

经腋窝至乳腺后间隙入路腔镜下乳腺良性肿物切除术的临床效果[▲]

龙晨蒙 黄祖炎 喻晓丹 路哲 黄柳琴 张博

(柳州市妇幼保健院乳甲外科,广西柳州市 545000)

【摘要】 目的 探讨经腋窝至乳腺后间隙入路腔镜下乳腺良性肿物切除术的临床效果。**方法** 将106例乳腺良性肿物女性患者分为观察组和对照组,各53例。对照组采用常规乳腺良性肿物切除术治疗,观察组采用经腋窝至乳腺后间隙入路腔镜下乳腺良性肿物切除术治疗。比较两组患者的手术指标,术后感觉神经功能正常率、瘢痕状况、外观满意度、并发症发生率,以及治愈率、复发率。**结果** 观察组患者手术时间、术中出血量、术后住院时间均短于或少于对照组,术后第1天切口疼痛视觉模拟量表评分低于对照组(均 $P < 0.05$)。术后6个月观察组患者的感觉神经功能正常率、外观满意度评分均高于对照组,温哥华瘢痕量表评分低于对照组(均 $P < 0.05$)。两组术后1周内并发症发生率、治愈率、复发率差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$)。**结论** 经腋窝至乳腺后间隙入路腔镜下乳腺良性肿物切除术的疗效确切,可减少手术时间、术中出血量及感觉神经损伤,缓解术后切口疼痛,利于患者术后恢复,患者满意度高。

【关键词】 乳腺良性肿物切除术;腋窝;乳腺后间隙入路;腔镜;治疗效果

【中图分类号】 R 655.8 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 0253-4304(2022)24-2942-04

DOI:10.11675/j.issn.0253-4304.2022.24.22

乳腺良性肿物是一类由于乳腺细胞发生异常增殖而导致的良性肿瘤,肿物表面光滑、易推动,与正常组织的分界明显,生长速度缓慢,且不伴淋巴结肿大,大部分患者不伴有疼痛症状,少部分患者可能出现乳头溢液等症状^[1-3]。乳腺良性肿物的常规治疗手段包括乳腺微创旋切术与开放手术,这些常规术式可有效切除乳腺肿物,但易在乳房表面留下瘢痕,影响外观,甚至会给患者造成一定的心理创伤^[4]。随着腔镜技术的发展,经腋窝至乳腺后间隙入路腔镜下乳腺良性肿物切除术在临床上逐渐得到应用^[5]。林韬等^[6]发现,相比于常规切除术,采用经腋窝至乳腺后间隙入路腔镜下乳房皮下腺体切除术治疗乳腺良性肿物的效果更优。本研究探讨经腋窝至乳腺后间隙入路腔镜下乳腺良性肿物切除术的临床效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取2018年5月至2021年6月在我院乳甲外科实施手术治疗的106例乳腺良性肿物女性患者作为研究对象。纳入标准:(1)经彩色多普勒超声诊断为乳腺良性肿物,经术前病理检查确诊为乳腺良性肿物,排除有恶性病变的可能;(2)具有手术指征;(3)对本研究知情同意并签署知情同意书。排除标准:(1)凝血功能障碍者;(2)无法正常沟通交流者。按随机数字表法将患者分为对照组与观察组,每组53例。两组患者的临床资料比较,差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$),具有可比性,见表1。本研究已经我院医学伦理委员会批准。

表1 两组患者临床资料的比较

组别	n	年龄($\bar{x} \pm s$,岁)	病程($\bar{x} \pm s$,个月)	肿瘤直径($\bar{x} \pm s$,cm)	肿瘤位置[n(%)]	
					外上象限	外下象限
对照组	53	38.62 ± 6.33	22.54 ± 5.36	2.91 ± 0.62	33(62.26)	20(37.74)
观察组	53	39.14 ± 6.47	23.07 ± 5.52	2.88 ± 0.63	32(60.38)	21(39.62)
t/χ^2 值		0.101	0.194	0.146	0.215	
P 值		0.933	0.872	0.899	0.732	

▲基金项目:广西壮族自治区卫生和计划生育委员会自筹科研课题(Z20180007)

作者简介:龙晨蒙(1976~),男,本科,副主任医师,研究方向:乳甲外科。



续表 1

组别	n	肿瘤类型[n(%)]			合并疾病类型[n(%)]		
		乳房纤维腺瘤	乳管乳头状瘤	其他良性肿物	月经失调	乳腺增生	乳腺炎
对照组	53	25(47.17)	22(41.51)	6(11.32)	26(49.05)	17(32.08)	10(18.87)
观察组	53	26(49.05)	20(37.74)	7(13.21)	28(52.83)	16(30.19)	9(16.98)
t/χ^2 值			0.286			0.303	
P 值			0.701			0.635	

