

· 综述 ·

哺乳期乳房脓肿的治疗新进展

王尊 刘庆仪

哺乳期急性乳腺炎是致病菌侵入乳腺在其中生长繁殖所引起的乳腺急性化脓性感染,多发生于初产妇,往往出现在产后 3~4 周。急性乳腺炎在病情发展迅速和治疗不当的情况下形成脓肿。研究显示 33% 的哺乳期妇女曾患哺乳期急性乳腺炎^[1],而在哺乳期急性乳腺炎的患者中 5%~11% 发展为乳房脓肿^[2-3]。乳房脓肿形成,不仅造成乳房变形,增加患者痛苦,而且往往需要停止哺乳,增加患者家庭的经济负担,需要及时接受外科治疗。伴随着影像学及介入技术的发展,乳房脓肿的外科治疗逐渐向微创化、功能化发展,从传统的切开引流,向微创介入治疗合理过渡,从而在治疗疾病的同时,保留泌乳功能,最大程度地提高患者的生活质量。本文主要将乳房脓肿的发病以及治疗的研究进展进行相应总结。

1 发病基础

乳汁淤积和感染是引起哺乳期乳腺炎及乳房脓肿两大主要因素,其中乳汁淤积通常为急性乳腺炎发作的始动因素^[4]。Thomsen 等^[5]通过对有急性乳腺炎临床症状的患者乳汁中白细胞与细菌的计数,将急性乳腺炎划分为乳汁淤积、非感染性乳腺炎、感染性乳腺炎,认为乳汁淤积在炎症发展过程中起了重要作用,没有及时有效的排空乳汁,非感染性的乳腺炎可发展为感染性乳腺炎,进而形成乳房脓肿。

哺乳期乳腺炎及脓肿最常见的致病菌是凝固酶阳性金黄色葡萄球菌,凝固酶阴性葡萄球菌、链球菌属(B 族、D 族)、厌氧杆菌或大肠埃希菌等引起的急性乳腺炎较少见^[6-8]。伤寒或者其他沙门氏菌感染并发出现的急性乳腺炎较罕见^[9]。结核杆菌引起的急性乳腺炎亦比较罕见。但在结核病流行人群中,结核杆菌引起的哺乳期乳腺炎约占

1%^[10]。除此之外,也有文献报道念珠菌与隐球菌可引起真菌性乳腺炎^[1]。致病菌进入乳腺的途径有:(1)通过哺乳导管进入小叶;(2)血行扩散;(3)通过破裂的乳头进入导管周围淋巴系统。其中乳头破裂,致病菌沿淋巴管入侵是主要的感染途径^[4]。容易引起乳汁淤积的因素有:(1)婴儿衔乳不良,导致无效吮吸;(2)限定哺乳时间及次数,未及时排空乳汁;(3)乳腺导管开口处堵塞;(4)产乳过多。同时,婴儿衔乳不良,同样会导致乳头损伤及破裂,增加感染风险。除此之外,婴儿口腔发育异常(如唇腭裂)及舌系带过短均可能导致乳头损伤,增加乳腺炎患病风险^[1]。

2 外科治疗

2.1 外科切开引流

脓肿形成后,传统的治疗方法是及时脓肿切开引流,同时建议患者停止哺乳^[4]。传统的大切口开放式引流是将切口切至脓腔边缘,大量凡士林纱布填塞引流。由于哺乳期乳汁较多,加上脓液,使切口渗液较多,需每日 1 次甚至多次更换敷料,操作过程中患者疼痛明显。乳腺的局部层次被破坏,加上切口一般多在乳头附近,局部切口愈合时间较长,治疗时间长,费用高,愈合后遗留较明显的手术瘢痕,导致乳房变形,影响女性乳腺功能的恢复和形体美。在传统切开引流治疗的基础上,有文献报道^[11-13],改良手术切口如小切口、乳晕切口或者乳房下皱襞切口切开并彻底引流治疗乳房脓肿,在一定程度上减小手术瘢痕,降低乳房变形的发生率。但手术本身不可避免对乳房组织造成破坏以及给患者带来疼痛刺激。除此之外,对于多发脓肿、小脓肿,手术切开引流效果不佳,且不能反复切开引流,脓肿复发率较高。

