

· 经验交流 ·

美容切口在乳腺脓肿切开引流术中的应用

孙刚 明佳

乳腺脓肿是哺乳期妇女的常见病,尤以初产妇为多见,常由急性乳腺炎发展所致。脓肿一旦形成,传统方法是切开引流^[1]。切开引流以往大多选择波动明显处行放射状切口。此切口操作简单,引流效果好,一直受到手术医师的青睐,但术后往往留下很明显的瘢痕,无疑给爱美女士留下心理阴影。随着现代女性对乳腺美观的追求,笔者结合多年美容手术的经验,推荐一种既能治愈脓肿,又不会遗留明显瘢痕的常用隆乳术美容切口——乳晕周围切口或乳房下皱襞切口^[2]。该切口比较隐蔽,不损害乳腺正常组织结构。笔者对 68 例乳腺脓肿切开引流者均采用此切口,经过近 2 年的随访和观察,不但切口瘢痕隐蔽,而且乳房外形美观,取得了很好的美容效果,现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本组共 68 例患者,均为女性,由于各种原因所致乳腺脓肿于 2008 年 9 月至 2012 年 2 月入本院治疗,经超声诊断发现液性暗区且穿刺抽出脓液确诊。患者年龄为 18 ~ 55 岁,中位年龄为 47 岁,脓腔最长径为 0.5 ~ 13 cm。将乳腺脓肿分为乳腺腺体内脓肿和乳腺后间隙脓肿两类,其中,乳腺腺体内脓肿以乳头水平面为界分为乳头上方脓肿和乳头下方脓肿。本组中乳头上方脓肿 28 例,乳头下方脓肿 33 例,乳腺后间隙脓肿 7 例。

1.2 手术方法

先根据术前超声定位确定脓肿范围(用龙胆紫标注)、深度、是否有分隔等,然后再决定选择何种美容切口^[1]。皱襞下切口:乳腺后间隙脓肿或乳头下方脓肿选择此切口。采用乳腺皱襞下横行切口时,经过胸大肌表面进入乳腺后间隙,如果是乳腺后间隙脓肿,即可见脓液流出来。如果是乳腺腺体内脓肿,可用食指尖或血管钳进入脓肿标记范围向前分开脓肿后壁,并纵向分离扩大脓腔开口,脓液可顺着手指方向从切口流出^[2]。乳晕周围切口(图 1):乳

头上方脓肿选择此切口。根据脓肿方位确定乳晕周围弧形切口,切开皮肤、皮下,用血管钳纵向分离或用刀片纵向切开腺叶或腺叶间隙,直至脓液溢出后纵向延长切口,用手指沿着术前标记范围探查脓腔。对口引流切口:如果脓腔较大,特别是位于乳头平面的脓肿或乳头下方的脓肿,采用此切口引流更加充分(图2)。



图1 乳晕周围切口

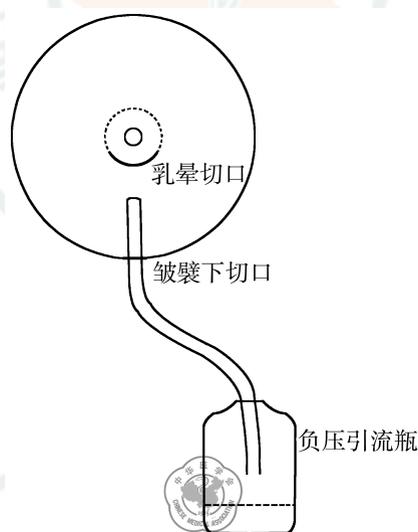


图2 对口引流示意图

采用以上切口打开脓腔后,清除脓液及坏死组织,如果脓腔有分隔,用手指顶开分隔即可,让脓液充分流出。再用双氧水、生理盐水冲洗脓腔,然后采用盐水纱条填塞或负压引流或灌洗等方式引流。术后依据脓液细菌培养结果选择抗生素治疗,直至脓腔消失、伤口愈合后出院。

