

## · 经验交流 ·

## 14G 留置针置管持续引流治疗哺乳期乳腺脓肿 206 例

龙天柱 蔡媛璇 姚育芝 朱彩荣 樊哲 潘玉鸿 李茵 马宏民

急性乳腺炎是哺乳期妇女最常见的乳腺疾病。大约有 10% 的乳腺炎因为处理不当发展成为乳腺脓肿<sup>[1-2]</sup>。乳腺脓肿治疗原则是抗炎治疗的同时充分引流脓液。传统的引流脓液方法是手术切开,纱布填塞引流<sup>[3]</sup>。切开引流手术及术后多次换药给患者带来巨大痛苦,同时,手术切口愈合后瘢痕明显,影响美观,而且伴有过高的非计划性停止哺乳率<sup>[4]</sup>。在切开引流基础上停止哺乳处理乳腺脓肿已成为一种常规<sup>[5]</sup>。切开引流治疗乳腺脓肿的方法存在明显缺陷,因此,临床上迫切需要寻找一种能避免上述缺点的乳腺脓肿治疗方式。

临床医师作出了大量尝试<sup>[6]</sup>。无论是超声引导下反复多次穿刺抽脓<sup>[7]</sup>,还是粗管置管引流<sup>[8]</sup>,或者借助微创旋切技术吸干脓液,切除脓肿壁<sup>[9]</sup>,或者双套管冲洗持续负压引流<sup>[10]</sup>,甚至中医火针等方法,都取得了一定效果,同时也存在各自的不足。广州市妇女儿童医疗中心借鉴各种方法的优点,在保证充分引流脓液的前提下,尝试使用 14G 留置针制作负压引流装置治疗哺乳期乳腺脓肿患者 206 例,效果良好,现将经验总结如下。

## 资料与方法

## 一、一般资料

回顾性分析本院 2013 年 8 月至 2016 年 6 月使用 14G 留置针穿刺置管持续引流治疗的 206 例哺乳期乳腺脓肿患者资料。患者约占同期所有乳腺脓肿治疗者的 78.0% (206/265)。部分较大脓腔采用 18F 引流管穿刺置管引流,部分脓肿在来院治疗时已自行破溃的采用切开引流,部分小脓肿采用细针穿刺抽脓等。206 例患者年龄 21~43 岁,中位年龄为 30 岁,其中第 1 胎比例为 68.0% (140/206),以产后 1~3 个月内多发(表 1)。脓腔直径 1.3~10.0 cm,中位脓腔直径为 4.3 cm。所有患者在治疗前均行影像学检查诊断乳腺脓肿形成。在穿刺置管治疗前均充分告知患者该方法的优缺点,以及传统切开引流方法的优缺点,无一例患者首选切开引流,均自愿选择上述方法作为乳腺脓肿的首治方法,并签署操作同意书。治疗前均行血常规及凝血功能检查,确保无血小板过低及凝血功能异常。

