

· 临床研究 ·

乳晕边缘切口在乳腺纤维瘤手术中的应用

何兆群

【摘要】 目的 研究乳腺纤维瘤(距乳晕边缘>3.0 cm)采用乳晕边缘切口的可行性。方法 把220例乳腺纤维瘤(距乳晕边缘>3.0 cm)患者,分为采用乳晕边缘切口的实验组(120例)和采用传统开放手术切口的对照组(100例)。随访时记录两组患者术后3个月时的疤痕大小、以后能否哺乳、术后血肿或瘀斑大小等。用SPSS 13.0软件包,采用 χ^2 检验,进行统计学处理。结果 所有切口均甲级愈合,术后6~7 d拆线。对照组切口疤痕 ≤ 0.2 cm 20例(20%, 20/100),实验组乳晕边缘切口疤痕 ≤ 0.2 cm 90例(75%, 90/120),两组之间差异有统计学意义($\chi^2=66.00$, $P=0.00$)。乳腺纤维瘤患者采用乳晕边缘切口可使疤痕减少,但不能哺乳的发生率、血肿或瘀斑大小与传统切口相似。结论 对乳腺纤维瘤(距乳晕边缘>3.0 cm)手术采用乳晕边缘切口是安全可行的,能取得治疗及美容的双重效果。

【关键词】 乳腺纤维瘤;切口;疤痕

【中图分类号】 R655.8

【文献标识码】 A

Periareolar incision in surgery for breast fibroadenoma HE Zhao-qun. Central Hospital of Panyu District, Guangzhou 511400, China

【Abstract】 Objective To assess the feasibility of periareolar incision in surgery for breast fibroadenoma. **Methods** Totally 220 patients with breast fibroadenoma over 3 cm away from areola were divided into an experimental group ($n=120$) and a control group ($n=100$). The patients were operated on with periareolar incision in the experimental group, and with conventional open operative incision in the control group. The patients were regularly followed up. The scar size in the 3-month follow-up, capability of breast-feeding, and size of hematoma or ecchymosis were recorded. All data were analyzed by χ^2 test using SPSS 13.0 software. **Results** The incision healed well in all patients. The suture was removed 6–7 days after operation. The size of scar was ≤ 0.2 cm in 90 patients of the experimental group, and in 20 cases of the control group. The difference was significant ($\chi^2=66.00$, $P=0.00$). Both groups had similar complication rates, such as lactation loss and hematoma. **Conclusions** The periareolar incision for breast fibroadenoma (the distance from areola > 3.0 cm) is safe and effective. It can reduce residual scar and improve the cosmetic outcome.

【Key words】 breast fibroadenoma; incision; scar

传统观念中,纤维瘤距乳晕边缘 >3.0 cm者一般不采用乳晕边缘切口。笔者尝试用乳晕边缘切口改变手术路径,使手术既有传统开放手术的彻底性,又有微创的美容效果,且价格适中。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2001年6月~2009年9月,我院收治乳腺纤维瘤患者220例,均为女性。年龄16~55岁,中位年龄31岁。其中单发112例,多发108例。肿块直径0.5~6.0 cm,平均2.4 cm,距乳晕边缘 >3.0 cm。无传统手术的绝对禁忌证。肿物切除术后病理证实均为乳腺纤维瘤。

1.2 临床处理

将收治的约220例乳腺纤维瘤手术患者,分为实验组(120例)和对照组(100例)。对照组采用传统开放切口,实验组采用乳晕边缘切口。术前征得患者的知情同意。传统切口:瘤表面作放射或弧形切口,垂直切除肿瘤及周围0.5 cm组织;乳晕边缘切口:距肿块最近处的乳晕边缘开弧形切口,长度约1.5 cm或等于肿物最小径,分离皮瓣至肿瘤边缘,将包含有肿块的腺体牵向乳头方向,将肿块推至切口下切除。其余手术步骤同常规手术。

术后观察两组病人3个月以上,将3个月时瘢痕大小、以后能否哺乳、术后血肿或瘀斑大小,作为检测指标。很多时候是患者没意识到母乳的重要,不愿意哺乳,笔者单位在随诊时问其有无哺乳,即使仅仅单纯母乳喂养(没有用奶粉等)一周也计算在能哺乳例数内。

