

文章编号:1005-6947(2007)02-0201-02

· 临床报道 ·

# 小切口负压封闭引流治疗46例乳房深部脓肿体会

董刚, 卢庆凯, 陈士平, 徐海宏

(江苏省邳州市人民医院 普通外科, 江苏邳州 221300)

**摘要:**采取脓肿低位小切口置管负压封闭引流治疗42例乳房深部脓肿。结果42例患者2周内痊愈, 3例3周内痊愈, 1例行患乳房单纯切除术治愈。提示小切口负压封闭引流治疗乳房深部脓肿具有创伤小而引流效果好、减少换药次数、减轻患者痛苦、乳房外观影响小、节约医疗资源、简化治疗和护理等优点, 对改善环境卫生, 缩短愈合时间, 提高生活质量有重要意义。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(2): 201-202]

**关键词:** 乳房脓肿/治疗; 引流术; 抽吸

**中图分类号:** R655.8

**文献标识码:** B

乳房深部脓肿常见于哺乳期妇女。传统治疗方法创伤大, 换药频繁, 时间长, 恢复慢, 给患者带来很大痛苦。1998年1月—2006年12月我们采用小切口负压封闭引流治疗46例乳房深部脓肿取得满意效果, 现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组46例均为女性, 年龄21~38(平均27)岁。其中哺乳期42例, 非哺乳期4例。术前B超测得脓肿直径小于5cm者6例, 5~10cm者29例, 10cm以上11例; 单房脓肿31例, 多房脓肿15例。合并糖尿病患者6例。

### 1.2 临床表现

本组乳腺深部脓肿患者局部均有压痛, 42例局部皮肤发红及波动感不明显, 有灼热、跳痛或胀痛, 38例伴全身发热、畏寒症状, 31例伴患侧腋窝伴有肿大淋巴结。血常规检查白细胞计数高于正常, 局部穿刺抽出脓液可确诊, B超检查可见液性暗区。

### 1.3 治疗方法

患者取平卧位, 常规消毒铺巾, 局部浸润麻醉, 取术前B超定位脓腔的最低位置与乳头呈放射状切口, 长约2.0cm, 切开皮肤、皮下组织后以血管钳分离达脓腔, 吸除脓液, 以食指经切口进入脓肿稍做分离, 相邻多房脓腔分开其间隔使之成为单腔以利充分引流, 间距较大的多房脓肿应分别处理, 待脓腔内脓液及坏死组织基本清除后, 可用3%双氧水或0.5%灭滴灵冲洗脓腔, 经切口放入内径0.8~1.0cm消毒引流管1根、头部剪成鱼口状, 同时剪3~4个侧孔, 自切口拖出, 缝合切口并固定皮管, 缝合时注意封闭切口防止漏气, 清洁干燥周围皮肤, 并用生物膜粘贴密闭牢固, 粘贴时薄膜的覆盖范围要包括创缘3~4cm的健康皮肤。脓腔渗血明显者外用弹力胸带包扎患乳, 注意乳头必须外露, 防止压迫乳头缺血坏死, 引流管接负压袋吸

引。术后每天观察引流脓液的量和性质。术后48h解开胸带换药, 以后3~5d换药1次, 若有引流管堵塞可重新更换引流管。当引流液转为淡黄色, 连续3d小于5mL/d后即可拔管。

