

29(10): 5528-5538.

(16) Rudie JD, Rauschecker AM, Bryan RN, et al. Emerging Applications of Artificial Intelligence in Neuro-Oncology (J) . Radiology, 2019, 290(3): 607-618.

(17) Zhou H, Vallieres M, Bai HX, et al. MRI features predict survival and molecular markers in diffuse lower-grade gliomas (J) . Neuro Oncol, 2017, 19(6): 862-870.

(18) Kim M, Jung SY, Park JE, et al. Diffusion-and perfusion-weighted MRI radiomics model may predict isocitrate dehydrogenase(IDH)mutation and tumor aggressiveness in diffuse lower grade glioma (J) . European radiology, 2020, 30(4): 2142-2151.

(19) Li ZC, Bai H, Sun Q, et al. Multiregional radiomics profiling from multiparametric MRI: Identifying an imaging predictor of IDH1 mutation status in glioblastoma (J) . Cancer Med, 2018, 7(12): 5999-6009.

(20) Leu K, Ott GA, Lai A, et al. Perfusion and diffusion MRI signatures in histologic and genetic subtypes of WHO gradeII-III diffuse gliomas (J) . J Neurooncol, 2017, 134(1): 177-188.

〔文章编号〕 1007-0893(2022)15-0010-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.15.003

完整解剖区段切除术联合腺体瓣整复术 治疗乳腺炎性肿块的效果

郭 玮 马志强 张雅婷 陈梦圆

(河南大学第一附属医院, 河南 开封 475000)

〔摘要〕 **目的:** 比较完整解剖区段切除术联合腺体瓣整复术与肿块扩大切除术治疗非哺乳期乳腺炎性肿块的临床效果。**方法:** 选取2019年3月至2021年2月河南大学第一附属医院收治的90例乳腺炎性肿块的非哺乳期患者, 随机分为对照组、观察组, 各45例。对照组行肿块扩大切除术治疗, 观察组行完整解剖区段切除术联合腺体瓣整复术治疗, 比较两组患者的手术时长、术中的出血量、术后并发症发生率、术后1月患者对乳房外观的满意度及术后1年内的复发率。**结果:** 两组手术时长与术中出血量比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组患者的术后并发症发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者的非常满意和一般满意占比高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者总复发率低于对照组, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论:** 完整解剖区段切除术联合腺体瓣整复术与肿块扩大切除术治疗非哺乳期乳腺炎性肿块相比, 不仅没有明显延长手术时间、增加术中出血量, 并且术后并发症和复发的风险更小, 切口术后美观度更高。

〔关键词〕 非哺乳期乳腺炎性肿块; 完整解剖区段切除术; 腺体瓣整复术

〔中图分类号〕 R 764.22 〔文献标识码〕 B

非哺乳期乳腺炎属于非细菌慢性炎性病变的一种, 好发人群集中在非妊娠非哺乳期青年女性, 非哺乳期乳腺炎在所有乳腺良性疾病中的所占比例已上升至3%^[1]。对于非哺乳期乳腺炎性肿块, 最有效的治疗仍是手术治疗, 但常规手术治疗若切除范围小, 病变复发率就高, 治疗成效低。若切除范围大, 乳腺的外形就不美观, 影响患者整体满意度和术后身心康复^[2]。非哺乳期乳腺炎属于完整解剖区段性病变, 完整解剖区段切除术通过将病变完整解剖区段切除来保证去除炎性病灶的完整性,

降低术后感染和复发率, 而腺体瓣整复术可以尽可能的恢复手术部位的外形, 提升美观度和患者满意度^[3]。本研究旨在比较完整解剖区段切除术联合腺体瓣整复术治疗与肿块扩大切除术治疗的效果, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年3月至2021年2月河南大学第一附属医院收治的90例乳腺炎性肿块的非哺乳期患者, 随机