## 二、治疗方法

操作前超声检查明确脓肿范围,制定穿刺方案(包括进针点、角度以及进针路径)。对于多发脓肿,相隔较远的需要

表 1 206 例哺乳期乳腺脓肿患者发病时间分布

发病时间	例数	比例(%)	累积比例(%)
≤1 个月	51	24.8	24.8
>1~3 个月	109	52.9	77.7
>3 个月	46	22.3	100

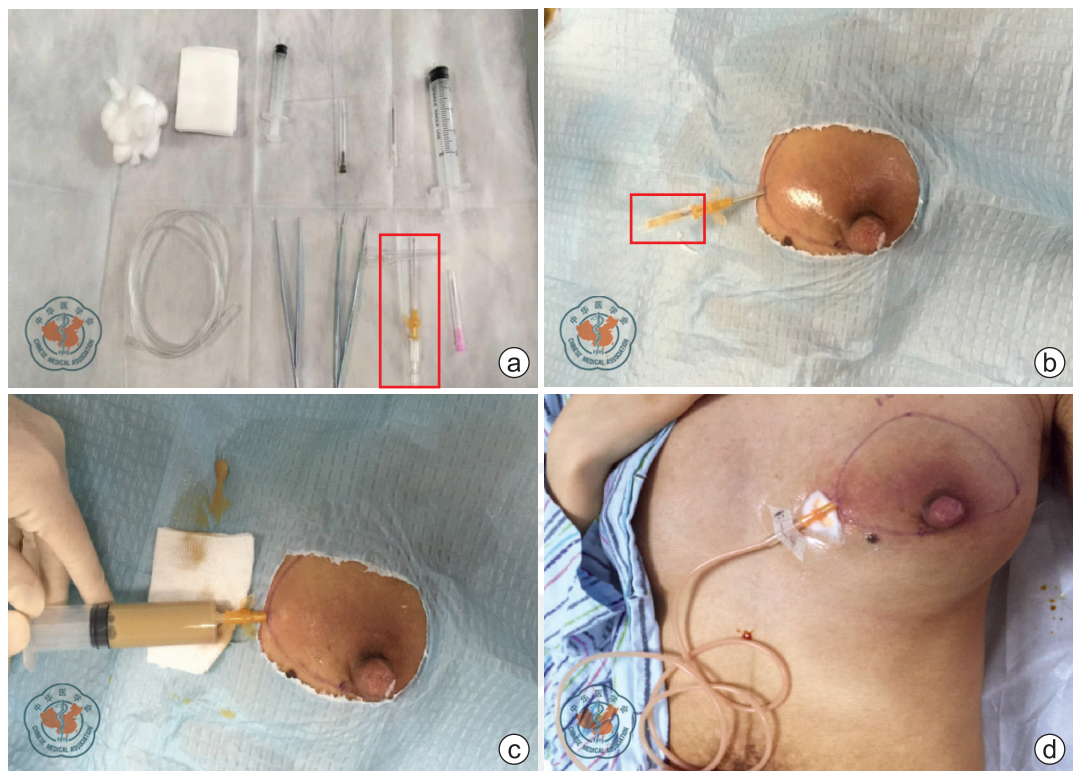
分别穿刺置管引流,毗邻脓肿可通过单个穿刺针打通间隔,充分引流。深部脓肿需要在超声引导下完成操作。患者取平卧位,常规消毒铺巾,用 14G 留置针(德国 Braun 公司, Introcan Safety-W)制作穿刺导管(图 1a),根据原设计的穿刺方案进针,进入脓肿后有明显的落空感,可见脓液通过针芯进入回血腔(图 1b),退出导引针,接上注射器,回抽到脓液,明确导管尖端在脓腔内,调整导管深度,回抽注射器排出脓液(图 1c)。留取部分脓液送细菌培养,其余脓液充分回抽干净,将 0.9% 氯化钠溶液通过留置针注射到脓腔,稀释脓液,再回抽,反复冲洗至相对清亮为止。导管座连接延长管,接负压装置持续引流,用 3M 贴膜覆盖留置针导管座及延长管连接处,达到固定效果(图 1d)。对于多分隔脓肿,可确保导引针进入脓腔后,在未退出前,利用其打开周围间隔,达到充分引流的效果。

患者接受穿刺置管引流的同时,经验性给予头孢类抗生素抗炎治疗。对于青霉素过敏者,则可给予大环内酯类抗生素;若计划停止哺乳的患者可给予喹诺酮类抗生素治疗。若经验性抗炎治疗效果欠佳,根据细菌培养及药敏结果调整抗生素。所有患者在接受穿刺置管引流操作前均被充分告知该方法不影响母乳喂养,医师鼓励母乳喂养,由患者与家属充分商量后决定是否停止哺乳。对于要求继续母乳喂养者,治疗期间每天接受 1~2 次的乳汁淤积疏通治疗;对于要求停止哺乳者,则给予相关药物处理。治疗期间定期复查血常规、C 反应蛋白以及乳腺超声。

拔除引流管指征:(1)体温恢复正常;(2)乳房原炎症部位红肿消退,未扪及明显波动感;(3)每日引流量<5 ml,非脓性;(4)复查乳腺超声显示原残腔最大径<2.0 cm,无明显液性回声;(5)复查血常规白细胞恢复正常,C 反应蛋白正常。其中(1)~(4)点为必要条件,(5)为次要条件。

## 三、观察指标、评价标准及数据分析

记录每例患者的住院天数、是否停止哺乳、细菌培养结果、置管引流治疗期间及拔管后与置管相关的并发症情况,治疗后乳房美容效果评价,出院后随访 1 个月是否有原部位乳腺炎复发。部分患者起始要求停止哺乳,但住院期间改变主意要求继续母乳喂养,或起始要求母乳喂养,后来要求停止哺乳的,均以出院时作为统计节点。在治疗后 1 个月复诊



注:a 图所示 14G 留置针置管持续引流法使用的材料,其中红框内为该法使用的 Braun 14G 安全型留置针;b 图所示留置针穿刺进入脓腔,其中红框(回血腔)内可见脓液;c 图所示注射器回抽脓液;d 图所示接负压装置持续引流脓液

图 1 14G 留置针置管持续引流法使用的材料及操作过程

时,根据患者对伤口满意度的主观评价,将乳腺美容效果分为满意、一般和不满意。每例患者的信息进行单独记录,然后进行汇总。临床治愈标准为临床症状、体征消失,血常规检查白细胞正常。复发诊断标准为原病灶部位出现红、肿、热、痛等炎症表现。所有数据结果均采用 SPSS 13.0 软件进行分析处理,确保录入过程客观真实。