2.2 超声引导介入治疗

自 1990 年 Karstrup 等^[14]提出超声引导下乳房脓肿经皮引流的可行性后,许多临床研究^[15-23]显示,超声引导下的介入治疗可以代替外科切开

引流,成功治愈乳房脓肿。

2.2.1 超声引导脓肿穿刺或置管引流:在超声引导下,术者对脓肿定位,选取合适穿刺点,进行穿刺或置管引流,从而排出脓液,达到治疗的目的。施勇等^[15]对 111 例乳房脓肿患者进行穿刺抽液、置管引流、传统切开引流治疗的临床效果比较,发现穿刺组和置管组的切口愈合时间、切口瘢痕、疼痛分级、换药次数均明显低于传统切开组,认为穿刺组和置管组与传统组比较,具有微创、简便、安全、疗效明确的特点。张斌等^[16]对 87 例乳房脓肿患者采用超声引导穿刺治疗,发现其对于单个大脓肿及多房性脓肿的治疗效果,与传统切开相比,无明显差别;超声引导下穿刺对于多发性乳房脓肿的治疗效果优于传统的手术治疗。陈蔓青等^[17]对 119 例乳房脓肿行超声引导穿刺,治愈率达 94.4%,认为微创治疗可取得比传统切开引流术更好的效果,并且认为蜂窝状的脓腔,穿刺治疗难于抽净脓液,宜尽早采取手术治疗。Elagili 等^[18]认为不考虑脓肿大小及脓液量,多房样脓肿是穿刺抽脓失败的因素之一。Eryilmaz^[19]等认为脓腔直径 >5 cm 是穿刺失败的危险因素之一,脓腔直径 <5 cm,穿刺抽脓可以获得良好的美容效果,脓腔直径 >5 cm 应该切开引流。Ulitisch 等^[20]以脓肿直径 3 cm 作为分界点,对 <3 cm 的乳房脓肿行超声引导下穿刺抽脓,对 ≥ 3 cm 乳房脓肿行超声引导下置管负压引流,取得了很好的疗效。但其并未证明脓腔直径 3 cm 为选择穿刺抽脓与置管引流最理想的分界点。Ozseker 等^[21]则认为脓腔直径 ≥ 3 cm 不一定需要置管引流,在其研究中,对于 ≥ 3 cm 的乳房脓肿未置管引流,而是通过一系列穿刺抽脓而治愈。

2.2.2 超声引导的脓肿微创旋切系统治疗:超声实时引导和监视下,术者利用 Mammotome 微创旋切系统真空负压装置,可以将脓液彻底抽吸干净,同时将脓肿壁坏死组织一期切除完全,从而达到治疗疾病的目的。Varey 等^[22]对 5 例已采用穿刺抽脓治疗效果不理想的乳房脓肿患者,采用微创旋切系统治疗很好的控制了病情,认为脓液粘稠并且脓腔分隔较多,单纯选择穿刺抽脓效果不理想时,微创旋切系统治疗是避免开放手术的较好方式。续哲莉等^[23]对 53 例脓肿患者在超声引导下应用 Mammotome 微创旋切系统治疗,均获得临床治愈。实时超声引导应用 Mammotome 微创旋切系统真空负压装置,可以负压抽吸脓液,同时切除

