

[7] Kline AJ, Anderson RB, Davis WH, et al. Minimally invasive technique versus an extensile lateral approach for intraarticular calcaneal fractures[J]. Foot Ankle Int, 2013, 34(6):773-780.

[8] Koski A, Kuokkanen H, Tukiainen E. Postoperative wound complications after internal fixation of closed calcaneal fractures:a retrospective analysis of 126 consecutive patients with 148 fractures[J]. Scand J Surg, 2005, 94(3): 243-245.

[9] Rak V, Ira D, Masek M. Operative treatment of intra-articular calcaneal fractures with calcaneal plates and its complications[J]. Indian J Orthop, 2009, 43(3): 271-280.

[10] Wu Z, Su Y, Chen W, et al. Functional outcome of displaced intra-articular calcaneal fractures: a comparison between open reduction/internal fixation and a minimally invasive approach featured an anatomical plate and compression bolts[J]. J Trauma Acute Care Surg, 2012, 73(3): 743-751.

[11] 董晓俊, 张汉庆, 覃剑, 等. 微创撬拨复位加人工骨植入治疗跟骨骨折的临床研究 [J]. 中国矫形外科杂志, 2008, 16 ( 16 ): 1224-1230.

[12] 许鹏, 张育民, 莱乾坤, 等. 切复内固定治疗跟骨关节内骨折疗效观察及分析 [J]. 中国矫形外科杂志, 2001, 8(6):540-541.

[13] 宋兵华, 孙俊英, 倪增良, 等. 影响移位关节内跟骨骨折手术疗效的因素 [J]. 中华创伤杂志, 2015, 31(10):941-946.

(收稿: 2018-09-25 修回: 2018-12-07)  
(责任编辑: 孟庆才)

# 雕刻式切除术治疗肉芽肿性小叶性乳腺炎 54 例

程旭锋<sup>1</sup>, 王蓓蓓<sup>2</sup>, 姜明强<sup>1</sup>, 赵慧朵<sup>1</sup>, 楚爱景<sup>1</sup>

**摘要 目的:** 探讨“雕刻式切除术”治疗肉芽肿性小叶性乳腺炎的疗效。**方法:** 回顾性分析 110 例肉芽肿性小叶性乳腺炎患者的临床资料, 其中 54 例接受“雕刻式切除术”为 A 组, 56 例接受传统扩大清创术为 B 组, 观察两组痊愈率、复发率、治疗前后症状体征积分、伤口愈合时间、痊愈后乳腺外形等指标。**结果:** 手术后 1 个月, A 组症状体征积分为 (1.7 ± 3.3) 分, 低于 B 组 (2.9 ± 2.9) 分 ( $P < 0.05$ ); 伤口愈合时间两组无统计学差异 ( $P > 0.05$ ); 术后随访 6 个月, A 组痊愈率 96%, 高于 B 组 (66%,  $P < 0.05$ ), A 组复发率 4%, 低于 B 组 (34%,  $P < 0.05$ ); 乳房外形美学评分总体优于 B 组 ( $P < 0.05$ )。**结论:** “雕刻式切除术”治疗肉芽肿性小叶性乳腺炎, 可有效降低复发率, 改善术后症状体征积分, 且能维持乳房的良好外形。

**关键词:** 肉芽肿性小叶性乳腺炎; “雕刻式切除术”; 复发率; 扩大清创术; 乳房外形

**中图分类号:** R655.8 **文献标识码:** A **文章编号:** 1007-6948(2019)01-0081-04

**doi:** 10.3969/j.issn.1007-6948.2019.01.018

肉芽肿性小叶性乳腺炎 (granulomatous lobular mastitis, GLM) 又称特发性肉芽肿性乳腺炎, 是一种非细菌感染、非干酪样坏死、局限于乳腺小叶、形成肉芽肿为主要特征的乳腺慢性炎症性疾病。在 1972 年由 Kessler 和 Wolloch 首次报道<sup>[1]</sup>, 近年来在我国发病率明显增高且症状加重<sup>[2]</sup>, 临床误诊率较高, 病因至今尚未明确。多数学者认为是自身免疫性疾病, 是对积存变质的乳汁发生的迟发型超敏反应<sup>[3]</sup>。也有学者认为, GLM 与创伤、感染、口服避孕药、种族因素、泌乳素增高、肥胖等因素有关<sup>[4-5]</sup>。临床表现主要为突发乳房肿块, 边界不清, 形态欠规则, 疼痛轻微, 无全身