1.3 术后随访及美容效果评价

本组患者出院后均接受电话及门诊随访。术后6个月,由医师和患者根据瘢痕是否明显、乳房外形是否美观来评价美容效果。

2 结果

本组 68 例乳腺脓肿患者均痊愈出院。其中有 2 例再发乳腺脓肿,均为哺乳期妇女,分析其原因应与引流切口选择无关。因为其中一例为出院后多次发生婴儿咬破乳头都未经正规消毒处理,从而在同一乳房不同象限再发脓肿;另一例为对侧乳房发生乳汁淤积未得到及时处理而再发脓肿。这 2 例都经过再次切开引流、抗炎等处理后痊愈出院。本组中还有 16 例患者因为脓腔较大,伤口愈合较慢,征得患者同意后均进行了二期美容缝合术,即待脓腔消失、伤口周围红肿消退后采用 5-0 可吸收线皮内缝合,伤口愈合后更加美观大方。本组患者的随访时间为 6~24 个月,中位随访时间为 11.6 个月,随访率为 100%。术后,1 例(1.47%)患者因瘢痕体质于 6 个月后切口瘢痕仍然较明显,自认为是手术原因引起的而对医师很不满意,经过反复沟通解释后才得以谅解,该患者经过瘢痕内注射曲安奈德后瘢痕增生得以抑制。其余患者均达到满意效果,满意率为 98.5% (67/68,图 3)。



图3 术后6个月时患者的乳房美容效果(乳晕切口)

3 讨论

乳腺的解剖结构决定了选择美容切口的科学依据。首先,乳腺由 15~20 个腺叶组成,每一腺叶有单独的乳管,乳管开口于乳头,腺叶和乳管均以乳头为中心呈放射状排列。腺叶间有结缔组织间隔,还有与皮肤相连的乳房悬韧带(即 Cooper 韧带)^[3]。如果采用放射状皮肤切口,虽然符合腺叶分布特征,手术方便快捷,但会在皮肤表面遗留非常明显的瘢痕。而且容易造成 Cooper 韧带破坏或黏连,造成皮肤与腺叶之间凹陷性黏连,形成类似于乳腺癌晚期出现的酒窝征或橘皮样改变,严重影响美观。采用上述美容切口同样符合乳腺的解剖特征,能够达到与放射状切口同样引流充分的效果,完全可以替代放射状切口。其次,由于乳晕的肤色较暗且有结节状的乳晕皮脂腺伪装,所以乳晕周缘的切口瘢痕不明显。但如果操作不慎也有其缺点:(1)可能切断

乳管,易引起乳腺堵塞,导致再发乳腺感染;(2)可能损伤乳头乳晕的感觉神经^[4]。所以,操作时必须谨慎,从乳晕周围切开进入皮下脂肪深面后直接纵形分离腺叶间结缔组织间隔进入脓腔,切忌横行切断腺叶及乳管,避免损伤浅层脂肪及 Cooper 韧带,注意保持皮肤结构的完整性,避免皮肤形成凹陷性黏连或瘢痕,而且要注意保护腺叶及乳管,以便维持妇女正常的泌乳功能,减少术后再发乳腺感染的概率。乳房下皱襞切口刚好顺皮肤纹理走向,又正好在皮肤返折处,故皮肤瘢痕很小,而且在乳房下垂时是隐蔽的^[2]。缺点是距离脓肿位置相对较远,换药时更换纱布较麻烦,可能增加患者痛苦。但如果采用负压吸引冲洗或粘贴式负压吸引可以克服以上问题。术后整个乳房不会留下任何瘢痕。

