在治疗乳腺脓肿的疗效进行对比研究。结果 与切开组比较, 负压组具有术后切口美观、术后疼痛少、术后恢复较快及住院时间短等优点($P<0.05$), 但 2 组治愈率及 3 个月内复发率比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 乳晕弧形切口联合负压引流术治疗乳腺脓肿优于传统脓肿切开引流术, 值得临床广泛推广。

关键词: 乳腺脓肿; 切开引流; 负压引流

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.13.018 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2017)13-1896-02

The application of areola arc incision combined with negative pressure drainage in the treatment of breast abscess

XU Jianli¹, WU Chengyi², SHUAI Leiyuan^{1△}

(1. Department of General Surgery, Jiangjin Central Hospital of Chongqing, Chongqing 402260, China;

2. Department of Endocrine Breast Surgery, the First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400010, China)

Abstract: **Objective** To study the efficacy of areola arc incision combine with negative pressure drainage in the treatment of breast abscess. **Methods** Retrospective chart reviewed of 70 patients with breast abscess for breast procedures during Jun. 2012 to Jun. 2015 were included. Among of them, 35 patients were treated with traditional abscess incision drainage and 35 patients were treated with areola arc incision combine with negative pressure drainage. The curative effects of the two kinds of operation methods in the treatment of breast abscess were compared. **Results** Compared with the traditional abscess incision drainage, the areola arc incision combine with negative pressure drainage with beautiful postoperative incision, less postoperative pain, rapid recovery and shorter hospitalization time, etc ($P<0.05$). There was no significant difference in the cure rate and the recurrence rate within 3 months ($P>0.05$). **Conclusion** In the treatment of breast abscess, the areola arc incision combine with negative pressure drainage is still worth clinical promotion.

Key words: breast abscess; incision drainage; negative pressure drainage

乳腺脓肿是哺乳期女性常见疾病, 其中乳汁淤积及细菌入侵引起的急性乳腺炎是乳腺脓肿形成的主要原因^[1-2]。有研究报道, 33% 的哺乳期女性曾患急性乳腺炎, 其中 5%~11% 的急性乳腺炎患者发展成为乳腺脓肿^[3-4]。乳腺脓肿形成时不仅使哺乳期女性身心痛苦, 还可能面临停止哺乳, 加重患者经济负担, 因此, 积极有效的治疗非常重要。目前临床治疗乳腺脓肿的方法仍以外科切开引流为主^[5]。现探讨传统脓肿切开引流术和乳晕弧形切口联合负压引流术对乳腺脓肿的临床疗效, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2012 年 6 月至 2015 年 6 月因哺乳期乳腺脓肿在江津区中心医院住院治疗的患者 70 例, 乳腺脓肿均为单侧, 患侧乳房可触及包块, 有红肿热痛等表现, 伴或不伴发热。乳腺超声检查显示乳腺内片状无回声或弱回声区, 加压呈涡流状流动, 且最大直径大于或等于 5 cm, 细针穿刺证实为乳腺脓肿, 脓肿表面皮肤完整。随机采用传统脓肿切开引流术(切开组, $n=35$) 和乳晕弧形切口联合负压引流术(负压组, $n=35$) 进行治疗。切开组患者经产妇 6 例, 初产妇 29 例, 平均年龄(26.3 ± 3.68) 岁, 平均脓腔最大径(6.47 ± 1.02) cm, 平均手术时间(30.8 ± 5.08) min。负压组经产妇 4 例, 初产妇 31 例, 平均年龄(25.7 ± 2.87) 岁, 平均脓腔最大径(6.55 ± 1.00) cm, 平均手术时间(29.34 ± 4.04) min。2 组患者的年龄、脓腔最大