结 果

一、平均住院天数

所有患者均需住院处理。入院后完善血常规、凝血功能及乳腺超声检查,大部分患者在入院当天行乳腺脓肿穿刺置管引流治疗。达到拔管指征后拔除引流管,若无病情反复,次日出院。所有患者平均住院天数为(6.9±2.7) d,其中住院时间最短为 3.0 d,最长为 16.0 d。

二、治疗后母乳喂养率

本组患者保持哺乳的比例为 53.4% (110/206),停止哺乳的比例为 46.6% (96/206)。

三、脓液细菌培养结果

206 例患者脓液细菌培养阳性 170 例(82.5%)。其中为金黄色葡萄球菌 146 例(70.9%),占细菌培养阳性患者的 85.9% (146/170)。病原菌种类详见表 2。

四、置管引流相关并发症

所有采用上述方法置管引流的患者,除留置引流管引起的轻微疼痛外,只记录到少数置管引流相关的并发症,其中

表 2 206 例哺乳期乳腺脓肿患者的脓液细菌培养结果

细菌培养	例数	构成比(%)
金黄色葡萄球菌		
MRSA <sup>a</sup>	51	24.8
MSSA <sup>b</sup>	77	37.4
N	18	8.7
其他细菌	24	11.6
阴性	36	17.5

注:<sup>a</sup>MRSA 为耐甲氧西林的金黄色葡萄球菌;<sup>b</sup>MSSA 为对甲氧西林敏感的金黄色葡萄球菌;N 为普通金黄色葡萄球菌

包括意外拔管 5 例,拔管后漏奶 3.0 d 以上的 3 例,拔管时断管 1 例。5 例意外拔管的患者中,有 3 例是留置 2 根引流管;其中 3 例因改变体位(卧位改为坐位)发生,另外 2 例是因为敷贴松脱而致引流管脱出。5 例意外拔管的患者中,4 例需要再次穿刺置管,置管后引流良好,不影响引流效果;并通过加强宣教,无一例再次出现脱管。拔管后漏奶发生在每次哺乳时,嘱患者每次哺乳后用消毒液清洗穿刺口,覆盖无菌敷料,所有患者的穿刺口均 1 周以内愈合。对于拔管时断管的患者,均在超声引导下经原穿刺口用腹腔镜抓钳夹出断管,未引起异物残留。

五、随访

患者出院后第 3、7 天以及 1 个月时到门诊复诊,对于没有复诊的进行电话随访。1 个月内原脓肿部位出现炎症的记录为复发病例。其中复发共 12 例,复发率为 5.8%



(12/206), 总体治愈率达 94.2% (194/206)。复发病例多数为出院 1 周内出现, 其中有 5 例(均坚持母乳喂养)表现为原残腔积乳, 只有 1 例通过门诊穿刺抽液, 局部加压治愈, 并能继续母乳喂养; 其余 4 例均在穿刺抽液的基础上停止哺乳后治愈。其中 3 例(2 例保持哺乳, 1 例停止哺乳)表现为原炎症区域红肿退而复现, 但局部未形成脓肿, 保持哺乳的 2 例在抗生素治疗基础上回院行综合乳汁淤积疏通治疗而治愈, 停止哺乳的 1 例配合抗生素使用后治愈。还有 4 例为多发脓肿或脓肿伴有粗颗粒奶渣, 治疗期间引流欠通畅, 这些患者大部分住院时间在 7 d 以上, 且复查超声时部分脓腔缩小, 但周围仍有小脓腔或周围可见明显强回声的炎症区域, 所有患者最后均在停止哺乳后改行 18F 引流管置管引流治愈。上述复发患者无一例改行切开引流。

#### 六、乳房美容效果评价

本组患者治疗后满意率为 98.1% (202/206), 只有 4 例 (1.9%, 4/206) 改行 18F 引流管者评价为一般。

### 讨 论

乳腺脓肿是哺乳期女性常见的一种乳腺疾病。很多患者经传统的切开引流手术治疗, 但术后会留下明显的手术瘢痕; 目前大多数医疗工作者, 包括部分乳腺专科医师仍认为乳腺脓肿治疗需要停止哺乳, 使很多希望保持哺乳的妈妈不得不停止哺乳。近年来临床工作者做出各种尝试, 希望在治愈乳腺脓肿的前提下, 尽可能减小伤口, 满足美容要求, 并尽可能减小对哺乳的影响, 提高母乳喂养率。各种方法各有优缺点, 也在一定程度上治愈了大多数的患者, 从而取代了原来的切开引流, 以及改变了治疗乳腺脓肿需要停止哺乳的传统观念<sup>[11]</sup>。

