

切开拖线祛腐生肌法治疗浆细胞性乳腺炎 148 例

唐汉钧* 阙华发* 陈红凤* 刘胜* 程亦勤* 黄铮* 向环宇* 郑勇*

摘要 采用切开、拖线、祛腐、生肌等法,内外合治浆细胞性乳腺炎 148 例,其中外治采用切开法 148 例,拖线法 58 例,垫棉绑缚法 98 例,挂线法 16 例,乳头楔形切开法 107 例,祛腐生肌法 148 例。内治法分为肝经郁热,余毒未清,痰瘀凝滞三型辨证治疗。结果治愈 140 例(95.2%),好转 8 例(4.8%),随访 6~12 月,复发 12 例(8.1%),经再次治疗而愈,平均疗程 48 天。

主题词 乳腺炎/中医药疗法 祛腐生肌 @切开拖线法

浆细胞性乳腺炎,又名粉刺性乳腺炎、化学性乳腺炎、闭塞性乳腺炎、乳腺导管扩张症等,是一种非细菌性感染的以导管扩张、浆细胞浸润为病变基础的慢性乳腺良性疾病。临床以非周期性乳痛、乳头溢液、乳晕下肿块、乳晕旁脓肿及乳晕部瘘管为特征。我们采用中医药内外合治,不仅手术简单、损伤范围小、痛苦少、疤痕小,而且可完整保持乳房外形,维持其正常生理机能,患者易于接受。自 1986 年 3 月~1999 年 3 月共收治浆细胞性乳腺炎 148 例,均取得了较好疗效。

1 临床资料

148 例中,女性 144 例,男性 4 例;年龄 18~66 岁,平均 36.7 岁(其中 4 例男性平均年龄为 46.2 岁),其中 18~30 岁 51 例,31~40 岁 74 例,41~50 岁 19 例,51~60 岁 3 例,>61 岁 1 例,31~40 岁占 50.0%。144 例女性中,除 16 例为未婚青年外,余均为非哺乳期育后妇女。病程 10 天~11 年,其中<1 年者 69 例,1~5 年者 63 例,6~10 年者 14 例,>10 年 2 例。双侧乳房患者 8 例,余均为单侧。

4 例男性患者乳头内缩,乳房较正常为大,乳头亦较粗大。144 例女性患者中,115 例有乳头完全性中心性凹陷,17 例发病后乳头内缩,112 例乳头孔有分泌物。148 例患者中,117 例瘘管创口通向乳头孔,瘘管开口于乳晕部者 77 例,开口于乳房部者 71 例。乳晕部红肿结块或伴瘘管溢脓血者 28 例,涉及单个象限者 62 例,2 个象限者 46 例,3 个象限者 9 例,4 个象限者 3 例。曾经中西医作多次手术切开或扩创引流者 127 例,最多者先后切开 8 次,经治多年,创口仍不能愈合或愈后复发。其中 38 例诊为乳癌,拟作乳癌根治术;18 例

诊为乳房结核;25 例在外院经多次治疗未获效,拟作单纯切除术。

2 治疗方法

2.1 肿块初起可用金黄膏外敷,每日换药 1 次;脓成在局部麻醉下行脓肿切开引流术,术后创口用药线蘸八二丹引流,红油膏盖贴,每日换药 1 次。

2.2 已形成瘘管或伴有多发性脓灶者,可用切开法、挂线法、拖线法、乳头楔形切开法、乳头矫形法、垫棉绑缚法、祛腐生肌法等,具体操作如下。

切开法:适用于较浅的瘘管。常规消毒、麻醉(单纯性瘘管用局部麻醉,复杂性瘘管用硬膜外麻醉)下,在银丝球头探针引导下,用剪刀剪开管道;复杂性瘘管有多个外口及空腔者,均需剪开以暴露创面。切开后用刮匙搔刮已变性、坏死的脂肪组织。