〔收稿日期〕 2022-05-09

〔基金项目〕 河南省年度科技发展计划项目(212102310164)

〔作者简介〕 郭玮, 女, 住院医师, 主要从事乳腺甲状腺外科工作。

分为对照组、观察组，各 45 例。两组均为女性患者，对照组年龄 26 ~ 44 岁，平均年龄 (30.62 ± 8.17) 岁；病程 8 ~ 113 d，平均病程 (32.18 ± 7.26) d；病灶直径 3.4 ~ 5.4 cm，平均直径 (4.53 ± 1.30) cm。观察组年龄 27 ~ 45 岁，平均年龄 (31.16 ± 7.62) 岁；病程 7 ~ 95 d，平均病程 (30.85 ± 6.67) d；病灶直径 3.1 ~ 6.0 cm，平均直径 (4.26 ± 1.45) cm。两组患者一般资料比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)，具有可比性。

1.1.1 纳入标准 (1) 根据病史、临床表现、彩色多普勒超声检查符合非哺乳期乳腺炎或者病理学活检穿刺确诊者^[4]；(2) 非哺乳期 1 年以上，非妊娠期；(3) 不处于炎症急性期；(4) 无术后妊娠哺乳需求；(5) 可配合研究进行 1 年随访；(6) 患者及其家属知情同意本研究。

1.1.2 排除标准 (1) 患有糖尿病、自身免疫性疾病；(2) 有既往乳腺手术史或胸部化疗史；(3) 患有高泌乳素血症；合并其他手术者；(4) 既往对本研究手术过程中使用药物存在过敏史者。(5) 术后病理学检查确诊为其他疾病或合并乳腺肿瘤者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 患者行肿块扩大切除术：根据患者病灶基本情况，使用记号笔标记欲切除的肿块位置和大小，根据确定的范围，选择病变上方或乳晕切口，切除肿块连同病灶周围 1 ~ 2 cm 腺体，0.9 % 氯化钠注射液及碘伏盐水反复对乳腺残腔进行冲洗，缝合残腔，放置负压引流。

1.2.2 观察组 患者行完整解剖区段切除术联合腺体瓣整复术：确定病灶位置后，使用记号笔标记欲切除的区段范围，该范围包括整个病变区域，取放射状切口，在乳头旁找到病变的乳管，使用电刀沿导管走向向腺体的边缘进行分离，如没有找到明确病变的乳管，则按照病变区域乳管引流的范围，使用电刀从乳头旁沿导管走向向腺体的边缘进行分离；切除整个区段组织至乳房边缘处；冲洗创面，观察切面是否为正常腺体，有无病变腺体、脓液、病变导管残留，若无则切除完整，若有则继续切除；随后选择周围腺体充分的区段进行腺体瓣分离，根据乳房缺损的程度和大小确定游离宽度，紧贴腺体，电刀分离、充分游离，保证分离的腺体瓣能缝合，且缝合后不会出现皮肤牵拉及局部凹陷，推移游离腺体瓣，缝合断端，修复乳房缺损区，彻底止血后放置负压引流管。

两组患者术后均对术区进行加压包扎，当 24 h 内的引出液小于 10 mL 时，拔掉引流管。两组患者均通过电话、微信、门诊等形式进行 1 年的随访，了解并记录患者术后恢复情况。

1.3 观察指标

(1) 记录并比较两组患者的手术指标，包括手术时长、术中出血量。(2) 记录并比较术后并发症发生率，主要包括皮下积液、皮瓣坏死、乳头凹陷、切口感染等。(3) 术后 1 月进行追踪访问，调查患者对切口外观满意度，一共对 5 个条目进行评分，外形、对称性、乳头乳晕复合体、皮肤、瘢痕，每项按照 0 ~ 3 分进行评分，0 分表示完全达不到预期效果；1 分表示不满意，大部分未达到预期效果；2 分表示满意，基本达到预期效果；3 分表示非常满意，超出预期效果。总分 15 分 (非常满意)；6 ~ 14 分 (一般满意)；< 6 分 (不满意)^[5]；(4) 随访 1 年后比较相同象限和不同象限，统计两组患者术后复发率。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 t 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术时长与术中出血量比较