本院从 2013 年起使用 14G 留置针制作引流管, 具备穿刺、引流功能, 同时具有冲洗作用, 一次穿刺完成置管可减少患者痛苦, 后续冲洗可稀释脓液利于引流, 且治疗后留下的伤口只有针孔大小, 大部分穿刺口愈合后无明显瘢痕, 同时, 该方法具有较高的母乳喂养率, 且不增加后续哺乳期乳腺炎复发风险。以往文献报道, 传统切开引流的治疗时间为 (27.9±3.65) d<sup>[12]</sup>, 美容效果不满意率高达 70%<sup>[13]</sup>, 而本研究采用 14G 留置针穿刺置管持续引流的治疗时间为 (6.9±2.7) d, 时间明显缩短, 且美容效果良好 (满意率 98.1%, 202/206)。与超声引导下反复多次穿刺抽液相比, 该方法只需 1 次穿刺, 避免了反复穿刺引起的疼痛及恐惧心理, 且对于较大的脓腔 (≥5 cm) 仍然有效, 而在治疗时间、美容效果以及治疗后母乳喂养率方面差异均无统计学意义<sup>[13]</sup>。与粗管置管引流相比较, 该方法美容效果好<sup>[14]</sup>, 但部分脓腔较大、引流不畅或多个相邻脓腔的患者需改行粗管引流才能达到治愈。与借助微旋切技术的粗管引流相比较, 该方法具有治疗费用低, 美容效果好, 治疗时间明显缩短的优点<sup>[15]</sup>。

任何方法都有不足之处, 如本中心采用的 14G 留置针穿刺置管引流方法存在管腔相对较小、材质较软、持续负压容易吸扁等缺点, 在一定程度上影响引流效果。而且, 自制的负压引流装置因材质问题负压不足, 笔者正考虑作进一步改良。后续仍需大规模随机对照研究及更合理的设计以验证其优势。通过对本组患者的临床观察, 笔者认为该方法切实可行, 总体治疗效果较好, 而且操作简单, 材料易得, 价格低廉, 值得临床推广应用。

【关键词】 乳腺疾病; 脓肿; 母乳喂养; 引流术

【中图法分类号】 R655.8 【文献标志码】 B

### 参 考 文 献

- [1] Dener C, Inan A. Breast abscesses in lactating women[J]. World J Surg, 2003, 27(2): 130-133.
- [2] Marchant DJ. Inflammation of the breast[J]. Obstet Gynecol Clin North Am, 2002, 29(1): 89-102.
- [3] Cantlie HB. Treatment of acute puerperal mastitis and breast abscess[J]. Can Fam Physician, 1988, 34: 2221-2226.
- [4] Kataria K, Srivastava A, Dhar A. Management of lactational mastitis and breast abscesses: review of current knowledge and practice[J]. Indian J Surg, 2013, 75(6): 430-435.
- [5] Khanna YK, Khanna A, Arora YK, et al. Primary closure of lactational breast abscess[J]. J Indian Med Assoc, 1989, 87(5): 118-120.
- [6] 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.
- [7] 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.
- [8] Ulitzsch D, Nyman MK, Carlson RA. Breast abscess in lactating women: US-guided treatment[J]. Radiology, 2004, 232(3): 904-909.
- [9] 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.
- [10] 汪洁, 高雅军, 高海凤, 等. 脓腔置管冲洗与切开引流治疗乳腺脓肿的比较[J]. 中国微创外科杂志, 2007, 7(4): 354-355.
- [11] Banapurmath CR, Banapurmath SC, Mallikarjuna HB, et al. Successful management of breast abscess with ongoing breastfeeding[J]. Indian Pediatr, 1995, 32(4): 488-491.
- [12] Benson EA, Goodman MA. Incision with primary suture in the treatment of acute puerperal breast abscess[J]. Br J Surg, 1970, 57(1): 55-58.
- [13] Eryilmaz R, Sahin M, Hakan Tekelioglu M, et al. Management of lactational breast abscesses[J]. Breast, 2005, 14(5): 375-379.
- [14] 祝玉祥, 符德元, 邵稳喜, 等. 乳晕微小切口负压引流治疗乳腺脓肿[J/CD]. 中华乳腺病杂志(电子版), 2014, 8(6): 434-436.
- [15] 罗懿忠, 张安秦, 李文萍, 等. Mammotome 微创置管引流治疗哺乳期乳腺脓肿[J]. 广东医学, 2013, 34(24): 3779-3780.

(收稿日期: 2016-11-23)

(本文编辑: 宗贝歌 罗承丽)

龙天柱, 蔡媛璇, 姚育芝, 等. 14G 留置针置管持续引流治疗哺乳期乳腺脓肿 206 例[J/CD]. 中华乳腺病杂志(电子版), 2017, 11(5): 310-312.