## 2 治疗结果

经上述治疗42例患者2周内痊愈, 3例3周内痊愈, 1例因合并糖尿病反复发作乳房脓肿, 于2个月后进行患乳单纯切除术治愈。

## 3 讨论

传统乳房脓肿切开引流多采用与脓腔等大或略小伤口, 伤口相对较长, 易导致乳瘘, 术后长时间频繁换药易致组织纤维化, 愈合慢病程长。本组患者均采用脓腔最低位2.0cm左右小切口, 可以避免过多组织损伤, 防止乳瘘发生, 缩短愈合时间。负压引流是此项技术的关键, 一则使引流区的渗出物和坏死组织被及时清除, 减少创面细菌的数量, 防止感染扩散和毒素吸收; 二则持续负压状态有利于局部微循环的改善和组织水肿的消退, 并刺激肉芽组织生长, 即使有较大腔隙存在, 腔隙也将因负压的存在而加速缩小。文献报道<sup>[1]</sup>: 负压封闭引流的创面淋巴细胞浸润消退较快, 增生期胶原合成较早, 修复期可见到收缩性纤维合成增强。持续高负压是负压封闭引流技术的要点, 负压的高低和有无中断直接影响到引流效果, 一般负压应维持在60~80kPa(450~600mmHg), 负压小于20kPa(150mmHg)引流效果明显不如负压大于60kPa(450mmHg)者<sup>[2]</sup>; 但负压太大可致出血。笔者认为中心负压吸引较理想, 如无条件可用电动吸引, 缺点是噪音较大。如引流物不多, 使用负压引流瓶较方便。

本组术中选用的引流管管径较粗不易堵塞管腔, 以保证有效引流, 渗液、脓液、坏死组织碎屑可有效引出, 但块状的坏死组织仍可能堵塞引流管, 故适度的清创仍是必要的。分开脓肿间隔, 很重要, 可使被引流区彻底开放, 不遗留死腔, 保证引流彻底。为防止引流管堵塞可选用质地较韧硅胶管, 并可在粗管中置一细管制成双套管以利冲洗。一般负压封闭引流可维持有效引流5~7d, 如坏死组织较多, 引流物黏稠, 更换引流管时间间隔应短些; 如引流物较稀薄, 可更换细管引流, 间隔时间可稍长, 但不宜超过10d。引流物稠厚时可应用糜蛋白酶间断冲洗。糜蛋白酶具有分解肽键的作用, 选择性分解变性蛋白质, 溶化坏死组织, 使

收稿日期: 2006-04-22; 修订日期: 2006-10-26。

**作者简介:** 董刚, 男, 江苏邳州市人, 江苏省邳州市人民医院普外科主治医师, 主要从事乳腺胃肠肿瘤的研究。

**通讯作者:** 董刚 E-mail: dg3912108@sina.com

其与脓液变稀,易于引流,消除炎症过程中所引起的纤维素沉积,促进肉芽组织生长<sup>[3]</sup>。小切口负压封闭引流不受体位的限制,达到全创面引流,操作简单易行,可床边进行,但应注意无菌操作,避免医源性感染。该法明显减少换药次数,既减轻病人的痛苦及经济负担,也减轻了医务人员的工作量,节约医疗资源,简化治疗和护理,对改善环境卫生,缩短愈合时间,减轻患者痛苦,提高生活质量都有重要意义。同时应依据引流液培养及药敏结果,合理选用抗生素。合并糖尿病患者应严格控制血糖水平。本组1例患者因血糖控制不满意,反复发作右乳腺癌,2个月后行单侧右

乳切除术方治愈,应引以为教训。

#### 参考文献:

- [1] 裴华德,王彦峰. 负压封闭引流技术介绍[J]. 中国实用外科杂志,1998,18(4):233-234.
- [2] 裴华德. 负压封闭引流技术[M]. 北京:人民卫生出版社,2003.54-57.
- [3] 龙焜,李万亥. 临床药物手册[M]. 北京:金盾出版社,1992.917-918.

文章编号:1005-6947(2007)02-0202-01

## · 病案报告 ·

# 胃浆膜面海绵状淋巴管瘤 1 例

毛岸荣, 盛援, 方国恩

(第二军医大学附属长海医院普一科 上海 200433)