两组患者手术时长与术中出血量比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者手术时长与术中出血量比较 ($n = 45, \bar{x} \pm s$)

组别	手术时长 /min	术中出血量 /mL
对照组	61.58 ± 3.91	18.56 ± 4.29
观察组	52.22 ± 4.37	20.40 ± 5.01

2.2 两组患者术后并发症发生率比较

观察组术后并发症发生率低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者术后并发症发生率比较 ($n = 45$, 例)

组别	皮下积液	皮瓣坏死	乳头凹陷	切口感染	总发生率 /%
对照组	5	3	5	8	46.7
观察组	3	1	1	6	24.4 ^a

注：与对照组比较，^a $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者对乳房的外观满意度比较

观察组患者的非常满意和一般满意占比高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者对乳房的外观满意度比较 ($n = 45, n(\%)$)

组别	非常满意	一般满意	不满意
对照组	3(6.67)	32(71.11)	10(22.22)
观察组	9(20.00) ^b	33(73.33) ^b	3(6.67)

注：与对照组比较，^b $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者复发率比较

观察组患者总复发率低于对照组，但差异无统计学

意义 ($P > 0.05$)，见表 4。

表 4 两组患者复发率比较 ($n = 45, n(\%)$)

组别	相同象限	不同象限	总复发
对照组	5(11.11)	5(11.11)	10(22.22)
观察组	1(2.22)	3(6.67)	4(8.89)

3 讨论

非哺乳期乳腺炎一直都是乳腺外科的难题，不仅是因为尚不清晰的发病机制，更因为该疾病的高复发率。该病难以完全治愈，严重者甚至需要行全乳切除术，这对女性患者而言，无疑是身心俱创^[6]。非哺乳期乳腺炎性肿块临床表现为乳房出现肿块且肿块持续增大、发生疼痛感、皮肤产生破溃、出现瘻口等。目前对于该病的发病机制尚没有明确定论，不少国内外专家认为该疾病的根源在于乳腺导管受到阻塞，被阻塞的乳腺导管会进行扩张，导管内的物质进而发生瘀滞，刺激到导管壁，进而导致导管壁上炎症细胞和纤维组织开始增生，产生强烈的炎症反应^[7]。该病的治疗方式一般分为保守治疗和手术治疗，目前手术治疗是最有效最可靠的治疗方式^[8-9]。

常规的手术切除是只切除病灶，但临床发现，小病灶往往隐藏在游离的腺体瓣里，及时切除小病灶，就能提高手术效果，如果只进行单个的病灶切除，复发率极高，治疗效果也难达预期。本研究结果显示，观察组患者的术后并发症发生率低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，观察组患者总复发率低于对照组，但差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，这说明完整解剖区段切除术联合腺体瓣整复术可有效减少患者术后复发，分析其原因：肿块扩大切除术是通过彻底切除病灶以及病灶周围正常的腺体组织，以达到减轻组织病变、降低复发率的效果，但该术中乳腺组织若被过多切除，会直接导致乳腺畸形面积扩大^[10]。完整解剖区段切除术指切除乳管到乳房边缘的所有病变区段，可保证炎性病灶的完整去除，从而降低病情的反复性，能避免或减少腺体瓣整复术后近期感染，并降低术后远期复发。

研究认为^[11]，乳管病变是因为上皮组织破坏，有化学物质趁机进入周围间质细胞导致的，这也为完整解剖区段切除术提供了理论支撑。但无论是哪种手术切除方法，无疑都会严重影响到乳房美观，给患者的身心带来损害。本研究结果显示，观察组患者的术后满意度高于对照组，这说明完整解剖区段切除术联合腺体瓣整复术能有效提升患者满意度，分析其原因：乳腺的血运十分丰富，因结构足够松软，又具有很厚的皮下组织，因此转移的皮瓣易成活，将皮瓣用于修复乳房大创面的缺损，可以获得意想不到的美容效果，腺体瓣整复术通过腺体瓣技术对腺体进行修复，可起到恢复乳房外观的作用，