1.2 手术方法 对照组患者采用常规乳腺良性肿物切除术治疗:患者取仰卧位,行气管插管全身麻醉。术者常规消毒铺巾,用彩色多普勒超声诊断仪(GE 公司,型号:LOGIQ eRb)探测乳腺肿物位置并进行体表定位,根据患者肿物大小选择切口大小和形状,逐层切开皮肤和皮下组织,直至显露乳腺组织;先用组织钳夹住肿物,然后用超声刀(杭州康基医疗器械有限公司,型号:KJ-CSDT14AY)顺着肿物边缘分离周围组织并完整切除肿物,确认肿物完全切除后行快速冰冻病理学检查,采用电凝刀(山东博科保育科技股份有限公司,型号:英特 BC-50E)止血,切口放置引流管,逐层缝合切口。

观察组患者采用经腋窝至乳腺后间隙入路腔镜下乳腺良性肿物切除术治疗:患者取仰卧位,患侧手臂向外伸展,充分暴露腋窝,行气管插管全身麻醉。术者常规消毒铺巾,采用彩色多普勒超声诊断仪探测乳腺肿物位置并进行体表标记,在胸大肌侧缘和腋前线的连接处,平行于腋窝皮纹分别作两个 1 cm 的小斜切口,逐层切开皮肤和皮下组织,分别置入 10 mm、5 mm trocar(杭州康基医疗器械有限公司,浙械注准 20152020374),10 mm trocar 为腹腔镜镜头置入孔,5 mm trocar 为操作孔,术中气腔压力维持在 7 mmHg。腔镜下分离皮下组织至胸壁肌肉表面,进入乳腺后间隙,分离扩大乳腺后间隙,探查乳腺肿物;助手扶腹腔镜镜头,术者用左手于皮肤表面固定肿物,右手经操作孔用超声刀(杭州康基医疗器械有限公司,型号:KJ-CSDT14AY)切开腺体,完全暴露肿物后,沿肿物边缘分离周围组织并完整切除肿物,用电凝刀对创面进行止血,随后用蒸馏水冲洗术野,确认肿物完全切除后行快速冰冻病理学检查,从操作孔放置引流管,逐层缝合切口。

1.3 观察指标 (1)手术指标。比较两组患者手术时间(从麻醉开始至肿物完全切除的时间)、术中出血量(出血量 = 血纱布重量 - 干纱布重量 + 吸引瓶中的血量)、术后住院时间、术后切口疼痛程度。术后第 1 天采用疼痛视觉模拟量表(Visual Analogue Scale,

VAS)评分评估切口疼痛程度,量表总分为 0 ~ 10 分,0 分代表无痛,10 分代表疼痛剧烈难忍,分数越高表示患者的疼痛感越强。(2)术后 6 个月感觉神经功能正常率、瘢痕状况和外观满意度。① 采用医用棉棒轻触患者乳晕区以检测其感觉神经功能。患者感到有明显触碰感表示感觉神经功能正常,有触碰感但感觉不强烈表示感觉神经功能减退,无触碰感表示感觉神经功能缺失。感觉神经功能正常率 = 感觉神经功能正常例数/总例数 × 100%。② 采用温哥华瘢痕量表^[7](Vancouver Scar Scale, VSS)评估患者瘢痕状况,量表总分为 0 ~ 15 分,得分越低表示患者瘢痕程度越轻。③ 采用本院自制的满意度调查表调查患者的外观满意度,总分为 0 ~ 10 分,得分越高表明患者的满意度越高。该量表信度系数为 0.875。(3)术后并发症的发生情况。记录两组患者术后 1 周内并发症的发生情况,包括皮下血肿、切口感染、活动性出血、手术切口愈合延迟。皮下血肿指直径大于 10 mm 的皮肤下出血;切口感染指切口出现红肿热痛;活动性出血指患者术口持续渗血或引流管每日引出鲜红色液体 > 200 mL;手术切口愈合延迟指切口在术后 7 ~ 8 d 拆线时未能完全愈合。(4)临床疗效。患者术后半年返院行彩色多普勒超声复查,超声检查提示原乳腺良性肿物完全消除为治愈,超声检查提示有新的良性肿物出现提示肿物复发。