**关键词:** 海绵状淋巴管瘤/外科学; 胃肿瘤; 病例报告

**中图分类号:** R735.2

**文献标识码:** D

**患者** 女,63岁。5年前开始出现右上腹痛,每次持续0.5~2h,经对症处理后缓解,此后患者在进食物过多时右上腹痛、腹胀症状加重;经饮食控制与对症处理后好转。半月前患者上述症状加重,伴恶心与呕吐,为胃内容物,在当地医院查上腹部CT示:上腹部肿块,腹膜囊肿可能。为进一步诊治转入我科。体查:腹平,未触及明显包块,中上腹轻压痛,无反跳痛,无肌卫,移动性浊音阴性。B超示,小网膜囊内见大量水样密度影,无明显包膜,考虑小网膜囊积液。CT示,小网膜囊见大小约9.9 cm x 5.7 cm 液性暗区,内透声差,呈网络样。胃镜提示:浅表性胃炎。CEA正常。经完善术前准备后行剖腹探查术:术中见肿块位于胃小弯侧,分隔成囊状,形状不规则,大部分位于胃后方。肿块在小弯侧向右至幽门与肝十二指肠韧带交界处,向左至贲门;大弯侧向右至幽门下方,向左至胃体中上部。遂行全胃切除,空肠食管 Roux-en-Y 吻合术,手术顺利,术后9d出院。

术后病理检查:肉眼观见胃黏膜光滑,小弯侧浆膜面见暗红色肿物,

界限不清,大小约10cm×8cm×3cm,切面呈蜂窝状,内见灰褐色液体。镜检示肿瘤组织由海绵窦腔隙构成,内衬扁平上皮细胞,无异型,间隔纤细,内含少量淋巴组织,腔隙内可见粉红色淋巴液。病理诊断:胃浆膜面海绵状淋巴管瘤。



图1 手术后切除标本

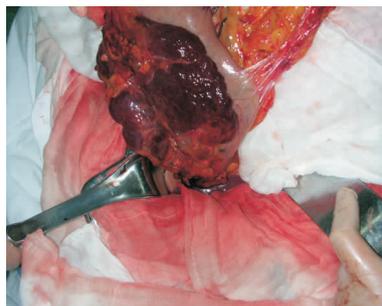


图2 术中见胃浆膜面海绵状淋巴管瘤

**讨论** 淋巴管瘤是淋巴系统的良性疾病,大部分是先天的,一般是2岁前发病。目前有两种学说:(1)淋巴管瘤可能是淋巴管畸形,是胚胎在发育时候部分淋巴管未能与淋巴系统相通而形成的囊性改变;(2)淋巴管瘤是炎症纤维化阻塞淋巴管形成淋巴回流障碍导致淋巴管扩张所形成。根据淋巴管的形态和分布,淋巴管瘤在组织学分型主要分为3型:毛细淋巴管瘤、海绵状淋巴管瘤和囊状淋巴管瘤。本例海绵状淋巴管瘤发生于胃小弯后壁,向小网膜囊内突出,范围从幽门至贲门。发生在胃的海绵状淋巴管瘤极为少见,术前难以明确诊断,需和下列疾病鉴别:(1)海绵状血管瘤。胃海面状血管瘤系源于胃黏膜下中胚层组织的良性肿瘤,临床上很少见,当海绵状淋巴管瘤继发出血时,易与海绵状血管瘤相混淆;但海绵状血管瘤的管腔往往形成乳头突向管腔;所以多在内镜检查时发现,可形成球形或分叶状肿块,质软,暗红色或紫黑色,而海绵状淋巴管瘤则不会。(2)胃恶性淋巴瘤。胃原发恶性淋巴瘤病变在黏膜下,大部分患者可发现胃部病变,如胃黏膜紊乱、僵硬、充盈缺损、溃疡和狭窄,类似铺路卵石样,胃镜下活检可进一步明确诊断。胃海绵状淋巴管瘤的治疗以手术切除为主,因其术后易复发,所以手术中应注意彻底切除,避免任何小的残留,防止复发,切除越彻底效果越良好。

**收稿日期:** 2006-10-11。

**作者简介:** 毛岸荣,男,上海人,第二军医大学附属长海医院普一科博士,主治医师,主要从事胃肠外科

**通讯作者:** 毛岸荣 E-mail: mao\_ar@126.com