症状。如果未及时就诊或治疗不当, 部分病人肿块可短期内迅速增大, 出现疼痛加剧, 局部皮肤逐渐呈暗紫色并可自行破溃。病情严重者可形成多个窦道。传统的治疗方法为局部扩大清创术, 但对乳房外形及功能影响较大, 同时复发率高。本研究回顾性选取 2016 年 1 月—2017 年 6 月河南中医药大学第一附属医院收治的 110 例 GLM 患者, 探讨“雕刻式切除术”的疗效。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 110 例患者均为女性, 均以乳腺肿块伴局部红肿就诊。获得患者知情同意, 签署知情同意书后, 将 110 例患者回顾性分为 2 组, 54 例“雕刻式切除术”为 A 组, 56 例肿块扩大切除术为 B 组。A 组年龄 23~42 岁, 平均 (31.6 ± 4.7) 岁。B 组年龄 22~45 岁, 平均 (31.4 ± 5.3) 岁。两组均为非哺乳期患病, 发病时间 5d 至数周。A 组以肿块为首发症状 39 例, 以脓肿为首发症状

基金项目: 河南省科技攻关项目 (162102310185)

1. 河南中医药大学第一附属医院乳腺外科 (郑州 450000)

2. 河南中医药大学研究生院 (郑州 450000)

通信作者: 程旭锋, E-mail: cx9939@126.com

10 例, 肿块伴窦道形成 5 例; 病灶在外上象限 46 例, 其它 8 例。B 组以肿块为首发症状 41 例, 以脓肿为首发症状 11 例, 肿块伴窦道形成 4 例; 病灶在外上象限 41 例, 其它象限 15 例。两组一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入及排除标准:(1) 非哺乳期发病。(2) 临床症状为炎症表现。(2) 病理结果证实为 GLM。排除标准:(1) 伴有乳腺癌或其他乳腺相关疾病。(2) 临床资料不全者。(3) 入院前有乳房切开引流者。(4) 入院前有皮肤破损多于 1 处者。

1.3 治疗方法 术前两组均采用中药内服、外敷联合治疗, 进行“箍围”疗法, 使疮形缩小, 炎症局限。在病变范围缩小的合适时机进行手术<sup>[6-7]</sup>。手术操作者均由副主任医师和主治医师共同完成。

A 组“雕刻式切除术”操作要点:(1) 术前 MRI、彩超定位病变范围, 精确体表作图, 标记窦道走向。(2) 沿乳晕取弧形切口, 放射状逐个切开病变窦道, 保护主乳管。(3) 采取零碎的切除方式, 选择性切除窦道四周的病变坏死组织; 选择性切除扩张病变导管; 坏死面积较小的组织仅行电刀烧灼; 尽可能保留正常腺体组织。(4) 沿浅深筋膜表层游离腺体, 待腺体完全活动且对接无张力, 间断缝合腺体表层, 完成腺体皮瓣内成形。双氧水及生理盐水交替冲洗, 放置负压引流管。手术操作过程要求细致、轻巧, 忌暴力、粗糙; 避免大范围、区段性切除腺体组织。伴有乳头凹陷者, 同时行乳头、乳晕矫正术。

B 组扩大清创术操作要点: 术前定位引导标记病变区域的范围, 大区段切除病变小叶系统, 直至暴露新鲜腺体组织。双氧水及生理盐水交替冲洗, 放置负压引流管。伴有乳头凹陷者, 同时行乳头、乳晕矫正术。

1.4 观察指标及评定 (1) 痊愈标准根据 1994 年制订的中医药行业标准<sup>[8]</sup>。即: 随访期间患者乳房肿块基本消失, 无疼痛, 瘘管全部无假性愈合, 创口完全闭合, 无红肿、渗出, 伤口愈合后 6 个月内无复发。痊愈率=痊愈患者数/接受治疗的总患者数 $\times 100\%$ 。(2) 症状和体征积分。参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[9]</sup>制定的 GLM 中医症状和体征积分表, 对比两组手术后症状体征改善情况。根据治疗前和治疗后 1 个月乳房的红肿、疼痛、脓肿和窦道改善情况进行评