脓腔壁,并留置引流管冲洗,针对性强,正常乳腺组织损伤小,可避免乳痿等并发症,获得满意的乳房外形。

3 辅助治疗

3.1 细菌谱的变异及抗生素选择

敏感抗生素的应用,是消除感染、控制脓肿进一步发展的重要手段。随着耐药菌的增多,传统应用青霉素或耐青霉素酶的苯唑西林钠的治疗地位开始动摇。吴健宁等^[24]对 128 例哺乳期乳房脓肿患者进行脓液检测,检出 74 株金黄色葡萄球菌(86.0%),其中对青霉素、红霉素和克林霉素有较强的耐药性,对万古霉素、替考拉宁和左氧氟沙星 100% 敏感,对甲氧西林耐药的菌株占 25.7%。周丹等^[25]对 43 例哺乳期乳房脓肿进行细菌鉴定和药敏试验,其中分离出金黄色葡萄球菌 17 株,对青霉素、红霉素均有较强的耐药性,对左氧氟沙星等药物敏感,对苯唑西林耐药菌株占 11.76%。因此,在选用抗生素时,青霉素类、大环内酯类耐药率较高,不能作为经验用药,同时要警惕存在耐甲氧西林金黄色葡萄球菌感染的可能。临床使用抗菌药物,应结合患者既往的用药情况,避免滥用抗菌药物引起的耐甲氧西林金黄色葡萄球菌感染爆发流行;并及时送检乳腺脓液细菌培养,以药敏结果指导临床合理经济用药。

3.2 局部综合辅助治疗

乳房局部的辅助治疗,对乳房脓肿的治疗起到重要作用,在外科治疗及应用抗生素的前提下,局部的辅助治疗加快患者的恢复进程。乳汁科学管理及局部的物理治疗均有助于炎症的消散。何湘萍等^[26]对 1522 例早期哺乳期急性乳腺炎患者侧重局部治疗,早期疏通乳管,进行低频微波理疗或半导体激光照射+乳腺按摩+电动奶泵吸乳三联外治方法,及时缓解乳汁淤积,促进炎症消散,其中仅有 8 例发展为乳房脓肿,乳房脓肿的发病率仅为 0.53%。

4 保留泌乳功能

在乳房脓肿的传统治疗中,患侧乳房停止哺乳,疾病本身及治疗产生的疼痛不适往往导致患者退奶,结束哺乳过程。随着微创技术的进步以及对母乳重要性的再认识,临床实践中治疗乳房脓肿的同时,正确引导患者坚持母乳喂养,尽可能保留患者泌乳功能。邹洪达等^[27]对 31 例乳房脓

肿患者在超声引导介入治疗的同时,均用吸奶器排空患侧乳房,成功保留了乳腺的泌乳功能,提供了继续哺乳机会。Banapurmath 等^[28]对 4 例哺乳期乳房脓肿患者进行有效治疗,同时维持母乳喂养,认为即使患有乳房脓肿,不论脓肿的发病部位是在乳晕周围还是乳房外周,均不影响正常哺乳,甚至认为泌乳功能的保留可以加速乳房脓肿的康复。

综上所述,乳房脓肿的外科治疗取得了重大进展,以超声介入治疗为主的综合治疗方式体现了现代外科微创化、功能化的治疗理念,既保证了治疗效果和母乳的正常喂养,又缩短了治疗时间,减少了复发风险,减轻了患者的痛苦,降低了治疗成本。临床疗效也肯定了超声引导介入治疗的可行性。然而,目前学者们对乳房脓肿的外科介入治疗仍有不少争议,无论采用穿刺抽脓、置管引流还是 Mammotome 微创旋切系统治疗乳房脓肿,针对具体不同特征的脓肿患者如何进行规范化治疗仍没有一个详尽、系统、全面、整体的优化治疗方案,需要进一步深入研究探索。

