



· 临床研究 ·

环乳晕缘切口在乳腺良性肿块手术中的应用

李洋 (湖南省人民医院乳腺甲状腺外科, 湖南长沙 410005)

摘要: **目的** 探讨环乳晕缘切口在乳腺良性肿块手术中的可行性及应用价值。**方法** 95例接受经环乳晕缘切口肿块切除术的乳腺良性肿块患者, 回顾性分析其手术过程及术后随访结果。**结果** 本组手术均顺利完成, 暴露良好, 肿块完整切除, 术后恢复顺利, 无感染、皮肤坏死等严重并发症发生, 均一期愈合, 8例出现术野皮肤瘀青, 其中2例发生血肿, 均自行好转; 术后随访3~8个月无肿块复发, 乳房形态、外观无变化, 切口隐蔽, 疤痕不明显, 患者自我感觉满意。**结论** 在多数乳腺良性肿块手术中选择环乳晕缘切口安全、可靠, 一个切口可以切除多个肿块, 术后疤痕不明显, 美容效果良好, 值得临床推广应用。

关键词: 环乳晕缘切口 乳腺良性肿块 术后疤痕**中图分类号:** R655.8 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 05-110-02

乳腺良性肿块包括纤维腺瘤、囊肿、腺病及导管内乳头状瘤等常见病变。手术切除是良性肿块最佳的处理方法, 既能明确诊断、解除病变, 又能减轻患者的精神负担。传统的手术方法是直接在肿块表面做一横行、弧形或放射状切口, 虽常规行美容缝合, 但术后常遗留明显的手术疤痕, 对多发肿块者更是如此, 给患者尤其是年轻、未婚女性带来心理阴影。为进一步改善手术创伤带来的美观问题, 笔者采用环乳晕缘切口行乳腺良性肿块切除术, 取得了满意效果。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组95例患者均为女性, 2014年5月至2015年2月期间在我院门诊或住院部手术室接受乳腺肿块切除术, 年龄14~52岁, 中位年龄35.5岁; 单侧78例, 双侧17例; 每例患者肿块1~6个, 单侧乳房肿块最多4个; 长径0.5cm~5.2cm, 肿块距乳晕外缘距离0~8cm, 中位距离3.0±1.8cm。所有患者均经临床触诊、乳腺彩超或联合乳腺钼靶、磁共振检查拟诊为乳腺良性肿块。

1.2 术前准备

所有患者手术均避开月经期, 常规于月经干净后1~2周进行。术前均行B超扫查并定位标记, 对临床无法触及的肿块注明肿块存在于腺体层内的深度(浅表、中部或近乳后间隙)。对多发肿块者告知仅切除临床可触及或术野范围内长径大于1cm的肿块。

1.3 麻醉方式

主要采用局部浸润麻醉, 1%~0.5%利多卡因, 作切口皮内及术野皮下、乳后间隙菱形注射。对位于多个象限多发肿块的部分患者选用全身麻醉。

1.4 切口设计

全部患者均采用单一的环乳晕缘切口, 即距乳腺肿块最近的环乳晕外缘色素交界处弧形切口, 对多发肿块者需兼顾术中术野的暴露, 油性记号笔标记切口。环乳晕缘切口长度一般为2~4cm, 依肿块大小及其距乳晕的距离而定, 不宜过长, 一般不超过乳晕半周, 以免影响乳头乳晕区的血运。

1.5 手术方法

麻醉生效后, 常规消毒、铺单, 沿环乳晕缘切口切开皮肤、皮下组织显露腺体表面, 此处避免切开过深损伤乳腺组织。提起皮瓣, 在皮下脂肪层及腺体层之间锐性结合钝性分离, 切断Cooper韧带, 潜行分离至肿块所在腺体区域形成“隧道”。拉钩暴露术野, 据术前B超定位所示肿块所在腺体层次, 浅表者直接钳夹肿块外周腺体并牵引至乳晕切口附近, 锐性分离, 直视下将其连同周围厚约0.2~0.5cm正常腺体组织一并完整切除; 较深者需在腺体层另作放射状切口部分或全层切开腺体组织探查, 探及肿块后同法切除。对多个肿块者则重复上述步骤。创面彻底止血, 残腔不放置引流, 4-0可吸收线逐层间断缝合腺体残端、皮下组织及真皮下各层, 最后以4-0 Prolene滑线连续皮内缝合关闭切口。术后常规绷带加压包扎2~3天, 8~10天后拆线。