1.4 统计学分析 采用 SPSS 20.0 软件进行统计学分析。计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较采用两独立样本 t 检验;计数资料采用例数(百分比)表示,组间比较采用 χ^2 检验或 Fisher 确切概率法。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术指标的比较 观察组患者的手术时间、术中出血量、术后住院时间均短于或少于对照组,术后第 1 天切口疼痛 VAS 评分低于对照组(均 $P < 0.05$)。见表 2。

表2 两组手术指标的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间(min)	术中出血量(mL)	术后第1天切口疼痛VAS评分(分)	术后住院时间(d)
对照组	53	69.35 ± 6.32	75.62 ± 12.47	3.26 ± 0.34	5.54 ± 0.76
观察组	53	58.76 ± 5.48	63.72 ± 11.51	2.05 ± 0.18	3.32 ± 0.63
t值		9.217	5.105	22.898	16.372
P值		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组患者术后6个月感觉神经功能正常率、瘢痕状况和外观满意度的比较 观察组患者术后6个月的感觉神经功能正常率及外观满意度评分均高于对照组, VSS评分低于对照组(均 $P < 0.05$)。见表3。

表3 两组患者术后6个月感觉神经功能正常率、瘢痕状况和外观满意度的比较

组别	n	感觉神经功能正常[n(%)]	VSS评分($\bar{x} \pm s$,分)	外观满意度评分($\bar{x} \pm s$,分)
对照组	53	29(54.72)	5.37 ± 1.82	5.09 ± 1.41
观察组	53	41(77.36)	4.26 ± 1.39	6.06 ± 1.47
χ^2/t 值		6.057	3.529	3.467
P值		0.014	0.001	0.001

2.3 两组患者术后1周内并发症发生情况的比较 两组患者术后1周内皮下血肿、切口感染、活动性出血、手术切口愈合延迟的发生率比较,差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$)。见表4。

表4 两组患者术后1周内并发症发生率的比较[n(%)]

组别	n	皮下血肿	切口感染	活动性出血	手术切口愈合延迟
对照组	53	2(3.77)	2(3.77)	1(1.89)	2(3.77)
观察组	53	1(1.89)	1(1.89)	0	0
χ^2 值		0	0	—	—
P值		1.000	1.000	1.000 [△]	0.495 [△]

注:△为 Fisher 确切概率法。

2.4 两组患者临床疗效的比较 术后半年,观察组治愈率为98.11%(52/53),复发率为1.89%(1/53);对照组治愈率为88.68%(47/53),复发率为11.32%(6/53),两组治愈率和复发率差异无统计学意义($\chi^2 = 2.447$, $P = 0.118$)。

3 讨论

目前关于乳腺良性肿物形成的确切病因尚不完全清楚,临床上认为可能与体内激素水平异常有关^[8]。此外,遗传、环境、肥胖、吸烟、饮酒、熬夜,以及患者心理状态、情绪等因素均可诱发乳腺良性肿物^[9]。乳腺良性肿物患者经手术治疗后预后较好,因此临床上建议尽早实施肿物切除手术^[10]。常规肿物切除术虽能较为完整地切除乳腺良性肿物,但切口较大,易留瘢痕,对乳房外观产生不良影响,术后美容效果欠佳^[10]。研究表明,越来越多的乳腺良性肿物患者希望在保证手术治疗效果的同时,尽可能保证术后良好的乳房外观^[11]。经腋窝至乳腺后间隙入路腔

镜下肿物切除术整合了乳腺外科、整形外科及腔镜技术的优势,符合微创理念,能在完整切除肿块的同时满足患者在美观、生理及心理上的需求^[12],因此,近年来该术式在临床上得到广泛应用,并取得了理想的治疗效果。