乳头楔形切开法:适用于通向乳头孔瘘管。在常规消毒、麻醉下,以银丝球头探针自溃孔探入,向内陷的乳头方向探入,直达乳头上闭锁的盲端,可见乳头上盲端被顶起,或有皮脂样分泌物被顶出,探针自乳头顶出后,沿探针楔形切开皮肤及乳头,抓刮瘘管管壁。每日换药,直至创口愈合。近愈合前将切开的乳头合拢,使乳头保持完整愈合。

拖线法:适用于多发性瘘管。在常规消毒、麻醉下,以银丝球头探针探查后,将 4 号线 4~6 股贯穿瘘管腔道,每天搽九一丹于药线上,将丝线来回拖拉数次,使九一丹拖入管道内,10~14 天后拆除拖线,加垫棉绑缚法 7~10 天,管腔即可愈合。

挂线法:适用于较深的瘘管。在常规消毒、麻醉下,以银丝球头探针从溃口轻轻探入,顺管道由乳头孔穿出,再取丝线或橡皮筋系于银丝球端,然后由溃口徐徐退出银丝,将溃口与乳孔端的浅表皮肤切开,拉紧丝线或橡皮筋,以丝线结扎固定,并应逐日收紧,产生慢性切割瘘管的作用,直至溃口端与乳头之间的皮肤完全挂开为止。

乳头矫形法:适用于伴乳头凹陷或内缩的瘘管。在上述手术基础上切开瘘管后,将乳头拉起,剪刀分离乳头及乳晕下组织,保护乳导管,切断引起凹陷的肌纤维,切除多余皮肤,由乳头向外做错位的间断缝合,使乳头突出,经 5~7 天乳头不再回缩后拆线,开

* 上海中医药大学附属龙华医院中医外科,上海市宛平南路 725 号(200032)

收稿日期:1999-08-09

放创面换药。

祛腐生肌法:管道切开、挂开后,均须每日换药。在开始7~10天内,创口内予八二丹药棉填塞,腐蚀管壁,外盖红油膏纱布。7~10天后改用九一丹提脓祛腐,拔毒生肌。待腐脱新生时,约于术后14~20天改用生肌散生肌收口,直至创口愈合。

垫棉绑缚法:适用于深层瘘管、空腔。在使用提脓祛腐药后,创面脓液渐少,分泌物转清,无脓腐污秽,脓液涂片培养提示无细菌生长,可用棉垫压空腔处,再予加压绑缚,使患处乳房压紧,每天换药1次,促进腔壁粘连、闭合。7~10天管腔收口后,继续垫棉加压绑缚10~14天,以巩固疗效,避免复发。

2.3 局部症状明显或伴有全身症状者可辅以内治法。临床可分为3种证型。

肝经郁热型:乳晕旁结块红肿疼痛,或脓成未熟,伴发热、头痛、苔黄腻、脉滑数。治拟疏肝清热,活血消肿。常用柴胡、当归、赤芍、丹参、生山楂、虎杖、白花蛇舌草、蒲公英、全瓜蒌、忍冬藤、龙胆草、黄芩等。乳头溢液呈炼乳样,加生薏苡仁、泽泻、鹿衔草;溢液呈血性者,加仙鹤草、茜草、生地榆;局部红肿甚者,加金银花、半枝莲、鹿衔草;脓成未熟者,加皂角刺、炮穿山甲、生薏苡仁。

余毒未清型:脓肿自溃或切开后久不收口,脓水淋漓形成乳漏,时愈时发,局部可有僵硬肿块。治拟益气养营,清化托毒。常用生黄芪、党参、白术、茯苓、当归、丹参、生山楂、赤芍、白花蛇舌草、蒲公英、虎杖、皂角刺、全瓜蒌、山茱萸等。

痰瘀凝滞型:创口愈合,局部残留硬结肿块。治拟疏肝活血,软坚散结。常用柴胡、当归、赤芍、丹参、桃仁、生山楂、蒲公英、山慈菇、全瓜蒌、浙贝母、夏枯草、炮穿山甲、姜半夏、生黄芪、莪术等。