1.3 统计学分析

用SPSS 13.0软件包进行统计学处理,以上指标均采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

患者220例,其中100例采用传统切口,120例采用乳晕边缘切口。所有切口均甲级愈合,术后6~7 d拆线。术后3个月时,对照组切口瘢痕 ≤ 0.2 cm 20例(20%, 20/100),实验组乳晕边缘切口瘢痕 ≤ 0.2 cm 90例(75%, 90/120),两组之间差异有统计学意义($\chi^2 = 66.00$, $P = 0.00$)。这说明乳腺纤维瘤患者采用乳晕边缘切口可使瘢痕减少。220人中有128人在术后生育,99人曾经单纯母乳喂养。不能哺乳的发生率、血肿或瘀斑与传统切口相似

(表 1、2)。

表 1 乳晕边缘切口和传统开放切口两组患者的疗效比较

组别	例数	术后 3 月时瘢痕大小		血肿或瘀斑	
		>0.2 cm	≤0.2 cm	≤2 cm	>2 cm
实验组	100	80	20	95	5
对照组	120	30	90	114	6
χ^2 值		66.00		0.00	
P 值		0.00		0.99	

表 2 乳晕边缘切口和传统开放切口两组患者术后哺乳情况的比较

组别	术后生育总例数	能哺乳	不能哺乳	χ^2 值	P 值
实验组	63	50	13	0.289	0.59
对照组	65	49	16		

3 讨论

近年来,乳腺纤维瘤发病率呈上升趋势,其病因尚不完全明确^[1],可能与雌激素水平失衡、饮食结构、家族遗传、精神状态、基因改变、药物影响、病毒感染等有关,也有人认为是因为同一乳腺组织中存在对雌激素敏感程度不同而导致^[2]。纤维瘤可能恶变为纤维成分的肉瘤,应予切除^[3]。在实践中,沿大乳管方向在皮下组织间分离纤维瘤,容易剥离且出血量少,损伤的腺体少,可以最大限度保护乳管,术后哺乳机会较大^[4]。若切除组织不多,一般不缝合残腔,不放引流物,让血清及渗出液充填。这样既使手术部位凹陷不太明显,也可减少因引流物刺激所致的术口瘢痕。美容缝合及医用生物胶的应用能进一步减少手术瘢痕的形成^[5]。术后修整切除 0.1 cm 左右的切口皮肤,立即缝合新鲜创面,可以减少电灼及干燥影响,减少瘢痕。用电刀止血可以减少线结及血肿,皮下内翻缝合让线头远离真皮层,减少异物刺激所致瘢痕。皮下缝合时注意减少张力,必要时切口可加 3 M 胶带固定减张以达到减少瘢痕的目的。用电刀彻底止血,大部分患者不需要加压包扎,也可减少患者的不适感。

一般认为肿块最小径>5.0 cm,距乳晕边缘>3.0 cm 或>4.0 cm 者不宜采用乳晕边缘切口^[6-7]。但也有报道对 8.0 cm 大小的肿物也用此切口^[8]。孙强等^[9]用乳晕边缘切口,几乎能完成全乳各部位的乳癌保乳手术及良性肿物切除术。因为乳晕皮肤活动性好,所以乳晕边缘切口可以切除全乳房四个象限的肿块,而且一个切口就能切除相邻的几个肿块(图 1)。对于深部难以触及的肿块,必要时可以扩大游离皮瓣范围。对照术前定位处,沿乳管方向放射状垂直切开乳腺组织。手指在乳腺后间隙,仔细探查各个方向的乳腺组织,一般

可以找到肿物。如果肿物离乳头距离较大,尤其对于未婚女性,组织活动度小,手术难度较大。如果肿物太软或太小,术前估计手术中不能触及肿物,不宜用此方法。乳头、乳晕的血供非常丰富,有真皮下血管网和浅动脉组形成的皮下血管网两套血液供应。乳头乳晕有足够的组织与腺体相连,不会坏死^[10]。第 4 肋间神经外侧皮支穿出腺体后分布到乳头乳晕区,与第 2~6 肋间神经分支在乳头乳晕周围彼此重叠分布,因此,切口在乳晕外侧缘或大于半周也不会损害乳头乳晕的感觉。