【关键词】 脓肿; 乳腺炎; 哺乳期

【中图分类号】 R655.8 【文献标志码】 A

参考文献

- [1] Spencer JP. Management of mastitis in breastfeeding women [J]. Am Fam Physician, 2008,78(6):727-731.
- [2] Karstrup S, Solvig J, Nolsoe CP, et al. Acute puerperal breast abscesses: US-guided drainage [J]. Radiology, 1993,188(3):807-809.
- [3] Christensen AF, Al-Suliman N, Nielsen KR, et al. Ultrasound-guided drainage of breast abscesses: results in 151 patients [J]. Br J Radiol, 2005,78(927):186-188.
- [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] Thomsen AC, Espersen T, Maigaard S. Course and treatment of milk stasis, noninfectious inflammation of the breast, and infectious mastitis in nursing women [J]. Am J Obstet Gynecol, 1984,149(5):492-495.
- [6] Dabbas N, Chand M, Pallett A, et al. Have the organisms that cause breast abscess changed with time? —Implications for appropriate antibiotic usage in primary and secondary care [J]. Breast J, 2010,16(4):412-415.
- [7] Lee IW, Kang L, Hsu HP, et al. Puerperal mastitis requiring hospitalization during a nine-year period [J]. Am J Obstet Gynecol, 2010,203(4):331-332.
- [8] Kvist IJ, Larsson BW, Hall-Lord ML, et al. The role of bacteria in lactational mastitis and some considerations of the use of antibiotic treatment [J]. Int Breastfeed J, 2008,3:6.
- [9] Mukerji A, Sulowski C, Friedman JN, et al. Salmonella Poona meningitis and mastitis causing neonatal meningitis [J]. Pediatr Infect Dis J, 2009,28(12):1141-1142.
- [10] Chowdri NA, Parry FQ, Dar RA, et al. Tubercular mastitis—a rare presentation [J]. Int J Surg, 2010,8(5):398-400.
- [11] 郭林. 小切口基底部引流治疗乳腺脓肿 [J]. 中国医师杂志, 2004,5(21):73.
- [12] 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.
- [13] 张宏,李定文. 乳晕切口负压引流治疗乳腺脓肿的疗效分析 [J]. 岭南现代临床外科, 2012,12(2):121-122.
- [14] Karstrup S, Nolsoe C, Brabrand K, et al. Ultrasonically guided percutaneous drainage of breast abscesses [J]. Acta Radiol, 1990,31(2):157-159.
- [15] 施勇,卢淑娇. 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):223-225.
- [16] 张斌. 乳腺脓肿超声引导穿刺治疗与传统手术治疗效果对比 [J]. 实用诊断与治疗杂志, 2007,21(6):458-459.
- [17] 陈蔓青. 微创治疗哺乳期乳腺脓肿可行性研究 [J]. 医学信息(上旬刊), 2010,23(11):4239-4241.
- [18] Elagili F, Abdullah N, Fong L, et al. Aspiration of breast abscess under ultrasound guidance: outcome obtained and factors affecting success [J]. Asian J Surg, 2007,30(1):40-44.
- [19] Eryilmaz R, Sahin M, Hakan TM, et al. Management of lactational breast abscesses [J]. Breast, 2005,14(5):375-379.
- [20] Ulitzsch D, Nyman MK, Carlson RA. Breast abscess in lactating women: US-guided treatment [J]. Radiology, 2004,232(3):904-909.
- [21] Ozseker B, Ozcan UA, Rasa K, et al. Treatment of breast abscesses with ultrasound-guided aspiration and irrigation in the emergency setting [J]. Emerg Radiol, 2008,15(2):105-108.
- [22] Varey AH, Shere MH, Cawthorn SJ. Treatment of loculated lactational breast abscess with a vacuum biopsy system [J]. Br J Surg, 2005,92(10):1225-1226.
- [23] 续哲莉,边学海,王瑞庆,等. Mammotome 微创旋切系统治疗乳腺脓肿:附 53 例报告 [J]. 中国普通外科杂志, 2007,16(11):1063-1065.
- [24] 吴健宁,吴佳音. 243 例哺乳期急性乳腺炎病原菌分布及耐药性分析 [J]. 中国卫生检验杂志, 2011,21(6):1533-1534.
- [25] 周丹,楼丽华,郝芬妮,等. 哺乳期乳房脓肿培养加药敏 43 例结果分析 [J]. 临床和实验医学杂志, 2009,8(8):89-90.
- [26] 何湘萍,马祥君,尚红梅,等. 三联外治法治疗早期哺乳期急性乳腺炎 1522 例疗效观察 [J]. 中国妇幼保健, 2007,22(33):4772-4773.
- [27] 邹洪达,金花玉,高晓虹,等. 彩色多普勒超声引导介入治疗乳腺脓肿 31 例 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2010,31(8):1239.
- [28] Banapurmath CR, Banapurmath SC, Mallikarjuna HB, et al. Successful management of breast abscess with ongoing breastfeeding [J]. Indian Pediatr, 1995,32(4):488-491.

(收稿日期:2013-03-22)

(本文编辑:刘军兰)

王尊,刘庆仪. 哺乳期乳房脓肿的治疗新进展 [J/CD]. 中华乳腺病杂志:电子版, 2013,7(4):279-281.