分, 评分介于 0~24 分, 得分越高, 症状越重。(3) 记录伤口愈合时间。(4) 术后通过随访统计痊愈患者乳房外形评分。乳房外形变化情况、美学效果参照 2001 年 Harris 标准评价, 分为优秀、良好、一般、差<sup>[10]</sup>。乳房美容效果评分标准为:(1) 乳头横向移位 $> 3.0$  cm 为 1 分, 移位 1.5~3.0 cm 为 2 分, 移位 0~1.5 cm 为 3 分, 无移位为 4 分。(2) 患侧乳房局部凹陷程度, 明显凹陷为 1 分, 较明显为 2 分, 不明显为 3 分, 无凹陷为 4 分。(3) 切口瘢痕粗大评为 1 分, 明显差异评为 2 分, 瘢痕和正常肤色差异不大评为 3 分, 瘢痕隐匿评为 4 分。(4) 双侧乳房对称性: 患侧畸形明显评为 1 分, 中度对称评为 2 分, 基本对称评为 3 分, 一致评为 4 分。(5) 患侧皮肤质地与弹性改变: 缺乏弹性为 1 分, 触摸感觉弹性减弱为 2 分, 不明显为 3 分, 无改变为 4 分<sup>[11]</sup>。每位患者按上述标准, 在术后 6 个月进行评分。总评分 18~20 分为优秀; 14~17 分为良好; 10~13 分为一般; 10 分以下为差<sup>[12-13]</sup>, 总满意率=优秀+良好。(5) 术后随访 6 个月, 随访期间患者同侧乳房红肿、疼痛等临床症状重新出现, 经彩超等辅助检查证实为 GLM, 则为复发, 记录术后复发时间及两组复发患者病例数。

1.5 统计学方法 对所收集的资料采用统计学软件 SPSS (22.0 版) 进行分析, 计量资料采用均数 $\pm$ 标准差 ( $\bar{x}\pm s$ ) 进行表示, 如果数据呈正态分布、方差齐, 则组间对比采用  $t$  检验, 如果数据不呈正态分布、方差不齐则采用秩和检验, 计数资料的对比采用卡方检验,  $P<0.05$  表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 痊愈率及复发率 110 例均获得随访, 术后随访 6 个月。其中 A 组痊愈率为 96% (52/54), 2 例复发, 复发时间平均 ( $47.0\pm 1.4$ ) d, 复发率为 4% (2/54); B 组痊愈率为 66% (37/56), 19 例复发, 复发时间平均 ( $34.2\pm 5.1$ ) d, 复发率 34% (19/56)。两组比较, A 组痊愈率高于 B 组、复发率低于 B 组 ( $P<0.05$ )。

2.2 症状和体征积分 根据治疗前和治疗后 1 个月乳房红肿、疼痛、脓肿和窦道各项临床症状体征进行评分。两组治疗前相比, 差异无统计学意义 ( $P=0.074$ )。治疗后 1 个月, 两组症状体征评分均明显低于治疗前, A 组治疗后症状体征评分低于 B 组治疗后评分 ( $P=0.002$ )。见表 1。

表 1 两组患者治疗前和治疗后 1 个月的症状体征评分对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

	<i>n</i>	A 组	B 组	P 值
治疗前	54	10.2 ± 0.7	10.2 ± 0.7	0.070
治疗后	56	1.7 ± 3.3	2.9 ± 2.9	0.002

2.3 伤口愈合时间 A 组伤口愈合时间 (11.2 ± 1.4) d, B 组 (11.3 ± 1.5) d, 两组比较无统计学意义 ( $P=0.182$ )。

2.4 乳房外形 A 组痊愈患者乳房美容效果评分优于 B 组 ( $Z=1.655$ ,  $P=0.008$ ), 见表 2。

表 2 两组痊愈患者术后乳房美容效果评分比较

	<i>n</i>	优秀	良好	一般	差	Z	P 值
A 组	52	19	22	8	3		
B 组	37	6	10	8	13		
						1.655	0.008