径等一般资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 手术方法 (1) 切开组: 术前乳腺彩超检查标记脓肿范围, 乳晕下脓肿采用乳晕弧形切口, 乳晕以外脓肿采用放射状切口。静脉或全身麻醉, 常规消毒、铺巾, 依次切开皮肤、皮下及乳腺组织至脓腔, 根据脓腔大小扩大切口, 排出脓液, 手指钝性分离间隔, 彻底清除坏死组织后用过氧化氢溶液、生理盐水冲洗, 脓腔用凡士林纱条填塞。脓液常规送细菌培养和药敏试验。术后根据渗出情况每天换药 1~3 次, 直至脓腔愈合。(2) 负压组: 术前乳腺超声检查确定脓肿深度、是否有间隔并标记脓肿范围, 1% 利多卡因局部浸润麻醉或静脉麻醉, 靠近脓肿处乳晕边缘做弧形切口, 长约 2 cm, 钝性分离进入脓腔, 手指伸入脓腔分离间隔, 清除坏死组织, 过氧化氢溶液、生理盐水冲洗脓腔, 于距离脓腔最低处、最近的乳房下皱壁或隐蔽处做一小切口, 血管钳分离至脓腔, 置硅胶管并固定, 接负压吸引球囊。术后每 2~3 d 伤口换药, 观察伤口愈合情况, 24 h 引流液小于或等于 10 mL 时拔除引流管。所有患者术后均回乳, 予头孢类抗菌药物静脉滴注抗感染, 根据脓液细菌培养结果调整抗菌药物的使用。

1.3 治愈标准 临床症状及体征消失, 引流管拔除, 伤口愈合。

1.4 疗效评价指标 观察 2 组患者切口长度、换药次数、疼痛

评分、住院时间、治愈率及 3 个月内复发率。其中疼痛评分采用视觉模拟评分法(VAS)评价术后疼痛程度。

1.5 统计学处理 采用 SPSS 15.0 统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较使用 t 检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

负压组患者的切口长度、换药次数、VAS 评分及住院时间等明显小于切开组,差异有统计学意义($P < 0.05$);2 组患者的治愈率及 3 个月内复发率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者术后各指标结果比较

项目	切开组	负压组	t 或 χ^2	P
切口长度($\bar{x} \pm s$,cm)	6.39 $\pm$ 1.05	2.65 $\pm$ 0.20	$t=3.449$	0.0008
换药次数($\bar{x} \pm s$,次)	23.57 $\pm$ 4.46	8.69 $\pm$ 2.32	$t=2.960$	0.0042
VAS 评分($\bar{x} \pm s$,min)	5.89 $\pm$ 1.68	2.13 $\pm$ 0.57	$t=2.119$	0.0377
住院时间($\bar{x} \pm s$,d)	16.23 $\pm$ 3.07	7.60 $\pm$ 1.71	$t=2.456$	0.0166
愈合率($n:n$)	34:35	34:35	$\chi^2=0.000$	1.000
复发率($n:n$)	0:35	1:35	$\chi^2=0.034$	0.988

3 讨 论

与传统脓肿切开引流术比较,乳晕弧形切口联合负压引流术具有术后切口美观、术后疼痛少、术后恢复较快、住院时间短等优点,但 2 种方法的治愈率及 3 个月内复发率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),说明乳晕弧形切口联合负压引流术值得临床推荐。

乳房是女性的第二性征,随着社会的发展、时代的进步,女性对乳房的美观越来越重视,在有效治疗乳房疾病的同时应尽可能保持乳房的美观不受影响。手术是乳腺脓肿的主要治疗方法,目前治疗乳腺脓肿的手术方式多样,有传统切开引流术、置管负压引流术、超声引导下反复穿刺冲洗术、双套管持续药物灌注负压引流术、微创旋切术治疗乳腺脓肿等^[6-9]。传统的哺乳期乳腺脓肿手术方式是切开引流,甚至对口引流,两者均创伤大,换药时间长,患者较痛苦,且愈后疤痕明显,影响美观,给患者身心留下阴影^[10]。本研究结果显示,与传统脓肿切开引流术比较,乳晕弧形切口联合负压引流术具有术后切口美观、术后疼痛少、术后恢复较快及住院时间短等优点。