3 治疗结果

疗效标准:痊愈:肿块消失,瘘管完全消失,瘘口完全闭合,局部无疼痛感及压痛,乳头孔无分泌物,回缩乳头恢复正常。好转:肿块缩小,瘘管近愈,局部红肿疼痛消失,乳头溢液明显减少,回缩之乳头部分恢复。无效:治疗后无明显好转。

结果148例患者中,痊愈140例,占94.6%,好转8例占5.4%(其中3例自动出院;5例肿块未消,均转门诊继续治疗)。治疗过程中,148例采用切开法,16例采用挂线法,38例采用拖线法,107例采用楔形切开法,15例采用乳头矫形法,98例加用垫棉绑缚法。疗程18~138天,平均48天。随访6~12月,复发12例(8.1%),经再次治疗而愈。

4 讨论

浆细胞性乳腺炎属于乳腺导管扩张症的范畴,其发病率国外文献报道约占乳腺良性疾病的4%~5%。据国内乳腺病资料统计,占乳腺疾病的2.15%~3%。本病相当于中医“粉刺性乳痈”,在历代中医文献中未查阅到与本病类似病症的记载。我们研究表明,乳头凹陷导管狭窄,导管排泄不畅是本病由溢液期发展到肿块期的重要因素。导管内类脂质分泌物及其分解产物的积聚和溢出所引起的导管扩张、管壁及导管周围组织的化学性炎症是局部症状发生的主要原因。中医认为,乳头属肝,乳房属胃,本病患者素有乳头凹陷畸形,复因肝气郁滞,营气不从,气滞血瘀,聚而成块;郁久化热,蒸酿肉腐而为脓肿溃破成漏。治疗上多用疏肝清热,活血消肿法,以促使肿块消散,防止病变扩大、加重,为手术创造有利条件。常用柴胡、陈皮、八月扎、当归、赤芍、丹参、桃仁等疏肝活血,软坚消肿;忍冬藤、王不留行、路路通、丝瓜络等疏通乳络,促进乳管排泄通畅;蒲公英、虎杖、白花蛇舌草、鹿衔草、黄芩、半枝莲、金银花、红藤等清热解毒消炎;生山楂、白花蛇舌草、虎杖、丹参、生薏苡仁、桃仁、山慈菇等祛脂,从而抑制炎症发展。脓肿期多伴有细菌感染,须加用清热解毒药,并可配合莲必治、清开灵等中药制剂静脉滴注;手术后应重用黄芪、丹参等益气养血,并可配合黄芪、丹参等中药制剂静脉滴注,以助托毒透邪,促进创面愈合,避免复发;残存肿块时,方药中重用化瘀软坚散结之品,配合黄芪、丹参、脉络宁等中药制剂静脉滴注,促进肿块消散。

“外科之法,最重外治”。合理及时的外治对浆细胞性乳腺炎具有重要的意义,其中主要是手术疗法和祛腐生肌法。手术疗法是彻底根治病灶的主要手段,其关键在于探查瘘管时必须细致耐心、动作轻巧,忌暴力,防止形成假道;必须切开通向乳头孔的瘘管及扩张的乳腺导管,切开自浅层至深层所有坏死空腔,切除变性坏死组织。术后创面填嵌红油膏纱布掺八二丹,使创面脓腐彻底清除,不遗留病灶,待脓腐渐尽改用九一丹、生肌散,使创面肉芽从基底部长起,勿使假性愈合。单个脓灶及瘘管,多以切开法为治,若为多个脓灶及多枚瘘管、复杂窦道,如切开或挂线术常遗留多处疤痕与乳房严重变形,应用拖线法治疗,就可避免或减轻变形和疤痕。乳头凹陷是本病发生及愈合后复发的关键。凹陷者经乳头楔形切开等手术疗法后,乳头下乳导管仍有扭曲、粘连、梗阻,因此必须在手术时纠正乳头凹陷,换药时注意使乳头外翻,以避免复发。本疗法的优点是治愈率高,复发率低,疤痕小,能保持乳房外形。