手术除了要注意乳房美观外,还应注意保护乳头乳晕的感觉功能。第4肋间神经的外侧皮神经是支配乳头乳晕感觉的神经,此神经在腺叶后面距离腺叶边缘大约2 cm处进入腺叶,体表标志是胸大肌外缘与第4肋间隙的相交点。左侧乳房相当于4点钟的位置,右侧相当于8点钟的位置^[4]。不管是哪种切口均应保护第4肋间神经的外侧皮神经,切忌动作粗暴。如果遇到乳腺外侧脓肿,建议术前标记脓肿范围时同时标记出第4肋间神经的外侧皮神经的体表标志范围,进入脓腔时尽可能选择钝性分离,破坏脓腔分隔时尽量远离神经体表标志范围。

引流方式的选择因人而异,因地制宜。如果脓腔较大,建议生理盐水或抗生素纱条填塞脓腔,如果出血较多,应多填塞压迫止血,还可以同时选择粘贴式冲洗器负压引流。该引流器是微创治疗乳腺脓肿的高效、经济可行的工具,可以保证乳房的完整美观并降低医疗费用^[5];如果脓腔相对较小,范围较局限,可以直接选择置入双腔气囊管或硅胶引流管等负压引流^[6];如果脓肿特别小,直径<5 cm时,还可以采用穿刺抽液加鲜芦荟湿敷治疗,疗效及美容效果好^[1]。如果脓腔特别大,容积在100~200 ml以上,或一个乳房有多个脓肿,脓腔内有多个分隔,有的甚至波及两个以上象限的脓肿,则做对口引流^[7]。正好可采用乳晕周围切口及皱襞下切口形成对口引流,上冲下引,即乳晕周围切口接双腔气囊管冲洗,皱襞下切口接硅胶管或粘贴式负压引流。

手术本身是一种创伤,如何手术才能达到既治病又减少创伤,这是作为一名现代外科医师应该考虑的问题。乳房是女性的第二性征,漂亮的乳房会给女性带来更大的自信和快乐。采用乳晕周围切口或乳房下皱襞切口不但维护了乳房的健康与美丽,也是医师尊重和爱护女性的职责体现。乳腺脓肿切开引流切口选择方法很多,笔者主张采用美容切口,除非皮下表浅脓肿、皮肤破溃不得以采用放射状切口之外,其余乳腺脓肿均可采用美容切口。但对瘢痕

体质者而言,美容切口仍可能出现较明显的瘢痕增生,从而影响美容效果,这些情况务必在术前向患者交代清楚。总之,美容切口加上恰当的引流方式就是治愈乳腺脓肿的最佳办法。

【关键词】 乳腺脓肿;切开引流术;美容切口

【中图法分类号】 R655.8 【文献标识码】 B

参考文献

- [1] 施勇,陆淑娇. 3种方法治疗乳腺脓肿的比较[J]. 中国中西医结合外科杂志,2011,17(2):223-224.
- [2] 王积恩,汪立川,方彰林,等. 隆乳术[M]//刘文阁,王积恩,邵文辉,等. 实用美容整形外科手术学. 北京:学苑出版社,2004:527-529.
- [3] 吴在德,吴肇汉. 乳房疾病[M]//吴在德,吴肇汉. 外科学(上册). 7版. 北京:人民卫生出版社,2010:434.
- [4] 宋儒耀,方樟林,张云龙,等. 乳房的美容整形[M]//宋儒耀,方樟林. 美容整形外科. 3版. 北京:北京出版社,2005:970,978-980.
- [5] 陈少全,王烈,邹忠东. 粘贴式负压冲洗器在乳腺脓肿切开引流治疗中的应用[J]. 第二军医大学学报,2007,28(5):562-564.
- [6] 杜正文,王玉明,高迎飞,等. 乳腺脓肿置管冲洗负压引流治疗22例疗效分析[J]. 实用医学杂志,2011,27(7):1317-1318.
- [7] 姜洪仁. 双管对冲引流治疗乳腺脓肿40例[J]. 中国医疗前,2009,4(8):58.

(收稿日期:2011-01-21)

(本文编辑:罗承丽)

孙刚,明佳. 美容切口在乳腺脓肿切开引流术中的应用[J/CD]. 中华乳腺病杂志:电子版,2012,6(2):213-217.

中华医学会