2 结果

术前B超定位计划手术的肿块均全部完整顺利切除。术中患者均耐受良好, 手术时长约20~120分钟, 出血约1~20ml。术后无伤口感

染、脂肪液化或皮缘坏死病例, 均一期愈合。8例出现术野皮肤瘀青, 其中2例发生血肿, 均于术后随访期间2~8周消失、好转。所有患者随访3~8个月, 采用临床触诊结合乳腺彩超评估, 无术区肿块残留或复发。3例患者非手术区出现新发肿块, 再次行乳晕缘切口手术处理。术后乳房形态对称, 外观正常, 疤痕不明显, 乳头乳晕区感觉正常, 生活未受影响, 患者自我感觉满意。

3 讨论

乳房是女性的第二性征, 自古以来就是女人美丽的象征。乳腺良性肿块占乳腺肿块的80%^[1]。术后疤痕的美观是多数女性患者对接受乳腺手术的首要关注点。明显的术后疤痕会给患者带来严重的心理负担, 尤其多发肿块多个切口疤痕更是如此。虽然麦默通、巴德等微创旋切技术越来越多应用于乳腺良性肿块手术中, 给美容要求高的患者带来希望, 但其带来的手术创伤大、出血风险高、良性肿瘤者不符合无瘤原则以及费用昂贵等问题却备受争议。传统的开放式手术具有高效、直观、彻底等诸多优势, 但术后切口疤痕是不容回避的重要问题。乳晕切口具有较大临床应用价值^[2]。切口选择在环乳晕缘, 乳晕区皮肤具有皮肤薄、延展性好等优点, 较小的切口即可获得良好的术野, 从而轻易实现单一切口切除多发肿块。术后疤痕形成在皮肤色素交界处, 易被掩饰, 具有隐蔽且美观的重要优点, 对年轻尤其是未婚女性更具优势, 避免产生自卑感, 减轻患者术后心理阴影。本研究采用环乳晕缘切口术后伤口隐蔽, 乳晕旁疤痕不易察觉, 乳房形态与外观基本不受影响, 患者均对术后美观满意。

手术的安全性是评价环乳晕缘切口价值的另一重要指标。手术在皮下脂肪与腺体层间隙分离, 不会损伤非肿块区的正常腺体组织, 既能完整切除肿块, 又能最大限度保证正常乳腺组织的功能, 而且外观形态几乎不受影响。侯康等^[3]采用经乳晕切口治疗132例乳腺良性疾病实践证实, 利用乳晕切口的延展性和腺体的牵拉移动性可较容易的分离和切除乳腺内较大范围的病灶。本研究中采用环乳晕缘切口可一次性切除多个乳腺肿块, 术中未常规放置引流, 术后并没有出现血肿发生率增高, 无一例出现感染或皮肤坏死, 切口均一期愈合, 安全性得到有效保障。

手术中需注意以下几点: ①注意合适病例的选择。对肿块过大(>6cm)或距乳晕过远(>8cm)而患者乳晕相对偏小估计环乳晕缘切口入路难以切除时应避免使用, 可适当向两侧顺皮纹方向延伸改良设计环乳晕缘切口或另选其他相对美观切口(如乳房下皱襞)。②术前B超检查及定位有很重要的价值。麻醉前要进一步触诊并用记号笔做出肿瘤所在部位的标记, 以方便术中寻找肿瘤, 加强术中的扪诊有助于避免遗漏肿瘤^[4]。③切口避免选择在乳晕色素沉着区。切口宜尽量设计在乳晕边缘稍偏外侧, 不取乳晕内, 以避免白色疤痕出现在乳晕内, 影响美观^[5]。④切口不宜过深, 防止损伤集中于乳晕区的大乳管, 影响术后哺乳功能。⑤皮下隧道的建立需确认在皮下脂肪层与腺体层之间, 避免非肿块区正常乳腺组织的破坏。分离层次过深不仅游离困难、范围有限, 而且出血多、不利于术中肿块的定位影响手术操作。⑥术中注意充分止血。如术野不清晰, 不利于肿块的显露和边界的确认, 且术后易出现血肿及皮肤青紫瘀斑。⑦对肿块较大、腺体缺损较多估计术后局部凹陷明显、影响美观者, 可适当游离创腔旁腺体组织成“舌状”缝合整形, 且有利于封闭残腔防止血肿形成。