### 3 讨论

目前对于 GLM 的治疗, 国内外研究最多的就是手术方式。依照病变范围的大小, 手术方式大致可分为单纯乳腺脓肿清创术、病变组织扩大清创术和皮下腺体切除术。国内手术方式多采取扩大清创术清除坏死炎性组织及病变导管<sup>[14]</sup>。由于 GLM 腺体病变复杂、多发呈弥散分布, 其广泛累及乳腺导管的原因导致切除范围不断的扩大, 术后导致乳房毁形, 严重影响患者生活质量, 且术后复发率亦高达 30%~40%<sup>[2,13]</sup>。所以, 手术治疗要同时考虑病灶彻底清除和乳房良好外形保持两方面的因素, 而两者之间的平衡成了 GLM 手术治疗的难点。针对这个问题, 多数专家认为应先用激素治疗以缩小病灶, 然后再行手术治疗, 不但可切除病灶、减少复发, 而且可保持乳房的良好外形。但对于类固醇激素如何使用才能降低复发率, 提高治疗效果, 减少不良反应, 目前还没有循证学依据。并且类固醇激素若使用不当, 可能会造成感染加重扩散, 还会诱发或加重消化系统溃疡、出血, 皮质功能亢进综合征、皮肤痤疮及伤口不愈合等。

近年来也有学者将整形技术与传统手术相结合, 应用于 GLM 的治疗。整形技术的理念虽然能够一定程度上改善手术导致的乳房外形改变, 但是局部软组织的炎性改变是整形修复的绝对禁忌症。广泛的皮下游离及腺体皮瓣的旋转, 也会使炎症扩散, 甚至会导致症状进一步加重或者塑形失败<sup>[15]</sup>。由于 GLM 病因、病理的复杂性, 导致

传统手术及整形手术均不能从根本上解决乳房外形改变及复发率高的问题。由于国内外目前对于本病尚无完整规范的诊疗指南, 故临床手段也均不相同, 提高治愈率, 减少复发, 保证乳房良好外形, 最大可能地减轻患者痛苦是目前治疗本病的进一步研究方向。基于我院大量 GLM 手术治疗病例, 自 2015 年始, 研究团队将“雕刻式切除术”创新性地应用于临床。雕刻式解剖原意为 topographic anatomy, 是人类研究脑解剖最早应用的方法。17 世纪下半叶, Willis 和 Steno 最先应用, 直到 19 世纪, Sir Charles Bell 的脑解剖图谱出版, 并使用了“雕刻(engravings)”一词, 意为精准之义。

“雕刻式切除术”治疗 GLM, 与传统手术方式相比, 精准的选择性切除窦道四周的病变坏死组织。虽然术后伤口愈合时间上无明显差异, 但能提高临床痊愈率、减少术后复发率, 且在治疗痊愈后保持乳房良好外形方面远优于传统手术, 在临床实践中患者接受程度高。本次研究的样本量较少, 研究时间短, 需扩大手术样本量及远期疗效随访, 是今后进一步的研究方向。

#### 参考文献:

- [1] Kessler E, Wolloch Y. Granulomatous mastitis: A lesion clinically simulating carcinoma[J]. Am J Clin Pathol, 1972, 58(6): 642-646.
- [2] 岑延增, 张嘉越, 闫威. 外科治疗肉芽肿性小叶性乳腺炎 32 例疗效分析[J]. 中国现代手术学杂志, 2017, 21(5):354-356.
- [3] 董守义, 耿翠芝. 乳腺疾病诊治[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017:180-182.
- [4] Hur SM, Cho DH, Lee SK, et al. Experience of treatment of