本研究结果显示,相比于对照组患者,观察组患者的手术时间、术后住院时间更短,术中出血量更少,术后第1天切口疼痛VAS评分更低(均 $P < 0.05$),说明采用经腋窝至乳腺后间隙入路腔镜下乳腺良性肿物切除术治疗,能更好地缓解患者痛苦,加快术后恢复。原因可能是:经腋窝至乳腺后间隙入路腔镜下乳腺良性肿物切除术于腋窝处作切口,从乳腺后间隙入路,不仅切口小、隐蔽,手术操作空间大,术野良好,还能在一定程度上缩短手术时间,也有利于快速止血,有助于创面恢复,减轻切口疼痛^[13]。此外,本研究结果显示,观察组患者术后感觉神经功能正常率及外观满意度评分均高于对照组, VSS评分低于对照组(均 $P < 0.05$),提示经腋窝至乳腺后间隙入路腔镜下乳腺良性肿物切除术在降低感觉神经损伤发生率的同时,还能满足患者美容需求。原因可能是:经腋窝至乳腺后间隙入路腔镜下乳腺良性肿物切除术只需较小的切口就可以实现将肿物完全清除的效果,切口创伤小且隐蔽,可有效减少乳房瘢痕,对乳晕区组织损伤小,不易破坏周围感觉神经。成文杰等^[14]也认为常规切除术虽具有一定优势,但针对乳腺多发性纤维瘤患者来说,常规切除术不仅须行多个切口,还可能增加创伤。乳房后间隙是乳房手术的解剖标志,从乳房后间隙入路可增加乳腺腺体的移动幅度,有利于良性肿物的暴露。此外,本研究结果显示,两组患者术后皮下血肿、切口感染、活动性出血、手术切口愈合延迟的发生率差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$),与郁飞等^[15]的研究结果一致,说明经腋窝至乳腺后间隙入路腔镜下乳腺良性肿物切除术的安全性良好。本研究结果还显示,两组治愈率和复发率差异无统计学意义($P > 0.05$),提示两种手术方案均可获得较好的治疗效果。分析原因为两种术式均有助于提高完整切除率,进一步巩固手术治疗的效果,从而有效避免或减少复发^[16]。

综上所述,经腋窝至乳腺后间隙入路腔镜下乳腺良性肿物切除术的疗效确切,可减少手术时间、术中出血量及感觉神经损伤,缓解术后切口疼痛,利于患者术后恢复,患者满意度高,具有积极的临床应用价值。

参 考 文 献

- [1] Stachs A, Stubert J, Reimer T, et al. Benign breast disease in women[J]. *Dtsch Arztebl Int*, 2019, 116(33/34): 565 - 574.
- [2] 河南省肿瘤医院乳腺癌诊疗共识专家团队. 河南省肿瘤医院乳腺良性疾病诊疗专家共识[J]. *中华肿瘤防治杂志*, 2019, 26(24): 41 - 42.
- [3] Moynihan A, Quinn EM, Clare SS, et al. Benign breast papilloma: is surgical excision necessary? [J]. *Breast J*, 2020, 26(4): 705 - 710.
- [4] 马贞秀, 张宝亮. 微创旋切法与传统开放式手术方法治疗乳腺良性肿瘤的疗效, 并发症的比较分析[J]. *空军医学杂志*, 2019, 35(5): 410 - 411.
- [5] 朱劲涛, 黄文俊, 曾志强, 等. 经腋入路单孔非溶脂腔镜手术治疗乳腺良性肿物的临床疗效[J]. *广西医科大学学报*, 2021, 38(8): 1581 - 1585.
- [6] 林 韬, 崔猛胜, 白骏恒, 等. 腹腔镜腋窝入路与传统乳晕切口手术治疗男性乳腺发育症的临床对照研究[J]. *中华内分泌外科杂志*, 2020, 14(2): 110 - 114.
- [7] 雷 蕾, 王琪琪, 薛秀秀. 高频彩色多普勒超声在乳腺肿瘤疾病中的诊断价值[J]. *海南医学*, 2018, 29(22): 3187 - 3189.
- [8] 樊 娜, 高 鹰, 魏 玮, 等. 女性良性乳腺结节增长的影响因素研究[J]. *中国全科医学*, 2021, 24(30): 3799 - 3805.
- [9] Fallone F, Deudon R, Muller C, et al. Breast cancer, obesity and adipose tissue: a high-risk combination [J]. *Med Sci (Paris)*, 2018, 34(12): 1079 - 1086.
- [10] 罗元胜, 周腾贤, 陈思桦, 等. 真空辅助旋切术与经乳晕旁切口手术治疗乳腺良性肿物的疗效比较[J]. *临床和实验医学杂志*, 2019, 18(15): 1647 - 1650.
- [11] 陆泳昕. Mammotome 微创手术治疗乳腺良性小病灶的短期疗效及对乳房美观的影响[J]. *蚌埠医学院学报*, 2018, 43(2): 170 - 173.
- [12] 傅锦波, 罗晔哲, 洪晓泉, 等. 经腋窝入路与经胸乳入路腔镜甲状腺切除术的对比研究[J]. *中国微创外科杂志*, 2017, 17(8): 688 - 690.
- [13] 王芹芹, 解云涛. 腔镜技术在乳腺良性肿瘤中的应用进展[J]. *中国微创外科杂志*, 2021, 21(1): 77 - 80.
- [14] 成文杰, 蒋宛吟, 蒋宛汝. 乳腺下缘切口经乳腺后间隙入路手术治疗乳腺多发性纤维腺瘤分析[J]. *中外女性健康研究*, 2017(4): 40, 51.
- [15] 郁 飞, 马 俊, 穆四清, 等. 经腋窝入路无充气腔镜下单侧甲状腺肿瘤切除术的疗效[J]. *江苏医药*, 2019, 45(10): 1071 - 1073.
- [16] Wen B, Mousadoust D, Warburton R, et al. Phyllodes tumours of the breast: outcomes and recurrence after excision[J]. *Am J Surg*, 2020, 219(5): 790 - 794.