(转下页)

作者简介: 李洋, 湖南省人民医院主治医师, 主要从事乳腺、甲状腺方面的研究。



老年慢性肺源性心脏病心衰临床诊治体会

王志¹, 黄建², 朱闲³, 梁娜³, 李红梅³ (1. 湘南学院附属医院老年综合内科, 423000; 2. 郴州市第一人民医院急救中心; 3. 湘南学院附属医院全科医学住培生)

摘要:目的 慢性肺源性心脏病心力衰竭的患者, 选取时间在5年内的, 时间较长, 意义不大。100例为总样本数, 探讨临床治疗慢性肺源性心脏病心衰。对以往跟踪的资料进行彻底回顾性分析, 总结出相关经验。对100例患者进行治疗后, 效果显著的为66例, 占总数的66%; 效果有好转的26例, 占总数的26%; 效果没有的只有8例, 占总数的8%。总体的有效治疗率高达92%。治疗期间也并未出现过不良反应。**结论** 慢性肺源性心脏病心力衰竭是一种病情持续时间较长, 而且加重过程是一个持续渐进的特点, 后期会导致残疾甚至死亡。尽早治疗控制病情, 挽救患者生命。

关键词: 慢性肺源性心脏病 胸闷心悸 慢性心力衰竭

中图分类号: R541.5 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 05-111-01

由于年长的原因, 慢性肺源性心脏病心衰往往发生在老年人身上居多, 主要由肺组织、肺动脉血管慢性病变引起的肺气肿、慢性支气管炎、肺血管引起的心脏病或胸廓运动障碍性疾病等。该病症的病程比较长, 而其患者的抵抗力一般较差。慢性肺源性心脏病通常分为功能失代偿期与功能代偿期两种, 患者为功能失代偿期的临床上表现为缺氧、二氧化碳潴留、心衰等; 患者为功能代偿期的临床上表现为痰多咳嗽、乏力、慢性咳嗽、哮喘、呼吸困难等。^[1] 该病的发病人群多数年龄 40 岁以上, 地方性的差异比较大, 危害性也巨大。进行临床治疗慢性肺源性心脏病心衰 100 例病例患者的研究和探讨, 治疗的效果分析情况。

首先是资料和方法。资料选取了本院近 3 年来收治的慢性肺源性心脏病心衰患者 100 例, 男女比例各为 50%; 年龄范围 40 到 80 岁, 平均年龄为 55 岁; 病程都在 5-25 年之间, 平均病程达 14 年; 长期吸烟的患者有 55 人, 占总数的 55%; 所有的患者均出现呼吸困难、痰多咳嗽、胸闷心悸、肺部湿干音、浮肿等症状。通过 X 光片检查患者肺部, 均有感染情况, 都有右心室肿大、肺动脉高压症、肺纹理增粗模糊、小斑片阴影等现象。^[2]

其次是治疗方法, 以抗感染为主要的, 疏通患者呼吸道, 给患者吸氧、用利尿剂控制心衰和呼吸, 减少右心室的负荷, 增强免疫功能, 治疗基础病, 避免病情加重, 恢复心肺功能。^[3]

最后是评判疗效 患者在经过系统的治疗后, 患者的症状恢复明显, 湿干音全部消失, 呼吸正常, 心悸症状全无, 水肿也消失。效果较好的患者, 痰多咳嗽、呼气困难、心悸心衰等现象明显减少, 配合药物治疗在家休养可完全治愈。最终的效果统计, 痊愈的患者 66 例, 占总数的 66%; 有好转的患者 26 例, 占总数的 26%; 效果没有的只有 8 例, 占总数的 8%。后期一年的后续追踪, 死亡的为 5 例, 其中原先治疗无效果死亡的 5 例, 意外死亡 1 例, 其他并发症导致死亡 2 例。总体的有效为痊愈加好转, 故总体有效治疗率高达 92%。^[4]