图 1 乳晕边缘切口术后照片-A

由于乳晕特有的皮肤特点,大部分乳晕边缘切口瘢痕不宽。宽度小于 0.2 cm 的瘢痕隐藏在乳晕的色素沉着及有结节状的乳晕腺之间,瘢痕并不明显^[11],日后瘢痕颜色无论深浅均与乳晕或周围皮肤相近(图 2)。这点比传统手术的放射状切口和弧形切口要好。另一方面,与麦默通手术相比,花费更小,除静脉拉钩、电刀等外无需特殊器械,但切口更大,要求能够通过食指和肿物,且需要熟练的手术技巧及较长的手术时间。对于乳晕小的病人,考虑肿物不能取出时,可以延长半圆形切口成问号形切口,缝合时可以直接缝合或尽力修整缝成近半圆形(如图 3 所示,A1 点与 A2 点缝合,B1 点与 B2 点缝合……)。



图2 乳晕边缘切口术后照片-B

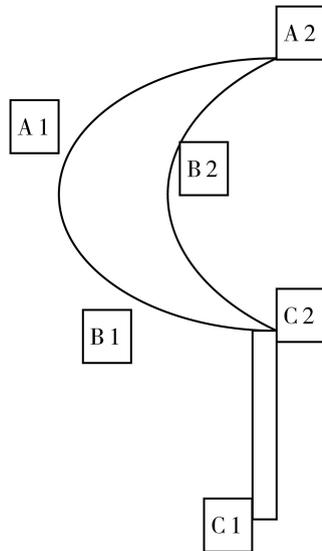


图3 问号性切口修整缝成近半圆形

综上所述,对于距乳晕边缘 >3.0 cm 的乳腺纤维瘤手术,选择乳晕边缘切口,张力小、术口坏死组织少、异物少、血供好,较好地利用了乳晕皮肤的自身特点,减少了瘢痕,能取得治疗及美容的双重效果。

参考文献

- [1] 朱丽萍,祁星海,王斌,等. 老年乳腺纤维瘤 12 例分析并文献复习[J/CD]. 中华乳腺病杂志:电子版,2010,4(4): 459-463.
- [2] 王文仲,唐建环,程林. 乳晕环切口治疗乳腺良性肿瘤 53 例观察[J]. 医学信息,2010,23(2):24-29.
- [3] Marcus E. Management of phyllodes tumors of the breast[J]. Curr Surg, 1997,54(2):311-314.
- [4] 李桂海. 乳晕边缘切口在乳腺良性肿瘤切除术中的应用[J]. 中国当代医药,2010,17(17):164.
- [5] 田丹,孙权. 环乳晕边缘切口治疗乳腺纤维瘤的临床应用[J]. 中国现代医生,2008, 46(27):41-42.

- [6] 张董晓. 乳腺纤维腺瘤的国内治疗现状[J/CD]. 中华乳腺病杂志:电子版,2007,1(5):175-176.
- [7] 赵晓玉. 乳晕边缘隐匿切口在乳房良性肿物切除中的应用价值[J]. 中国实用医药,2010,5(19):57-58.
- [8] 陈琳,王晓靓. 乳晕弧形切口治疗乳腺良性肿瘤 112 例临床分析[J]. 当代医学,2009, 15(31):54-55.
- [9] 孙强. 环乳晕切口在乳腺良恶性肿瘤手术治疗中的应用[J]. 国际外科学杂志,2010, 37(1):1-2.
- [10] 伍家发. 乳腺良性肿瘤 75 例手术治疗的体会[J]. 广西医学,2009,31(4):565-566.
- [11] 孙宝臣,葛述科,郭文斌. 乳腔镜治疗良性乳腺肿瘤的体会[J/CD]. 中华乳腺病杂志:电子版,2008,2(4):485-486.

(收稿日期:2011-04-02)

(本文编辑:刘军兰)

何兆群. 乳晕边缘切口在乳腺纤维瘤手术中的应用[J/CD]. 中华乳腺病杂志:电子版,2011,5(6):687-692.