- patients with granulomatous lobular mastitis[J]. J Korean Surg Soc, 2013, 85(1): 1-6.
- [5] Akcan A, Akyildiz H, Deneme MA, et al. Granulomatous Lobular Mastitis: A Complex Diagnostic and Therapeutic Problem [J]. World J Surg (2006) 30: 1403-1409.
- [6] 楚爱景, 程旭峰, 王伟, 等. 痰热清注射液佐治肿块期浆细胞性乳腺炎 42 例 [J]. 安徽中医药大学学报, 2017, 36(5): 33-35.
- [7] 赵慧朵, 程旭峰. 中药内外合治肉芽肿性乳腺炎疗效观察 [J]. 实用中医药杂志, 2017, 33(5): 498-499.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [M]. 南京大学出版社, 1994: 17.
- [9] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (试行) [M]. 中国医药科技出版社, 2002: 278-281.
- [10] 藤野丰美 (编著). 陶宏伟, 郭恩覃 (译). 乳房整形外科 [M]. 上海科学技术文献出版社, 2001: 151.
- [11] Jatoi I, Proschan MA. Randomized trials of breast-conserving therapy versus mastectomy for primary breast cancer: a pooled analysis of updated results [J]. Am J Clin Oncol, 2005, 28(3): 289-294.
- [12] Margenthaler JA. Optimizing conservative breast surgery [J]. J Surg Oncol, 2011, 103(4): 306-312.
- [13] Hasan K, Ilker O, Serife S, et al. Can steroids plus surgery become a first-line treatment of idiopathic granulomatous mastitis [J]. Breast Care, 2014, 9(5): 338-342.
- [14] 孙岩峰, 李玉胜, 王永, 等. 肉芽肿性乳腺炎不同手术方式的疗效比较 [J]. 安徽医学, 2018, 39(1): 72-74.
- [15] 郭祯, 熊丽. 肉芽肿性乳腺炎的综合治疗及整形修复 [J]. 江西中医药大学学报, 2016, 28(6): 37-40.
- (收稿: 2018-09-03 修回: 2019-01-15)  
(责任编辑: 张静喆)

## 围手术期康复对腰椎间盘突出症术后功能恢复影响

裘孝芳

**摘要 目的:** 探讨围手术期康复护理对腰椎间盘突出症术后功能恢复的影响。**方法:** 将 51 例进行椎板减压内固定手术的腰椎间盘突出症患者随机分为观察组 26 例和对照组 25 例, 对照组进行手术前后常规基础护理, 观察组在常规护理的基础上进行心理护理、体位训练、功能锻炼等围手术期康复护理。对比两组术前及术后 3 个月 VAS 和 ODI 评分, 分析两组术后功能恢复情况。**结果:** 观察组和对照组术前 VAS 平均评分分别是 8.3 分和 7.8 分, 术后 3 个月分别是 2.03 分和 3.3 分; 两组患者术前 ODI 平均评分分别是 52.3 分和 54.6 分, 术后 3 个月分别是 20.2 分和 24.7 分。两组患者术前 VAS 和 ODI 评分均无显著性差异 ( $P>0.05$ ), 术后 3 个月观察组患者 VAS 和 ODI 评分改善程度显著优于对照组 ( $P<0.05$ )。**结论:** 围手术期康复护理能够有效缓解腰椎间盘突出症患者术后疼痛、麻木、无力等症状, 促进康复。

**关键词:** 腰椎间盘突出症; 围手术期; 康复护理

**中图分类号:** R473.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1007-6948(2019)01-0084-03

**doi:** 10.3969/j.issn.1007-6948.2019.01.019

腰椎间盘突出症的发病年龄有日渐年轻化的趋势, 临床表现主要为腰部疼痛及下肢放射性疼痛<sup>[1-2]</sup>, 根据临床表现和严重程度采用保守或手术治疗。有资料表明, 约 20% 左右的腰椎间盘突出症患者需要进行手术治疗<sup>[3]</sup>。随着手术及护理理念的不断发展, 围手术期康复护理逐步引起临床关注<sup>[4]</sup>, 科学、合理的康复护理在腰椎间盘突出症术后功能恢复中起到的作用也越来越突出, 不仅可以控制术后病情, 还可提高患者生活质量<sup>[5-6]</sup>。本研究选择 2017 年 1 月—2018 年 6 月我院行椎板

减压内固定手术的腰椎间盘突出症患者 51 例, 旨在探讨围手术期康复护理对术后功能恢复的影响。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本组共 51 例, 男 28 例, 女 23 例, 平均年龄 56.4 岁。对本研究均知情同意。患者以抽取随机信封的形式随机分为观察组 (26 例) 和对照组 (25 例), 两组一般资料经统计学检验, 无显著性差异 ( $P>0.05$ ), 见表 1。

**1.2 护理方法** 两组均进行常规基础护理, 包括术前健康宣教、皮肤准备、饮食指导等; 术后严密观察生命体征, 全面观测下肢皮肤颜色、温觉、痛觉, 全面观测引流管引流液颜色、性质, 定期检查手术切口的渗湿表现等。