(收稿日期: 2022-09-14 修回日期: 2022-11-17)

(上接第 2941 页)

参 考 文 献

- [1] 曹香芸, 任乐乐, 李 倩. 稽留流产后应用透明质酸钠与戊酸雌二醇对宫腔粘连及子宫恢复效果[J]. *中国计划生育学杂志*, 2019, 27(11): 1004 - 8189.
- [2] 杨贵霞, 马明明, 张 欢, 等. 人工流产后停经适时宫腔镜检查对宫腔粘连的预防价值[J]. *现代妇产科进展*, 2021, 30(6): 456 - 457.
- [3] 黎丽娜, 李小丹, 侯建峰. 脱花煎封包外敷联合宫腔用交联透明质酸钠凝胶预防人工流产后宫腔粘连临床研究[J]. *新中医*, 2021, 53(10): 24 - 27.
- [4] 刘颖蔚, 赵纯全, 赵 玲, 等. 宫腔镜下清宫术联合雌孕激素预防稽留流产患者术后宫腔粘连的临床观察[J]. *中国药房*, 2018, 29(2): 220 - 223.
- [5] 张惜阴. 实用妇产科学[M]. 人民卫生出版社, 2003: 45 - 47.
- [6] 李淑红, 翟 妍, 张震宇, 等. 宫腔镜下宫腔粘连分离术为主导的综合疗法治疗重度宫腔粘连 30 例临床分析[J]. *中国微创外科杂志*, 2019, 19(12): 1074 - 1078.
- [7] 李鲜风, 冯 颖. 宫腔观察吸引系统在瘢痕子宫早期妊娠人工流产中的应用效果[J]. *中国计划生育学杂志*, 2020, 28(9): 1368 - 1371.
- [8] Song YT, Liu PC, Tan J, et al. Stem cell-based therapy for ameliorating intrauterine adhesion and endometrium injury[J]. *Stem Cell Res Ther*, 2021, 12(1): 34717746.
- [9] Carbonnel M, Pirtea P, De Ziegler D, et al. Uterine factors in recurrent pregnancy losses [J]. *Fertil Steril*, 2020, 115(3): 538 - 545.
- [10] Jegaden M, Capmas P, Debras E, et al. Treatment of synechiae related to infertility [J]. *Gynecol Obstet Fertil Senol, French*, 2021, 49(12): 930 - 935.
- [11] Vitale SG, Parry JP, Carugno J, et al. Surgical and reproductive outcomes after hysteroscopic removal of retained products of conception: a systematic review and meta-analysis [J]. *J Minim Invasive Gynecol*, 2020, 28(2): 204 - 217.
- [12] Hooker AB, De Leeuw RA, Twisk J, et al. Reproductive performance of women with and without intrauterine adhesions following recurrent dilatation and curettage for miscarriage: long-term follow-up of a randomized controlled trial [J]. *Hum Reprod*, 2021, 36(1): 70 - 81.
- [13] Zhang C, Wang X, Jiang H, et al. Placenta percreta after Strassman metroplasty of complete bicornuate uterus: a case report [J]. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2021, 21(1): 95.
- [14] Miodownik S, Pikovsky O, Erez O, et al. Unfolding the pathophysiology of congenital thrombotic thrombocytopenic purpura in pregnancy: lessons from a cluster of familial cases [J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2021, 225(2): 177. e1 - 177. e15.
- [15] 程亚丽, 吴 媛, 刘 辉. 不孕症与复发性流产患者宫腔病变性质宫腔镜检查的比较[J]. *中国妇幼保健*, 2021, 36(8): 1817 - 1819.
- [16] 徐 燕, 姜雪峰. 宫腔镜术后宫腔粘连的影响因素分析[J]. *中国妇幼保健*, 2021, 36(8): 1871 - 1873.
- [17] 蒋 频. 优思明修复人工流产后子宫内膜的临床研究[J]. *现代中西医结合杂志*, 2013, 22(35): 3914 - 3915.

(收稿日期: 2022-09-28 修回日期: 2022-11-30)