多项研究报道,当脓肿直径大于 5 cm 时,可考虑置管持续负压引流。叶玉梅等^[11]对 90 例乳腺脓肿患者进行研究认为,对于单个脓腔小于 5 cm、脓液稀薄者可选择穿刺治疗,脓腔大于 5 cm 或多个脓腔及脓液稠厚,则应该选择负压置管法。Lam 等^[1]研究认为负压置管是直径大于 5 cm 的乳腺脓肿的首选治疗方法。本研究结果显示对于最大直径大于或等于 5 cm 的乳腺脓肿,与传统脓肿切开引流术比较,乳晕弧形切口联合负压引流术具有术后切口美观、术后疼痛少、术后恢复较快及住院时间短等优点,但 2 种方法的治愈率及 3 个月复发率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),说明负压置管引流效果确切。因为负压封闭引流能够快速关闭脓腔,并吸引出脓腔分泌物,清除细菌繁殖的培养基,封闭脓腔且阻止外来细菌的侵袭,有利于创面感染治疗。负压封闭引流还能改善创面微循环,减低微血管通透性,减轻创周组织水肿,缩短组织细胞间距,促进细胞间物质交换,促进肉芽快速生长,进而促进乳房脓肿切开引流后伤口的愈合。本研究切开组一般于术后 24 h 拔出填塞的油纱,用过氧化氢、生理盐水冲洗脓腔换药,每天 1~2 次,渗出较多时甚至 3~4 次,而负压组术后一般 2~3 d 换药 1 次,既减轻患者痛苦,又降低医疗费用,还减少医护人员的工作量,且

负压组的 VAS 评分及住院时间也显著小于切开组($P < 0.05$)。乳晕的肤色较深,且有结节状皮脂腺,在行乳晕弧形切口联合负压引流术时,乳房下皱壁切口沿皮纹走行,又在皮肤返折处,故切口愈合后皮肤瘢痕小,且在乳房下垂时可隐蔽,故乳晕弧形切口术后疤痕不明显。但术中需注意尽量减少乳晕后大导管的损伤。乳腺有 15~20 根乳管开口于乳头,乳管以乳头为中心,呈放射状排列,所以操作不慎,容易损伤乳管。本研究采用环乳晕弧形切开皮肤后沿皮下脂肪层潜行,可避免损伤乳腺组织及乳管,负压组患者手术切口显著短于切开组,且切口均位于乳晕边缘、下皱壁或乳房隐蔽处,不影响术后乳房美观。

综上所述,乳晕弧形切口联合负压引流治疗乳腺脓肿在有效治疗疾病的同时,能够很好保持乳房美观不受影响,取得良好的美容效果和社会效益,是一种有效的治疗方法,值得临床推广应用。

参考文献

[1] Lam E, Chan T, Wiseman SM. Breast abscess: evidence based management recommendations[J]. Expert Rev Anti Infect Ther, 2014, 12(7): 753-762.

[2] Kasales CJ, Han B, Smith J, et al. Nonpuerperal mastitis and subareolar abscess of the breast[J]. Am J Roentgenol, 2014, 202(2): W133-W139.

[3] Spencer JP. Management of mastitis in breastfeeding women[J]. Am Fam Physician, 2008, 78(6): 727-731.

[4] 吴孟超, 吴在德. 黄家驷外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 1152-1153.

[5] Irusen H, Rohwer AC, Steyn DW, et al. Treatments for breast abscesses in breastfeeding women[J]. Coch Data System Rev, 2015, 20(8): 490-495.

[6] Wei JL, Zhang JX, Fu DY. Negative suction drain through a mini periareolar incision for the treatment of lactational breast abscess shortens hospital stay and increases breastfeeding rates[J]. Breastfeed Med, 2016, 11(5): 259-260.

[7] Conde DM. Treatment approach for breast abscess in non-lactating adolescents[J]. Int J Gynecol Obstet, 2015, 28(1): 72-73.

[8] Sun HD, Teng SW, Huang BS, et al. Combination of ultrasound-guided drainage and antibiotics therapy provides a cosmetic advantage for women with methicillin-resistant Staphylococcus aureus breast abscess[J]. Taiwan J Obstet Gynecol, 2014, 53(1): 115-117.

[9] Fernando S, Molland JG, Gottlieb T. Failure of oral antibiotic therapy, including azithromycin, in the treatment of a recurrent breast abscess caused by Salmonella enterica serotype Paratyphi A[J]. Pathog Glob Health, 2012, 106(6): 366-369.

[10] Naeem M, Rahimnajjad MK, Rahimnajjad NA, et al. Comparison of incision and drainage against needle aspiration for the treatment of breast abscess[J]. Am Sur, 2012, 78(11): 1224-1227.

[11] 叶玉梅, 秦士新, 周坤. 乳腺脓肿治疗的可行性研究[J]. 重庆医学, 2015, 34(11): 1551-1552.