尤其是针对切除病灶后创面大，难以直接对合缝合的乳腺炎^[12-13]。有文献报道^[14]，转移腺体瓣，并将腺体瓣进行重排，缝合后能够充实残腔，从而可减少切口渗液、乳房塌陷，减轻患者疼痛感和心理障碍。而本研究发现，两组手术时长与术中出血量比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

综上所述，使用完整解剖区段切除术联合腺体瓣整复术治疗非哺乳期乳腺炎性肿块对患者的术程与术中出血量影响不大，但是能够减少术后并发症和复发，提升患者术后乳房外观的美观度。

〔参考文献〕

- (1) 李金玲, 王心妹, 冯凯, 等. 非哺乳期乳腺炎的病因学、治疗与护理 (J). 河北医药, 2020, 42(1): 154-156.
- (2) 马凤荣, 周广金, 袁慧书. 非哺乳期乳腺炎 (肿块型) 的 MRI 影像特征 (J). 影像诊断与介入放射学, 2019, 28(3): 214-218.
- (3) 刘娟, 王文艳, 陈龙舟, 等. 腺体瓣成形法在肉芽肿小叶性乳腺炎手术中的应用 (J). 中国现代普通外科进展, 2019, 22(10): 805-807.
- (4) 徐红, 王隽婕. 乳腺炎性病变临床诊治 (J). 武警医学, 2019, 30(1): 1-4.
- (5) 于琦, 王钢乐. 非哺乳期乳腺炎的临床诊治研究 (J). 临床外科杂志, 2019, 27(3): 201-203.
- (6) 刘璐, 周飞, 于理想, 等. 非哺乳期乳腺炎临床特征及危险因素分析 (J). 中国实用外科杂志, 2016, 36(7): 774-777.
- (7) 胡玥, 奚佩雯, 石靓, 等. 非哺乳期乳腺炎的分类和诊治进展 (J). 南京医科大学学报 (自然科学版), 2019, 39(5): 769-773.
- (8) 杨长安, 王卿炜, 杨波, 等. 不同方案治疗非哺乳期乳腺炎的疗效分析 (J). 中国现代医学杂志, 2019, 29(6): 122-125.
- (9) 张智, 邵淑芹, 黄志伟. 35 例非哺乳期乳腺炎的外科治疗 (J). 中国现代普通外科进展, 2017, 20(1): 60-62.
- (10) 史高锋, 薛天朗, 冯秀岭. 腺体瓣成型法乳腺区段切除术与病灶区段切除术治疗非哺乳期乳腺炎的效果比较 (J). 中国实用医刊, 2021, 48(24): 55-57.
- (11) 王媚瑜, 张一峰, 陈捷, 等. 超声造影定量分析技术在乳腺导管内病变良恶性鉴别中的应用价值 (J). 上海交通大学学报 (医学版), 2020, 40(4): 514-518.
- (12) 游彩霞, 徐斌, 涂永久. 乳腺整形外科技术在非哺乳期乳腺炎手术中的应用及疗效 (J). 局解手术学杂志, 2021, 30(1): 45-47.
- (13) 单娜, 李医明. 乳头内陷牵引术治疗伴乳头内陷非哺乳期乳腺炎的临床疗效分析 (J). 中国实用医药, 2022, 17(11): 89-91.
- (14) 张清, 区基文, 马德奎, 等. 采用组织瓣修复腺体残腔在治疗早期乳腺癌及肿瘤整形中的疗效 (J). 临床与病理杂志, 2019, 39(12): 2760-2767.