讨论

有研究表明慢性肺源性心脏病心衰通常的发病人群多数年龄在 40 岁以上。早期的临床症状表现较轻微, 常表现为呼吸困难、咳嗽和咳嗽。当患者安静时症状轻微或无, 但是当患者活动时表现较为强烈。患病初期, 由于患者心肺功能在代偿状态, 从而在早期较难进行诊断, 往往会导致漏诊或者误诊。慢性肺源性心脏病的临床表现为长期咳嗽和咳嗽, 而且较为反复, 即使在并不剧烈的运动的时候, 患者

也常常会出现胸闷、气促、心悸、乏力, 在安静休息片刻之后该症状也随即减轻或消失。该病症也具有明显的地区性和季节性差异, 从不同的纬度地区、高海拔地区、沿海地区、内陆干旱地区、城市地区、农村地区都有着较大的差异性。慢性肺源性心脏病最常见原发病主要是以慢性支气管炎、肺气肿, 深秋、冬季以及初春气温偏凉的气候较易引起。慢性肺源性心脏病心衰治疗是一种长期的过程, 有病情变化快且复杂的特征, 并且病情多发于年龄在 40 岁以上的人群。该人群本身就伴有其他的慢性病的较多, 免疫力较差, 并发症多的情况。

值得一提的是, 我们在临床工作中往往会遇到合并下肢静脉血栓的患者, 血栓的形成和缺氧导致红细胞的数量增多, 大量使用利尿剂与限制水的摄入从而使血液粘稠, 又加上如果患者的病情较为严重, 下肢的运动又较少有关系, 所以老年慢性肺源性心脏病的患者一定要注意是否出现以上症状, 要积极应对, 采取防御性措施。如果患者出现了双下肢水肿, 而且发生的程度不一样时, 患者就要及时到医院进行血管彩超检查。

简而言之, 慢性肺源性心脏病心衰患者在通过常规的治疗基础上, 再结合不同的患者病情实行有针对性治疗方案。一般情况通过利尿控制心衰和呼吸, 增强免疫功能, 治疗基础病的方法可完全治疗。^[5]

综上所述, 慢性肺源性心脏病患者心衰的床表现极其复杂, 采取合理氧疗、提高免疫功能、抗感染、对症治疗为主的综合措施, 患者治疗的效果还是毕竟可观。

参考文献

- [1] 陆再英, 钟南山. 内科学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 91-92.
- [2] 乔铭, 杨亚芳. 109例慢性肺源性心脏病临床分析[J]. 中国当代医药, 2010(36): 328.
- [3] 陈国伟, 郑宗鐸. 现代心脏内科学[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1999: 1004-1009.
- [4] 廖翠芳. 山莨菪碱与肝素治疗慢性肺源性心脏病并呼吸衰竭 40 例[J]. 中国综合临床, 2002, 42(5): 218.
- [5] Lohsoonthorn V, Dhanamun B, Williams MA. Prevalence of hyperuricemia and its relationship with metabolic syndrome in thatadults recraving annual health exams. Arch Med Res, 2011, 37: 883-889.

(接上页)

在乳腺良性肿块手术中采用环乳晕缘切口具有切口隐蔽、美观、手术直观、安全可靠且符合肿瘤手术原则, 术后并发症发生率低等优点, 是多数乳腺良性肿块手术的首选, 值得在临床工作中普及应用。

参考文献

- [1] Kopans DB. The positive predictive value of mammography[J]. American Journal of Roentgenology, 1992, 158(3): 521-526.
- [2] 朱彩荣, 马宏民, 蔡媛璇, 等. 乳晕弧形切口薄皮瓣法乳腺良性肿瘤切除临床效果分析[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2012, 26

(6): 596-597.

[3] 侯康, 罗静, 杨枫, 等. 经乳晕切口治疗多种乳腺良性疾病的探讨[J]. 中华内分泌外科杂志, 2010, 4(5): 331-332, 336.

[4] 李晓明, 居来提·阿布都克力木, 屈新才. 经乳晕旁切口乳房后进路切除多发性乳腺纤维腺瘤[J]. 中国普通外科杂志, 2011, 20(5): 550-551.

[5] 陆玉琴, 宋勇坚, 孙爱军. 环乳晕切口在乳腺良性肿物切除中的临床应用[J]. 中国普通外科杂志, 2011, 20(10): 1154-1155.